UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ALCIONE OLIVEIRA DE SOUZA

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA COM DIABETES MELLITUS: ESTÍMULO AO AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

CURITIBA

2024

ALCIONE OLIVEIRA DE SOUZA

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS*: ESTÍMULO AO AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), no setor de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Orientadora: Prof.ª. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

CURITIBA

2024

Souza, Alcione Oliveira de
Planos de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* [recurso eletrônico]: estímulo ao autocuidado na Atenção Primária a Saúde / Alcione Oliveira de Souza – Curitiba, 2024.
1 recurso online : PDF

Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2024.

Orientador: Profa. Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt

1. Diabetes *Mellitus* tipo 2. 2. Idoso. 3. Autocuidado. 4. Atenção Primária à Saúde. I. Hammerschmidt, Karina Silveira de Almeida. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

CDD 616.4624

Maria da Conceição Kury da Silva CRB 9/1275

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM - 40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **ALCIONE OLIVEIRA DE SOUZA** intitulada: **PLANOS DE CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS*: ESTÍMULO AO AUTOCUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE**, sob orientação da Profa. Dra. KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutora está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 13 de Dezembro de 2024.

Assinatura Eletrônica
13/12/2024 21:17:18.0
KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
13/12/2024 22:21:23.0
LÍGIA CARREIRA
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ)

Assinatura Eletrônica
13/12/2024 15:08:58.0
RAFAELA GESSNER LOURENÇO
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
13/12/2024 14:44:04.0
TATIANE PRETTE KUZNIER
Avaliador Externo (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Documento assinado eletronicamente de acordo com o disposto na legislação federal Decreto 8539 de 08 de outubro de 2015.
Gerado e autenticado pelo SIGA-UFPR, com a seguinte identificação única: 417920
Para autenticar este documento/assinatura, acesse https://siga.ufpr.br/siga/visitante/autenticacaoassinaturas.jsp e insira o codigo 417920

*Dedico esta tese ao meu filho **Arthur Oliveira de Souza**, que mesmo ainda na infância esteve comigo em todos os momentos desta jornada me proporcionando forças, de maneira leve e divertida que me acalmaram em cada momento de dificuldade. Com todo meu amor e carinho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida, proteção, inspiração e por colocar pessoas abençoadas com sabedorias inspiradoras em meu caminhar nessa importante trajetória do doutorado.

À orientadora **prof.ª Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt**, por me escolher, incentivar, acolher, se preocupar, por me permitir crescer e amadurecer.

Aos meus pais **Francisco de Assis Roberto de Souza** (em memória) e **Francisca Oliveira de Souza**, por acreditarem!

Aos meus irmãos **Aucilene Oliveira de Souza Brito** e **José Fortunado de Souza Júnior**, pela parceria e forças.

Ao meu esposo e companheiro **Marcos Leandro Santos Moura**, pelo incentivo, dedicação, paciência e carinho e por sonhar junto comigo, sonhos que vão além do doutorado!

Aos **amigos** que torceram por mim, em cada fase dessa jornada, por entenderem minhas ausências e distanciamento!

Aos **colegas de doutorado** pela amizade, parceria e apoio!

Aos **colegas** que contribuíram na coleta de dados e atividades desenvolvidas em prol da conclusão dos trabalhos, obrigada pela dedicação de tempo, parceria e apoio nesta jornada!

Aos **Enfermeiros da Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho**, que compartilharam suas experiências, confiaram na pesquisa e disponibilizaram seu tempo para realização dos trabalhos.

Aos membros do **Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Pessoas Idosas (GMPI)**, pelas contribuições com meu caminhar e crescimento no doutorado, com troca de experiências acadêmicas e pessoais.

Às professoras da **banca de qualificação e defesa**, pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições para a conclusão desta tese.

Ao **corpo docente** e à coordenação do **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem** da Universidade Federal do Paraná, professores que nos inspiram.

As pessoas idosas colaboradoras dessa pesquisa.

"Mesmo quando pensei em desistir, decidi ficar, mesmo quando chorei decidi enxugar as lagrimas e continuar, mesmo quando desanimei decidi caminhar e lutar!
A vida é permeada por incertezas, cabe a nós decidir o caminho".

(Alcione Souza)

RESUMO

Tem-se como tese: A existência de roteiros para o plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes Mellitus estimula o autocuidado na Atenção Primária em Saúde, possibilitando avaliação da pessoa idosa com DM, intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM e monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM. Estes materiais são ferramentas orientadoras para a consulta do enfermeiro, contribuindo para a resolutividade, facilitando a organização do serviço, qualificação da atenção, estímulo para melhora na qualidade de vida/envelhecimento saudável/autocuidado e criação de estratégias educativas. O objetivo geral foi propor roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* para estímulo do autocuidado na Atenção Primária em Saúde. Trata-se de pesquisa de método misto, convergente, com coleta de dados concomitante, alinhado ao referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem (1991). Participaram da pesquisa, enfermeiros vinculados à UMS e pessoas idosas em tratamento do Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2, classificadas como baixo risco. Os dados quantitativos de caráter descritivo-exploratório, foram obtidos junto as pessoas idosas, por meio de questionários validados sobre a DM, pé diabético, conhecimentos sobre a doença e autocuidado e junto aos enfermeiros, sobre atendimento a pessoa idosa com DM e autocuidado. Como dados qualitativos, realizou-se entrevistas e observação para obter evidências subjetivas sobre percepções das pessoas idosas com DM, conhecimento sobre a doença, pé diabético e autocuidado, além da coleta sobre percepções dos enfermeiros sobre o cuidado centrado na pessoa, atendimento a pessoa idosa com DM e autocuidado. A integração dos elementos quantitativos e qualitativos deu-se pela integração (mixagem), potencializando interpretações. Resultaram da tese seis artigos: Artigo 1 - Análise das políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa: pesquisa documental, que confirmou que as legislações dialogaram com autocuidado, evidenciando progressos históricos na interlocução da temática, porém com lacunas. O Artigo 2 - Mapeamento das ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*, apontou predominância de orientações pautadas nos princípios do SUS, com estímulo do autocuidado. O artigo 3 - Estímulo do autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*: ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros, evidenciou que o autocuidado emerge como possível estratégia de prevenção, porém são elencadas barreiras para implementação, como falta de estrutura, apoio e suporte social no âmbito familiar, financeiro e social. O artigo 4 - Autocuidado das pessoas idosas com diabetes: percepção sobre vivência e autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus* atendidas na atenção primária a saúde, destacou o autocuidado como ferramenta importante e necessárias para viver com diabetes, atrelado aos cuidados à saúde, alimentação, autoestima e emoção. No artigo 5 - Pessoas idosas com diabetes *Mellitus* tipo 2: características e percepção sobre o autocuidado, verificou-se que os participantes demostram ter conhecimentos suficientes acerca da doença, mas não adotavam medidas de controle, gerando impacto negativo na qualidade de vida e autocuidado. O artigo 6 - Roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com diabetes *Mellitus*: construção e validação, apresenta a construção das oficinas para criação dos roteiros contendo as dimensões: 1) avaliação da pessoa idosa com DM, 2) intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM e 3) monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM. Os roteiros construídos foram considerados ferramentas orientadoras para o enfermeiro no cuidado de enfermagem, facilitando a identificação de problemas e necessidades das pessoas idosas com DM, estimulando o autocuidado na atenção integral da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* atendida na APS. Deste modo a tese apresentada foi confirmada.

Palavras-Chave: Diabetes *Mellitus* tipo 2; idoso; autocuidado; atenção primária à saúde.

ABSTRACT

The thesis is: The existence of guidelines for the nursing care plan focused on the elderly person with Diabetes Mellitus encourages self-care in Primary Health Care, enabling assessment of the elderly person with DM, nursing intervention focused on the elderly person with DM and monitoring of the self-care of the elderly person with DM. These materials are guiding tools for the nurse's consultation, contributing to the resolution, facilitating the organization of the service, qualifying care, encouraging improvement in quality of life/healthy aging/self-care and creating educational strategies. The general objective was to propose guidelines for a nursing care plan focused on the elderly person with Diabetes Mellitus to encourage self-care in Primary Health Care. This is a mixed-method, convergent research, with concomitant data collection, aligned with the theoretical framework of self-care by Dorothea Orem (1991). The participants in the research were nurses linked to the UMS and elderly people undergoing treatment for type 2 Diabetes Mellitus (DM), classified as low risk. Quantitative data of a descriptive-exploratory nature were obtained from elderly individuals through validated questionnaires on DM, diabetic foot, knowledge about the disease and self-care, and from nurses on care for elderly individuals with DM and self-care. As for qualitative data, interviews and observation were conducted to obtain subjective evidence about the perceptions of elderly individuals with DM, knowledge about the disease, diabetic foot and self-care, in addition to collecting nurses' perceptions about person-centered care, care for elderly individuals with DM and self-care. The integration of quantitative and qualitative elements occurred through integration (mixing), enhancing interpretations. Six articles resulted from the thesis: Article 1 - Analysis of Brazilian public policies that dialogue with the guidelines for self-care for elderly individuals: documentary research, which confirmed that legislation dialogued with self-care, evidencing historical progress in the dialogue on the theme, but with gaps. Article 2 - Mapping of actions to encourage self-care among elderly people with diabetes mellitus, indicated a predominance of guidelines based on the principles of the SUS, with encouragement of self-care. Article 3 - Encouragement of self-care among elderly people with diabetes mellitus: nursing actions and nurses' perception, showed that self-care emerges as a possible prevention strategy, but barriers to implementation are listed, such as lack of structure, support and social support in the family, financial and social spheres. Article 4 - Self-care among elderly people with diabetes: perception of the experience and self-care of elderly people with diabetes mellitus treated in primary health care, highlighted self-care as an important and necessary tool for living with diabetes, linked to health care, diet, self-esteem and emotion. In article 5 - Elderly people with type 2 diabetes mellitus: characteristics and perception of self-care, it was found that the participants demonstrated sufficient knowledge about the disease, but did not adopt control measures, generating a negative impact on quality of life and self-care. Article 6 - Scripts for nursing care plans focused on the elderly with diabetes mellitus: construction and validation, presents the construction of workshops for creating scripts containing the dimensions: 1) assessment of the elderly with DM, 2) nursing intervention focused on the elderly with DM and 3) monitoring of self-care of the elderly with DM. The scripts constructed were considered guiding tools for the nurse in nursing care, facilitating the identification of problems and needs of elderly people with DM, stimulating self-care in the comprehensive care of the elderly with Diabetes Mellitus treated in the PHC. Thus, the thesis presented was confirmed.

Keywords: type 2 Diabetes *Mellitus*; elderly; self-care; primary health care.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - INTERLIGAÇÃO TEÓRICA DESTACADA POR OREM DA SUA TEORIA 31

FIGURA 2 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO DESENHO DO ESTUDO EXPLICITANDO O PONTO DE INTERFACE NA INTEGRAÇÃO DOS DADOS NO DESENHO PARALELO CONVERGENTE 59

FIGURA 3 - MAPA DA ÁREA ABRANGÊNCIA DO DISTRITO MATRIZ 61

FIGURA 4 - UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE OUVIDOR PARDINHO 62

FIGURA 5 - ESQUEMA METODOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS 80

FIGURA 6 - TRIANGULAÇÃO MÚLTIPLAS DOS DADOS DA ETAPA 1 83

FIGURA 7 - SÍNTESE DA TRIANGULAÇÃO DOS DADOS DOS ETAPA 2 84

FIGURA 8 - SÍNTESE DA TRIANGULAÇÃO DOS DADOS PROVENIENTES DA ETAPA 3 85

FIGURA 9 - SÍNTESE DAS FASES DA OFICINA DE BRAINSTORMING 88

FIGURA 10 - REGRAS ADAPTADAS PARA AS OFICINAS DE BRAINSTORMING 90

FIGURA 11 - CODIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS E PESSOAS IDOSA SEGUINDO DESCRIÇÃO POR CATEGORIA E SEQUÊNCIA NUMÉRICA DA ENTREVISTA 95

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS SISTEMÁTICOS DOS MÉTODOS MISTOS 58
QUADRO 2 - MÚLTIPLAS FONTES DE DADOS UTILIZADAS NAS PESQUISAS QUAL + QUANT 64
QUADRO 3 - SÍNTESE DOS DADOS EMERGENTES EM CADA ETAPA DA PESQUISA 86
QUADRO 4 - DADOS CONVERGENTES DA ETAPA 4 87
QUADRO 5 - SÍNTESE DOS RESULTADOS, CONFORME OBJETIVO DA TESE, OBJETIVO/TIPO/TÍTULO DA PRODUÇÃO 96

LISTA DE SIGLAS

3MIN	*How to do a 3-Minute Diabetic Foot Exam*
AAC	Agentes de Autocuidado
AB	Atenção Básica
ABDV	Atividades Básicas de Vida Diária
ADA	Associação Americana de Diabetes
APS	Atenção Primária em Saúde
ASAS-R	*Appraisal of Self Care Agency - Revised*
ATT-19	*Diabetes Attitudes Questionnaire*
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diárias
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAPES	Coordenação e Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior
CEPE	Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão
CCP	Cuidado Centrado na Pessoa
CIAP	Classificação Internacional de Atenção Primária
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNF	Cânula Nasofaríngea
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CTE	Carga de Trabalho de Enfermagem
D-21	Diabetes 21
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DES	*Diabetes Selfefficacy*
DIAP	Teste do Diapasão
DKN-A	*Diabetes Knowledge Scale Questionnaire*
DM	Diabetes *Mellitus*
EBTT	Ensino Básico Técnico e Tecnológico
ENF	Enfermeiro
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMB	Universidade Estadual Paulista

FR	Frequência Respiratória
GMPI	Grupo Multiprofissional de Pesquisa sobre Pessoas Idosas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HRAC	Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICOPE	Manual de Orientação da Atenção Centrada na Pessoa Idosa
IFPR	Instituto Federal do Paraná
IMC	Índice de Massa Corporal
INF	Intubação Nasofaríngea
IPPUC	Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba-PR
IRAMUTEQ	*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*
PubMed	
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PI	Pessoa Idosa
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PS	Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
QAD	Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SciELO	*Scientific Electronic Library Online*
SINBAD	*Classification System and Score in Comparing Outcome of Foot Ulcer Management*

SNG	Sonda Nasogástrica
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SR	Sequência de Robin
SRI	Sequência de Robin Isolada
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFA	Técnicas Facilitadoras da Alimentação
TM	Teste Monofilamento
TQLEV	Teste de Toque Leve
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
UFC	Universidade Federal do Ceará
UFG	Universidade Federal de Goiás
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFRN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UMS	Unidade Municipal de Saúde
USP	Universidade de São Paulo

LISTA DE SÍMBOLOS

® Marca registrada

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO 19
2 INTRODUÇÃO 21
2.1 TESE 25
2.2 OBJETIVOS 26
2.2.1 Objetivo Geral 26
2.2.2 Objetivos Específicos 26
3 REVISÃO DA LITERATURA 27
3.1 HISTÓRICO SOBRE DOROTHEA E. OREM 29
3.2 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM 30
3.3 ARTIGO - TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM NAS TESES DE ENFERMAGEM BRASILEIRAS (2010-2021): ESTUDO BIBLIOMÉTRICO 33
4 MÉTODO 58
4.1 TIPO DE ESTUDO 58
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO 60
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO 63
4.3.1 Pessoas Idosas 63
4.3.2 Enfermeiros 64
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS 64
4.4.1 Instrumento para Critério de Exclusão dos Participantes: pessoas idosas 66
4.4.2 Identificação dos Dados Sociodemográficos e Clínicos da Pessoa Idosa 67
4.4.3 Identificação de Características dos Enfermeiros e Conhecimentos sobre a Temática .. 71
4.5 DELINEAMENTO DA COLETA DADOS 74
4.5.1 Etapa 1: Políticas Públicas Brasileiras e Estaduais que dialogam com as Diretrizes do Autocuidado 74
4.5.2 Etapa 2 - Primeira Parte: Mapear Ações de Enfermagem Realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para Estímulo do Autocuidado das Pessoas Idosas com Diabetes *Mellitus* 76
4.5.3 Etapa 2 - Segunda Parte: Conhecer a Percepção dos Enfermeiros sobre Atendimentos as Pessoas Idosas Diabéticas 77

4.5.4 Etapa 3 - Primeira Parte: Identificar as Características Socioeconômicas, Clínicas e a Percepção sobre o Autocuidado das Pessoas Idosas com Diabetes *Mellitus* na APS..... 78
4.5.5 Etapa 3 - Segunda Parte: Conhecer a Percepção das Pessoas Idosas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 sobre sua Vivência e Autocuidado..... 79
4.5.6 Etapa 4: Construir e Avaliar Roteiros para Plano de Cuidado de Enfermagem Centrado na Pessoa Idosa com Diabetes *Mellitus*, Visando Estímulo do Autocuidado na Integralidade da Atenção Primária em Saúde..... 79
4.5.7 Síntese Metodológica da Pesquisa..... 80
4.6 ANÁLISE DOS DADOS POR ETAPAS 80
4.6.1 Análise de Dados - Etapa Quantitativa..... 81
4.6.2. Análise de Dados - Etapa Qualitativa..... 81
4.6.3 Análise de Dados Etapa 1 (Pesquisa Documental)..... 82
4.6.4 Análise dos Dados da Etapa 2 (ações de enfermagem na UMS Ouvidor Pardinho).... 83
4.6.5 Análise dos Dados da Etapa 3 (características sociodemográficas e clinicas das pessoas idosas)..... 85
4.6.6 Análise dos Dados da Etapa 4: construção e avaliação dos roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* 86
4.7 ESTRUTURAÇÃO DAS OFICINAS..... 87
4.7.1 Oficinas de Construção e Avaliação dos Roteiros..... 88
4.8 ASPECTOS ÉTICOS 94
5 RESULTADOS..... 96
5.1 ARTIGO 1 - ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS QUE DIALOGAM COM AS DIRETRIZES DO AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA: PESQUISA DOCUMENTAL 98
5.2 ARTIGO 2 - MAPEAMENTO DAS AÇÕES DE ESTÍMULO DO AUTOCUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* 124
5.3 ARTIGO 3 - ESTÍMULO DO AUTOCUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS*: AÇÕES DE ENFERMAGEM E PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS 136
5.4 ARTIGO 4 - PERCEPÇÃO SOBRE VIVÊNCIA E AUTOCUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE 155

5.5 ARTIGO 5 - PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2: CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÃO SOBRE O AUTOCUIDADO 171
5.6 ARTIGO 6 - ROTEIROS PARA PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS*: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO 189
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE 213
7 REFERÊNCIAS 216
APÊNDICE I - PESQUISA DOCUMENTAL (PLANILHA EM BRANCO) 236
APÊNDICE II - ROTEIRO DE PESQUISA DOCUMENTAL 237
APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE DE ENTREVISTA COM ENFERMEIROS 238
APÊNDICE IV - ENTREVISTAS I - ENFERMEIROS 240
APÊNDICE V - ENTREVISTA II - ENFERMEIROS 242
APÊNDICE VI - ENTREVISTA III - ENFERMEIROS 245
APÊNDICE VII - COLETA DE DADOS - ROTEIRO OBSERVAÇÃO DIRETA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM 247
APÊNDICE VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE DA PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NAS OFICINAS 250
APÊNDICE IX - CARTA CONVITE PARA ENFERMEIROS PARTICIPANTES DAS OFICINAS 252
APÊNDICE X - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE ROTEIRO PELOS ENFERMEIROS 253
APÊNDICE XI - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA AVALIAÇÃO DE ROTEIRO PELOS ENFERMEIROS 254
APÊNDICE XII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE PESSOAS IDOSAS 255
APÊNDICE XIII - COLETA DE DADOS - ENTREVISTAS PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS* 257
APÊNDICE XIV - CONVITES OFICINAS - OFICINA PESSOA IDOSA EM EVIDÊNCIA 259
APÊNDICE XV - CARD PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS* 260
APÊNDICE XVI - CARD O QUE É HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA 261
APÊNDICE XVII - CARD CUIDADO COM OS PÉS 262

ANEXO I - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL 263
ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES (QAD) 265
ANEXO III - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DIABETES *ATTITUDE QUESTIONNAIRE* (ATT-19) 266
ANEXO IV - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DIABETES *KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE* (DKN-A) 268
ANEXO V - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DIABETES-21 (D-21) 270
ANEXO VI - *HOW TO DO A 3-MINUTE DIABETIC FOOT EXAM* (3MIN) - EXAME DO PÉ DIABÉTICO EM 3 MIN 271
ANEXO VII - TESTE DE TOQUE LEVE (TQ LEV) 274
ANEXO VIII - *CLASSIFICATION SYSTEM AND SCORE IN COMPARING OUTCOME OF FOOT ULCER MANAGEMENT* (SISTEMA SINBAD) 275
ANEXO IX - TESTE DIAPASÃO DE 128 HZ (DIAP) 276
ANEXO X - TESTE DO MONOFILAMENTO (TM) - FAZENDO UM EXAME DE SENSIBILIDADE DOS PÉS 277
ANEXO XI - COMPROVANTE DE ARTIGO ACEITO REVISTA CONTRIBUCIONES 279
ANEXO XII – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ 280
ANEXO XIII – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA 290

1 APRESENTAÇÃO

O interesse pelo conhecimento acerca da pessoa idosa[1], em especial àquelas que possuem Doenças Crônicas Não Transmissível (DCNT), surgiu durante minha adolescência convivendo com pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* (DM) e hipertensão; reforçado durante minha trajetória acadêmica (graduação 2006 e mestrado 2014).

Neste período de convivência pessoal com pessoas que possuíam diagnóstico de DCNT, aprendi de forma empírica e com orientações de profissionais, alguns princípios de autocuidado à pessoa idosa, que auxiliaram meus familiares no tratamento e vivência com a doença, proporcionando melhoras significativas na qualidade de vida. Também tive oportunidade de vivenciar as dificuldades em aderir ao autocuidado, repercutindo negativamente no tratamento e algumas vezes levando a consequências irreversíveis.

Diante destas experiências, surgiam questionamentos acerca da doença e soluções apresentadas pelos profissionais de saúde para vivência com a patologia. Situação inquietante para mim, fortalecida na realização do Mestrado em Promoção da Saúde, em que conjuguei a visão metodológica e sociopolítica da saúde pública, tendo como norteador a saúde coletiva.

No Mestrado pesquisei na linha de Promoção da Saúde (PS) e envelhecimento ativo, avaliando a qualidade de vida e adesão ao tratamento das pessoas com DCNT, com ênfase na hipertensão. Verifiquei a dificuldade de adesão ao tratamento anti-hipertensivo, bem como a complexidade da temática autocuidado, persistindo questionamentos acerca das DCNT.

No ano de 2010, fui nomeada enfermeira de Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Diamantino/Mato Grosso, onde coordenei o projeto relacionado às DCNT e pessoas idosas: "Educar para prevenir - cuidados aos idosos do Bairro Buriti" até o ano 2017, quando solicitei minha exoneração do cargo após aprovação em novo concurso público, no Instituto Federal do Paraná (IFPR), local em que trabalho atualmente como professora do Ensino Básico Técnico e Tecnológico (EBTT) - *Campus* Curitiba.

Na atuação como docente tive oportunidade de implementar o projeto de pesquisa e extensão "Educar para prevenir: análise dos hábitos de vidas dos idosos hipertensos", fortalecendo o desejo de aprofundar conhecimentos em relação à saúde da pessoa idosa com DCNT.

Percebi como enfermeira e docente, que o autocuidado se faz presente na atuação dos enfermeiros com várias concepções, coexistido e influenciando a prática diária, variando

[1] Foi utilizado neste estudo o termo "pessoa idosa", seguindo a Lei Federal n. 14.423/2022, que altera o uso da expressão "idoso" pelas respectivas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas" (Brasil, 2022).

conforme a perspectiva e cenário da prática. Também notei que o autocuidado é pouco implementado e estimulado, principalmente aquele norteado por referenciais teóricos.

Deste modo, com a necessidade em continuar estudando a temática, ingressei no Doutorado, com escolha de referencial teórico de autocuidado de Dorothea Orem, na intenção de complementar o desenvolvimento de ações prática de autocuidado no cuidado de enfermagem na Atenção Primária em Saúde (APS).

No Doutorado tive oportunidade de aprofundar minhas inquietações de forma reflexiva, com alinhamento em estudos, teorias e políticas que envolvem a temática do cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa, com estímulo ao autocuidado.

2 INTRODUÇÃO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cuidar da própria saúde envolve realizar escolhas diárias e constantes. Como forma de valorização deste autocuidado, foi instituído a data de 24 de julho, como Dia Internacional do Autocuidado, criada para oficializar a atenção e necessidade de melhoras nas atitudes em prol da saúde e bem-estar físico e mental (Brasil, 2020a; Coutinho; Tomasi, 2020).

Para a OMS, o autocuidado está relacionado à capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades em promover, manter a saúde, prevenir e enfrentar a vivência de doença e/ou incapacidade, amparado ou não por provedor de saúde (Brasil, 2020a; Coutinho; Tomasi, 2020).

O aumento da expectativa de vida, com envelhecimento populacional é fenômeno mundial, com projeção para 2030 que a cada uma pessoa idosa, haverá seis adultos; no ano de 2100, a estimativa é que 36% da população mundial terá mais de 60 anos (OMS, 2022). Convergindo com esses dados, no Brasil, em 2020, residem 29,9 milhões de pessoas idosas, com previsão de 72,4 milhões para 2100 (Brasil, 2020a).

No contexto global ocorre envelhecimento populacional, devido ao crescimento da proporção de pessoas idosas e aumento da expectativa de vida destes. Este fenômeno demográfico, coloca em evidência o grupo populacional, devido as vulnerabilidades nas diversas dimensões humanas, as quais demandam do poder público e da sociedade atitudes e busca de novas estratégias para conduzir formas de viver mais assertivas (SBD, 2020; IBGE; 2021).

As DCNT são apontadas como principal causa de incapacidade, nos últimos 15 anos o número de pessoas idosas com mais de 80 anos que convive com algum tipo de limitação aumentou aproximadamente 77% (OMS, 2022). Além disso, despontam como principal causa de óbitos no Brasil (SBD, 2020), com destaque para pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* (DM) (Brasil, 2020a; Gonçalves, *et al.*, 2020).

A Diabetes é considerada uma das principais causas de morbimortalidade em função da elevada incidência e prevalência, promovendo alterações metabólicas evidenciadas pela hiperglicemia. Esta doença, afeta os sistemas cardíaco, renal, nervoso e visual, provocando resistência à insulina, sendo que o agravamento do quadro patológico, ocasiona, geralmente, atitude negativa frente ao cuidado com essa patologia (SBD, 2020; Lima *et al.*, 2020).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2019-2020, em escala mundial, estima-se que 463 milhões de pessoas, entre 20 e 79 anos, convivem com o Diabetes

Mellitus. No Brasil existem 16,8 milhões de pessoas com diagnóstico de DM, sendo a maior prevalência entre 65 e 74 anos (19,9%) e para aqueles com 75 ou mais anos de idade a prevalência atinge 19,6% da referida população (SBD, 2020).

Ao se verificar as taxas de incidência da doença, o crescimento da DM foi de 61,8% nos últimos dez anos, com previsão de aumento para 578 milhões em 2030 e 700 milhões em 2045. Devido aos elevados números de idosos com DM, considera-se esta situação como importante problema de saúde pública em escala mundial, independentemente do grau de desenvolvimento dos países (SBD, 2020).

Neste sentido, o autocuidado da pessoa idosa com DM ganha destaque, pois está relacionada à multiplicidade de fatores, que perpassam o automonitoramento glicêmico, manutenção da alimentação saudável, atividade física regular, utilização adequada de medicamentos, cuidados com os pés, e enfrentamento saudável com redução de riscos (Gonçalves, *et al.*, 2020).

A pessoa idosa com DM vivencia cotidianamente desafios que tornam essenciais a rede de apoio social, com suporte dos profissionais de saúde e família no processo de adaptação e estímulo ao autocuidado (Brasil, 2020a). Além disso, nem todas as pessoas idosas são independentes para realização das atividades de vida diária, incitando comprometimento da manutenção da autonomia e independência, tornando complexa a gestão do seu próprio autocuidado (Paraná, 2018; Borba *et al.*, 2019).

Assim, as intervenções realizadas junto à pessoa idosa devem incluir avaliação holística, bem como Cuidado Centrado na Pessoa (CCP) e educação voltada ao autocuidado, conforme a compreensão pessoal de si e as subjetividades relacionadas a cada pessoa idosa (Gonçalves *et al.*, 2020).

Neste âmbito de embasamento teórico para o autocuidado, Dorothea Orem defende que os indivíduos são munidos de aspectos psicológicos, físicos, interpessoais e sociais, em que o autocuidado possibilita resgate da autonomia, beneficiando decidir sobre a sua doença e sobre as mudanças ocorridas em prol da patologia apresentada (Orem, 1993; Pinto *et al.*, 2017).

A teoria do autocuidado de Orem defende que os pacientes, quando capazes, devem ser responsáveis por seus cuidados (Orem, 1993). O autocuidado se trata de comportamento pessoal, considerado conceito amplo ligado aos diversos fatores que envolvem o indivíduo em relação da sua vida, como: saúde, bem-estar, autoaprendizagem e sobrevivência, não se restringindo às atividades de vida diária (Souza *et al.*, 2022b; Orem, 1991).

A Teoria do Autocuidado tem como premissa que o homem possui capacidade inata para cuidar de si. De acordo com Orem, a condição que irá validar a exigência de enfermagem é a ausência e/ou dificuldades em manter continuamente a quantidade e manutenção dos cuidados de si mesmo (Orem, 1991).

No autocuidado defendido por Orem, são expressos construtos teóricos inter-relacionados entre si, sendo compostos pela: teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem (Orem, 1991).

O autocuidado é considerado como promotor da saúde, sendo ferramenta fundamental na promoção da saúde (Gonçalves *et al.*, 2020). O termo autocuidado, se faz presente neste trabalho, baseado no autocuidado de Orem (1991) e nos aspectos biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais que perpassam a saúde da pessoa idosa. Aliado à promoção do autocuidado, estão os princípios de Promoção da Saúde (PS), bem-estar, lazer, proteção e segurança, também embasados na teoria do autocuidado de Orem (Souza *et al.*, 2022a; Orem, 2006).

A PS inclui estratégias de produção de saúde, considerando contextos político, econômico, social e cultural em que a pessoa idosa vive, incluindo aspectos da sua singularidade, autonomia e da coletividade; o bem-estar envolve aspectos ligados à felicidade, satisfação com a vida, relacionamentos interpessoais, família, trabalho e suporte recebido das pessoas com as quais convive; o lazer se refere à interação humana, social, cultural e entre pessoas, enquanto participantes de uma comunidade; a proteção trata do acesso igualitário, conjunto de ações direcionadas a proteger o direito à saúde à vida e direito social; a segurança se refere à necessidade de defender os direitos de pessoas, resguardando a sociedade, cidadania, e vida em comunidade (Souza *et al.*, 2022a; Orem, 2006).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelece e reafirma os direitos sociais à saúde, fortalecendo e intensificando a expansão da APS para efetivação da assistência universal e integral à população. As UBS são portas de acesso da pessoa idosa com DM e tem como função promover a atenção integral à saúde, desempenhando papel principal na garantia do atendimento e acompanhamento dos indivíduos com DCNT (Brasil, 2018; Borba *et al.*, 2019).

Neste sentido, as políticas públicas de saúde voltadas para a pessoa idosa inserida na APS, objetivam assegurar atenção a esta população, possibilitando criação de ambientes físicos e sociais que possibilitem melhorar a saúde das pessoas idosas. Para tanto, é imprescindível a valorização das políticas públicas de forma sistematizadas e adequadas, com suprimento de recursos físicos, financeiros e humanos (Brasil, 2006; Torres *et al.*, 2020).

As políticas públicas de saúde são ações e programas direcionados a melhorar as condições de saúde da população, de maneira democrática, constituindo-se em conjunto de medidas adotadas nas esferas governamentais, com ações de promoção e proteção à saúde (Brasil, 2006; Gontijo, *et al.*, 2020).

Historicamente no Brasil, aponta-se que a Constituição Federal de 1988, foi marco de avanço das políticas públicas relacionadas aos idosos. Além desta, a promulgação da Lei 8.880/90, Lei Orgânica da Saúde que constituiu o SUS, também é considerada referência para a cobertura em saúde no país (Souza *et al.*, 2022a; Torres *et al.*, 2020).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), regulamentada pela Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, é considerada referência nas políticas públicas para o idoso, em consonância com a Constituição de 1988, com objetivo de manter, recuperar e promover a independência e autonomia das pessoas idosas (Brasil, 2006; Oliveira *et al.*, 2020).

As políticas nacionais estabelecidas para saúde do idoso, como a Política Nacional do Idoso, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e o Estatuto do Idoso, são dispositivos legais que garantem os direitos da pessoa idosa e norteiam ações, desenvolvidas e implementadas nas três esferas de poder (federal, estadual e municipal) (Brasil, 2018; Gontijo *et al.*, 2020).

No contexto do autocuidado, destaca-se a construção de políticas públicas e programas relacionadas ao envelhecimento humano, com objetivo de promover processo de envelhecer segundo às necessidades humanas, sociais e comunitárias desta população, contribuindo para aumento da expectativa de vida e envelhecimento saudável (Brasil, 2010; Miranda *et al.*, 2016).

Neste contexto, o enfermeiro desempenha papel fundamental na APS, com cuidado de enfermagem centrados na pessoa idosa com DM, visando garantir o sucesso das práticas orientativas, prevenção de doenças e estímulo para autocuidado (Ferreira *et al.*, 2017).

A abordagem do CCP, baseia-se no respeito aos direitos, autonomia e compreensão dos seres humanos, de forma singularizada voltada para o desenvolvimento de ações de cuidado que auxiliem as pessoas a desenvolver confiança, competência e aptidão para tomada de decisões e gerência de sua saúde, fomentando o autocuidado (The Health Foundation, 2016; Brasil, 2017). A implementação de cuidados colaborativos entre paciente e profissionais de saúde, envolve resolutividade individual e coletiva, construindo mutuamente tratamento personalizado (Brasil, 2017).

Respeitar e compreender as necessidades individuais e demandas do CCP envolve olhar amplo, refutando a compreensão biologicista única. As intervenções necessárias à pessoa idosa com DM convergentes com o CCP, consideram aspectos físicos, psicológicos, sociais, coletivos, dando ênfase na assistência à pessoa, família e comunidade de forma singular, por meio do cuidado que contribui para adesão às medidas de controle da DM (SBD, 2020; Lima *et al.*, 2020).

Neste âmbito, destaca-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), com princípios e diretrizes o CCP, apontando maneiras de desenvolver aptidões, conhecimentos, competência e confiança das pessoas para gerir a própria saúde e tomar decisões. Construídos a partir de ações de cuidado, segundo necessidades e potencialidades, na busca de vida independente e plena, em que a família, comunidade e coletividade são fundamentais, condicionantes ou determinantes para autocuidado na vida das pessoas (Brasil, 2017).

Na APS as ações direcionadas para o CCP, podem ocorrer através da implementação de roteiros de atenção, que são dispositivos orientadores do autocuidado e estratégias para fomento do cuidado centrado na pessoa idosa com DM, mediante práticas preventivas e de redução dos agravos decorrentes da doença. Considerando os aspectos referenciados, tem-se como questão de pesquisa: Como estimular o autocuidado do idoso com Diabetes *Mellitus* na Atenção Primaria em Saúde?

2.1 TESE

A existência de roteiros para o plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* estimula o autocuidado na Atenção Primária em Saúde, possibilitando avaliação da pessoa idosa com DM, intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM e monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM. Estes materiais são ferramentas orientadoras para a consulta do enfermeiro, contribuindo para a resolutividade, facilitando a organização do serviço, qualificação da atenção, estímulo para melhora na qualidade de vida/envelhecimento saudável/autocuidado e criação de estratégias educativas.

2.2 OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo Geral

- Propor roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* para estímulo do autocuidado na Atenção Primária em Saúde.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Analisar as políticas públicas brasileiras, estaduais (Paraná) e municipais, estabelecidas entre 1988 e 2021, que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa;
- Mapear ações de enfermagem realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*;
- Conhecer as ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros sobre o estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* atendidas na atenção primária;
- Identificar as características socioeconômicas, clínicas e a percepção sobre o autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* tipo 2 na atenção primária em saúde;
- Conhecer a percepção das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 sobre sua vivência e autocuidado.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Desenvolveu-se revisão narrativa da literatura, com revisão dos estudos sobre a pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*. Para tanto, considera-se que o processo de envelhecimento humano é considerado dinâmico e evolui com alterações gradativas e progressivas, podendo tornar o idoso mais vulnerável. Estas mudanças envolvem fases do viver, nas quais é oportuno reconhecer as peculiaridades para intervir de forma coerente e adequada, ajudando a manter o envelhecimento ativo e saudável (Brasil, 2018; Gonçalves *et al.*, 2020).

As alterações decorrentes do processo de senescência são consideradas esperadas no ciclo de vida. Porém, a senilidade abrange existência de processos patológicos, em que a pessoa idosa pode ter dificuldade em manter suas Atividades Básicas de Vida Diária (ABDV), autonomia e independência, com gradativa limitação da capacidade para o autocuidado, comprometendo sua qualidade de vida e interação social (Paraná, 2018; Lima *et al.*, 2020).

Considerando a DM nas condições de senilidade, destaca-se a alta taxa de morbidade e mortalidade (SBD, 2020), requerendo autocuidado para prevenção das complicações. O autocuidado no DM está relacionado a multiplicidade de fatores interligados, desde a manutenção das necessidades básicas, acompanhamento do viver com patologia, bem como enfrentamento saudável e redução de risco (Brasil, 2013a; Pinto *et al.*, 2017).

As bases teóricas do autocuidado enfatizam o resgate da autonomia da pessoa idosa, nas decisões sobre sua condição de vida, conforme mudanças ocorridas em prol da doença (McEwen; Wills, 2016). Neste contexto, o enfermeiro da UBS é elemento estratégico para auxiliar nas demandas e planejamento do autocuidado da pessoa idosa com DM, principalmente em relação as orientações e promoção da saúde (Brasil, 2013a; Batista *et al.*, 2020).

O envelhecimento populacional é desafio para a saúde pública, devido as demandas sociais, econômicas, ambientais e de saúde. Além disso, na presença de DCNT, geralmente se orienta as pessoas idosas modificações em seus hábitos diários e no desempenho das atividades cotidianas (Brasil, 2018; Barbosa, *et al.*, 2020).

Para enfrentamento da DM, a Associação Americana de Diabetes (ADA) enfatiza a importância do CCP, com ações segundo o estado físico, características e preferências individuais, enfatizando a necessidade de assistência aos indivíduos, família e comunidade (SBD, 2020; Lima *et al.*, 2020).

No Cuidado Centrado na Pessoa, existe adaptação, coordenação e personalização às necessidades do indivíduo, auxiliando nas aptidões, conhecimentos e confiança para gerir a tomada de decisões sobre sua própria saúde e autocuidado, objetivando plenitude e independência (FIOCRUZ, 2016; The Health Foundation, 2016).

A PNAB orienta diretrizes que estabelecem como prática do CCP o apoio ao autocuidado; informação; cuidado personalizado; dignidade, coordenação, integração do cuidado, compaixão; respeito; comunicação e educação; apoio emocional, conforto físico; alívio do medo e ansiedade; transição e continuidade; participação de familiares e amigos e acesso ao cuidado (Brasil, 2017).

A participação do indivíduo e seus familiares no planejamento e execução dos cuidados são indissociáveis e complementares, sendo necessárias estratégias que promovam o envolvimento da pessoa, familiares/acompanhantes nos processos de cuidados e autocuidado (Brasil, 2017).

O CCP considera que o cuidado pode mudar à medida que as necessidades do indivíduo se alteram, dinâmica descrita pela Health Foundation em quatro princípios, que sugere valorização do papel do indivíduo no seu autocuidado (The Health Foundation, 2016): 1) garantir que as pessoas sejam tratadas com respeito, dignidade e compaixão; 2) oferecer apoio, cuidado ou tratamento coordenado; 3) oferecer apoio, cuidado ou tratamento personalizado; 4) apoiar os indivíduos para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias competências e aptidões buscando terem uma vida plena e independente. Para alcançar o CCP é inerente a compreensão e conscientização das necessidades da pessoa, sendo crucial assegurar os quatro princípios com foco na dignidade e respeito a pessoa (Brasil, 2017; The Health Foundation, 2016).

Nesta compreensão, defende-se que o exposto na legislação brasileira (Constituição Federal), em que o processo do envelhecimento é direito natural, cabendo ao Estado garantir que este ocorra de forma digna e saudável. Além disso, a PNSPI e o Estatuto do Idoso representam principais bases de políticas públicas destinadas à proteção específica da pessoa idosa (Brasil, 2013a; Brasil, 2018).

As políticas públicas são conjuntos de ações, programas e atividades, desenvolvidas pelos Estados com a participação de instituições privadas ou públicas, que objetivam assegurar os direitos de cidadania, para determinado seguimento étnico, econômico, cultural, social ou de saúde (Brasil, 2018).

A proporção de pessoas idosas atendidas pelo SUS em todos os níveis de atenção à saúde, tende a ser cada vez maior, seja por maior acesso às informações deste grupo etário, ou pelo aumento quantitativo do número de pessoas idosas (Brasil, 2018; Oliveira *et al.*, 2020).

A PNSPI tem por objetivo implementar condições favoráveis para o envelhecimento saudável, buscando preservar a autonomia, capacidade funcional e manter o nível de qualidade de vida da pessoa idosa. Apresentando-se em concordância com as diretrizes e os princípios do SUS, direcionando medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde (Brasil, 2018; Moreira *et al.*, 2016).

A PNSPI preconiza que o tipo de monitorização e intervenção do estado clínico e funcional da população idosa, deve alinhar-se a avaliação individual e coletiva, considerando aspectos do envelhecimento, condições socioeconômicas e a capacidade de autocuidado da pessoa idosa (Brasil, 2006; Oliveira *et al.*, 2020).

Esta seção teve como objetivo abordar temas relacionados à proposta deste estudo com base no referencial teórico de Orem, para tanto foram construídos os seguintes subtítulos: 1) Histórico sobre Dorothea E. Orem; 2) Teoria do Autocuidado de Orem; 3) Teoria do Autocuidado de Orem nas Teses de enfermagem brasileiras. No primeiro e segundo item, apresenta-se revisão narrativa, no terceiro item apresenta-se artigo de revisão integrativa da literatura.

3.1 HISTÓRICO SOBRE DOROTHEA E. OREM

Dorothea E. Orem, nasceu em Baltimore, Maryland-EUA em 1914. Iniciou sua carreira profissional em enfermagem na Escola de Enfermagem do Providence Hospital Washington - Estados Unidos. No ano de 1930 concluiu o curso de Enfermagem, em 1939 se tornou Mestre em Enfermagem, no ano 1945 mestre em ciências da educação em enfermagem pela Universidade Católica da América. Orem recebeu ainda vários títulos e graus honoríficos, incluindo o de Doutora em Enfermagem (McEwen; Wills, 2016).

Na década de 50 surgiu a preocupação em organizar os princípios científicos da enfermagem para direcionar a prática do cuidado. Em 1958, Orem iniciou seus estudos a respeito da sua teoria, publicando posteriormente, inúmeras obras baseadas em seus conceitos de enfermagem e autocuidado (McEwen; Wills, 2016; Bavaresco *et al.*, 2020).

Em 1971, publicou seu primeiro livro sobre a teoria do déficit de autocuidado com foco central no indivíduo. A segunda edição de sua obra (1980), incluíram unidades multirrelacionais dentre elas a família, comunidade e grupos. Em 1985, a terceira edição

trouxe a Teoria Geral de Enfermagem. Na quarta edição (1991), a obra de Orem deu maior ênfase às crianças, sociedade e grupos respectivamente na sequência foram lançadas mais duas obras de Orem sobre o Autocuidado em 1995 e 2001 (McEwen; Wills, 2016; Bavaresco *et al.*, 2020).

A teoria de Orem foi chamada de teoria geral do autocuidado em enfermagem, mas em seu livro de 1971, Orem descreve inicialmente como teoria do déficit do autocuidado de Enfermagem, articulando e delineando três pressupostos teóricos que embasam sua teoria geral, sendo estes: teoria do autocuidado, do déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem (Bavaresco *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021).

Orem realizou várias publicações sobre a sua teoria do autocuidado, sendo referência na área da enfermagem e percursora do autocuidado. Ela faleceu em 22 de junho de 2007, aos 92 anos na sua residência nos Estados Unidos (Bavaresco *et al.*, 2020).

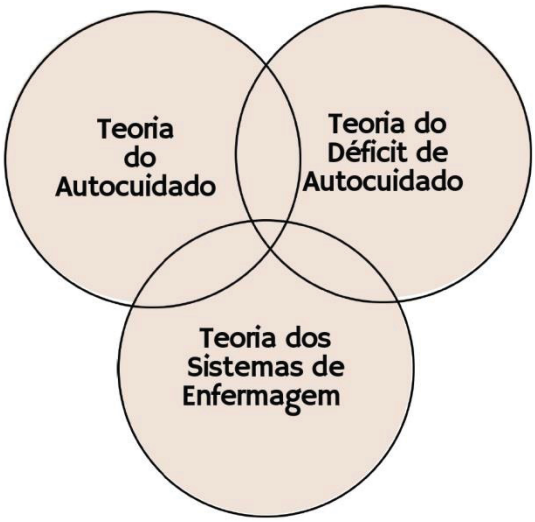
3.2 TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM

Para Orem, o autocuidado é compreendido como prática de atividades que o indivíduo desempenha em seu próprio benefício, iniciando-se e se desenvolvendo em determinado espaço de tempo para o bem estar pessoal e preservação da vida, de forma universal por abranger todos os aspetos vivenciais (Orem, 1993; Melo *et al.*, 2020).

O autocuidado, descrito por Orem, tem por objetivo contribuir de forma específica na integridade, nas funções e no desenvolvimento do indivíduo. Estes propósitos são expressos por meio de construtos teóricos inter-relacionados entre si, sendo, a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem, evidenciando a importância do comprometimento do indivíduo para o autocuidado e a ligação intrínseca e extríssima das teorias (Hartweg; Pickens, 2016; Alves *et al.*, 2021).

Os conceitos apresentados por Orem, no arcabouço dos três construtos teóricos, estão apresentados na figura abaixo como círculos (figura 1), que representam a interligação teórica destacada por Orem da sua teoria (Orem, 2001).

FIGURA 1 - INTERLIGAÇÃO TEÓRICA DESTACADA POR OREM DA SUA TEORIA



FONTE: Esquematização adaptado Orem (2001)

Orem (1991), descreve alguns conceitos basilares interrelacionados para desenvolvimento da teoria geral do autocuidado, dentre eles o autocuidado, ação de autocuidado, difícil de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço de enfermagem, sistema de enfermagem e conceito periférico denominado como fatores condicionantes básicos de autocuidado. Para entendimento da teoria de Orem (1991) estes elementos são fundamentais e precedem a aplicabilidade do autocuidado.

Esta teoria se constituiu com propostas práticas de atividades que favorecem o amadurecimento e aperfeiçoamento, a partir da dedicação de tempo a atividades voltadas ao autocuidado em benefício próprio para preservar a vida, favorecendo o CCP, hábitos saudáveis e manutenção no bem-estar do indivíduo. Logo, os profissionais de enfermagem possuem papel de destaque e atuam como facilitadora neste processo do autocuidado na APS (Orem, 1991; Bavaresco *et al.*, 2020).

O profissional enfermeiro é fundamental para garantir o sucesso da aplicação prática e assistencial da teoria de Orem, estimulando a autonomia do indivíduo e abordando obstáculos que podem impedir o desenvolvimento do autocuidado, tornando as pessoas dependentes de terceiros (Bezerra *et al.*, 2018; Queirós *et al.*, 2014).

Além disso, os modelos teóricos utilizados na enfermagem contribuem para formação de conceitos com significados, visto que buscam direcionar ações, metas e as várias formas do cuidar em enfermagem. Desta maneira, a teoria desenvolvida por Orem, colabora na formação de conhecimento e para construção de saberes próprios da área (McEwen; Wills, 2016; Alves *et al.*, 2021).

O autocuidado é descrito por Orem, como propósito, com ações que contribuir de maneira específica para integridade e funções no desenvolvimento humano. Estes propósitos são expressos por meio dos requisitos de autocuidado (Orem, 1993).

São considerados por Orem (1995) três requisitos de autocuidado descrito em sua teoria: requisitos universais, ligados aos processos de vida, manutenção da integridade, estrutura e funcionamento humano, como a capacidade de desenvolvimento das as atividades de vida diária; requisitos de desenvolvimento que se referem aos processos de adaptação, condições e eventos próprios da vida, como inclusão de rotina para atividade física diária; requisitos de autocuidado por desvio de saúde relacionados a condições de doença ou ainda em consequências de medidas médicas exigidas que necessitam de correção, como medidas terapêuticas desenvolvidas para reabilitação.

A partir dos constructos requisitos de autocuidado, Orem (1991) estabelece o conceito de demanda de autocuidado constituído por medidas e ações de intervenção julgadas validadas pelo enfermeiro, com intenção de controlar fatores que estejam afetando o corpo humano, como a aplicação no processo de enfermagem.

Se tratando da pessoa idosa inserida na APS, o referencial teórico de Orem é importante para atuação dos enfermeiros de maneira que a prática do cuidado possibilitando melhoria da saúde da pessoa idosa, baseados em práticas embasadas cientificamente que solidifiquem a aplicação dos conhecimentos (Bezerra *et al.*, 2018).

Visando caracterizar a produção cientifica relacionada a Teoria do Autocuidado de OREM nas teses de enfermagem disponíveis no banco de teses do portal CAPES, apresenta-se nesta sessão apresenta artigo integrante da fundamentação teórica desta pesquisa.

3.3 ARTIGO - TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM NAS TESES DE ENFERMAGEM BRASILEIRAS (2010-2021): ESTUDO BIBLIOMÉTRICO[2]

TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM NAS TESES DE ENFERMAGEM BRASILEIRAS: ESTUDO BIBLIOMÉTRICO

OREM'S THEORY OF SELF-CARE IN BRAZILIAN NURSING THESES: A BIBLIOMETRIC STUDY

LA TEORÍA DEL AUTOCUIDADO DE OREM EN LAS TESIS DE ENFERMERÍA BRASILEÑAS: UN ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO

RESUMO:
Objetivos: Caracterizar a produção cientifica relacionada a Teoria do Autocuidado de OREM nas teses de enfermagem disponíveis no banco de teses do portal CAPES. **Método:** Revisão bibliométrica, com abordagem descritiva, desenvolvida a partir com teses disponíveis no Banco de Teses da CAPES. Coleta de dados realizada entre novembro e dezembro de 2021. Realizou-se Análise de Conteúdo com categorização dos conteúdos das teses conforme a utilização da teoria do autocuidado. **Resultados:** Foram incluídas 10 teses que apresentaram diferentes formas de aplicabilidade da teoria de Orem: validação de protocolo e escala, adaptação, desenvolvimento da consulta de enfermagem e elaboração de instrumento norteador da consulta de enfermagem. As estruturas semânticas relacionadas as categorizações da teoria do autocuidado envolveram: ação, instrumento, condições básicas e suplementares do ser humano e lócus do cuidado. **Conclusão:** A Teoria de Orem foi utilizada em contextos diversificados, fomentando caminhos para reflexões, construção e aplicação do conhecimento próprio da enfermagem. **Descritores:** Autocuidado; Teoria de Enfermagem; Bibliometria; Teses como Assunto; Enfermagem.

ABSTRACT:
Objectives: To characterize the scientific production related to the OREM Self-Care Theory in the nursing theses available in the CAPES portal theses bank. **Method:** Bibliometric review, with a descriptive approach, developed from theses available in the CAPES Theses Bank. Data collection was carried out between November and December 2021. Content Analysis was performed with categorization of the contents of the theses according to the use of the theory of self-care. **Results:** Ten theses were included that presented different forms of applicability of Orem's theory: protocol and scale validation, adaptation, development of the nursing consultation and elaboration of a guiding instrument for the nursing consultation. The semantic structures related to the categorizations of the self-care theory involved: action, instrument, basic and supplementary conditions of the human being and locus of care. **Conclusion:** Orem's Theory was used in diverse contexts, fostering ways for reflection, construction and application of nursing knowledge. **Keywords:** Self-care; Nursing Theory; Bibliometrics; Theses as Subject; Nursing.

---

[2] Manuscrito intitulado: Teoria do Autocuidado de Orem nas Teses de Enfermagem Brasileira: Estudo Bibliométrico. Publicado na Revista Nursing, São Paulo, v. 25, n. 288, p. 7731-7754, 2022. A formatação do artigo segue as normas da revista que o artigo foi submetido e publicado.

RESUMEN:
Objetivos: Caracterizar la producción científica relacionada con la Teoría del Autocuidado OREM en las tesis de enfermería disponibles en el banco de tesis del portal CAPES. **Método:** Revisión bibliométrica, con enfoque descriptivo, desarrollada a partir de tesis disponibles en el Banco de Tesis de la CAPES. La recolección de datos se realizó entre noviembre y diciembre de 2021. Se realizó Análisis de Contenido con categorización de los contenidos de las tesis según el uso de la teoría del autocuidado. **Resultados:** Se incluyeron diez tesis que presentaron diferentes formas de aplicabilidad de la teoría de Orem: validación de escalas y protocolos, adaptación, desarrollo de la consulta de enfermería y elaboración de un instrumento orientador de la consulta de enfermería. Las estructuras semánticas relacionadas con las categorizaciones de la teoría del autocuidado involucraron: acción, instrumento, condiciones básicas y complementarias del ser humano y locus del cuidado. **Conclusión:** La Teoría de Orem fue utilizada en diversos contextos, propiciando caminos para la reflexión, construcción y aplicación del conocimiento de enfermería. **Palabras llave:** Autocuidado; Teoría de Enfermería; Bibliometría; Tesis como Tema; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A enfermagem produz conhecimento científico e se caracteriza como ciência direcionando-se através de teorias. Os primeiros paradigmas científicos construídos e discutidos na profissão são alicerces para as teorias de enfermagem, destacando-se os redigidos por Florence Nightingale. Intitulados como conceitos nightingaleanos, baseados na pessoa, ambiente, saúde e enfermagem constituem-se como centro do cuidado[1].

Nas ciências humanas, as teorias são conjuntos de conceitos que refletem a visão sistêmica do fenômeno, servem para diagnosticar, descrever, explicar, e prescrever medidas para a prática assistencial, oferecendo embasamento científico das ações de enfermagem[2].

Os modelos teóricos na enfermagem contribuem para formação desses conceitos com significados próprios, visto que buscam direcionar metas, ações e formas do cuidar. As teorias de enfermagem corroboram na formação de conhecimento para construção dos saberes da enfermagem, consolidando-a como ciência, produzindo conhecimento científico intrínseco e extrínseco[2-3].

A Teoria geral do autocuidado de Orem é comumente utilizada na enfermagem brasileira, por apresentar elementos fundamentais no desenvolvimento da assistência. A adaptação a diferentes cenários, faz dessa teoria importante ferramenta para conhecer o ser humano dentro do seu contexto e pautar a prática profissional sobre as necessidades personalizadas[4-5].

A referida teoria está embasada e delineada em três pressupostos teóricos, denominados de teoria do autocuidado, teoria do déficit de autocuidado e teoria dos sistemas de enfermagem. Para desenvolvimento do autocuidado, Orem descreve conceitos basilares

inter-relacionados, entre eles: autocuidado, ação de autocuidado, déficit de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço de enfermagem, sistema de enfermagem e ainda conceito periférico denominado como fatores condicionantes básicos de autocuidado[6].

Para Orem[6] o cuidado é considerado ação realizada pelo indivíduo com benefício de manter, melhorar sua própria saúde e bem estar. As necessidades de autocuidado são relacionadas às condições do indivíduo[7-8]. A demanda terapêutica do autocuidado são ações desempenhadas com tempo determinado, visam preencher as exigências do indivíduo na sua totalidade, utilizando métodos válidos e conjunto de ações e operações relacionados ao autocuidado[9,2].

Nos serviços de enfermagem considera-se que a atuação dos profissionais de enfermagem deve ser capacitada para atender as demandas exigidas de autocuidado. O Sistema de enfermagem explica as relações necessárias para atender as exigências terapêuticas de autocuidado de cada indivíduo[9-10,2].

Os estudos das teorias no campo da enfermagem são relevantes para reformulação de conceitos e solidificação dos conhecimentos produzidos na área, com evolução e ampliação dos espaços de atuação profissional[3,11].

Desse modo, considerando a relevância das teorias cientificas para consolidação da enfermagem como ciência e fortalecimento das práticas de cuidado, este estudo objetiva caracterizar a produção cientifica relacionada a Teoria do Autocuidado de OREM nas teses de enfermagem brasileiras disponíveis no banco de teses do portal da Coordenação e Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior.

METODOLOGIA

Trata-se de revisão bibliométrica da literatura de caráter descritivo, desenvolvida a partir da análise de teses disponíveis no portal da Coordenação e Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior (CAPES). A revisão bibliométrica se propõe a analisar o processo de publicação científica ou técnica em determinada área de conhecimento que resulta no desenvolvimento de indicadores confiáveis[12-14].

A coleta de dados foi realizada entre os meses de novembro e dezembro de 2021. As teses consultadas para o desenvolvimento da pesquisa foram aquelas disponíveis no Banco de Teses da CAPES e desenvolvidas em programas de pós-graduação em enfermagem do Brasil.

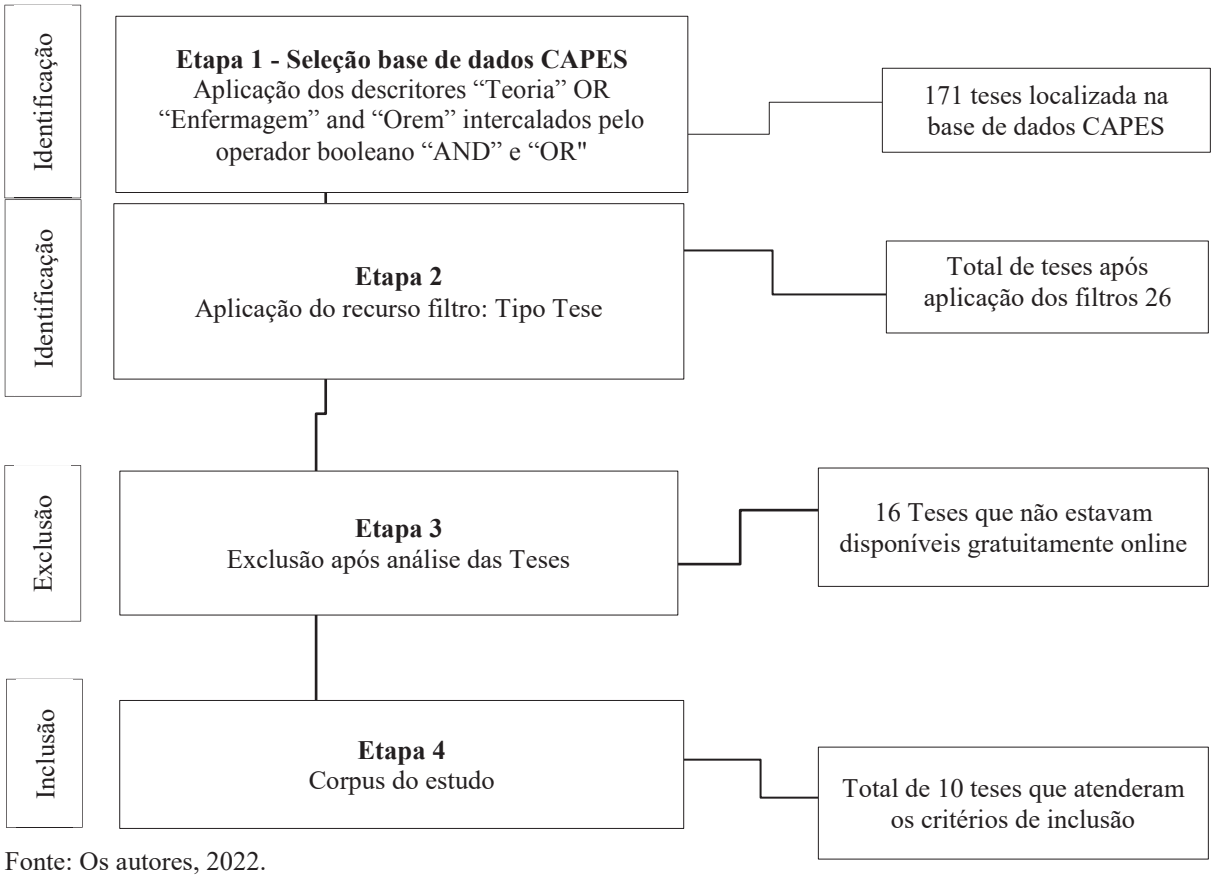
Para seleção das teses relacionadas a teoria de enfermagem de Orem, foram utilizados os descritores “Teoria” OR “Enfermagem” AND “Orem”, conforme operadores booleanos “AND” e “OR”.

Para consulta na base de dados foram aplicados como critérios de inclusão: descrever a utilização e aplicação da teoria de enfermagem de Orem, com menção desta no título ou resumo; ser tese de Doutorado; estar cadastrada no portal CAPES na grande área conhecimento Ciências da saúde; estar cadastrado no portal CAPES na Área Avaliação: Enfermagem; estar publicada na íntegra e com acesso livre online até dezembro de 2021.

Foram aplicados como critérios de exclusão: teses que não estavam disponíveis gratuitamente online na integra no portal CAPES; trabalhos duplicados.

Emergiram da base de dados inicialmente 171 publicações com aplicação dos descritores “Teoria” OR “Enfermagem” AND “Orem”. Da aplicação dos critérios de inclusão resultaram 26 teses; destas, 16 foram eliminadas pois não estavam disponíveis gratuitamente online na integra. Restaram como corpus para análise 10 teses que atenderam aos critérios de inclusão, conforme apresentado na Figura 1.

Figura 1 - Fluxograma explicativo do processo de seleção das teses



Fonte: Os autores, 2022.

As teses selecionadas para corpus de análise foram lidas na íntegra para operacionalização de aspectos relevantes nos estudos. A organização das informações contou com elaboração de planilhas no Microsoft Excel® versão 2019, com as seguintes informações: Título, ano, autor, universidade, programa, público, local do estudo, utilização da teoria de Orem no título (sim) (não), utilização da Teoria de Orem no resumo (sim) (não), objetivos, metodologia, modo de aplicação da teoria e aspectos conceituais da teoria de Orem aplicados à pesquisa.

A análise dos dados foi descritiva e utilizou análise de conteúdo[15], respeitando as seguintes fases de execução: a) organização da análise; b) codificação; c) categorização; d) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação desses resultados. Os aspectos éticos de direitos autorais foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, sendo referenciado de forma fidedigna a fonte dos trabalhos e autores.

RESULTADOS

Foram encontradas 10 teses disponíveis de 2008 a 2021, sendo que todas eram de autoria de profissionais enfermeiros. Os anos 2008, 2011, 2012, 2015, 2016 e 2018 foram contemplados com uma tese, e os anos 2017 e 2019 com duas teses. Quanto a população estudada, oito teses abordaram participantes adultos, uma abordou pessoas idosas e uma envolveu crianças.

Quanto à instituição de origem das publicações, encontrou-se teses da Universidade Federal do Ceará (UFC; n=1); Universidade Federal da Paraíba (UFPB, n= 2); Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN; n=1); Universidade Federal de Goiás (UFG; n= 1), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC; n=1); Universidade Estadual Paulista (FMB; n=1) e Universidade de São Paulo (USP) (n=3).

Em relação aos programas originários das teses, destacou-se Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (sete teses), Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental (uma tese), Programa de Pós-Graduação do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (HRAC) (duas teses).

Em relação lócus da investigação cinco teses foram desenvolvidas em unidades hospitalares, quatro em Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS) e uma em Unidades de Policlínicas.

As palavras-chave apresentadas nas teses evidenciaram variações, sendo que das 38 encontradas, prevaleceu a Enfermagem (seis registros) e autocuidado (quatro) conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Palavras-chave utilizadas nas teses (n=10)

Palavra-chave	**f**	**Palavra-chave**	**f**	**Palavra-chave**	**f**
Enfermagem	6	Autocuidado	4	Estomia	2
Diabetes *Mellitus*	1	Diabetes *Mellitus* tipo 2	1	Estudo de validação	1
Personalidade	1	Idoso	1	Psicometria	1
Saúde da família	1	Condições crônicas	1	Hipertensão	1
Cuidador familiar	1	Carga de trabalho	1	Cuidados semi-intensivos	1
Tuberculose	1	Hanseníase	1	Pessoa com hanseníase	1
Informática em Enfermagem	1	Dimensionamento de pessoal	1	Cuidados domiciliares	1
Ileostomia	1	Estomas Cirúrgicos	1	Incontinência urinária	1
Sequência de Robin	1	Terminologia	1	Tradução (processo)	1
Pós-AVC	1	HIV	1	Total = 38	

f: frequência
Fonte: Os autores, 2022.

Na tabela 2 apresenta-se características das teses identificadas no corpus de analise, conforme código de categorização, título, ano, cenário de estudo e abordagem da teoria

Tabela 2: Perfil das publicações identificados no corpus das teses, descritivos com código, título, ano, cenário de estudo e abordagem da teoria utilizada.

Código	**Titulo**	**Objetivo**	**Abordagem metodológica Tipo de estudo**	**Abordagem da teoria utilizada**
1	Avaliação da capacidade de cuidadores de lactentes com Sequência de Robin.	Avaliar a capacidade de autocuidado do agente de auto cuidado, quanto à manipulação dos três procedimentos mais utilizados para o tratamento do RN com Sequência de Robin isolada, internados na Unidade de Cuidados Especiais.	Abordagem metodológica, modelo: Estudo prospectivo.	Referencial Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem.
2	Consulta de enfermagem baseada na teoria de Orem para pacientes com	Elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de consulta de enfermagem direcionado para pacientes com	Estudo quase experimental e prospectivo.	Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado

	coinfecção HIV/tuberculose: efetividade na adesão e qualidade de vida.	coinfecção HIV/TB baseada em na Teoria de Orem.		de Orem.
3	Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado *Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised* para o Brasil.	Realizar a tradução, adaptação e validação da escala "Appraisal of Self Care Agency - Revised" (ASAS-R) para a língua portuguesa - Brasil, em uma amostra de pessoas com DM 2 que fazem uso de insulina.	Adaptação e validação de escala de mensuração quantitativa.	Teoria Geral de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem.
4	Impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem.	Verificar o impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem (CTE), em relação às crianças com Sequência de Robin Isolada e seus agentes de autocuidado.	Estudo exploratório descritivo, prospectivo, de delineamento quantitativo.	Referenciais Teóricos do Autocuidado e Necessidades Humanas Básicas.
5	Autocuidado apoiado aos hipertensos: construção de um protocolo.	Propor um protocolo que norteie as ações dos profissionais da atenção primária à saúde no autocuidado apoiado aos hipertensos.	Estudo metodológico, descritivo com abordagem quantitativa.	Teoria Geral de Enfermagem de Orem.
6	Subconjunto Terminológico da CIPE, estruturado em Ontologia, para o autocuidado da pessoa com Estomia de eliminação intestinal.	Desenvolver um subconjunto terminológico da CIPE® para o autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal, fundamentado na Teoria Geral do Autocuidado e estruturado em ontologia.	Pesquisa metodológica, qualitativa exploratória.	Teoria de Orem e ontologia.
7	Subconjunto terminológico da CIPE® para atendimento de pessoas com hanseníase.	Construir um subconjunto terminológico de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para o atendimento de pessoas com hanseníase, utilizando a CIPE® na prática clínica tendo por base o modelo de Orem.	Pesquisa metodológica, exploratória, com abordagem qualitativa.	Modelos teóricos de enfermagem e base na teoria de autocuidado de Dorothea Orem.

8	Práticas de autocuidado realizadas por pessoas com diabetes tipo 2 em um segmento ambulatorial de João Pessoa.	Analisar as práticas de autocuidado realizadas por pessoas com DM2 atendidas em um seguimento ambulatorial de João Pessoa.	Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa.	Teorias do Autocuidado, Déficit de Autocuidado e Teoria de Sistemas de Orem.
9	Idosos com estomia intestinal que vivenciam sintomas de incontinência urinária: um processo para o autocuidado.	Investigar a ocorrência de incontinência urinária em idosos com estomia intestinal atendidos pelo Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Florianópolis e averiguar quais estratégias de autocuidado são utilizadas em ambas as situações.	Quanti-qualitativa, estudo de caráter observacional e transversal,	Requisitos para o autocuidado Teoria do Déficit do Autocuidado.
10	Análise do perfil epidemiológico e compreensão da experiência de cuidadores informais de pacientes em pós AVC: Estudo multimétodos.	Conhecer os fatores intervenientes nos cuidados no pós-AVC na perspectiva do cuidador informal.	Multimétodos, composto por duas revisões integrativas de literatura e um estudo prospectivo e qualitativo.	Teoria do Autocuidado de Orem.

Fonte: Os autores, 2022.

Como resultado da análise das 10 teses (tabela 2), verificou-se que seis estudos apontaram o autocuidado no título da tese, duas Teoria de Orem e duas não mencionaram embora apresentaram a Teoria de Orem no resumo do trabalho e no referencial da obra.

No que concerne a aplicação da teoria de Orem no corpus das teses, se tratando dos objetivos, seis mencionam o autocuidado, duas citaram a teoria de Orem e duas não fizeram referência a teoria ou ao autocuidado.

Quanto ao tipo de estudo das teses, quatro foram identificadas como do tipo metodológicos, um estudo exploratório descritivo, um exploratório e metodológico, uma pesquisa quase-experimental prospectivo, uma adaptação e validação de escala de mensuração, um com caráter observacional e transversal e um estudo prospectivo e qualitativo. Em relação à natureza metodológica quatro estudos utilizaram a abordagem qualitativa, seguido de dois estudos multimétodos, um estudo com abordagem quantitativa e três não tiveram descrito nas teses a natureza da sua pesquisa.

Considerando a abordagem da teoria de Orem no corpus das pesquisas, existiram déficit na descrição metodológica e explanação da teoria, bem como sua aplicabilidade em três teses, que utilizaram outras bases teóricas, concomitantes a teoria de Orem, incluindo a Teoria das necessidades humanas básicas de Wanda Horta e outros modelos teóricos utilizados como alicerce teórico-cientifico nas teses.

As demais teses analisadas (código 1, 2, 3, 6, 7, 8 e 9) especificaram os aspectos conceituais da teoria de Orem, com destaque para utilização da Teoria Geral do Déficit de Autocuidado como referencial teórico (sete teses). Algumas teses (código 4, 5 e 10) utilizam partes especificas da teoria para justificar a aplicação no estudo. No entanto, das que especificaram o referencial teórico, o mais citado foi a teoria geral de enfermagem do déficit de autocuidado de Orem.

Os principais resultados da utilização da teoria de Orem nas teses evidenciam-se, a seguir, na Tabela 3.

Tabela 3: Principais resultados da utilização da teoria de Orem nas teses

Código	Principais resultados da utilização da teoria de Orem	Considerações finais das teses
1	Referencial Teórico do Autocuidado de Orem, aplicado para avaliação da capacidade de autocuidado dos agentes de autocuidado (AAC) de lactentes com Sequência de Robin isolada (SRI), quanto à manipulação e o tempo que o AAC para adquirir a capacidade de cuidados com a intubação nasofaríngea (INF); sonda nasogástrica (SNG) e técnicas facilitadoras da alimentação (TFA).	"O referencial Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem permitiu a avaliação das capacidades de autocuidado dos agentes de autocuidado por meio do ensino aprendizagem, preparando-os para a alta hospitalar contribuindo para uma melhor assistência do cuidar, favorecendo a melhora da vida desses lactentes com SRI"[16] (p. 119).
2	O Referencial teórico utilizou os Requisitos para o autocuidado e Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem[17], para construção e aplicação de um instrumento de consulta de enfermagem para pacientes portadores de coinfecção HIV/Tuberculose, baseado na Teoria de Orem objetivando justificar a intervenção a prática clínica de enfermagem o qual o autor se refere como modelo de consulta de enfermagem.	"O modelo de consulta de enfermagem, elaborado e validado para aplicação neste estudo se apresentou factível de ser reproduzido e utilizado no cotidiano como ferramenta importante para incentivar o autocuidado dos pacientes coinfectados"[18] (p. 116).
3	Escala foi estruturada como base conceitual a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem, para adaptação e	"O processo de adaptação e de validação para o Brasil da escala ASAS-R atendeu aos critérios propostos pela

	validação de um instrumento para aferir a capacidade da pessoa em engajar-se nas ações de autocuidado.	literatura, resultando, assim, em uma escala válida, confiável, compreensível, breve e de fácil aplicação"[19] (p. 146).
4	Houve correlação entre Referenciais Teóricos do Autocuidado[20] e as Necessidades Humanas Básicas[21], utilizando no estudo parte da teoria do autocuidado como requisitos para o autocuidado e avaliação do impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem (CTE).	"A CTE foi maior ao se promover o autocuidado e influenciou o quantitativo de profissionais de enfermagem, demonstrando a necessidade de se reconsiderar sobre o dimensionamento de pessoal referente a esse perfil de assistência"[22] (p. 105).
5	Teoria Geral de Enfermagem de Orem[6] foi utilizado para subsidiar a construção de um modelo para nortear as ações dos profissionais da (APS) no autocuidado apoiado aos hipertensos. Não foi identificado um modelo teórico ou conceitual único para organização dos enunciados na Tese. A teoria de Orem é utilizada como parte do referencial teórico do estudo que alicerça as bases teórico e científico em dois outros construto teóricos.	A enfermagem através da Teoria de Orem, fortalece a ideia de ter o autocuidado como sendo o foco do cuidar, já que considera a capacidade do indivíduo de olhar para si e resolver suas problemáticas[23] (p. 103).
6	Referencial teórico da Teoria Geral do Autocuidado e estruturado em ontologia foi adotada para permear o estudo em todos os momentos, estruturando a proposta da tese em ontologia, para o autocuidado da pessoa com Estomia de eliminação intestinal.	"Acredita-se que os enunciados validados e fundamentados na teoria de Orem representam os fenômenos e as necessidades de autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal, e as ações específicas para a promoção do autocuidado dessa clientela"[24] (p. 153).
7	Estruturou-se modelos teóricos do autocuidado Orem para instrumentalizar a prática clínica do enfermeiro no atendimento de pessoas com hanseníase. Faz-se presente a Teoria de Orem desde a introdução a conclusão do estudo permeando todos os momentos da pesquisa.	"A metodologia utilizada nesta pesquisa possibilitou a construção de um subconjunto terminológico com base na teoria de autocuidado de Dorothea Orem e a CIPE®, podendo ser utilizada na prática clínica de enfermagem no atendimento a pessoas com hanseníase"[25] (p. 230).
8	Requisitos de autocuidado universais de Orem para pautar o estudo relacionado a pessoas com diabetes *Mellitus* tipo 2. A Teoria Geral do Autocuidado de Orem[17] versa sobre o estudo aplicada para embasamento teórico cientifico contemplando os objetivos resultados e conclusões desta tese.	"O autocuidado deve ser valorizado nas consultas dos profissionais de saúde e de enfermagem, em especial, buscando desenvolver habilidades e segurança no portador para que o autocuidado aconteça de forma eficaz...para adesão e sucesso no tratamento da pessoa com diabetes tipo 2"[26] (p. 87).
9	A Teoria do Autocuidado de Orem foi utilizado como subsidio para fundamento teórico científico e análise do estudo comtemplando todos os	"Evidenciou-se a relevância desta pesquisa para a avaliação, planejamento e a tomada de decisões quanto às estratégias de cuidado à luz da Teoria

	momentos da pesquisa e avaliação das estratégias de autocuidado em relação aos sintomas urinários em pacientes idosos com estomia intestinal.	do Autocuidado de Orem em indivíduos que vivenciam estomia intestinal e os sintomas da incontinência urinária na população idosa"[27] (p. 155).
10	A fundamentação teórica do estudo pautou-se na Teoria do Autocuidado de Orem. O autor elaborou duas revisões integrativas de literatura e estudo qualitativo que versou sobre a compreensão da experiência de cuidadores informais de pacientes em pós- Acidente Vascular Cerebral (AVC). Não foi clara a utilização Teoria do Autocuidado no corpus da pesquisa o qual a Autora (Orem) não foi diretamente referenciada.	Salienta-se a necessidade de promover o autocuidado para esses pacientes, minimizando a sobrecarga dos cuidadores familiares, além de propor intervenções eficazes no controle de infecção, assim prevenindo as reinternações hospitalares[28] (p. 62).

Fonte: Os autores, 2022.

Os estudos apresentaram diferentes formas de aplicabilidade da teoria como validação de protocolo e escala, adaptação, desenvolvimento da consulta de enfermagem e elaboração de instrumento norteador da consulta de enfermagem. As diversas aplicabilidades são verificadas nos objetivos, resumos, metodologias e fundamentação teórica das teses.

Apesar das teses citarem a utilização da Teoria do Autocuidado, algumas têm embasamento teórico fortalecido em outros aspectos ou em outras teorias, não explanando claramente o modo de uso da teoria de Orem no desenvolvimento da tese.

Para aprofundamento da análise bibliométrica, foi realizado codificação e categorização dos conteúdos, conforme a utilização da teoria do autocuidado, conforme tabela 4.

Tabela 4: Domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo

Codificação e código de referência das teses	**Categorização principal de utilização da teoria**
Autocuidado (1), (2), (3), (5), (6), (7), (8), (9), (10)	Ação
Prevenção (2), (3), (4), (5), (6), (7), (8), (9)	
Reabilitação (1), (6), (7)	
Assistência de Enfermagem (1), (2)	Instrumento
Consulta de Enfermagem (2),(7)	
Cuidados de Enfermagem (1), (6), (7)	
Diagnóstico de Enfermagem (6), (7)	
Processo de enfermagem (1), (2), (7)	
Qualidade de vida (2), (8), (9)	Condições básicas e suplementares do ser humano
Requisitos universais (1), (6), (8), (9)	

Atenção Primária (3), (5), (7)	Lócus do cuidado
Policlínica (9)	
Hospitalar (1), (2), (4), (6), (8), (10)	

Fonte: Os autores, 2022.

Ao realizar análise do conteúdo relacionou-se as estruturas semânticas apresentada nas teses com as categorizações principais de utilização da teoria do autocuidado: ação (autocuidado, prevenção e reabilitação), instrumento (assistência de enfermagem, consulta de enfermagem, cuidados de enfermagem, diagnósticos de enfermagem, processo de enfermagem), condições básicas e suplementares do ser humano (qualidade de vida, requisitos universais) e lócus do cuidado (atenção primária, policlínica, hospitalar).

Na categoria ação emergiu a compreensão do autocuidado de Orem conforme estratégias de prevenção e reabilitação para implementação do autocuidado. A ação de autocuidado para Orem está diretamente relacionada a capacidade que a pessoa possui em agir em favor da sua saúde, através de condutas aprendidas e demonstradas e envolve a realização consciente e pressupõe a decisão do indivíduo em fazê-lo[7]. A categorização principal de ação das teses (autocuidado, prevenção e reabilitação) relacionada com o autocuidado na teoria de Orem pode ser verificada conforme descrição abaixo:

Categorização do Autocuidado

Tese 1 - O referencial Teórico de Orem permitiu a avaliação das capacidades de autocuidado dos agentes de autocuidado (AAC) aos de lactentes Sequência de Robin isolada (SRI) por meio do ensino-aprendizagem.

Tese 2 - A consulta de Enfermagem baseada na Teoria de Orem contribuiu para a melhoria da adesão e qualidade de vida dos pacientes portadores com coinfecção HIV/TB.

Tese 3 - Baseado na teoria de Orem considera-se que a versão adaptada ASAS-R pode subsidiar ações que contribuam em estratégias para melhor acompanhamento das pessoas com DM na ESF.

Tese 5 - A teoria de Orem possibilitou a efetivação de ações acerca do autocuidado apoiado dos hipertensos da APS.

Tese 6 - A teoria do autocuidado possibilitou as ações específicas para a promoção do autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal.

Tese 7 - O autocuidado de Orem foi aplicado de forma sistematizada na prática clínica de enfermagem no atendimento a pessoas com hanseníase.

Tese 8 - A teoria de Orem possibilitou a valorizado nas consultas de enfermagem, buscando desenvolver habilidades e segurança dos portadores diabetes tipo 2.

Tese 9 - As estratégias de cuidado à luz da Teoria do Autocuidado evidenciaram-se relevantes para o desenvolvimento de ações de autocuidado utilizadas para os idoso com estomia intestinal e com incontinência urinária.

Categorização da Prevenção

Tese 2 - Aplicação do modelo de Orem para realização da consulta de enfermagem se mostrou efetivo para adesão ao tratamento e menor índice de abando no grupo de pacientes coinfectados HIV/TB.

Tese 3 - A adaptação e validação a escala ASAS-R, vem somar esforços para a consolidação das propostas de atenção primária e promoção à saúde, favorecendo melhor acompanhamento das pessoas com DM.

Tese 4 - A CTE foi maior ao se promover o autocuidado e demonstrando a necessidade de se reconsiderar sobre o dimensionamento de pessoal referente a esse perfil de assistência.

Tese 5 - O protocolo desenvolvido no estudo foi considerado apto para aplicação juto aos hipertensos da APS vistas ao apoio no desenvolvimento da capacidade de autocuidado desta população.

Tese 6 - O estudo permitiu a construção de enunciados de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem específicos para a pessoa com estomia de eliminação intestinal.

Tese 7 - A construção do subconjunto terminológico da CIPE resultou em um conjunto de intervenções capaz de atender as necessidades das pessoas com hanseníases.

Tese 8 - Promovendo a educação para o autocuidado o enfermeiro auxilia a pessoa com diabetes torna-se protagonista do seu tratamento.

Tese 9 - As estratégias de cuidado à luz da Teoria de Orem para pessoas com estomia intestinal e os sintomas da incontinência urinária demostrou-se relevante para avaliação, planejamento e a tomada de decisões em enfermagem.

Categorização da Reabilitação

Tese 1 - Conjunto de medidas para orientação dos AAC baseadas na teoria de Orem para aplicação dos cuidados de lactentes SRI atendidos na UCE com relação à estimulação oral, técnicas facilitadoras da alimentação (TFA), alimentação por sonda nasogástrica (SNG) e manipulação da cânula nasofaríngea (CNF).

Tese 6 - O estudo orientou o desenvolvimento de um subconjunto terminológico da CIPE®, estruturado em ontologia, para o autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal visando à reabilitação por meio do autocuidado.

Tese 7 - Foram evidenciadas na prática clínica utilizando a CIPE® e teoria de Autocuidado de Orem medidas de intervenções capazes de melhorar a reabilitação e capacidade do autocuidado dos pacientes com hanseníase.

Na categoria Instrumento foram identificadas codificações ligadas a assistência, práticas, cuidados, diagnósticos e processos de enfermagem, relacionados a atuação do enfermeiro na prestação de cuidados em enfermagem. Esta categorização embasa-se nos pressupostos teóricos de Orem relacionando as necessidades de interação do enfermeiro. Objetiva a detecção de problemas e possíveis intervenções quando necessárias, em relação a saúde do paciente quando este não for capaz de fazer por si o seu próprio autocuidado, necessitando da enfermagem para alcançar os melhores resultados possíveis em relação a sua saúde[6]. Análise de conteúdo das teses relacionadas a categorização principal instrumento na assistência, consulta de enfermagem, cuidados de enfermagem, diagnósticos de enfermagem e processo de enfermagem segue abaixo:

Categorização da Assistência de Enfermagem

Tese 1 **-** O referencial Teórico de Orem contribuiu para realização da assistência de enfermagem e implementação das ações de autocuidado ao lactente com SRI.

Tese 2 **-** Assistência de enfermagem prestada aos pacientes com coinfecção HIV/TB foram baseados em modelos de protocolos inerentes a teoria de Orem.

Categorização da Consulta de Enfermagem

Tese 2 **-** A consulta de enfermagem baseada na teoria de Orem mostrou-se efetiva para melhoria da adesão ao tratamento dos portadores de coinfecção HIV/TB.

Tese 7 **-** Aplicação da Consulta de enfermagem a pessoas com hanseníase baseada na teoria de Orem e instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Categorização dos Cuidados de Enfermagem

Tese 1 **-** A teórico de Orem contribuiu como um norteador para implementação dos cuidados de enfermagem e ensino das ações de autocuidado ao lactente com SRI.

Tese 6 **-** Este estudo permitiu a construção de enunciados de intervenções de enfermagem específicos para os cuidados da pessoa com estomia de eliminação intestinal.

Tese 7 **-** A construção do subconjunto terminológico utilizando a CIPE® contribui para a segurança e a qualidade dos cuidados de enfermagem relacionados ao pessoas com hanseníase.

Categorização do Diagnóstico de Enfermagem

Tese 6 **-** Como resultado está pesquisa norteou a elaboração de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, com base na CIPE®.

Tese 7 **-** Instrumentalização na prática clínica com base no modelo de Orem utilizando a CIPE® e subconjunto terminológico de diagnósticos, resultando e intervenções de enfermagem para o atendimento de pessoas com hanseníase.

Categorização do Processo de enfermagem

Tese 1 **-** Foi realizado articulação entre o processo de enfermagem de Horta e a Teoria de Orem e aplicados ao agente de autocuidado (AAC) com seus lactentes com SRI.

Tese 2 **-** O instrumento de consulta de enfermagem abrange o processo de enfermagem citado por Orem em sua teoria baseado no autocuidado.

Tese 7 **-** São utilizados no estudo o Processo de Enfermagem com base no referencial teórico de Orem e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®.

A categoria de condições básicas e suplementares do ser humano evidenciou resultados referentes aos requisitos universais comuns a todos os indivíduos, durante o ciclo de vida. Os requisitos de autocuidado são descritos por Orem como sendo as ações dirigidas à provisão e controle de fatores que afetam o funcionamento e o desenvolvimento humano. São três os requisitos de autocuidado: os requisitos universal, desenvolvimental e desvio de saúde[17].

A Análise de conteúdo das teses relacionadas a categorização principal condições básicas e suplementares do ser humano (qualidade de vida e requisitos universais),foram apresentadas a análise dos construtos das teses relacionadas a esta categorização principal como segue:

Categorização da Qualidade de vida

Tese 2 **-** As intervenções de enfermagem proposta corroboraram para incremento da qualidade de vida dos portadores de coinfecção HIV/TB.

Tese 8 **-** O autocuidado deve ser valorizado nas consultas de enfermagem contribuindo com a qualidade de vida dos pacientes DM2.

Tese 9 **-** Estratégias de autocuidado orientadas por profissionais de saúde aos idoso com estomia intestinal e incontinência urinária pode melhorar sua qualidade de vida.

Categorização dos Requisitos universais

Tese 1 **-** Para desenvolvimento da base teórica do estudo foram utilizados os requisitos universais de cuidados da teoria de Orem.

Tese 6 **-** Foram classificados na pesquisa requisitos universais de autocuidado abalizado nos preceitos de Orem adaptado para os cuidados da pessoa com estomia de eliminação intestinal.

Tese 8 **-** O estudo permitiu verificar as práticas de autocuidado universais, determinados como imprescindíveis de acordo com a teoria de Orem.

Tese 9 **-** Foram relacionados requisitos universais de autocuidado de Orem para avaliação das estratégias de autocuidado dos idosos com estomia intestinal e incontinência urinária.

Na categoria lócus do cuidado foram identificas as áreas de desenvolvimento das teses correspondentes ao campo de estudo da pesquisa, desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária, Secundária e Terciaria.

Categorização Lócus do Cuidado Atenção Primária

Tese 3 **-** Estudo desenvolvido em Estratégia Saúde da Família (ESF) com pacientes em tratamento de DM.

Tese 5 **-** Pesquisa realizada em Unidade de Saúde da família com hipertensos e profissionais de saúde

Tese 7 **-** Estudo desenvolvido em Unidade básica de saúde onde os pacientes realizam o tratamento para hanseníase.

Categorização Lócus do Cuidado Policlínica

Tese 9 **-** Estudo desenvolvido em unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial aos idosos com estomia intestinal.

Categorização Lócus do Cuidado Hospitalar

Tese 1 **-** Estudo desenvolvido na UCE do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP).

Tese 2 **-** Pesquisa desenvolvida com portadores de coinfecção HIV/TB atendidos no Hospital de Doenças Infecciosas.

Tese 4 **-** Estudo desenvolvido na Unidade de Cuidado Semi-intensivo do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais.

Tese 6 **-** A coleta de dados foi realizada no serviço de assistência a pessoas ostomizadas de um Hospital Universitário.

Tese 8 **-** Pesquisa realizada com pessoas adultas com DM tipo 2 no ambulatório de endocrinologia de um hospital Universitário.

Tese 10 **-** Estudo desenvolvido em unidade ambulatorial de um hospital público.

Estes achados evidenciam a amplitude de possibilidades para utilização da teoria de Orem nas teses, permeando diversos campos de atuação da enfermagem, conforme categorizações analisadas neste estudo.

DISCUSSÃO

As pesquisas na área da enfermagem brasileira têm aumentado nos últimos trinta anos fortalecendo a área[29]. Este progresso pode ser confirmado nas crescentes publicações dos periódicos na área de enfermagem e aumento de teses no banco dados CAPES, principalmente as desenvolvidas em programas de pós-graduação em enfermagem do Brasil.

Realidade semelhante foi encontrada em pesquisa que analisou o panorama de produções científicas sobre Autocuidado a Luz da Teoria de Dorothea Orem, com pesquisas que apontam crescimento maior em números de produções a partir dos anos 2000[30].

Verificou-se que as principais instituições de origem das teses são das regiões Nordeste e Sudeste. Estas informações convergem com os achados de pesquisa, desenvolvida no período de 2013 a 2016, destacando o Nordeste como destaque no crescimento do número de doutores (aumento de 61%, neste período), porém ainda com prevalência da região Sudeste no quantitativo de doutores do Brasil[3].

Em decorrência da expansão da área de enfermagem, houve predominância das teses oriundas dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem que, nos últimos anos, encontram-se em expansão no Brasil. Este crescimento gerou aumento no número no quantitativo de doutores, passando de 64% em 2012 para 1.309 em 2016[31].

A expansão da pesquisa em enfermagem pode ser justificada pelo aumento dos cursos de aperfeiçoamento, mestrado, doutorado e pós-doutorado, consequentemente crescimento quantitativo e qualitativo dos manuscritos publicados na área de enfermagem no país[31,3]. Com este crescimento, estudantes e profissionais da área da saúde podem

fundamentar e aperfeiçoar suas práticas através do ensino e da pesquisa, principalmente com artigos científicos que tem embasamento na Teoria de Orem[31].

Na enfermagem recomenda-se a utilização e aplicação de referenciais teóricos para atuação dos enfermeiros possibilitando cuidado com melhoria da saúde do indivíduo e da comunidade, mediante práticas embasadas cientificamente e referenciais teóricos solidificados[32].

Além da relevância do referencial teórico nas teses, destaca-se o rigor científico, com necessidade de detalhamento da população, visando a tomada de decisão com base nos resultados obtidos na análise da amostra. A população é considerada o conjunto de seres animados ou inanimados que exibem alguma característica em comum, a amostra são subconjunto de indivíduos o qual se faz as inferências[33].

As palavras-chave ou descritores encontrados nos estudos indicam a representação temática do estudo. As palavras-chave são importantes a serem inseridas pelos autores na submissão do trabalho cientifico para publicação e devem estar de acordo com a nomenclatura das bases de dados (Descritores em Ciência da Saúde - DeCS) e ser indexados para delimitar o campo da ciência a ser estudado e informar sobre a temática e estado de arte do estudo[34].

Ao analisamos o perfil das teses sob os eixos investigativos na Teoria de Orem ficaram evidentes a relevância e potencialidade deste referencial teórico para respaldar as dimensões teóricas, práticas e científicas do cuidado em enfermagem. Este referencial possibilita transcender o tecnicismo assumindo conhecimentos capazes de qualificar a práxis.

A maioria das teses analisadas neste estudo bibliométrico, mencionaram o autocuidado ou Teoria de Orem no título. O título é considerado elemento de destaque na composição do estudo e deve se apresentar de forma específica, clara, bem determinada e precisa, apontando para as inclinações, aptidões, possibilidades e tendências do estudo, objetivando uma abordagem temática que facilmente seja captada pelo pesquisador[33].

Quando se correlacionou aspectos conceituais da teoria aos objetivos geral descritos, verificou-se em algumas teses dicotomia em relação a descrição do referencial teórico, utilização de partes da teoria para justificar a aplicação na pesquisa, assim como os estudos que utilizam um ou mais referencial teórico para galgar a pesquisa. Isto não significa impossibilidade de convergência entre dois referenciais, porém deve-se atentar para evitar a superficialidade caso a duplicidade teórica seja utilizada na tese. Para maior confiabilidade dos resultados das teses é necessário, articular os conhecimentos da área pesquisada com o referencial teórico proposto, preocupando-se com a padronização deste referencial no estudo para consolidação dos resultados[33].

A teoria de Orem, chamada de teoria geral do autocuidado em enfermagem, teve publicação própria no livro de 1971. Com descrição inicial da teoria do déficit do autocuidado de Enfermagem, articulando e delineando três pressupostos teóricos embasadores, sendo estes: a teoria do autocuidado, do déficit de autocuidado e dos sistemas de enfermagem[4]. Neste estudo, a maioria das teses utilizou como pressuposto teórico os referenciais de Orem evidenciando a importância da Teoria Geral do Déficit de Autocuidado de Orem como aspectos conceituais teóricos.

No que tange à abordagem metodológica, a escolha do método adotado deve estar fundamentada na questão, objetivos e resultados esperados, de forma que a pesquisa seja exequível operacionalmente[35,29]. Pesquisas qualitativa e quantitativa são necessárias, não existindo valorização de uma em sobreposição a outra, deve-se considerar a necessidade da pesquisa, problema e realidade do estudo. Todas as abordagens são fundamentais para construção do conhecimento cientifico[29]. Além disso, existe a possibilidade de junção entre duas abordagens metodológicas para produção da pesquisa mista, integrando e analisando dados qualitativos e quantitativos no processo de pesquisa em único estudo[36].

Pesquisas exploratórias objetivam aprimorar hipóteses, proporcionar familiaridade com o campo de estudo e validar instrumentos. Também podem ser utilizadas na primeira etapa de estudos mais amplos. Este tipo de abordagem metodológica é frequentemente utilizado em pesquisas as quais os temas foram pouco explorados e podem ser aplicada em estudos iniciais para obter visão geral acerca de determinados fatos[35].

Se tratando da semântica da codificação e categorização das teses em relação a teoria do autocuidado, a primeira categoria que emergiu dos estudos foi a ação apontada como capacidade da pessoa em agir a favor do si mesma, podendo ser afetada por fatores condicionantes básicos: idade, condição de saúde ou doença, sexo, sistema familiar, fatores ambientais, padrões de vida, disponibilidade de recursos e adequação[17].

Visando compreender o significado de ação, o autocuidado é prática que deve ser incentivada e abordada pela sua eficácia na melhoria do estado de saúde, sendo considerada essencial na prevenção, tornando o sujeito protagonista da sua promoção de saúde[30]. Na prática do autocuidado, tem-se interação do profissional de saúde com o paciente objetivando a detecção de problemas e possíveis intervenções de enfermagem quando necessários para o alcance e efetivação do autocuidado[2,6-7,9,30].

A categorização instrumento envolve a prática dos enfermeiros embasada em pressupostos teóricos, utilizados na prestação de assistência em diferentes contextos dos

serviços de enfermagem e etapas do processo saúde-doença, sendo a identificação fator relevante para o planejamento do cuidado[3,6-7,9].

A promoção ao autocuidado do paciente, é fortalecida com o processo de manutenção e recuperação da saúde, além da redução e amenização dos efeitos da doença, baseada nas necessidades do indivíduo, família, na melhor informação científica disponível e na excelência clínica [2,6-7,17,30].

A categoria de condições básicas e suplementares do ser humano evidenciou os requisitos universais propostos por Orem utilizados nas teses analisadas estão associados aos processos da vida, manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento e tem por propósito, ações que contribui de maneira específica para integridade, funções e no desenvolvimento humano[7,17,20].

Esses propósitos através de ações, são denominados requisitos de autocuidado chamados por Orem de requisitos universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde[2]. Os requisitos universais estão associados a processos de vida, manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Os requisitos de desenvolvimento ocorrem quando são necessárias adaptações, mudanças: adaptação a mudanças físicas, novo trabalho, dentre outras necessidades. O requisito de desvio de saúde acontece em condições de adoecimento, desequilíbrio humano, quando exige-se adaptação a situações através da busca e garantia da assistência adequada as condições apresentadas pelo paciente[20,2].

No que concerne a categorização do lócus do cuidado atenção, prevenção e promoção são desenvolvidas em diferentes serviços de saúde. Neste sentido, no Brasil destacam-se como espaços para o autocuidado nas unidades hospitalares, atenção primária e policlínicas[37]. Esses serviços são constituídos como prestadores de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), considerados de baixa complexidade, atenção secundária são compostas por serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar de média complexidade e ainda a atenção terciária ou alta complexidade que corresponde aos serviços de procedimentos e terapias de elevada especialização[37].

A fundamentação teórica, com utilização de teorias na prática da enfermagem, garante valorização do corpo de conhecimento da área, proporcionando cientificidade na atuação do enfermeiro. A produção de conhecimentos relevantes para o desenvolvimento profissional, fomenta cuidado que possibilita melhoria da saúde do indivíduo e da comunidade, baseado em práticas científicas e referenciais teóricos que solidificam a

aplicação dos conhecimentos, reconhecidos na teoria de Orem como essenciais para o cuidado de enfermagem.

Como limitação deste estudo destaca-se a indisponibilidade de algumas teses no formato online, impossibilitando socialização do conhecimento desenvolvido e avaliação do presente estudo.

CONCLUSÃO

A apropriação da teoria do autocuidado está relacionada com aplicação dos seus conceitos teóricos, bem como forma de utilização para permear o autocuidado em diferentes populações e ambientes, contribuindo significativamente para atuação do enfermeiro no cuidado direcionado a recuperação e prevenção.

Nas teses analisadas, verificou-se utilização da Teoria de Orem em contextos diversificados, colaborando para fundamentar a prática do enfermeiro, fomentando visão panorâmica sobre o autocuidado, abrindo caminhos para reflexões sobre a construção e aplicação do conhecimento próprio da área profissional.

A categorização semântica teórica destacou a inferência e interpretação da codificação utilizada nas teses, referenciando as categorizações: ação, instrumento, condições básicas e suplementares e lócus do cuidado. Estas são potencializadoras de informações para análise, que culminam em interpretações inferenciais, possibilitando reflexão e crítica sobre a utilização da teoria do Autocuidado de Orem nas teses.

A utilização da Teoria de Orem possibilita qualificação do cuidado desenvolvido, contribuindo para fortalecimento da a Enfermagem como ciência, da profissão, potencializando práticas de melhorias para o cuidado de enfermagem direcionado pelas ações de autocuidado.

REFERÊNCIAS

1. Dias JAA, David HMSL, Vargens OMC. Ciência, enfermagem e pensamento crítico - reflexões epistemológicas. Revista de Enfermagem UFPE online. 2016 [citado em 01 de outubro de 2021];10(4):3669-3675. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11142/12645
2. McEwen M, Wills E. Bases Teóricas de Enfermagem. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2016. 608p.

3. Alves HLC, Lima GS, Albuquerque GA, Gomes EB, Cavalcante EGR, Amaral MCV. Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. Cogitare enferm. 2021 [citado em 01 de novembro de 2021];26:e71743. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.71743
4. Bavaresco M, Manfredini GMSG, Santos RP, Resck ZMR, Fava SMCL, Dázio EMR. Aplicabilidade da teoria de Orem no autocuidado de pessoa com estomia intestinal: estudo reflexivo. Cult Cuid. 2020 [citado em 02 de outubro de 2021];23(57):307-317. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/108784/1/CultCuid57-307-317.pdf
5. Silva AGI da, Gurjão WTV, Santos FC dos, Costa GF. Tecnologia gerencial para mediar a consulta de enfermagem a pessoas vivendo com doença de chagas. Nursing. 2021 [citado em 30 de março de 2022];24(281):6319-–6334. Disponível em https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i281p6319-6334
6. Orem DE. Nursing Concepts of Pratice. 3ª edição. Boston: Mosby; 1991. 385p.
7. Hartweg DL, Pickens JA. Concept analysis of normalcy within Orem's self-care deficit nursing theory. Self Care Depend Care Nurs. 2016 [citado em 03 de outubro de 2021];8(4):418-425. Disponível em: https://static1.squarespace.com/static/55f1d474e4b03fe7646a4d5d/t/
8. Barbosa, VMS; Silva JVS. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. Rev Enferm Atenção Saúde. 2018 [citado em 11 de outubro de 2021];7(1):260-271. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-912722
9. Orem DE. Nursing Concepsts of Practice. 8ª edição. Boston: Mosby; 2006. 385p.
10. Souza NMS, Cunha AC, Rezende e Silva FM, Quadros KAN, Santos RC, Andrade SN. Fatores relacionados ao diabetes *Mellitus* que podem influenciar no autocuidado. Revista Nursing. 2020 [citado em 30 de março de 2022];23(268):4580-4588. Disponível em: http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/868/969
11. Pimenta CJL, Fernandes WAA de B, Falcão RM de M, Freitas S de A, Oliveira J dos S, Costa KN de FM. Análise das dissertações e teses do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. REME. 2018 [citado em 02 de novembro de 2021]:22(e1093). Disponível em: http:// www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180023
12. Pimenta, AA, Portela A, Oliveira C, Ribeiro RM. A bibliometria nas pesquisas acadêmicas. Scientia. 2017 [citado em 05 de outubro de 2021];4(7):1-13. Disponível em: https://docplayer.com.br/137842425-A-bibliometria-nas-pesquisas-academicas.html

13. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Relatório de Avaliação 2013-2016: enfermagem. [Internet]. Brasília: CAPES; 2017 [citado em 10 de outubro de 2021]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/relatorios-finais- quadrienal-2017/20122017-ENFERMAGEM-quadrienal.pdf
14. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Plano Nacional de Pós-Graduação - PNPG 2011-2020. [Internet]. Brasília: CAPES; 2010 [citado em 10 de outubro de 2021]. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/PNPG_Miolo_V2.pdf
15. Bardin L. Análise de conteúdo. 4ª edição. Lisboa: Edições 70; 2015. 288p.
16. Mondini CCSD. Avaliação da capacidade de cuidadores de lactentes com Sequência de Robin [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2008. 154p.
17. Orem DE. Nursing: Concepts of Practice. 4ª edição. St. Louis: Mosley; 1995. 385p.
18. Feijão AR. Consulta de Enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes com coinfecção HIV/Tuberculose: Efetividade na Adesão e Qualidade de Vida [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2011. 155p.
19. Stacciarini TSG. Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised para o Brasil [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2012. 191p.
20. Orem DE. Nursing Concepts of Pratice. 7ª edição. Boston:Mosby; 2001. 385 p.
21. Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária; 1979.
22. Trettene AS. Impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem [tese]. Bauru: Universidade de São Paulo; 2015. 156p.
23. Santos RS. Autocuidado apoiado aos hipertensos: construção de um protocolo [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2016. 120p.
24. Carvalho CMG. Subconjunto terminológico da Cipe®, estruturado em ontologia, para o autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal [tese] João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2017. 248p.
25. Oliveira MD da S. Subconjunto terminológico da CIPE® para atendimento de pessoas com hanseníase [tese] Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2017. 270p.
26. Cizone MCA. Práticas de autocuidado realizadas por pessoas com diabetes tipo 2 em um segmento ambulatorial de João Pessoa [tese]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2018. 154p.

27. Tomasi AVR. Idosos com Estomia Intestinal que Vivenciam Sintomas de Incontinência Urinária: um Processo para o Autocuidado [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 202p.
28. Sá FM de. Análise do perfil epidemiológico e compreensão da experiência de cuidadores informais de pacientes em pós-AVC: Estudo multimétodos [tese]. Botucatu: Universidade Estadual Paulista;2021. 83p.
29. Menezes HF, Rosas AMMTF, Souza FS, Viana LO, Pinto ACS, Rufino CG. Produção brasileira de teses e dissertações sobre consulta de enfermagem: estudo de natureza bibliométrica. Revista Enfermagem Atual. 2017 [citado em 14 de outubro de 2021]; 83. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/290
30. Silva KPS, Silva CS, Santos MS, Cordeiro CF, Soares DAM, Santos FF. et al. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção cientifica brasileira. Brazilian Journal of Development. Abril de 2021 [citado em 16 de outubro de 2021];7(4):34043-34060. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27562
31. Agra MAC, Freitas TCS, Caetano JA, Alexandre ACS, Sá GGM, Galindo Neto NM. Dissertações e teses da enfermagem acerca do serviço de atendimento móvel de urgência: estudo bibliométrico. Texto Contexto Enferm. 2018 [citado em 01 de novembro de 2021];27(1):e3500016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/PThzh5pvpvQFrjfZVgxhqrL/abstract/?lang=pt
32. Bezerra MLR, Faria RPR, Jesus CAC, Reis PED, Pinho DLM, Kamada I. Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa. J Manag Prim Health Care. 2018 [citado em 16 de outubro de 2021];9(16):01-19. Disponível em: http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/538/741
33. Marconi MA, Lakatos EM. Fundamentos de metodologia científica. 9ª edição. São Paulo: Atlas; 2021. 368p.
34. Brandau R, Monteiro R, Braile DM. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. Rev Bras Cir Cardiovasc. Março 2005 [citado em 16 de outubro de 2021]; 20(1):VII-IX. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbccv/a/YjJ9Hw34dfDTJNcTKMFnKVC/?lang=pt
35. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 7ª edição. São Paulo: Atlas; 2019. 248p.
36. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed; 2010. 296p.

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. 2018.

4 MÉTODO

Este tópico trata da trajetória metodológica adotada, com descrição do tipo de estudo, cenário do estudo, participantes, procedimentos da coleta e análise dos dados.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de pesquisa de método misto (MM), seguindo o delineamento convergente, com coleta de dados concomitante (dados qualitativos e quantitativos, serão coletados ao mesmo tempo) (Creswell; Hirose, 2019), alinhado ao referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem (1991). Este método foi adotado por ser considerado ideal, devido a interação entre a pesquisa quantitativa e qualitativa. O estudo de MM objetiva fornecer possibilidades de análises e informações além daquelas proveniente dos bancos de dados qualitativos e quantitativos separadamente. Os dados quantitativos e qualitativos se completam, traz maior robustez e confiança na validade dos resultados. (Creswell; Hirose, 2019; Oliveira *et al.*, 2021).

Nesta proposta a integração dos elementos quantitativos e qualitativos, coletados concomitantemente, fez-se necessária para obter dados diferentes e complementares sobre o mesmo tópico, contribuindo com o desenvolvimento de um entendimento mais completo sobre os resultados obtidos em cada etapa deste estudo.

Optou-se por utilizar o sistema designado por letras maiúsculas e letras minúsculas: utilizando-se nesta pesquisa a nominação do estudo como QUAL/quan, que designa que o estudo de métodos mistos terá abordagem qualitativa dominante. O sequenciamento é indicado pelos símbolos + (mais) ou → (seta). Neste estudo, será utilizado o sinal de + (mais), pois indicam que ambas as abordagens ocorrerão simultaneamente (Creswell, 2019, p. 153).

Quanto ao processo de planejamento dos estudos de métodos mistos, considerou-se quatros aspectos principais desse tipo de estudo, sendo eles: 1) distribuição do tempo; 2) atribuição do peso das abordagens; 3) combinação dos dados e 4) teorização, conforme pode ser verificado no Quadro 1 (Creswell; Clark, 2013).

QUADRO 1 - CONJUNTO DE PROCEDIMENTOS SISTEMÁTICOS DOS MÉTODOS MISTOS

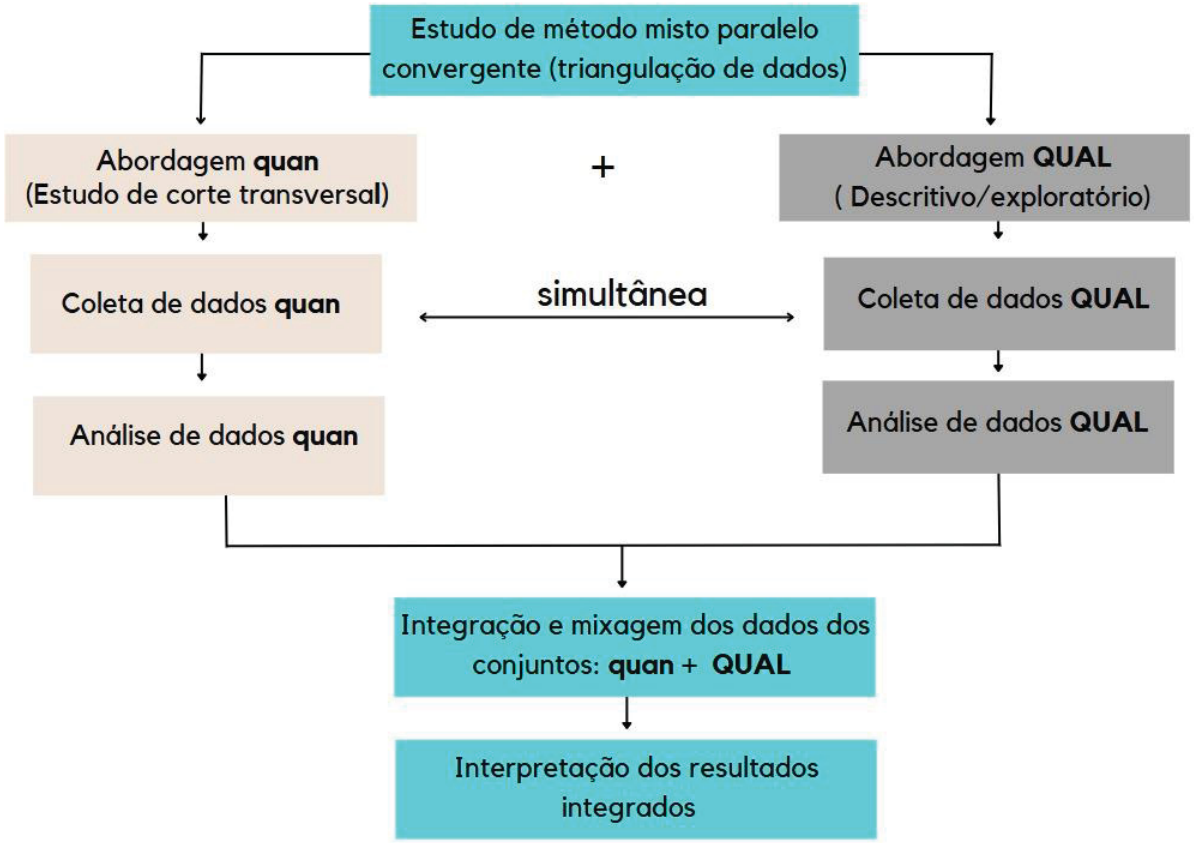
Distribuição de tempo (sequenciamento)	Atribuição de pesos	Combinação	Teorização
Coleta de dados simultânea	Igual	Integrado	Explícita
Dados qualitativos coletados primeiro	Qualitativa	Por ligação	Implícita
Dados quantitativos coletados primeiro	Quantitativa	Por Incorporação	

FONTE: Os autores, adaptado de Creswell; Clark (2013, p. 242).

Baseados nas definições dos quatro componentes principais, construiu-se a estratégia de pesquisa de método misto desta pesquisa: Projeto paralelo convergente, visto que em relação a distribuição do tempo, os dados serão coletados ao mesmo tempo (concomitante); sobre atribuição do peso, a prioridade será atribuída à abordagem qualitativa do estudo, referente a combinação dos dados, os dados quantitativos e qualitativos e serão fundidos e depois comparados com o objetivo de determinar convergências, diferenças e combinações dos seus resultados (Creswell, 2019, p. 181).

No que diz respeito à combinação dos dados foi realizada a integração, os resultados dos dados qualitativos e quantitativos foram mixados para as informações, se apoiando mutuamente. E quanto à teorização utilizou-se a Teoria de Orem (1991) em toda pesquisa. Adotou-se a seguinte notação: QUAL + Quan, conforme apresentada a Figura 2 (Creswell; Clark, 2013).

FIGURA 2 - DIAGRAMA REPRESENTATIVO DO DESENHO DO ESTUDO EXPLICITANDO O PONTO DE INTERFACE NA INTEGRAÇÃO DOS DADOS NO DESENHO PARALELO CONVERGENTE



FONTE: Os autores (2024).

Os dados quantitativos de caráter descritivo-exploratório, foram obtidos por meio de questionários validados sobre a DM, pé diabético, conhecimentos sobre a doença e autocuidado aplicados a pessoa idosa com DM. Também foram aplicados questionários junto aos enfermeiros sobre atendimento a pessoa idosa com DM e autocuidado. Estes instrumentos possibilitaram avaliar através das pontuações os resultados quantitativos obtidos neste estudo.

Os dados qualitativos, viabilizaram obter evidências subjetivas envolvidas no processo coleta de dados em relação as percepções das pessoas idosas com DM, sobre conhecimento sobre a doença, pé diabético e autocuidado e das percepções dos enfermeiros sobre o cuidado centrado na pessoa, atendimento a pessoa idosa com DM e autocuidado. A integração dos elementos quantitativos e qualitativos aconteceu antes da interpretação final (etapa 4), desta pesquisa.

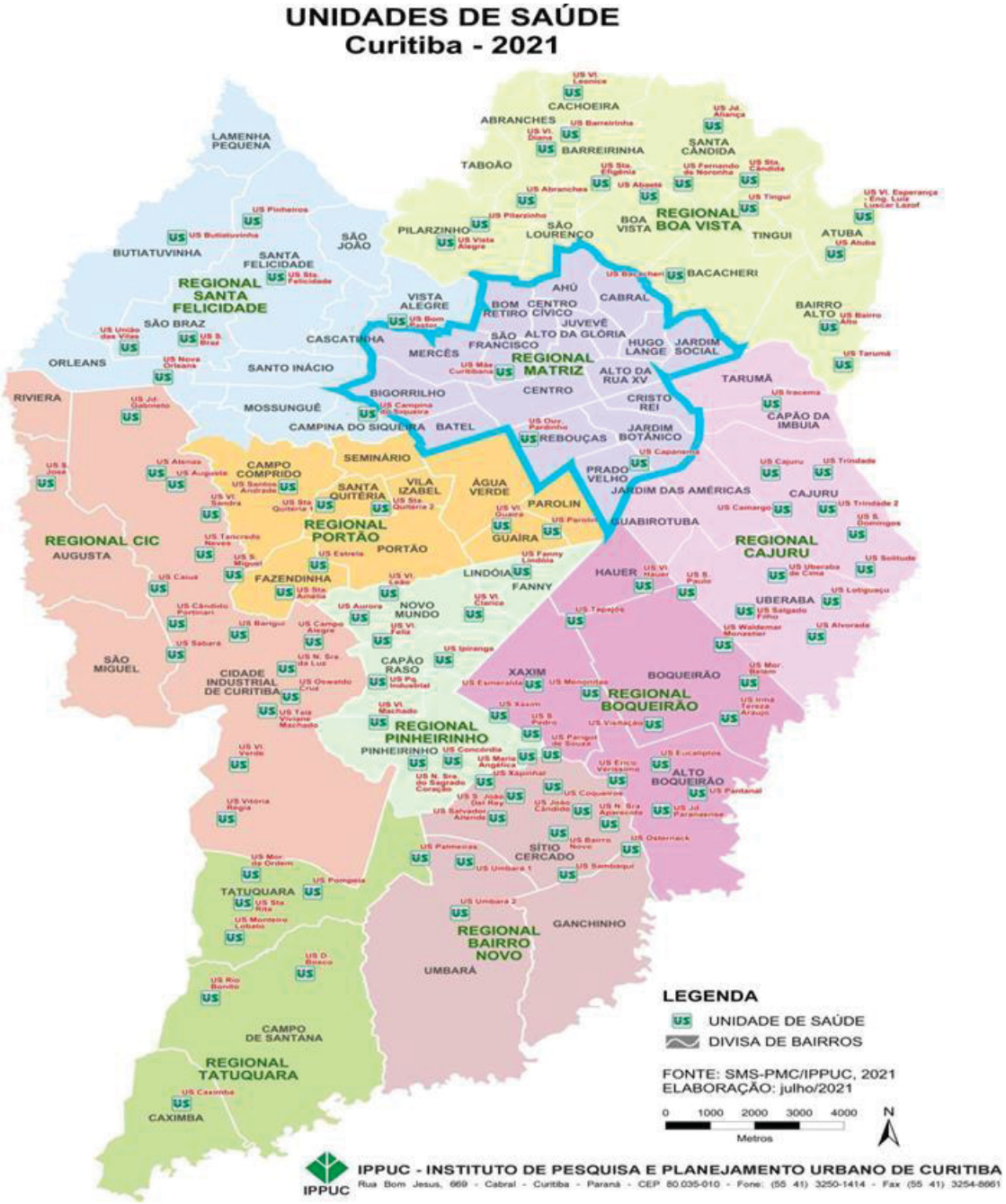
Desse modo, por meio da integração dos dados (quantitativos e qualitativos) resultantes de cada etapa, foi possível ampliar entendimento do problema de pesquisa e potencializar interpretações, pois a limitação de um método pode ser compensada pelo outro, favorecendo conclusões mais abrangentes sobre o fenômeno em estudo (Creswell; Clark, 2013).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa ocorreu na Unidade Municipal de Saúde (UMS) Ouvidor Pardinho. Trata-se de UMS que se encontra integrado ao Distrito Sanitário Matriz da cidade de Curitiba, composta pelos serviços Mãe Curitibana (que presta serviços voltados para a saúde da criança, mulher e gestante); UBS Capanema (que oferta serviços de atenção primária a saúde) e a UMS Ouvidor Pardinho (que atende as demandas a saúde dos adultos e pessoas idosas e também presta serviço como eixo de atendimento a demandas agudas) (Curitiba, 2022a).

A área de abrangência de domicílios incluídos na área adscrita da UMS Ouvidor Pardinho, é composta pela macrorregião do Distrito Matriz, bairros: Ahú, Alto da Glória, Alto da Rua XV, Batel, Bigorrilho, Bom Retiro, Cabral, Centro, Centro Cívico, Cristo Rei, Hugo Lange, Jardim Botânico, Jardim Social, Juvevê, Mercês, Prado Velho, Rebouças e São Francisco, conforme pode ser visualizado no mapa (figura 3).

FIGURA 3 - MAPA DA ÁREA ABRANGÊNCIA DO DISTRITO MATRIZ



FONTE: IPPUC - Instituto de pesquisa e planejamento urbano de Curitiba - PR (2022)

A UMS Ouvidor Pardinho está localizada na cidade de Curitiba, na Rua 24 de maio, 807, centro. Foi inaugurada no ano de 1999, dispõe dos serviços de atenção básica e média complexidade com atendimento a demanda espontânea e referência, com atendimento de segunda a sexta feira das 7hs às 19hs (Curitiba, 2022a). O mapa com as áreas de abrangência das UBS da cidade de Curitiba, na sequência apresenta-se imagens fotográficas da fachada da UMS Ouvidor Pardinho (figura 4).

FIGURA 4 - UNIDADE MUNICIPAL DE SAÚDE OUVIDOR PARDINHO



FONTE: https://www.curitiba.pr.gov.br (2022)

Quanto aos pacientes atendidos pela UMS Ouvidor Pardinho atende 110 mil moradores, destes são cadastrados provisoriamente 4.812, cadastro definitivo 2.735, pacientes declarados acamados são 120 e pessoas idosas inscritas no programa dos diabéticos são 1.986 (Curitiba, 2023). Dentre os programas e serviços de atendimento as pessoas idosas na UMS Ouvidor Pardinho são realizados serviços de atenção básica, como imunização (calendário do adulto); consultas médicas e de enfermagem; práticas integrativas e complementares, atendimentos de fisioterapia, psicologia e enfermagem; atenção psicossocial; grupos de controle do tabagismo, tuberculose, hipertensão e diabetes (Curitiba, 2022b).

Os usuários com diagnóstico de DM são atendidos através de demanda espontânea, e agendamento para consultas médicas e de enfermagem. A assistência direta ao paciente diabético é prestada nos consultórios e no ambulatório do serviço durante todo o turno de atendimento das 7hs às 19hs, conforme horário de trabalho e cronograma dos profissionais. Os agendamentos das consultas são realizados a cada três meses, ou de acordo com a necessidade do usuário.

A UMS tem sala de enfermagem, na qual os profissionais organizam os atendimentos por ordem de chegada e por prioridade, distribuem as insulinas humanas e realizam alguns procedimentos, como acolhimento aos usuários, verificação da glicemia capilar, pressão arterial, peso e altura.

Na abordagem de enfermagem, são realizadas orientações quanto à técnica de aplicação de insulina e locais do rodízio, à importância das práticas de autocuidado, atividade física, alimentação saudável e cessação do tabagismo, ao uso adequado das medicações e à prevenção de complicações. A equipe de profissionais envolve diferentes áreas de conhecimento que atuam de maneira integrada (Curitiba, 2022b).

A equipe de enfermagem da UMS Ouvidor Pardinho é composta por autoridade sanitária local (enfermeiro), dois servidores como apoios técnicos (enfermeiros), dez enfermeiros assistenciais e 35 técnicos de enfermagem. A equipe multiprofissional conta também com médicos generalistas, odontólogo, assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas e agentes comunitários de saúde (Curitiba, 2022b).

Dentre as atribuições dos enfermeiros na APS para o atendimento ao usuário com diabetes está a realização de consulta de enfermagem; elaboração e monitoramento do plano de cuidado; cadastramento do paciente no programa do DM; registro de exames em prontuário para estratificação de risco, avaliação do pé diabético e manejo dos cuidados; identificação e encaminhamento aos serviços de urgências/emergências, se necessário; orientação para o automonitoramento da glicemia capilar; avaliação da evolução clínica (*dashbaard* do usuário no programa SOBCONTROLE); solicitação de exames conforme protocolo do município, com organização da atenção à pessoa com DM baseado no controle metabólico, avaliação da efetividade do tratamento; participação na gestão de casos pela equipe multiprofissional; casos de difícil manejo o enfermeiro registra as informações e condutas no prontuário do paciente.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.3.1 Pessoas Idosas

A população do estudo foi constituída de pessoas idosas com DM atendidas na Unidade de Saúde Ouvidor Pardinho.

Para compor a amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos;
- Estar domiciliado na área de adscrita da UMS Ouvidor Pardinho, com cadastro na unidade;
- Possuir diagnóstico médico de Diabetes *Mellitus* tipo 2 registrado no sistema eletrônico da UMS.

Como critérios de exclusão teve-se:

- Apresentar capacidade cognitiva não preservada, conforme pontuação do Mini-Exame do Estado Mental (MEEM), segundo pontos de corte adotados baseados no grau de

escolaridade dos participantes, considerando analfabeto ≤ 13 pontos, 1 a 8 anos incompletos ≤ 18 pontos; 8 anos ou mais ≤ 26 pontos (Bertolucci *et al.*, 1994).

- Não atendimento ao contato telefônico após três tentativas, em dias e horários alternados;
- Ausência em uma das entrevistas.

4.3.2 Enfermeiros

Foram participantes da pesquisa, enfermeiros atuantes na UMS Ouvidor Pardinho, conforme os critérios de inclusão:

- Ser enfermeiro,
- Trabalhar na UMS Ouvidor Pardinho há pelo menos seis meses,
- Atuar no cuidado à pessoa idosa com DM.

Os critérios de exclusão foram:

- Afastamento por férias ou atestado médico no momento da coleta de dados
- Não comparecimento a entrevista após três tentativas, em dias e horários alternados

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu com diversos instrumentos, possibilitando utilização de múltiplas fontes de dados (combinação de duas ou mais fontes de dados que foram associadas e utilizadas na pesquisa, como, documentação, registros em arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante).

A seleção e a utilização de múltiplas fontes de dados no estudo, levam à triangulação dos dados, sendo possível, com base em diferentes fontes. Deste modo, optou-se por diversidade de instrumentos, respeitando a coleta com múltiplas fontes, conforme apresentado no quadro 2, segundo fonte de dados e objetivo de utilização.

QUADRO 2 - MÚLTIPLAS FONTES DE DADOS UTILIZADAS NAS PESQUISAS QUAL + QUANT

Objetivo da etapa 1: Analisar as políticas públicas brasileiras e estaduais (Paraná) estabelecida entre 1988 e 2021 que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa	
Roteiro semiestruturado coleta de dados **qualitativa**	
Fonte de dados	**Objetivo do emprego da fonte de dados na pesquisa**
Pesquisa documental com planilha de dados retrospectivo e descritivo (Análise de análise de conteúdo de Bardin (2015).	Analisar as legislações vinculadas as políticas públicas que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa
Etapa 2 (dividido em dois objetivos específicos): • Mapear ações de enfermagem realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*;	

• Conhecer as ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros sobre o estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* atendidas na atenção primária.	
Roteiro semiestruturado coleta de dados **qualitativa**	
Fonte de dados	**Objetivo do emprego da fonte de dados na pesquisa**
Pesquisa documental descritiva com roteiros de coleta (apêndice I)	Realizar busca por documentos provenientes direta ou indiretamente da UMS Ouvidor Pardinho que tratem da pessoa idosa e da pessoa idosa com diabetes
Entrevista 1 semiestruturada (apêndice II)	Conhecer a percepção dos profissionais sobre o autocuidado
Entrevista 2 semiestruturada (apêndice III)	Identificar as ações direcionadas as pessoas idosas com DM e as ações desenvolvidas para o estimulo do autocuidado as pessoas idosas com DM na UMS Ouvidor Pardinho
Entrevista 3 semiestruturada (apêndice IV)	Identificar a percepção dos enfermeiros sobre autocuidado de Orem, nos aspectos conhecimento, benefícios e elementos facilitadores e dificultadores do autocuidado as pessoas idosas com DM
Observação direta com roteiro estruturado (apêndice V)	Conhecer a consulta de enfermagem realizada a pessoa idosa com DM na UMS Ouvidor Pardinho
Etapa 3 (dividido em dois objetivos específicos): • Identificar as características socioeconômicas, clínicas e a percepção sobre o autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* tipo 2 na atenção primária em saúde; Conhecer a percepção das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 sobre sua vivência e autocuidado.	
Roteiro semiestruturado coleta de dados **qualitativa**	
Fonte de dados	**Objetivo do emprego da fonte de dados na pesquisa**
Entrevista com pessoas idosas em profundidade semiestruturada aberta e fechada (APÊNDICE VI)	Identificar as características socioeconômicas, clínicas e percepção sobre autocuidado das pessoas idosas com DM.
Instrumentos clínicos para avaliação das pessoas idosas: coleta de dados **quantitativo**	
Fonte de dados	**Objetivo do emprego da fonte de dados na pesquisa**
Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD) (ANEXO II)	Avaliar aderência às atividades de autocuidado das pessoas com DM e sua concordância com a prescrição dos profissionais de saúde.
Questionário Diabetes *Attitude Questionnaire* (ATT-19) (ANEXO III)	Avaliar questões psicológicas e emocionais dos indivíduos frente às estratégias de aprendizagem.
Questionário Versão brasileira *Knowledge Questionnaire* (DKN-A) (ANEXO IV)	Realizar a avaliação de diferentes aspectos do conhecimento geral do paciente sobre a DM
Questionário Versão brasileira do Questionário Diabetes-21 (D- 21) (ANEXO V)	Avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas com diabetes inseridos na APS
Questionário Versão brasileira do *How To do a 3-minute Diabetic Foot Exam* (3MIN) (ANEXO VI)	Avaliar a extremidade inferior dos pés dos pacientes com DM
Teste de Toque Leve (TQ LEV) (ANEXO VII)	Rastrear a perda de sensibilidade nos pacientes com DM
Questionário *Classification System and Score in Comparing Outcome of Foot Ulcer Management* (SISTEMA SINBAD) (ANEXO VIII)	Avaliar a sensibilidade para classificar a área, profundidade, arteriopatia desnervação e sepse
Teste Diapasão de 128 HZ (ANEXO IX)	Avaliar a perda de sensibilidade protetora e detecção da neuropatia periférica
Teste do Monofilamento (TM) (ANEXO X)	Avaliar a presença de neuropatia e perda da sensibilidade protetora.
	
Etapa 4: Propor roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* para estímulo do autocuidado na Atenção Primária em Saúde.	
Fonte de dados	**Objetivo do emprego da fonte de dados na pesquisa**
Oficinas programadas (técnica brainstorming)	Ofertar roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, visando estimulo do autocuidado na integralidade da

	APS
Questionário de coleta de dados **quantitativo**	
Fonte de dados	**Objetivo do emprego da fonte de dados na pesquisa**
Questionário (escala *Likert*) para avaliação de roteiros pelos enfermeiros (Apêndice VIII)	Avaliar os roteiros construídos para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*;
Roteiro semiestruturado coleta de dados **qualitativa**	
Coleta de dados semiestruturado	Conhecer a percepção dos enfermeiros quanto aplicabilidade dos roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*.

FONTE: Elaborado pelos Autores (2024).

Essas fontes de dados foram selecionadas, de forma a possibilitar a triangulação concomitante dos dados (Creswell; Clark, 2013) e contribuir para construção dos roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*. Destaca-se que antes da utilização dos instrumentos foram realizados testes pilotos, para verificação de necessidades e mudanças, visando melhor compreensão, sendo que estes resultados não foram incluídos no estudo.

Na sequência apresenta-se a descrição detalhada dos instrumentos utilizados na coleta de dados conforme o momento de utilização.

4.4.1 Instrumento para Critério de Exclusão dos Participantes: pessoas idosas

O instrumento utilizado para critério de exclusão dos idosos foi o Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (Anexo I), trata-se de teste de triagem cognitiva, que permite avaliação do declínio cognitivo e sugere quais funções cognitivas estão comprometidas para pessoas idosas, abordando registro da memória imediata, orientação temporal e espacial, memória recente, atenção, cálculo e linguagem (afasia, apraxia e habilidade construcional) (Bertolucci *et al.*, 1994; Paraná, 2018).

O MEEM, é composto de duas partes, uma que abrange atenção, memória e orientação com pontuação máxima de 21 pontos e outra que trata de habilidades específicas como nomear e compreender as coisas, com pontuação máxima de 9 pontos, totalizando um escore de 30 pontos, quanto maior os escore indicam maior desempenho cognitivo (Bertolucci *et al.*, 1994; Paraná, 2018).

O *score* de avaliação a ser utilizado seguiram as recomendações de Bertolucci *et al.* (1994): analfabetos (0 anos) mínimo 17 pontos, baixa escolaridade (1 a 4 anos incompletos) mínimo de 22 pontos, média escolaridade (4 a 8 anos incompletos), mínimo 28 pontos e alta escolaridade (8 ou mais anos) mínimo 28 pontos. Foi considerado, para efeito de

classificação, o nível escolar atingido e não o número de anos que a pessoa frequentou a escola.

4.4.2 Identificação dos Dados Sociodemográficos e Clínicos da Pessoa Idosa

Destaca-se que para garantir o rigor metodológico da pesquisa foi realizado antes da coleta de dados, teste piloto com pessoas idosas participantes do estudo, para verificar a estrutura e a clareza das perguntas, possibilitando modificações e melhorias no guia de entrevista. Os dados da entrevista piloto (teste) não foram considerados para os resultados da pesquisa

Para avaliação dos dados sociodemográficos das pessoas idosas com DM foi elaborado instrumento semiestruturado para entrevistas em profundidade, formado por questões abertas e fechadas, segundo variáveis sociodemográficas (nome, idade, sexo, raça, estado conjugal, condição física, eficiência, pessoas que mora com pessoa idosa, cuidador, habilitação, renda, composição de renda, plano de saúde, utilização do SUS e utilização da UBS) e clínicas (tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, tipo de tratamento, comorbidades, complicações do DM, conhecimentos sobre a DM, sentimento em relação a condição conviver com DM e conhecimentos sobre autocuidado) (Apêndice XIII).

As entrevistas com as pessoas idosas foram realizadas em 3 encontros:

- **Encontro 1 -** Entrevista semiestruturada de profundidade com roteiro de coleta de dados norteados por questões relacionadas aos hábitos de vida (aspectos socioeconômicos, biofisiológicos, familiares e culturais) e aplicação dos questionários de avaliação clínica aplicados de forma simultâneas para aquisição dos dados quantitativos (QAD, ATT-19 e DKN-A).
- **Encontro 2 -** Entrevista semiestruturada de profundidade composta por perguntas relacionadas a pessoa idosa e seu autocuidado (hábitos, adesão ao tratamento, tempo de diagnóstico, medicamentos, políticas locais, culturais e dos serviços de saúde, comorbidades, complicações do DM) aplicação dos questionários de avaliação dos dados clínicos concomitantes para levantamento dos quantitativos (D- 21, 3MIN e SINBAD).
- **Encontro 3 -** Conhecimentos a percepção das pessoas idosas com DM sobre sua vivência e autocuidado, aplicação simultâneas dos questionários de avaliação quantitativa dos dados clínicos (TQLEV, DIAP e TM).

Para avaliação clínica da pessoa idosa com DM, foram elencados nove instrumentos de coleta de dados validados:

1. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), referência utilizada do artigo da validação, Curcio *et al.* (2011) (Anexo II).

O Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), foi validado na versão brasileira no ano de 2011 e foi desenvolvido para avaliar aderência às atividades de autocuidado das pessoas com DM e sua concordância com a prescrição dos profissionais de saúde. Este instrumento possui 6 dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado para diabetes, abrangendo alimentação geral e específica, monitorização da glicemia, atividade física, cuidado com os pés, uso do medicamento e inclui mais 3 itens para a avaliação do tabagismo.

O escore de aderência aos itens do QAD são padronizados em dias da semana, sendo considerado 0 situação menos desejável e 7 considerada situação mais favorável. O paciente deve relatar a frequência que realizaram as atividades ou comportamentos dos últimos sete dias. As respostas do questionário são de escala tipo *Likert*, que varia de 0 a 7, calculando-se o percentual referenciado em cada item, com os escores que indicam a média de dias referente a cada quesito (Michels *et al.*, 2010; Curcio, *et al.*, 2011).

2. Diabetes *Attitudes Questionnaire* (ATT-19), referência do artigo utilizado da validação Torres *et al.*, 2005 (Anexo III).

O questionário *Diabetes Attitudes Questionnaire* (ATT-19), validado na versão brasileira por Torres *et al.* (2005) e objetiva avaliar questões psicológicas e emocionais dos indivíduos frente às estratégias de aprendizagem. Também é autoaplicável e comtempla 26 aspectos psicológicos e emocionais sobre DM.

O instrumento contém 19 itens, com seis fatores: percepção sobre a saúde e aceitação social; estresse associado ao DM, eficácia pessoal, receptividade e confiança no tratamento. Os escore é medida por escala do tipo *Likert* de 5 pontos. O escore total varia de 19 a 95 pontos. Escore maior que 70 pontos indicam atitude positiva em relação à patologia (Torres *et al.*, 2005).

3. Diabetes (DKN-A), referência do artigo da validação Torres *et al.* (2005) (Anexo IV).

O *Diabetes Knowledge Scale Questionnaire* (DKN-A), questionário auto aplicável com 15 itens, que foi validado por Torres *et al.* (2005) com resposta de múltipla escolha para avaliação de diferentes aspectos do conhecimento geral do paciente sobre a DM com 5 dimensões: 1) fisiologia básica; 2) grupos de alimentos e suas substituições; 3) hipoglicemia;

4) gerenciamento de DM na intercorrência de alguma outra patologia; 5) princípios gerais dos cuidados a DM (Torres *et al.*, 2005; Curcio *et al.*, 2011).

O escore é mensurado por uma escala de medida que varia de 0-15. Cada item é pontuado com escore de zero (0) para incorreta e um (1) para resposta correta. Os itens de 1 a 12 são esperado uma única resposta correta. Para os itens de 13 a 15, tem mais de uma resposta correta, porém todas as respostas de cada item devem estar corretas para atribuir o escore 1 a cada item. Um escore maior do que 8 indica elevado conhecimento sobre o DM (Torres *et al.*, 2005).

4. DIABETES 21 (D-21) referência do artigo da validação Sousa *et al.* (2021), (Anexo V)

O instrumento Diabetes-21 (D21) é questionário que objetiva avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde das pessoas com diabetes inseridos na APS, utilizado por profissionais de saúde. Este instrumento é adequado para identificar comprometimento na qualidade de vida e possibilitar a implantação de ações de saúde na APS (Sousa *et al.*, 2022).

Foi adaptado validado para língua brasileira por Sousa *et al.* (2022). Trata de escala multidimensional, com 21 itens que avaliam cinco domínios da qualidade de vida da pessoa com DM: controle do diabetes, energia e mobilidade, sobrecarga social, ansiedade e preocupação e funcionamento sexual. Os escores da escala do instrumento (D21), varia quanto maior o escore obtido, maior o impacto negativo na qualidade de vida das pessoas com DM. Instrumento está disponível em anexo VI (Sousa *et al.*, 2022).

5. *How to do a 3-minute diabetic foot exam* (3MIN), referência do artigo da validação, Baldassaris e Martínez (2020), (Anexo VI).

O *How to do a 3-minute diabetic foot exam* (3MIN), sua adaptação e validação foi realizada em 2020 (BALDASSARIS; MARTÍNEZ, 2020), trata-se de instrumento para ser aplicado por profissionais de saúde na APS de forma resumida aprofundada e facilmente aplicável para avaliar a extremidade inferior dos pés dos pacientes com DM (Baldassaris; Martínez, 2020).

Este instrumento possui 3 domínios: 1) trata da história do paciente com DM; 2) trata do exame físico; 3) trata da educação do paciente em relação aos pés. Cada um dos itens é aplicado em média em 1 min. Os escores avaliam sistematicamente os sintomas e os sinais neurológicos (Baldassaris; Martínez, 2020).

6. Teste do Toque Leve (TQLEV), utilizado a referência do artigo da validação, IWGDF (2019), (Anexo VII).

O Teste de Toque Leve (TQLEV), chamado também de *Ipswich Touch Test* é utilizado para rastrear a perda de sensibilidade quando o diapasão de 128 Hz ou monofilamento de 10 g não estiverem disponíveis (IWGDF, 2019).

Este exame serve para determinar a perda de sensibilidade nos pacientes com DM, o examinador deve tocar leve e sequencialmente com a ponta do dedo indicador as pontas do primeiro, terceiro e quinto dedos de ambos os pés do paciente por média de 1-2 segundos. A perda de sensibilidade é provável quando o toque leve não é detectado em dois ou mais locais (IWGDF, 2019).

7. Sistema SINBAD - (SINBAD) referência do artigo da validação, Monteiro-Soares *et al.* (2015), (Anexo VIII).

Outro instrumento usado para avaliação da sensibilidade, é o *Classification System and Score in Comparing Outcome of Foot Ulcer Management* (SINBAD), que classifica a área, profundidade, arteriopatia desnervação e sepse junto com localização como 0 ou 1 ponto, criando um sistema de pontuação fácil de usar que pode atingir um máximo de seis pontos. O escore deste sistema é adquirido por meio da soma dos dados importantes sobre a úlcera.

O sistema SINBAD é rápido e simples de usar, não requer equipamento especializado apenas exame clínico detalhado e contém as informações necessárias para permitir a triagem pelos profissionais de saúde. Para avaliação eficaz é importante comunicar o escore obtido pela SINBAD e também a descrição individual da lesão estudada (Monteiro-Soares *et al.*, 2015).

8. Teste do Diapasão 128 HZ (DIAP) referência do artigo da validação, Brasil (2016), (Anexo IX).

A avaliação da perda de sensibilidade protetora e detecção da neuropatia periférica foi realizada com o Teste do Diapasão (DIAP), aplicado na parte dorsal da falange distal do hálux dos dois pés.

Neste teste, deve-se considerar positivo quando o paciente é capaz de responder corretamente a 2 de 3 das aplicações e negativo quando responde apenas uma única vez, ou menos, de forma correta. Para melhores resultados é importante pesquisar a sensibilidade tátil

usando o algodão aplicado no dorso do pé ou optar pela pesquisa dos reflexos patelares e aquilianos (Brasil, 2013b; IWGDF, 2019).

9. Teste Monofilamento (TM) referência do artigo da validação em Brasil (2013b), (Anexo X).

Também foi realizado o Teste do Monofilamento (TM), para avaliar a presença de neuropatia e perda da sensibilidade protetora. Este teste pode ser realizado por meio do exame de monofilamento de Semmes-Weinstein. E deve ser aplicado em três locais diferentes em ambos os pés do paciente com DM (Brasil, 2013b).

O filamento deve manter uma média de 2 segundos em contato com a pele. Neste teste a sensibilidade protetora estará preservada se em cada local o indivíduo responder corretamente em no mínimo duas das três aplicações, intercalada com uma aplicação falsa. É considerado normal este teste quando o paciente afirma que sente no mínimo duas das três repetições realizadas (Brasil, 2013b; IWGDF, 2019).

4.4.3 Identificação de Características dos Enfermeiros e Conhecimentos sobre a Temática

Para garantir o rigor metodológico da pesquisa foi realizado teste piloto das entrevistas com um enfermeiro de perfil semelhante ao dos participantes do estudo, visando verificar a estrutura e clareza das perguntas, possibilitando modificações e melhorias. Os dados coletados na entrevista piloto não foram considerados para os resultados dessa pesquisa.

Para coleta de dados dos enfermeiros, foram realizadas três entrevistas com roteiro semiestruturado e observação direta com roteiro estruturado (aplicada durante o acompanhamento da consulta de enfermagem), com intuito de conhecer as características dos enfermeiros, conhecimentos relacionados a temática e realização da consulta de enfermagem a pessoa idosa com DM na UMS Ouvidor Pardinho.

Entrevista I - Objetivou conhecer a percepção dos enfermeiros sobre atendimentos as pessoas idosas com DM e autocuidado na APS. Para realização desta entrevista foi aplicado roteiro formado por questões semiestruturadas, com seguintes variáveis: 1) dados demográficos que incluíram: nome, idade, sexo, raça, formação (tipo de instituição de formação, curso de pós-graduação, outra formação); 2) dados profissionais e de formação: tempo de formado; tempo de atuação na APS; tempo de atuação na UMS Ouvidor Pardinho; 3) dados sobre atendimento de enfermagem, que são: tipos de atendimento oferecidos as

pessoas idosas com DM; orientações passadas para as pessoas idosas com DM, durante a consulta de enfermagem; planejamento e elaboração de educação em saúde as pessoas idosas com DM; temas considerados importantes na abordagem as pessoas idosas com DM; interação pessoas idosas com DM e enfermeiro; aspectos facilitadores para realização do autocuidado centrado nas pessoas idosas com DM e fatores que pode dificulta adoção do autocuidado centrado nas pessoas idosas com DM.

Entrevista II - Objetivou identificar as ações direcionadas as pessoas idosas com DM e as ações desenvolvidas para o estímulo do autocuidado as pessoas idosas com DM na UMS Ouvidor Pardinho. O segundo instrumento de coleta de dados (Apêndice III) foram compostos por questões semiestruturadas, dividido em três contextos de avaliação: 1) cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM, que trata das definições dos enfermeiros sobre o cuidado centrado nas pessoas idosas com DM; práticas de cuidado centrado nas pessoas idosas; benefícios quanto ao atendimento de enfermagem do cuidado centrado na pessoa e benefícios do cuidado centrado na pessoa, para as pessoas idosas com DM; 2) Ações desenvolvidas para o estimulo do autocuidado na atenção integral da pessoa idosa com DM. Neste contexto, foram avaliadas as ações desenvolvidas para o estímulo do autocuidado na atenção integral as pessoas idosas com DM; conhecimentos sobre os instrumentos de plano de cuidado de enfermagem centrado as pessoas idosas com DM; condições de melhoria a assistência de enfermagem prestada quanto a utilização de plano de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com DM; implantação de plano de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com DM e elementos facilitadores da aplicação de plano de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com DM; 3) Informações sobre capacitação e aprofundamentos de conhecimentos sobre as pessoas idosas com DM; com verificação de conhecimentos dos enfermeiros quanto a: capacitação; conhecimentos atuais e possíveis temas para realização de capacitação sobre o autocuidado as pessoas idosas com DM.

Entrevista III - Objetivou identificar a percepção individual dos enfermeiros sobre autocuidado de Orem, nos aspectos conhecimento, benefícios e elementos facilitadores e dificultadores do autocuidado as pessoas idosas com DM. A entrevista foi composta de roteiro semiestruturado (Apêndice IV), dividido em três contexto com perguntas referentes a: 1) percepção sobre o autocuidado de Orem: trata dos conhecimentos da Teoria de Orem, utilização, capacitação para autocuidado e capacitação para autocuidado ao paciente DM; 2) percepção sobre benefícios do autocuidado: as indagações tratam dos benefícios do autocuidado as pessoas idosas com DM, melhora da qualidade de vida das pessoas idosas em

relação ao autocuidado e benefícios da aplicação do autocuidado junto a pessoas idosas com DM; 3) Percepção sobre oferta de capacitação para autocuidado na UMS Ouvidor Pardinho: trata da oferta de capacitação; oferta de capacitação sobre autocuidado centrado nas pessoas idosas com DM; trabalho do enfermeiro com autocuidado centrado nas pessoas idosas com DM; segurança deste profissional em trabalhar com pessoas idosas com DM; adoção de referências teórico, formação para trabalhar com autocuidado e uma questão para considerações dos enfermeiros sobre o autocuidado.

Para diversificar as fontes de dados e complementar as informações sobre as ações de enfermagem realizadas, foi desenvolvida observação direta na UMS Ouvidor Pardinho, conforme roteiro estruturado (Apêndice V). A observação direta pode variar de atividades formais e informais de coleta de dados (Marconi; Lakatos, 2021).

Para elaboração do roteiro de observação direta da consulta de enfermagem a pessoa idosa com DM, seguiu-se a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) Resolução nº 358/2009 que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). A observação direta foi realizada com foco nas informações sobre o histórico de enfermagem/exame físico; diagnóstico de enfermagem; planejamento das ações; implementação das ações e avaliação.

No item histórico de enfermagem foram avaliados dados referentes a caracterização sociodemográfica, antecedentes pessoais, utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP2), World (2009), histórico clínico que conta com avaliação da data do último atendimento, queixas do paciente; hábitos de vida, padrão de alimentação, padrão de atividade física, antecedentes familiares, patologia; comorbidades, tratamento farmacológico, tratamento não farmacológico, uso adequado dos medicamentos e avaliação dos últimos exames.

No Exame físico foram elencados dados referentes as medidas antropométricas; sinais vitais, glicemia capilar, aplicação de técnicas inspeção; percussão, palpação e ausculta, exame do pé da pessoa idosa, estratificação de risco para pé diabético e avaliação de outras complicações relacionadas ao DM.

Referente aos diagnósticos de enfermagem, foram observados dados sobre os principais diagnósticos de enfermagem para pessoa idosa com DM e enfermagem e registro no sistema.

Quanto ao planejamento das ações de enfermagem, foram elencados aspectos da educação para o DM, quanto as orientações ao insulinodependentes e seu tratamento, ajuste de doses, automonitorização e observação quanto as prescrições de enfermagem. Se tratando

implementação das ações de enfermagem, foram verificadas: aplicação prática das ações de enfermagem que abrange: aplicação de insulina, glicemia capilar e estimulo para prática do autocuidado. E para observação da avaliação de enfermagem foram observados: agendamento da consulta de enfermagem, solicitação de exames laboratoriais e complementares e avaliação da efetividade do tratamento.

4.5 DELINEAMENTO DA COLETA DADOS

A coleta de dados foi realizada em quatro etapas: Etapa 1: analisar as políticas públicas brasileiras, federais, estaduais (Paraná) e municipais, estabelecida entre 1988 e 2021 que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa; Etapa 2: mapear ações de enfermagem realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com DM e Conhecer as ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros sobre o estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* atendidas na atenção primária; Etapa 3: identificar as características socioeconômicas, clínicas e a percepção sobre o autocuidado das pessoas idosas com DM na atenção primária em saúde e conhecer a percepção das pessoas idosas com DM sobre sua vivência e autocuidado; Etapa 4: propor roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM para estímulo do autocuidado na APS.

4.5.1 Etapa 1: Políticas Públicas Brasileiras e Estaduais que Dialogam com as Diretrizes do Autocuidado[3]

Trata-se de pesquisa documental de caráter retrospectivo e descritivo de dados primários, que consistiu em levantamento, organização e análise das leis e resoluções que versam sobre políticas públicas com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa.

A pesquisa documental tem como fonte de coleta de dados documentos de fontes primárias, pertencentes a arquivos públicos (Marconi; Lakatos, 2021). O pesquisador selecionou, interpretou e tratou as informações, visando compreender a interação do objeto de pesquisa com sua fonte de dados (Fachin, 2017).

---

[3] Artigo "Análise das políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa: pesquisa documental", publicado na *Revista Research, Society and Development*, v. 11, n. 11, p. e224111133551, 2022.

Considera-se neste trabalho os documentos textuais (legislações) disponíveis online gratuitamente. O estudo foi realizado de maio a junho de 2022, com elaboração planilha de dados, levantamento, análise, interpretação e apresentação dos resultados.

A busca foi realizada em leis e resoluções de domínio público. Para filtragem dos documentos foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: leitura do Caput da lei e seleção dos documentos que mencionavam idoso ou terceira idade ou serviços de atenção à saúde preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade ou autocuidado. O marco temporal da busca documental foi determinado a partir do ano de 1988, visto que esse é o ano da promulgação da Constituição Federal Brasileira.

A concepção de autocuidado utilizada foi aquela descrita por Orem na Teoria do Autocuidado, enfatizando os princípios promoção da saúde, bem estar, proteção, lazer, segurança e saúde (Orem, 1995; Orem, 2006). Na sequência apresenta-se a definição de cada princípio.

- Promoção da Saúde (PS): estratégias de produção de saúde, considerando o contexto econômico, político, cultural e social em que a pessoa idosa vive. E também sua autonomia, singularidade e da coletividade.
- Bem estar: aspectos específicos como felicidade, relacionamentos interpessoais, satisfação com a vida, trabalho, família e suporte recebido das pessoas com as quais convivem.
- Proteção: acesso igualitário e conjunto de ações direcionadas a proteger o direito social, direito a saúde e direito à vida.
- Ações de lazer: refere ao processo de interação humana, cultural e social entre pessoas enquanto participantes de uma comunidade.
- Segurança: necessidade de resguardar, defender direitos de pessoas, sociedade, saúde, cidadania vida e comunidade.

Para análise de dados, utilizou-se Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2015), possibilitando a condução da pesquisa científica, respeitando as seguintes fases de execução: 1) organização da análise; 2) codificação (unidades de registro e enumeração); 3) categorização; 4) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação destes resultados.

Os aspectos éticos de direitos autorais foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, sendo referenciado de forma fidedigna à fonte dos trabalhos e autores.

4.5.2 Etapa 2 - Primeira Parte: Mapear Ações de Enfermagem Realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para Estímulo do Autocuidado das Pessoas Idosas com Diabetes *Mellitus*

Para mapear as ações de enfermagem realizadas na UMS Ouvidor Pardinho pelos enfermeiros para estimulo do autocuidado das pessoas idosas com DM, foi realizada pesquisa documental, três entrevistas e observação direta da consulta de enfermagem.

A pesquisa documental foi realizada em duas etapas, de acordo com o pensamento de Cellard (2012), análise documental preliminar e a análise documental propriamente dita. A análise preliminar envolve a natureza, autenticidade, confiabilidade do documento analisado, estudo do contexto, avaliação dos conceitos-chaves e da lógica interna do texto. A análise documental propriamente dita, versa na obtenção de informações significativas que irão permitir a elucidação do objeto de estudo e podem contribuir na solução dos problemas de pesquisa.

Na fase 1, análise preliminar, foram realizadas buscas de documentos provenientes direta ou indiretamente da UMS Ouvidor Pardinho que trataram da pessoa idosa e da pessoa idosa com diabetes e apresentaram no contexto do documento os seguintes conceitos - chaves: “pessoas idosas”; “Diabetes *Mellitus*”; pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*”, “autocuidado”, “cuidado centrado na pessoa”. O levantamento destes materiais incluiu publicações oficiais de domínio público encontrados de forma digital, online. Foram pesquisados nos sites: secretaria municipal de saúde, portal Geocuritiba, prefeitura municipal de Curitiba, e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) e Sistema de informação Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A fase 2, análise documental propriamente dita, ocorreu com inserção da pesquisadora em campo (UMS Ouvidor Pardinho), incluindo a busca e análise de documentos disponíveis no serviço que foram, selecionados, interpretados e tratados o teor das informações encontradas.

A análise documental propriamente dita foi realizada nos períodos matutinos e vespertinos em dias úteis de trabalho da UMS Ouvidor Pardinho (mínimo 2 períodos, sendo obrigatoriamente um pela manhã e outro a tarde). Para desenvolvimento da análise nesta etapa foi utilizado roteiro, seguindo as etapas de análise documental de acordo com Cellard (2012).

O roteiro inclui informações analisadas e registradas sobre: verificação da rotina da UMS Ouvidor Pardinho; registros de marcações de consultas de enfermagem; tipos de

atendimento oferecido; fluxo de atendimento; registros das pessoas idosas com DM; relatórios dos atendimentos (diário, semanal, mensal) e consultas de enfermagem.

Se tratando de normas e rotinas existentes, os materiais a serem avaliados foram: horários pré-estipulado (chegada saída) dos profissionais; dias e horários dos atendimentos dos enfermeiros; dias e horários das atividades de educação em saúde; atribuições dos enfermeiros; e estratificação de risco das pessoas idosas com DM.

Também foram avaliados documentos e registros sobre a área de abrangência, com as seguintes informações: área de abrangência da UMS Ouvidor Pardinho; cadastrados provisórios e definitivos das pessoas idosas com DM e registros das pessoas idosas no programa dos diabéticos.

4.5.3 Etapa 2 - Segunda Parte: Conhecer a Percepção dos Enfermeiros sobre Atendimentos as Pessoas Idosas Diabéticas

Posteriormente a análise documental, foram realizadas três entrevistas com os enfermeiros da UMS Ouvidor Pardinho, para aprofundar informações em relação aos atendimentos direcionados ao público idoso com DM. Para a participação dos enfermeiros nas entrevistas foram solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após explicação sobre a pesquisa e concordância com assinatura do (Apêndice III).

Primeiramente foi realizada entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice IV), para conhecer a percepção dos enfermeiros sobre atendimentos as pessoas idosas com DM e autocuidado; a segunda entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice V) ocorreu objetivando identificar as ações realizadas pelos enfermeiros direcionadas as pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* e as ações desenvolvidas para o estimulo do autocuidado as pessoas idosas com DM na UMS Ouvidor Pardinho. A terceira entrevista com roteiro semiestruturado (Apêndice VI), tratou da percepção individual dos enfermeiros sobre autocuidado de Orem, nos aspectos conhecimento, benefícios e elementos facilitadores e dificultadores do autocuidado as pessoas idosas com DM.

As entrevistas individuais ocorreram na UMS Ouvidor Pardinho e foram conduzidas pelo pesquisador, aconteceram em horário de preferência dos participantes. A duração foi em média de 60 minutos, considerando a disponibilidade de tempo dos enfermeiros. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas literalmente, após seu término. Identificadores codificados foram usados para organizar os arquivos de acordo com a ordem

das entrevistas, preservando o anonimato dos participantes, sendo utilizado Enf.1, Enf.2... sucessivamente.

Para avaliação de informações sobre a consulta de enfermagem foi realizada observação direta com roteiro estruturado (Apêndice VII) da consulta de enfermagem. As observações aconteceram na UMS Ouvidor Pardinho, na sala de atendimento da consulta de enfermagem, durante a realização da mesma pelo enfermeiro com a pessoa idosa com DM. As entrevistas foram realizadas cada enfermeiro em três dias, com horários alternados (aproximadamente 2h) conforme agenda dos enfermeiros.

As observações foram realizadas nos períodos matutinos e vespertinos (seguindo os dias e horários de agendamento das consultas de enfermagem a pessoa idosa com DM), para tanto foram autorizadas previamente pelo enfermeiro e pessoa idosa.

Em respeito aos preceitos éticos as entrevistas e observação ocorreu após explicação da pesquisa e concordância do participante (enfermeiro e pessoa idosa) com assinatura do TCLE para o enfermeiro (Apêndice III) e TCLE para a pessoa idosa - observação da consulta de enfermagem (Apêndice XII).

4.5.4 Etapa 3 - Primeira Parte: Identificar as Características Socioeconômicas, Clínicas e a Percepção sobre o Autocuidado das Pessoas Idosas com Diabetes *Mellitus* na APS

Para a identificação das características socioeconômicas, clínicas e a percepção sobre o autocuidado das pessoas idosas com DM atendidos na UMS Ouvidor Pardinho foram realizadas entrevistas em profundidade, com roteiro semiestruturado (Apêndice XIII), com questões segundo variáveis sociodemográficas (nome, idade, sexo, raça, escolaridade) e avaliação clínica (tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, tempo de tratamento, comorbidades, complicações do DM e percepção em relação a sua vivência com DM e autocuidado). Para avaliação dos dados clínicos foram aplicados os questionários (QAD, ATT-19, DNK-A, D21, 3MIN, TQLEV, SINBAD, DIAP, TM), disponíveis respectivamente nos anexos (II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X).

Para agendamento das entrevistas, a pesquisadora realizou contato com as pessoas idosas por telefone, para determinar os horários de preferência e questionamento sobre a possibilidade mobilidade de deslocamento até a UMS para coleta de dados. Para as pessoas idosas que não tiveram condições de se deslocar até a UMS a pesquisadora realizou a coleta no domicílio conforme autorização prévia da pessoa idosa e agendamento da entrevista.

As entrevistas foram realizadas na UMS Ouvidor Pardinho, em sala privativa ou no domicílio conforme a necessidade (mobilidade). Foram gravadas em áudio, com a realização de três entrevistas, com duração média de 60 minutos, considerando a disponibilidade de tempo participantes. As entrevistas foram realizadas após explicação sobre a pesquisa e concordância com assinatura do TCLE pelo participante (Apêndice XII).

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, após o término. E foram apresentados identificadores codificados para organizar os arquivos de acordo com a ordem das entrevistas, preservando o anonimato dos participantes, seguindo a sequência conforme códigos Pac.1, Pac.2, Pac.3… sucessivamente.

4.5.5 Etapa 3 - Segunda Parte: Conhecer a Percepção das Pessoas Idosas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 sobre sua Vivência e Autocuidado

Para conhecer a percepção das pessoas idosas com DM tipo 2, foram realizadas entrevistas em profundidade, com roteiro semiestruturado (Apêndice XIII), em relação a percepção das pessoas idosas com DM tipo 2 sobre sua vivência e autocuidado. Utilizou-se o referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem (1993), para embasamento teórico do roteiro semiestruturado. As entrevistas foram realizadas na UMS Ouvidor Pardinho, em sala privativa ou no domicílio conforme a necessidade (mobilidade). Foram gravadas em áudio, com duração média de 60 minutos, considerando a disponibilidade de tempo participantes. As entrevistas foram realizadas após explicação sobre a pesquisa e concordância com assinatura do TCLE pelo participante (Apêndice XII). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas, após o término.

4.5.6 Etapa 4: Construir e Avaliar Roteiros para Plano de Cuidado de Enfermagem Centrado na Pessoa Idosa com Diabetes *Mellitus*, Visando Estímulo do Autocuidado na Integralidade da Atenção Primária em Saúde

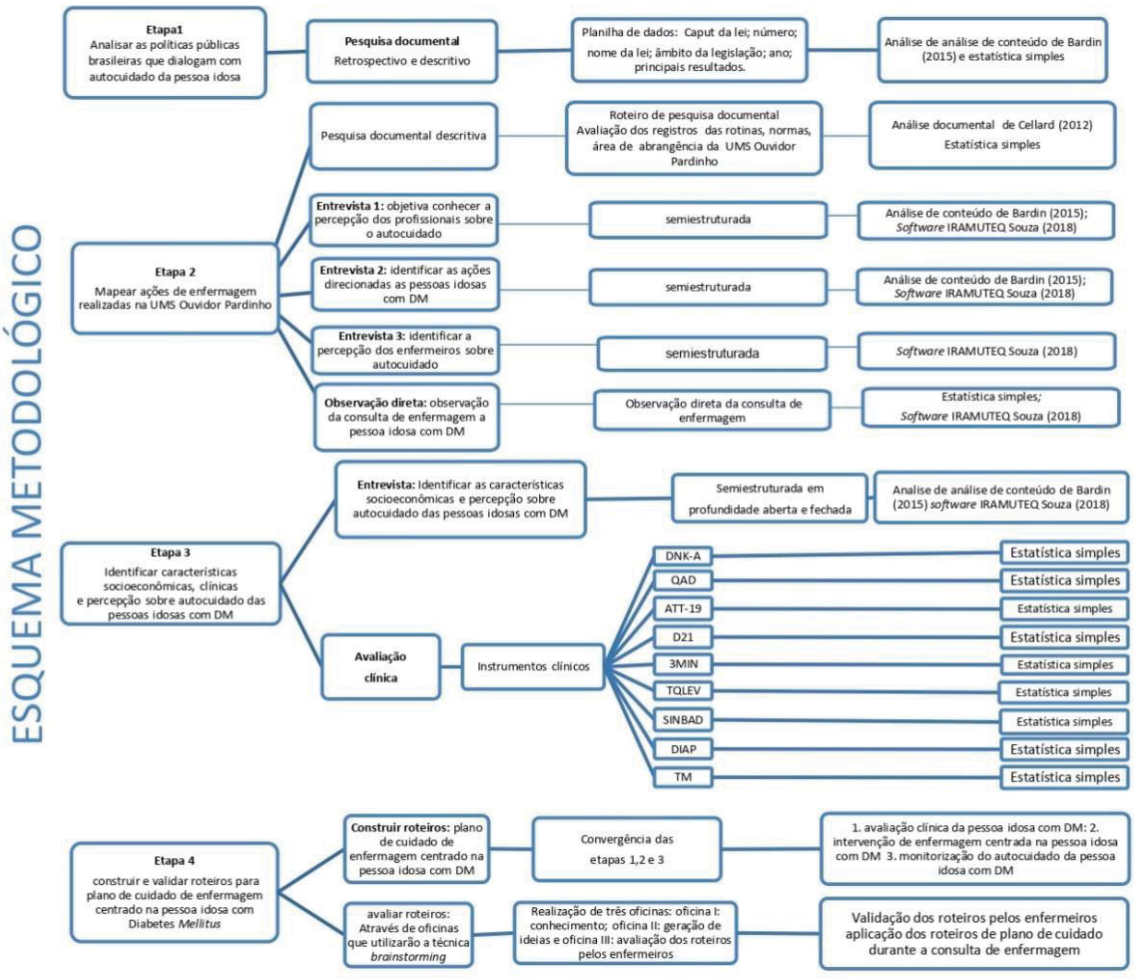
Para desenvolvimento da etapa 4, foram utilizados os resultados das etapas anteriores da pesquisa (1 a 3). Para compor os roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM, foram realizadas a convergência dados das etapas 1, 2 e 3, mediante síntese cruzada das informações que emergiram destas etapas. Na síntese cruzada foram selecionadas e listadas as informações que emergiram, com intuito de gerar e cruzar os

dados que compuseram o plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM. O cruzamento dos dados ocorreu a partir das contribuições de cada etapa.

4.5.7 Síntese Metodológica da Pesquisa

Para facilitar a compreensão metodológica da pesquisa, apresenta-se a figura 5 com objetivo, estratégia metodológica, coleta e análise de dados.

FIGURA 5 - ESQUEMA METODOLÓGICO DO DESENVOLVIMENTO DAS ETAPAS



FONTE: Elaborado pelos autores (2024).

4.6 ANÁLISE DOS DADOS POR ETAPAS

Para maior confiabilidade analítica desta pesquisa, foram utilizadas múltiplas técnicas para análise dos dados: analise de conteúdo, analise textual, análise documental e estatística simples.

4.6.1 Análise de Dados - Etapa Quantitativa

Para dos dados quantitativos foi elaborado banco de dados codificados, organizados em planilhas do Programa computacional *Microsoft Excel*® 2019. A digitação foi realizada sob dupla-checagem dos dados. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva, estatística inferencial com análise de dados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), seguindo as recomendações de *score*s dos próprios instrumentos validados, foi aplicada está análise para preparação, transformação das informações coletadas em materiais e tabulação dos dados da pesquisa em diferentes etapas da análise dos dados quantitativos.

4.6.2. Análise de Dados - Etapa Qualitativa

Para realização da análise de conteúdo optou-se pela análise de conteúdo de Bardin (2015) que apresenta critérios para transformar a análise de conteúdo em dado robustos e científicos. Este tipo de análise objetiva organizar a forma de análise de conteúdo respeitando as seguintes fases de execução: 1) organização da análise 2) codificação; 3) categorização; 4) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação destes resultados.

No primeiro momento foi realizada primeira leitura do conteúdo para avaliar os dados a serem colhidos com a finalidade de conhecer as informações; o segundo momento é destinado a aprofundamento da leitura do material e análise do conteúdo disposto para organizar e entender o que foi encontrado; o terceiro momento é destinado a categorização das informações encontradas; no quarto momento acontece o tratamento dos resultados, separação das ideias centrais e decodificação (Bardin, 2015).

Para análise textual, foi utilizado *software* de análise de dados, para auxiliar na codificação e categorização. Estes dados em forma de texto narrativo, coletados em entrevista que foram incluídos no *software* IRAMUTEQ. O menu de análises textuais do *software* IRAMUTEQ, oferece cinco possibilidades: 1) Estatísticas (análises lexicográficas), 2) Especificidades e AFC, 3) Análise de similitude, 4) Classificação (método de Reinert), e 5) Nuvens de palavras (Santos *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2020).

O *software* IRAMUTEQ possibilita diferentes formas de análise de dados, desde dados textuais simples, como por exemplo, lexicografia que calcula a frequência de palavras, até dados textuais de análises multivariadas como exemplo análises de similitude e

classificação hierárquica descendente. Esta ferramenta organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível como na análise de similitude e nuvem de palavras. O *software* IRAMUTEQ está disponível gratuitamente (www.iramuteq.org) (Santos *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2020).

Para realização da análise dos dados textual, o referido *software* busca apreender a estrutura e a organização do discurso a análise de dados são realizadas em contextos e classes de conteúdo com base na similaridade de vocabulário (Santos *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2020). A construção das nuvens se palavras no *software* IRAMUTEQ, são realizadas através da organização e agrupamento das palavras graficamente em função da frequência que aparecem no texto. Este é um tipo de análise lexical simples, graficamente interessante por possibilitar a rápida identificação das palavras-chave de um corpus de análise (Santos *et al.*, 2017; SOUSA *et al.*, 2020).

Neste tipo de análise de texto as palavras foram posicionadas aleatoriamente de forma que as palavras que aparecem de forma mais frequentes, ficaram maiores que as outras, demonstrando seu destaque no corpus de análise da pesquisa textual (Santos *et al.*, 2017; Sousa *et al.*, 2020).

A análise documental foi realizada conforme Cellard (2012), incluindo análise documental preliminar e a análise documental propriamente dita. A análise preliminar envolve a natureza, autenticidade, confiabilidade do documento analisado, estudo do contexto, avaliação dos conceitos-chaves e da lógica interna do texto. A análise documental propriamente dita versa na obtenção de informações significativas que irão permitir a elucidação do objeto de estudo e podem contribuir na solução dos problemas de pesquisa. As aplicações de análise dos dados, conforme as etapas da pesquisa estão descritas na sequência.

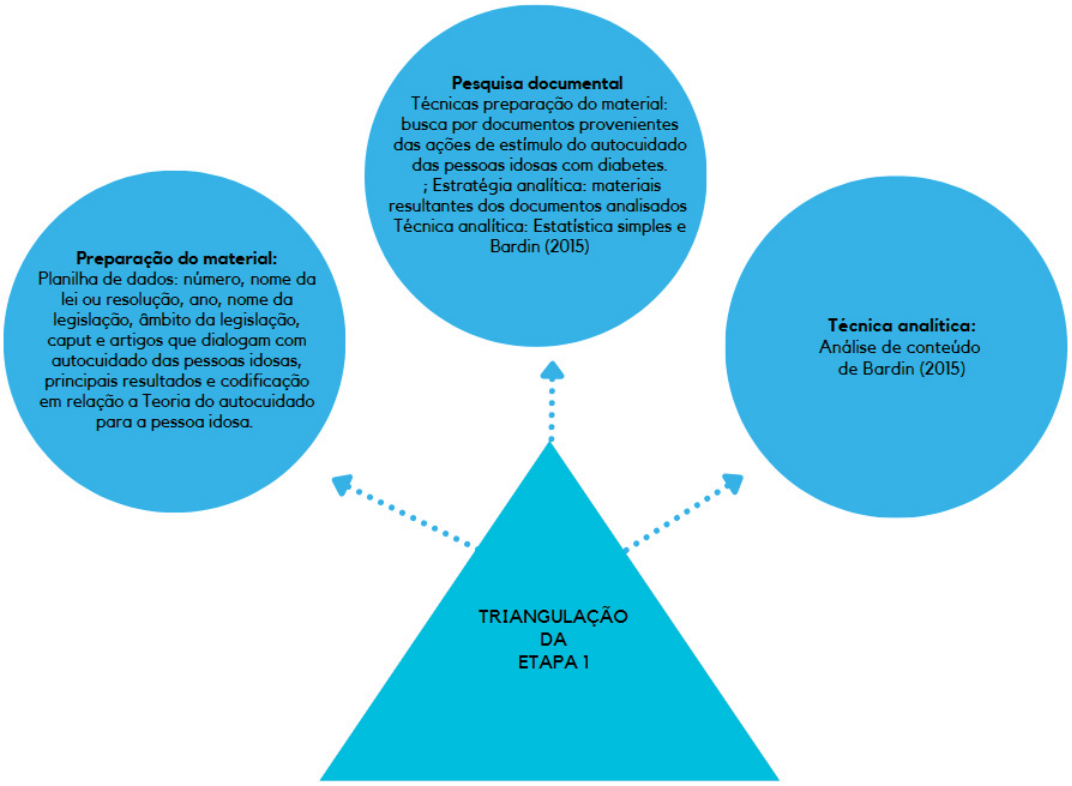
4.6.3 Análise de Dados Etapa 1 (Pesquisa Documental)

Para preparação do material de análise foi construída planilha (Apêndice I) e digitadas informações extraídas das legislações analisadas. A estratégia analítica, envolveu os dados: número e nome da Lei ou resolução, ano, nome da legislação, âmbito da legislação, Caput e artigos que dialogam com autocuidado das pessoas idosas, principais resultados e codificação em relação a Teoria do autocuidado para a pessoa idosa.

A técnica analítica utilizada foi análise de conteúdo, conforme Bardin (2015), respeitando as seguintes fases de execução: 1) organização da análise; 2) codificação (unidades de registro e enumeração); 3) categorização; 4) tratamento dos resultados,

inferência e a interpretação destes resultados, foi também aplicada estatística simples para tabulação das informações e posterior triangulação dos dados. Para melhor compreensão da triangulação dos dados provenientes da etapa 1, conforme as técnicas preparação do material, estratégia analítica e a técnica analítica segue figura 6:

FIGURA 6 - TRIANGULAÇÃO MÚLTIPLAS DOS DADOS DA ETAPA 1



FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

4.6.4 Análise dos Dados da Etapa 2 (ações de enfermagem na UMS Ouvidor Pardinho)

Nesta etapa 2 foram utilizadas as seguintes fontes de dados para análise: pesquisa documental que foi utilizada estatística simples, entrevista 1,2,3 com enfermeiros, foi aplicada análise de conteúdo de Bardin (2015) e *software* IRAMUTEQ (Souza, 2018) e observação direta da consulta de enfermagem a pessoa idosa com DM que utilizou estatística simples, *software* IRAMUTEQ (Souza, 2018) e análise de conteúdo de Bardin (2015).

Para realizar análise dos dados coletadas a partir da pesquisa documental descritiva e aplicação de análise documental de Cellard (2012), optou-se por utilizar a estatística simples objetivando a tabulação dos dados e análise.

Para análise das entrevistas (1, 2 e 3) realizadas com os enfermeiros 1 (com intuito de conhecer a percepção destes profissionais sobre o autocuidado); 2 (ações direcionadas as

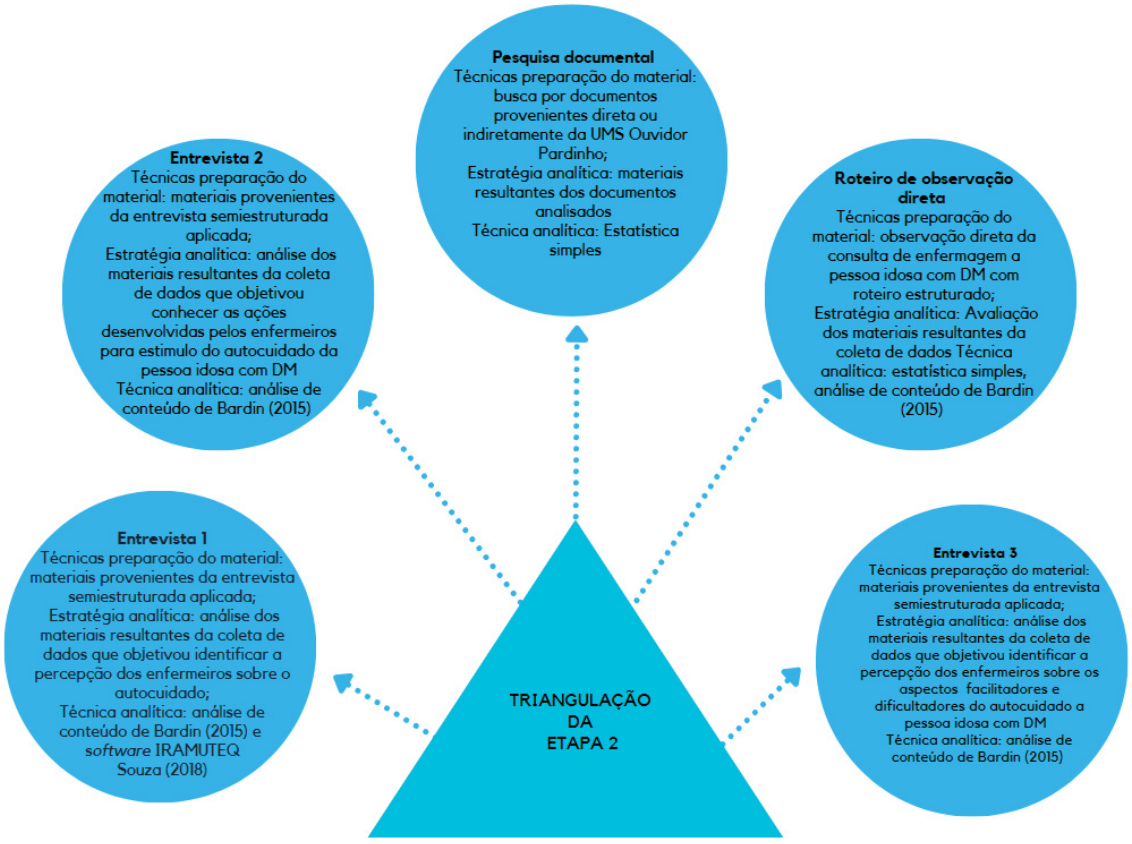
pessoas idosas com DM) e 3 (percepção dos enfermeiros sobre autocuidado), foi realizada transcrições na íntegra das gravações das entrevistas e leitura geral dos dados coletados para aproximação com o material.

Em seguida, as entrevistas foram organizadas em categorias, sendo posteriormente identificadas conforme codificação, segundo análise de conteúdo de Bardin (2015). Para complementar a análise da entrevista 1, foram elaboradas nuvem de palavras através do *Software* IRAMUTEQ (Souza, 2018), facilitando a identificação da categoria temática.

A análise da observação direta da consulta de enfermagem a pessoa idosa com DM, utilizou estatística simples para tratamento dos dados através do agrupamento, organização e tabulação das informações. Para complementar a análise dos dados desta etapa foi aplicado o *software* IRAMUTEQ (Souza, 2018) com intuito de construir nuvens de palavras através da análise lexical simples em cada categoria temática identificada nos roteiros de observação direta aplicados, posteriormente foram criadas codificação, segundo análise de conteúdo de Bardin (2015).

A figura 7 representa a síntese de triangulação de dados da etapa 2.

FIGURA 7 - SÍNTESE DA TRIANGULAÇÃO DOS DADOS DA ETAPA 2



FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

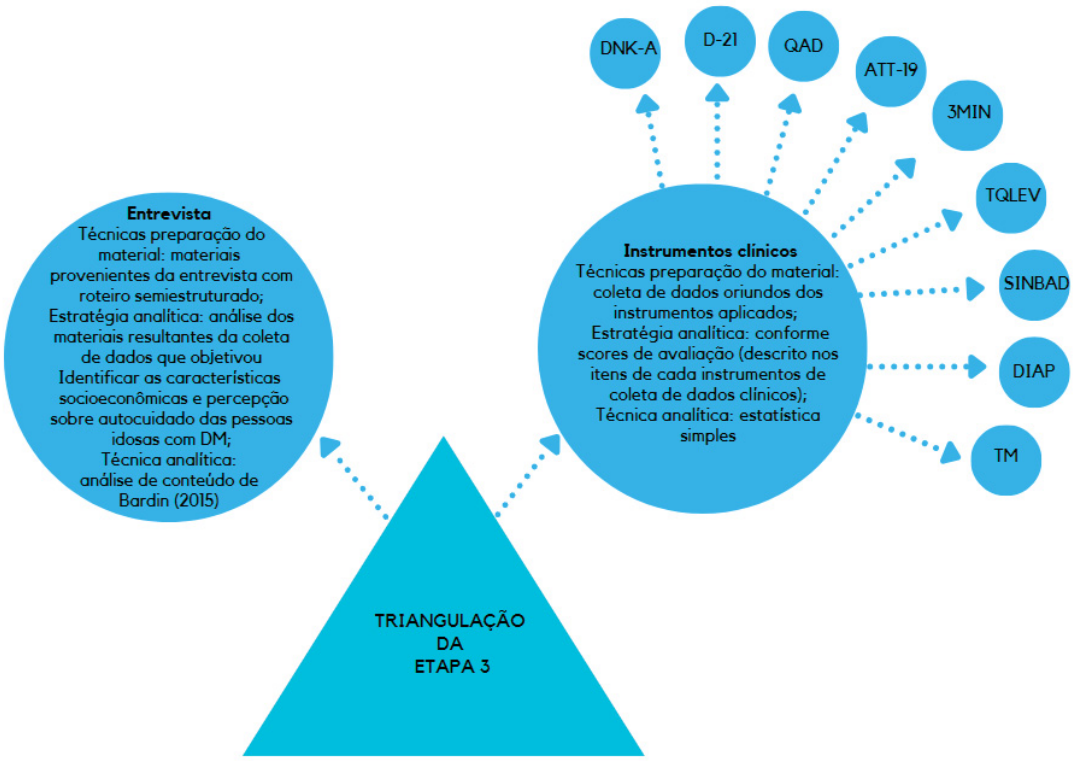
4.6.5 Análise dos Dados da Etapa 3 (características sociodemográficas e clinicas das pessoas idosas)

Para análise dos dados provenientes das entrevistas com as pessoas idosas, foram realizadas transcrições na íntegra das gravações dos dados coletados. Para tratamento dos dados oriundos dos instrumentos clínicos foram transcritos em documento Word e alocadas às informações em planilha no *software* Excel 2019, como banco de dados das informações extraídas dos instrumentos clínicos e das informações sociodemográficas.

Os dados da entrevista com roteiro semiestruturado de profundidade aberta e fechada, foram organizados em unidades de análise que constituirão categorias conforme análise de conteúdo de Bardin (2015).

Os dados quantitativos, oriundos dos instrumentos clínicos, foram avaliados conforme os respectivos *score*s de avaliação (descrito nos itens instrumentos de coleta), com posterior aplicação de estatística simples para processamento, agrupamento e organização em tabelas e gráficos. A triangulação de dados da etapa três, estão apresentados na figura 8.

FIGURA 8 - SÍNTESE DA TRIANGULAÇÃO DOS DADOS PROVENIENTES DA ETAPA 3



FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

Como estratégia analítica aplicada a está etapa, foram analisados os resultados provenientes das sínteses emergentes socioeconômicas e percepção sobre autocuidado das pessoas idosas com DM, provenientes das entrevistas semiestruturadas de profundidade. Também foram utilizadas sínteses provenientes dos dados clínicos, resultantes dos instrumentos clínicos.

4.6.6 Análise dos Dados da Etapa 4: construção e avaliação dos roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*

Neta etapa, foram analisados os dados resultantes da triangulação das etapas anteriores da pesquisa (1 a 3). A criação dos roteiros, foram realizadas a partir da convergência dos dados, mediante síntese cruzada das informações emergentes. Na sequência, segue quadro 3, que apresenta as sínteses dos dados que emergiram de cada etapa da pesquisa que foram utilizadas para compor os roteiros de plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM na etapa 4.

QUADRO 3 - SÍNTESE DOS DADOS EMERGENTES EM CADA ETAPA DA PESQUISA

Etapa	Origem dos dados	Síntese dos dados	Convergência dos dados
1	Pesquisa documental retrospectivo e descritivo	Síntese das legislações vinculadas as políticas públicas que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa.	Listagem: categorias de autocuidado e legislações específicas
2	Pesquisa documental descritivo	Síntese das ações desenvolvidas na UMS Ouvidor Pardinho, direcionadas as pessoas idosas com DM	Listagem: ações realizadas na UMS para o idoso
	Entrevista 1 semiestruturada	Síntese das ações desenvolvidas para o estimulo do autocuidado	Tópicos: Percepção do enfermeiro sobre ações para estimulo do autocuidado
	Entrevista 2 semiestruturada	Síntese da organização das ações direcionadas as pessoas idosas com DM na UMS Ouvidor Pardinho	Listagem: ações realizadas pelo enfermeiro para os idosos com DM na UBS
	Entrevista 3 semiestruturada	Síntese dos conhecimentos dos enfermeiros sobre o autocuidado	Tópicos: conhecimentos do enfermeiro sobre autocuidado
	Observação direta da consulta de enfermagem	Síntese da organização da consulta de enfermagem realizada a pessoa idosa com DM	Listagem: ações na consulta de enfermagem a pessoa idosa com DM na UBS
3	Entrevista de profundidade aberta e fechada direcionadas as pessoas idosas com DM	Síntese dos dados socioeconômicas da pessoa idosa com DM	Listagem: características socioeconômicas das pessoas com DM
	Instrumentos clínicos DNK-A, QAD, ATT-19, D21, 3MIN, TQLEV, SINBAD, DIAP, TM	Síntese dos dados clínicas e percepção sobre autocuidado das pessoas idosas com DM.	Listagem: condição clínica da pessoa idosa com DM Tópico: ações de autocuidado (pessoa idosa)

FONTE: Elaborado pelos Autores (2024)

A convergência dos dados das etapas anteriores (1,2 e 3), fomentou as diretrizes para construção do roteiro de plano de cuidado em enfermagem, composto de três dimensões 1) avaliação da pessoa idosa com DM; 2) intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM; 3) monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM, adaptado segundo o Manual de Orientação da Atenção Centrada na Pessoa Idosa (ICOPE) da Organização Pan-Americana de Saúde (2021).

Para construção dos roteiros para plano de cuidado de enfermagem na etapa 4, foram utilizados os resultados provenientes da convergência das etapas 1, 2 e 3 e derivados da avaliação dos roteiros para plano de cuidado de enfermagem, pelos enfermeiros em oficinas com técnica brainstorming, conforme descrito no quadro 4.

QUADRO 4 - DADOS CONVERGENTES DA ETAPA 4

Dados convergentes da Etapa 4	
Construção dos roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM	Convergência das etapas anteriores (1, 2 e 3) para compor os roteiros de cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa com DM, composto por três dimensões: 1) avaliação da pessoa idosa com DM; 2) intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM; 3) monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM.
Avaliação e aplicação dos roteiros	Oficinas com a técnica brainstorming desenvolvidas na UMS Ouvidor Pardinho com enfermeiros, realizadas em três momentos: • Oficina I - conhecimento (aplicação de questionário (Apêndice X)) • Oficina II - geração de ideias, • Oficina III - avaliação (aplicação de questionário (Apêndice XI)) • Aplicação dos roteiros de plano de cuidado durante a consulta de enfermagem

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

4.7 ESTRUTURAÇÃO DAS OFICINAS

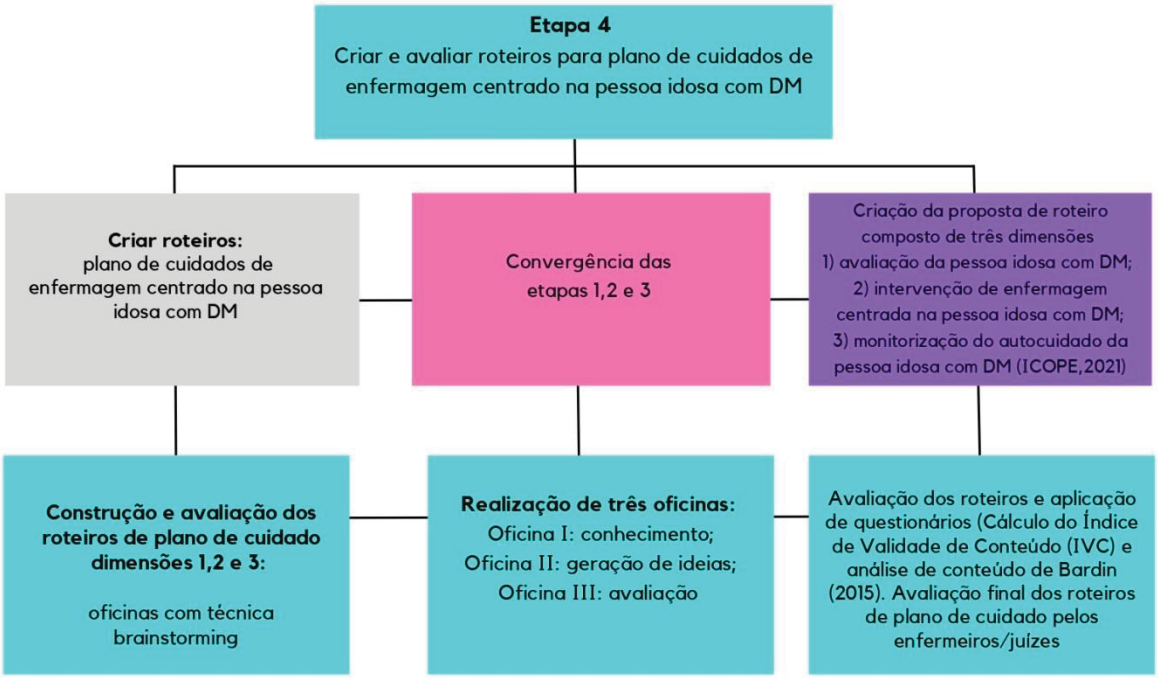
Para realização das três oficinas, foram encaminhados carta convite aos enfermeiros da UMS, com cronograma das atividades conforme local reservado, dia e horário determinado. Nesse momento ocorreu a explicação sobre a pesquisa e para aqueles que concordaram em participar foram entregues o TCLE sobre a participação nas oficinas.

Para desenvolvimento das atividades nas oficinas foi adotada a técnica de brainstorming, considerada estratégia de desenvolvimento de atividades que objetiva produzir representações, gerar ideias com qualidade e inovação, através de atividades grupais, possibilitando a troca de ideias entre os participantes, estimulando a criatividade quanto a situação ou projeto apresentado ao coletivo (Al-Samarraie; Hurmuzan, 2018).

Nesta pesquisa o brainstorming foi utilizado objetivando conhecimento, geração de ideias e avaliação dos enfermeiros sobre os roteiros de cuidado de enfermagem centrados na

pessoa idosa com DM atendidas na APS. Seguindo as recomendações de Besant, (2016), a oficina foi dividida em três momentos: oficina I) conhecimento, oficina II) geração de ideias e oficina III) avaliação. Todas as oficinas tiveram a média de duração 2hs e contaram com o pesquisador responsável pela pesquisa, uma doutoranda integrante da pós-graduação e dois alunos bolsistas de iniciação científica do curso de enfermagem, todos vinculados a Universidade Federal do Paraná (UFPR), como facilitadores para auxiliar no processo. Na sequência apresenta-se a figura 9 com a síntese das oficinas que foram realizadas seguindo a técnica de brainstorming.

FIGURA 9 - SÍNTESE DAS FASES DA OFICINA DE BRAINSTORMING



FONTE: Elaborado pelos autores (2024)

As oficinas foram gravadas em vídeo e áudio, posteriormente foram transcritas. As oficinas foram realizadas em três encontros de 2hs em local reservado (auditório da UMS) e divididas em três momentos como segue:

4.7.1 Oficinas de Construção e Avaliação dos Roteiros

A **primeira oficina (conhecimento)**, teve a duração de 2hs e teve por objetivo conhecer os enfermeiros participantes, orientar sobre a finalidade e importância da execução das atividades e assimilar o conceito da técnica de brainstorming. Para conhecer os

participantes da oficina foi aplicado roteiro semiestruturado para caracterização sociodemográfica: nome, sexo, idade, formação, tempo de atuação na atenção primária.

Para compor as dimensões dos roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM de maneira preliminar, foram realizadas a convergência dados das etapas 1, 2 e 3, realizadas em pesquisas anteriores as oficinas, foram selecionadas e listadas as informações que emergiram das etapas anteriores, com intuito de gerar e cruzar os dados que compuseram os roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM.

Todas as etapas da pesquisa para criação dos roteiros, foram apresentadas aos participantes durante a realização da oficina 1, com intuito de fomentar a criação dos roteiros para plano de cuidados em encontros posteriores (oficinas 2 e 3).

Para desenvolvimento da oficina 1, a facilitadora seguiu os seguintes momentos:

- Momento 1: apresentação dos participantes, destacando nome, idade, sexo, formação, tempo de experiência atuando como enfermeiro, APS e na UMS Ouvidor Pardinho;
- Momento 2: explanação dos objetivos, método e regras das oficinas.

As regras para realizar as oficinas com os enfermeiros, foram elaboradas baseadas nas normas de Besant (2016), que enfatiza a importância das regras para aplicação da técnica de brainstorming. O autor destaca que todas as ideias geradas, deverão ser ouvidas e anotadas, para que se possam evoluir até o objetivo final.

As regras adaptadas para as oficinas desta pesquisa foram: regra 1) pare e preste atenção na ideia; regra 2) deixe a criatividade fluir; regra 3) qualidade é necessária: quanto maior o número de ideias geradas, melhor a qualidade dos roteiros de plano de cuidado; regra 4) aperfeiçoamento e combinação de ideias são essenciais; regra 5) todas as ideias são registradas e consideradas. Para melhor visualização das regras, segue apresentada a figura 10.

FIGURA 10 - REGRAS ADAPTADAS PARA AS OFICINAS DE BRAINSTORMING



FONTE: Adaptado pelos Autores, baseados em Besant (2016)

Fase de produção dos roteiros (Oficina 2 – geração de ideias). A **segunda oficina**, com duração de 2hs, teve por objetivo fomentar a geração de ideias dos participantes com foco nos conhecimentos construídos durante a oficina 1. Foram determinadas três dimensões dos roteiros, construídas juntos aos participantes através das dinâmicas didática pedagógica com utilização de postites para anotações e exposição das ideias geradas. As dimensões foram construídas embasadas na convergência das etapas anteriores apresentadas na oficina 1 e no Manual de Orientação da Atenção Centrada na Pessoa Idosa (ICOPE) da Organização Pan-Americana de Saúde (2021), referencial teórico desta pesquisa OREM (1991), resolução do COFEN 358/2009, e resolução do COFEN 736/2024 e CIAP2. Os roteiros foram compostos por três dimensões, a saber: dimensão 1) avaliação clínica da pessoa idosa com DM relacionados a estratificação de risco da pessoa idosa com DM, controle glicêmico, coleta de dados baseado na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), histórico de saúde, características sociodemográficas e realização do exame físico. dimensão 2) intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM relacionada aos diagnóstico de enfermagem baseados no CIAP2 e dimensão 3) monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM relacionados as prescrições de enfermagem e intervenções para pessoa idosa com DM que englobaram educação em saúde e autocuidado, avaliação e monitoramento, cuidados com a pele e pés, gerenciamento de comorbidades, apoio psicológico e social, planejamento para o retorno a APS e outras prescrições de enfermagem a pessoas idosas insulinodependentes.

Fase de Pós-produção dos roteiros (Oficina 3 - avaliação). A **terceira oficina** teve duração de 2hs e objetivou avaliação dos roteiros a partir das considerações em relação as dimensões pelos enfermeiros/ juízes construídos na oficina 2.

Para a avaliação individual, das propostas dos roteiros de plano de cuidado de enfermagem, foram disponibilizados a cada participante um questionário (Escala *Likert*) impresso, com itens relacionados a dimensão 1 (avaliação da pessoa idosa com DM), dimensão 2 (intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM) e dimensão 3 (monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM) dos roteiros para plano de cuidados de enfermagem.

Para tal momento foi aplicado questionário de Escala *Likert* para registro da avaliação com os seguintes escores de avaliação: 1 (discordo), 2 (discordo parcialmente), 3 (concordo parcialmente) e 4 (concordo). As escalas do tipo *Likert* permitem com intuito que juízes expressem suas respostas de forma geral e contemplem igualmente o número de opções de concordância e discordância (Devellis, 2003).

Para analisar cada resposta do julgamento realizado pelos juízes, foram empregado o Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), destinado a avaliar o conteúdo dos itens do questionário avaliado em relação a representatividade de medida (Pasquali, 2009; Polit; Beck, 2019).

O IVC foi aplicado para medir a porcentagem de concordância entre os enfermeiros sobre o questionário utilizado para avaliação da proposta de roteiros de plano de cuidado de enfermagem que trata da dimensão 1,2 e 3. Os itens pontuados com sugestões e aqueles com peso 1 e 2 foram revisados e encaminhados para nova etapa de avaliação pelos juízes durante a realização da oficina 3, após a segunda etapa de avaliação, os itens foram novamente submetidos ao cálculo de IVC, o qual mediu a porcentagem de concordância dos enfermeiros sobre o roteiro de cuidado (Pasquali, 2009).

Esse método foi aplicado para mensurar a proporção de juízes que concordaram com os itens do instrumento de avaliação. Para esta avaliação o IVC foi empregado uma escala tipo *Likert* com pontuação entre um e quatro, que pode ser classificada como: 1- irrelevante, 2- pouco relevante, 3- realmente relevante e 4- muito relevante (Alexandre; Coluci, 2011). Para este estudo a escala de *Likert* foi renomeada para: 1- discordo parcialmente, 2- discordo, 3- concordo parcialmente e 4- concordo, esta adaptação foi realizada para contemplar as perguntas adaptadas do questionário composto pelos seguintes itens de avaliação sobre as dimensões 1, 2 e 3 dos roteiros de plano de cuidado:

- **Acessibilidade:** Foi avaliado quanto a interação e comunicação do conteúdo e facilidade de utilização pelos enfermeiros na APS;
- **Usabilidade:** Tratou da facilidade de compreensão das informações no roteiro, adequação de fontes e qualidade do material para que o enfermeiro apresente interesse e facilidade na aplicação e evite sobrecarga cognitiva dos profissionais;
- **Funcionalidade:** envolveu recursos pedagógicos, organização lógica do conteúdo e redação interativa;
- **Conteúdo:** Foram avaliados se os conteúdos contemplaram os cuidados centrado na pessoa idosa com DM, teoria do autocuidado de Orem e autocuidado das pessoas idosas com DM e se informações foram claras e objetivas;
- **Relevância:** foram avaliadas se os roteiros de plano de cuidados foram considerados importante para o estimulo do autocuidado das pessoas idosas com DM e relevante para o desenvolvimento das práticas durante a consulta de enfermagem na APS.

Cada participante da oficina/juiz recebeu um questionário impresso de avaliação com itens relacionados a acessibilidade, usabilidade, funcionalidade, conteúdo e relevância, para avaliação da proposta dos roteiros de plano de cuidado de enfermagem em relação as dimensões 1, 2 e 3. Após o preenchimento do questionário, foi realizada discussão coletiva para socializar as opiniões e definir mudanças para os roteiros.

Para realização do cálculo da concordância de conteúdo avaliado pelos juízes, foram somados todos os IVC de cada item do questionário e foram divididos pelo total de itens. A avaliação de cada item, foi realizada através da média dos valores calculados separadamente (Pasquali, 2009).

$$\frac{\text{IVC = número de respostas “3” ou “4”}}{\text{número total de respostas}}$$

Para realização do cálculo da concordância dos instrumentos foram somados todos os IVC de cada item e dividiu-se pela quantidade de IVC somados o total de itens do questionário.

$$\frac{\text{\% concordância = Soma de todos os IVC do questionário}}{\text{Total de itens}}$$

FONTE: Adaptado de Pasquali (2009)

Todas as sugestões e opiniões emitidas pelos juízes, foram organizadas no Microsoft Excel® 2016 para ajustes dos roteiros de plano de cuidado.

Para conhecer a percepção dos participantes quanto aplicabilidade dos roteiros de plano de cuidado a partir das considerações realizadas foi aplicado instrumento de coleta de dados semiestruturado. As respostas foram todas gravadas para posteriormente serem transcrita conforme análise de conteúdo Bardin (2015). Destaca-se que para formulação das perguntas embasou-se no referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem, que defende a possibilidade das pessoas quando capazes, devem ser responsáveis por seus cuidados (Orem, 1993), conforme pode ser verificado a seguir:

1. Nestes roteiros de plano de cuidado de enfermagem você visualiza ações do autocuidado? Sim ou Não, justifique;
2. A teoria de Orem está presente neste roteiro de planos de cuidados de enfermagem? Sim ou Não, justifique;
3. Quais ações de autocuidado são apontadas neste plano de cuidado de enfermagem?
4. Faça alguma(s) proposta(s) de intervenções de enfermagem condizentes com os roteiros;
5. Faça alguma(s) sugestão(s) para monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM
6. Você tem alguma crítica e/ou sugestão referente aos roteiros de plano de cuidado de enfermagem apresentado?

Para análise das respostas aplicou-se análise de Conteúdo conforme Bardin (2015), caracterizada como técnica de elaboração esquemática dos resultados, para melhor compreensão da soma dos resultados e suas especificações. Seguiram-se quatro fases de execução: 1) organização da análise; 2) codificação (unidades de registro e enumeração); 3) categorização; 4) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação destes resultados.

Para organização e sistematização, primeiramente foi realizada a fase pré-análise das falas dos participantes, através da limpeza dos dados, removendo as respostas em texto livre que não acrescentavam informações relevantes, a exemplo palavras monossilábicas e itens não relacionados a entrevista. Na segunda fase exploratória, os recortes obtidos foram codificados, manualmente, de acordo com trechos divergentes e convergentes. Na terceira fase, emergiram unidades de registro, representadas pelas categorias e subcategorias, que direcionaram para a composição da quarta fase. E a última fase foi composta pelas inferências reflexivas e críticas, com interpretação dos dados no propósito analisar a percepção dos participantes das oficinas quanto aplicabilidade dos roteiros de plano de cuidado.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Todo processo de pesquisa respeitará o disposto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que rege as pesquisas com seres humanos e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes de pesquisa, à comunidade científica e ao estado; tendo como compromisso oferecer o máximo de benefícios e o mínimo de riscos e danos aos sujeitos envolvidos (Brasil, 2012).

Ressalta-se, que além da pesquisa respeitar os princípios das referidas Resoluções, cumpriu-se as exigências setoriais e regulamentações específicas ligadas a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Antes de iniciar a pesquisa, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná (UFPR), e Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, sob os pareceres consubstanciados: 6.195.537 (Anexo XII) e 6.064.240 (Anexo XII).

Para a participação no estudo em respeito aos preceitos éticos os pesquisados receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme pessoas envolvidas na coleta de dados.

As entrevistas com enfermeiros foram realizadas após a explicação da pesquisa e concordância em assinar o TCLE de entrevista com enfermeiros (Apêndice III).

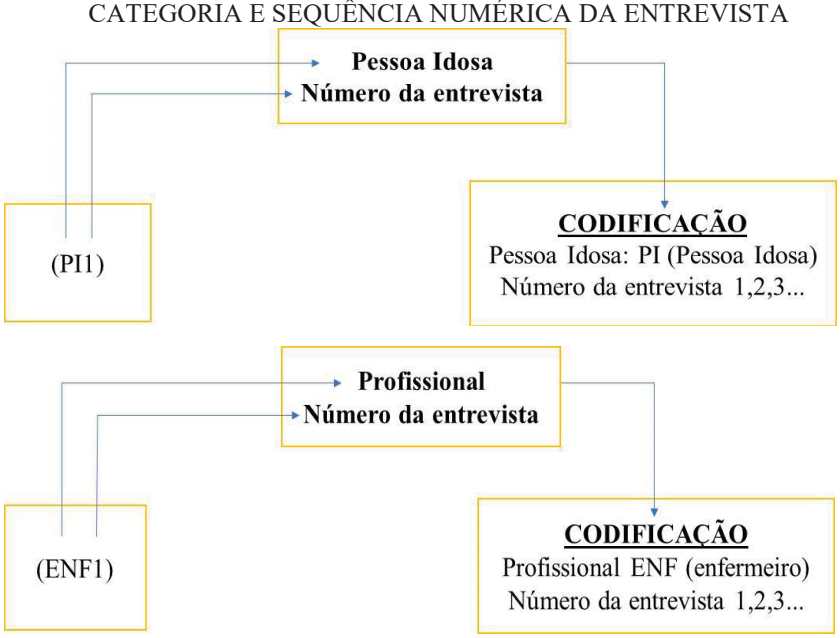
A observação direta das consultas de enfermagem foi realizada após a explicação da pesquisa e concordância do participante (enfermeiro e pessoa idosa) com assinatura do TCLE para o enfermeiro (Apêndice III) e TCLE para a pessoa idosa (Apêndice XII).

Para participação dos enfermeiros nas oficinas foram solicitado assinatura do TCLE (Apêndice VIII) após explicação e concordância do participante.

E para a realização das entrevistas com as pessoas idosas as mesmas ocorreram após explicação sobre a pesquisa e concordância com assinatura do TCLE pela pessoa idosa participante conforme Apêndice XII.

Foi previsto o direito à privacidade, do sigilo e anonimato dos envolvidos na pesquisa. Além da garantia da liberdade do pesquisado em se recusar a participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa sem prejuízo e nenhuma penalidade. Para manter o sigilo às informações para cada coleta de dados realizada, foram fornecidos códigos, a saber: Profissional: ENF (Enfermeiro) e PI (Pessoa Idosa), e o número consecutivo da entrevista a ser realizadas, conforme figura 11 a seguir.

FIGURA 11 - CODIFICAÇÃO DOS ENFERMEIROS E PESSOAS IDOSA SEGUINDO DESCRIÇÃO POR CATEGORIA E SEQUÊNCIA NUMÉRICA DA ENTREVISTA



FONTE: Elaborado pelos autores (2022).

5 RESULTADOS

Os resultados estão apresentados no formato de artigo, assim esta sessão apresenta os artigos desenvolvidos ao longo da presente Tese de Doutorado. A formatação do artigo segue as normas da revista que o artigo foi submetido e/ou publicado, conforme a Resolução n° 32/2017 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE) da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e manual de normalização de documentos científicos da UFPR, 2024 (Machado *et al.*, 2024; CEPE, 2017). Na sequência apresenta-se quadro síntese dos resultados (Quadro 5).

QUADRO 5 - SÍNTESE DOS RESULTADOS, CONFORME OBJETIVO DA TESE, OBJETIVO/TIPO/TÍTULO DA PRODUÇÃO

Etapa/Objetivo da tese	Objetivo da produção	Tipo da produção	Título da produção
Etapa 1: Analisar as políticas públicas brasileiras, estaduais (Paraná) e municipais estabelecidas entre 1988 e 2021, que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa	Analisar as legislações vinculadas a políticas públicas nacionais e estaduais (Paraná), publicadas de 1988 a 2021, que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa	Artigo: pesquisa documental de caráter retrospectivo e descritivo	Análise das políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa: pesquisa documental
Etapa 2: Mapear as ações de enfermagem realizadas na UMS Ouvidor Pardinho para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*	Mapear as ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* realizadas na UMS Ouvidor Pardinho de Curitiba - PR	Artigo: pesquisa documental de caráter retrospectiva e descritiva	Mapeamento das ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*.
Etapa 2: Conhecer as ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros sobre o estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* atendidas na atenção primária em saúde	Mapear as ações de enfermagem realizadas para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* e conhecer a percepção dos enfermeiros sobre atendimentos as pessoas idosas diabéticas.	Artigo: pesquisa exploratória qualitativa	Estímulo do autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*: ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros
Etapa 3: Conhecer a percepção das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 sobre sua vivência e autocuidado	Conhecer a percepção das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* Tipo 2 sobre sua vivência e autocuidado.	Artigo: pesquisa exploratória com abordagem qualitativa	Autocuidado das pessoas idosas com diabetes: percepção sobre vivência e autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus* atendidas na atenção primária a saúde
Etapa 3: Identificar as características socioeconômicas, clínicas e a percepção sobre o autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* tipo 2 na atenção primária em saúde	Identificar as características socioeconômicas, clínicas e a percepção sobre o autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* tipo 2 na atenção primária em saúde.	Artigo: pesquisa quantitativo, de caráter descritivo-exploratório e corte transversal	Pessoas idosas com diabetes *Mellitus* tipo 2: características e percepção sobre o autocuidado
Etapa 4: Propor roteiros de plano de cuidado de	Construir e validar roteiros para plano de cuidado de	Artigo: pesquisa exploratória com	Roteiros para plano de cuidado de enfermagem

enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* para estímulo do autocuidado na Atenção Primária em Saúde.	enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, para estímulo do autocuidado da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, atendida em uma unidade da Atenção Primária em Saúde.	abordagem qualitativa, realizada em oficinas construtiva	centrado na pessoa idosa com diabetes *Mellitus*: construção e validação

FONTE: Os Autores (2024)

5.1 ARTIGO 1 - ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS QUE DIALOGAM COM AS DIRETRIZES DO AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA: PESQUISA DOCUMENTAL[4]

Análise das políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa: pesquisa documental

Analysis of brazilian public policies that dialogue with the self-care guidelines for the elderly: documentary research

Análisis de políticas públicas brasileñas que dialogan con las directrices del autocuidado de los ancianos: investigación documental

Recebido: 29/07/2022 | Revisado: 09/08/2022 | Aceito: 11/08/2022 | Publicado: 21/08/2022

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar as legislações vinculadas a políticas públicas nacionais e estaduais (Paraná), publicadas de 1988 a 2021, que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa. Os métodos utilizados foram a pesquisa documental de caráter retrospectivo e descritivo, de dados primários, com levantamento, organização e análise de leis e resoluções relacionadas as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa. A coleta de dados ocorreu de maio a junho 2022. Para análise dos dados, utilizou-se Análise de Conteúdo. Os resultados foram 35 instrumentos normativos que abordam o autocuidado para pessoa idosa, sendo 12 leis nacionais, uma resolução federal, um projeto de lei e 21 legislações estaduais. Da análise de conteúdo emergiram codificações baseadas nos princípios do Autocuidado, conforme Orem: promoção da saúde, bem estar, proteção, lazer, segurança e saúde. Verificou-se que as legislações dialogaram com autocuidado, evidenciando historicamente progressos na interlocução da temática, porém com lacunas importantes, principalmente vinculadas aos interesses e necessidades da pessoa idosa. Apesar da existência de diversas iniciativas de legislações vinculadas a políticas públicas que dialogam com o autocuidado, as normativas legais ainda não acompanham as mudanças de perfil desta população, permanecendo, como desafio o estimulo ao autocuidado nos diversos estratos populacionais.

Palavras-Chave: Autocuidado; Idoso; Políticas públicas de saúde.

Abstract

The objective of this study was to analyze the legislation linked to national and state public policies (Paraná), published from 1988 to 2021, which dialogue with the guidelines of self-care for the elderly. The methods used were documentary research

[4] Artigo publicado: "Análise das políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa: pesquisa documental", publicado na Revista Research, Society and Development, v. 11, n. 11, p. e224111133551, 2022. A formatação do artigo segue as normas da revista que o artigo foi submetido e/ou publicado.

of a retrospective and descriptive nature, of primary data, with a survey, organization and analysis of laws and resolutions related to the guidelines of self-care for the elderly. Data collection took place from May to June 2022. For data analysis, Content Analysis was used. The results were 35 normative instruments that address self-care for the elderly, with 12 national laws, a federal resolution, a bill and 21 state laws. From the content analysis, encodings based on the principles of Self-care emerged, according to Orem: health promotion, well-being, protection, leisure, safety and health. It was found that the legislation dialogued with self-care, historically evidencing progress in the dialogue on the subject, but with important gaps, mainly linked to the interests and needs of the elderly. Despite the existence of several initiatives of legislation linked to public policies that dialogue with self-care, legal regulations still do not follow the changes in the profile of this population, remaining, as a challenge, the encouragement of self-care in different population strata.
Keywords: Self-care; Elderly; Public health policies.

Resumen
El objetivo de este estudio fue analizar la legislación vinculada a las políticas públicas nacionales y estatales (Paraná), publicadas desde 1988 hasta 2021, que dialogan con las directrices del autocuidado de los ancianos. Los métodos utilizados fueron la investigación documental de carácter retrospectivo y descriptivo, de datos primarios, con levantamiento, organización y análisis de leyes y resoluciones relacionadas con las directrices del autocuidado de los ancianos. La recolección de datos tuvo lugar de mayo a junio de 2022. Se utilizó el análisis de contenido para el análisis de datos. Los resultados fueron 35 instrumentos normativos que abordan el autocuidado de los adultos mayores, con 12 leyes nacionales, una resolución federal, un proyecto de ley y 21 leyes estatales. Del análisis de contenido surgieron codificaciones basadas en los principios del Autocuidado, según Orem: promoción de la salud, bienestar, protección, ocio, seguridad y salud. Se constató que la legislación dialogó con el autocuidado, evidenciando históricamente avances en el diálogo sobre el tema, pero con vacíos importantes, principalmente vinculados a los intereses y necesidades de los ancianos. A pesar de la existencia de varias iniciativas de legislación vinculadas a políticas públicas que dialogan con el autocuidado, la normativa legal aún no acompaña los cambios en el perfil de esta población, quedando como desafío el incentivo del autocuidado en diferentes estratos poblacionales.
Palabras clave: Autocuidado; Anciano; Políticas de salud pública.

1. Introdução

No Brasil, a Constituição de 1988 oficializou o direito integral e universal à saúde, expresso em seus artigos 6º e 203º. Posteriormente esses direitos foram reforçados com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por intermédio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 (Brasil, 1990; Torres, *et al.,* 2020).

A sociedade, a família e o Estado passaram a exercer o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo a dignidade, bem-estar e garantindo o direito à vida, através de atos normativos, leis e resoluções direcionadas a este público (Torres, *et al.,* 2020).

As políticas públicas em saúde fazem parte de estratégias que visam melhorias das condições de saúde das populações em geral, sendo que a saúde do idoso é parte fundamental destas políticas direcionadas a garantir os direitos fundamentais. Neste público, as condições crônicas e dinâmica demográfica evidenciam a necessidade do planejamento de políticas públicas voltadas à integralidade do cuidado e centralidade da atenção na pessoa idosa (Souza & Machado, 2018; Trintinaglia, *et al.,* 2021).

As políticas públicas são consideradas conjuntos de ações, atividades e programas desenvolvidos pelos Estados, com a participação de instituições públicas ou privadas, que visam assegurar os direitos de cidadania, por meio difuso, ou para determinado seguimento cultural, econômico, social, étnico ou de saúde (Brasil, 2018; Torres, *et al.,* 2020).

Legislações regulamentam ordens e normas jurídicas no país. A legislação Brasileira é formada por várias leis que integram o sistema normativo, sendo a Constituição Federal Brasileira a carga magna do país (Brasil, 2018; Torres, *et al.,* 2020). Esta foi diretriz para a construção das legislações e políticas públicas direcionadas a pessoa idosa. Os fundamentos Constitucionais são: dignidade humana, cidadania e igualdade, sendo que estes alinham-se aos princípios da teoria do autocuidado de Orem. A referida teoria trata da prática dos cuidados executados pelo ser humano portador de determinada necessidade a favor de sua vida, saúde e bem-estar (Trintinaglia, *et al.,* 2021); é o conjunto de ações que o indivíduo executa em seu próprio benefício, com intuito de manter seu bem-estar, fundamentado na tomada de consciência, capacidade para aprendizagem e nas decisões em seu benefício para a manutenção da vida (Orem, 2006; Gibicoski, *et al*., 2020; Silva, *et al.,* 2021).

Orem (1995) considera como requisitos necessários ao autocuidado, ações que dirigidas à provisão e controle de fatores afetam o funcionamento e o desenvolvimento humano. São três requisitos de autocuidado: Universais, considerado requisitos vitais e básicos aos seres humanos como exemplo: medidas que favoreça a promoção da saúde, interação social, bem-estar, proteção, prevenção, descanso e lazer; Desenvolvimento, referem aos processos de desenvolvimento dos requisitos, associados a eventos próprios da vida. Exemplo: adaptação a mudanças de trabalho, mudanças da rotina diária; Desvio de saúde, aplicado em condições de doença, sendo exigido, intervenções da equipe de saúde são necessárias para corrigir e/ou diagnosticar uma condição.

A análise das legislações que abrange as políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa, são importantes para identificação de novas demandas deste grupo e lacunas que dificultam a implementação do autocuidado. Bem como

possibilitam fortalecimento da atenção centrada na pessoa idosa, fomentando o desenvolvimento de estratégias e ações resolutivas.

Considerando a essencialidade do autocuidado, bem como a relevância das políticas públicas como diretrizes de ação no contexto brasileiro, este estudo teve objetivo de analisar as legislações vinculadas as políticas públicas nacionais e estaduais (Paraná) publicadas de 1988 a 2021 que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa.

2. Metodologia

Trata-se de pesquisa documental de caráter retrospectivo e descritivo de dados primários, que consistiu em levantamento, organização e análise das leis e resoluções que versam sobre políticas públicas com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa.

A pesquisa documental tem como fonte de coleta de dados documentos de fontes primárias, pertencentes a arquivos públicos (Marconi & Lakatos, 2021). O pesquisador selecionou, interpretou e tratou as informações, visando compreender a interação do objeto de pesquisa com sua fonte de dados (Fachin, 2017).

Considera-se neste trabalho os documentos textuais (legislações) disponíveis online gratuitamente. O estudo foi realizado de maio a junho de 2022, com elaboração planilha de dados, levantamento, análise, interpretação e apresentação dos resultados.

A busca foi realizada em leis e resoluções de domínio público. Para filtragem dos documentos foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: leitura do *caput* da lei e seleção dos documentos que mencionavam idoso ou terceira idade ou serviços de atenção à saúde preventivos e curativos em todos os níveis de complexidade ou autocuidado. O marco temporal da busca documental foi determinado a partir do ano de 1988, visto que esse é o ano da promulgação da Constituição Federal Brasileira.

A concepção de autocuidado utilizada foi aquela descrita por Orem na Teoria do Autocuidado, enfatizando os princípios promoção da saúde, bem estar, proteção, lazer, segurança e saúde (Orem, 1995; Orem, 2006). Na sequência apresenta-se a definição de cada princípio.

- Promoção da saúde (PS): estratégias de produção de saúde, considerando o contexto econômico, político, cultural e social em que a pessoa idosa vive. E também sua autonomia, singularidade e da coletividade.
- Bem estar: aspectos específicos como felicidade, relacionamentos interpessoais, satisfação com a vida, trabalho, família e suporte recebido das pessoas com as quais convivem.

- Proteção: acesso igualitário e conjunto de ações direcionadas a proteger o direito social, direito a saúde e direito a vida.
- Ações de lazer: refere ao processo de interação humana, cultural e social entre pessoas enquanto participantes de uma comunidade.
- Segurança: necessidade de resguardar, defender direitos de pessoas, sociedade, saúde, cidadania vida e comunidade.

Para análise dos dados, utilizou-se Análise de Conteúdo, conforme Bardin (2015), possibilitando a condução da pesquisa científica, respeitando as seguintes fases de execução: 1) organização da análise; 2) codificação (unidades de registro e enumeração); 3) categorização; 4) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação destes resultados.

Os aspectos éticos de direitos autorais foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, sendo referenciado de forma fidedigna à fonte dos trabalhos e autores.

3. Resultados

Foram analisados 35 instrumentos normativos que abordam o autocuidado para pessoa idosa: 12 leis nacionais, uma resolução federal e um projeto de lei. Quanto às legislações estaduais foram avaliados 21 documentos (publicados de 1990 a 2021). As legislações e resolução nacionais iniciaram com a Constituição Federal Brasileira (1988), e a última publicação ocorreu no ano de 2021, existindo um projeto de lei sobre a temática no referido ano.

Quanto a caracterização das publicações nacionais, apresenta-se no quadro 1 com informações sobre ano, nome, caput e artigos relacionados com as codificações em relação a Teoria do autocuidado para a pessoa idosa.

Quadro 1: Legislação de âmbito nacional publicadas de 1988 a 2021 que dialogam com o autocuidado da pessoa idosa

Código*	Ano	Número e nome da Lei ou Resolução	Caput e artigos que dialogam com autocuidado das pessoas idosas	Codificação com a Teoria do autocuidado para a pessoa idosa
LN1	**1988**	**Constituição Federal de 1988**	TÍTULO I – Dos Princípios Fundamentais. Art. 1 constitui-se em Estado Democrático de Direito e tem como fundamentos: III–a dignidade da pessoa humana Art. 3 Constituem objetivos fundamentais: IV–promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.	**Promoção da saúde** **Bem estar** **Proteção** **Ações de lazer** **Segurança**

			TÍTULO II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais CAPÍTULO I – Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos Art. 5 Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza. CAPÍTULO II – Dos Direitos Sociais Art. 6 São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social.	
			TÍTULO VIII - Da Ordem Social CAPÍTULO II – Da Seguridade Social SEÇÃO II – Da Saúde Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. CAPÍTULO VII – Da Família, da Criança, do Adolescente, do Jovem e do Idoso Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.	
LN2	**1990**	**Leis Orgânicas de Saúde regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS)** **Lei Nº 8.080**	*Caput:* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	**Promoção da saúde** **Bem estar** **Proteção** **Ações de lazer** **Segurança**
			TÍTULO I - Das disposições gerais Art. 2 A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. CAPÍTULO I – Dos objetivos e Atribuições Art. 5 São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS: III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. CAPÍTULO II- Dos Princípios e Diretrizes I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre	

			sua saúde; VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.	
LN3	**1994**	**Lei 8.842 Política Nacional do Idoso**	*Caput:* Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. CAPÍTULO I – Da Finalidade Art. 1 Tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Art. 2 Considera idoso pessoa maior de sessenta anos de idade. CAPÍTULO II- Dos Princípios e das Diretrizes SEÇÃO I - Dos Princípios Art. 3 I - a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; SEÇÃO II - Das Diretrizes Artigo 4º I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações; II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento. CAPÍTULO IV – Das Ações Governamentais Art. 10 Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos: II - na área de saúde: a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde; b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profiláticas; VI - na área de justiça: a) promover e defender os direitos da pessoa idosa; VII - na área de cultura, esporte e lazer: e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade. VI - na área de justiça: a) promover e defender os direitos da pessoa idosa; b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos; VII - na área de cultura, esporte e lazer: a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais.	**Promoção da saúde Proteção Ações de lazer Segurança**
LN4	**1994**	**Lei nº 8.926**	*Caput:* Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamentos, de **advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas de mais de 65 anos.**	**Promoção da saúde**

LN5	**2000**	**Lei nº 10048**	*Caput:* Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Art. 1 Os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei. Art. 3 o As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo reservarão assentos, devidamente identificados, aos idosos.	**Promoção da saúde** **Bem estar** **Segurança**
LN6	**2003**	**Lei 10.741 Estatuto do Idoso**	*Caput:* Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Título I – Disposições Preliminares Art. 1 É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Art. 2 O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Art. 3 É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Título II - Dos Direitos Fundamentais Capítulo I Do Direito à Vida Art. 8 O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente. Art. 9 É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade. CAPÍTULO II- Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade. Art. 10 É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis. Capítulo IV – Do Direito à Saúde Art. 15 É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos. Art. 17 Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável. Capítulo V – Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer Art. 20 O idoso tem direito a educação, cultura,	**Promoção da saúde** **Bem estar** **Proteção** **Ações de lazer** **Segurança**

			esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade. Capítulo VI – Da Profissionalização e do Trabalho Art. 26 O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.	
LN7	**2006**	**Lei 11.433 Dia Nacional do Idoso**	*Caput:* Dispõe sobre o **Dia Nacional do Idoso**. Parágrafo Único. Os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso ficam incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade.	**Bem estar Proteção**
LN8	**2007**	**Lei nº 11.551 Programa Disque Idoso**	*Caput:* Institui o Programa Disque Idoso. Art. 1 É instituído o Programa Disque Idoso, com a finalidade de atendimento a denúncias de maus-tratos e violência contra os idosos a partir de 60 (sessenta) anos.	**Proteção Segurança**
LN9	**2010**	**Lei nº 12.213 Fundo Nacional do Idoso**	*Caput:* Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso. Art. 1 Fica instituído o Fundo Nacional do Idoso, destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.	**Proteção**
LN10	**2017**	**Lei Nº 13.466**	*Caput:* Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Art. 1 dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, a fim de estabelecer a prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos.	**Segurança**
LN11	**2018**	**Lei 13.646**	*Caput:* Institui o Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, em alusão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos.	**Bem estar Proteção**
LN12	**2020**	**Lei nº 14.022**	*Caput:* Altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar.....pessoas idosas a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019.	**Proteção Segurança**
LN13	**2021**	**RDC Anvisa Nº 502**	*Caput:* **Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial**.	**Promoção da saúde Bem estar Proteção Ações de lazer Segurança**
PLN1	**2021**	**PL 94**	Proposta legislativa que altera os artigos 49 e 50 do PL 94/2021 e visa a proteção de pessoas idosas LGBTQIA+.	**Promoção da saúde Bem estar Proteção Ações de lazer Segurança**

Legenda: Lei Nacional (LN), Projeto de Lei Nacional (PLN).
Fonte: Elaborado pelos Autores (2022).

No âmbito estadual (Paraná) verificou-se 21 legislações que dialogam com o autocuidado da pessoa idosa, tendo início publicações em 1990, sendo que a última foi em 2020. Quanto a caracterização das publicações estaduais, apresenta-se quadro 2 com informações: ano, nome, caput e artigos relacionados com as codificações em relação a Teoria do autocuidado para a pessoa idosa.

Quadro 2: Legislações de âmbito estatual (Paraná) publicadas de 1988 a 2020 que dialogam com o autocuidado da pessoa idosa

Código*	Ano	Número e nome da Lei	Diretrizes que dialogam com autocuidado estaduais	Codificação em relação ao autocuidado da pessoa idosa
LE1	**1990**	**Lei nº 9.264**	*Caput:* Dispõe que ficam isentos do pagamento das taxas de confecção de Cédula de Identidade, junto ao Instituto de Identificação, da Secretaria de Estado da Segurança Pública, os maiores de sessenta e cinco anos, domiciliados em território paranaense.	Proteção
LE2	**1996**	**Lei 11.367**	*Caput:* Autoriza o Poder Executivo a instalar unidades de **Delegacia de Proteção ao Idoso**, em todas as Cidades Polos de Micro Região do Estado.	Proteção Segurança
LE3	**1997**	**Lei 11.863 Política estadual do idoso**	*Caput:* Dispõe sobre a Política Estadual dos Direitos do Idoso e adota outras providências. Capitulo I – Da Política Estadual Art. 1 A Política Estadual dos Direitos do Idoso, no âmbito do Estado do Paraná, tem por objetivo assegurar os direitos da pessoa maior de 60 (sessenta) anos de idade, criando condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Capitulo II- Dos Princípios e Diretrizes Art. 2 Na execução da política estadual do idoso, observar-se-ão os seguintes princípios: I - o dever da família, da sociedade e do Estado em assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo a sua plena convivência familiar e participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida; III - o tratamento ao idoso sem discriminação de qualquer natureza; II - Na área da Saúde: a) a garantia ao idoso da assistência à saúde nos diversos níveis de atenção do Sistema Único de Saúde - SUS; b) a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde do idoso, mediante ações especificas; IV - Na área do Trabalho: a) a garantia de mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto à sua participação no mercado de trabalho, nos setores público e privado; CAPÍTULO III Do Conselho Estadual dos Direitos do Idoso – CEDI Art. 4º Fica criado o Conselho Estadual dos Direitos do Idoso - CEDI, órgão colegiado de caráter consultivo, deliberativo e controlador da política de defesa dos direitos do idoso, vinculado à Secretaria de Estado responsável pela execução da política estadual de defesa dos direitos do idoso.	Promoção da saúde Bem estar Proteção Ações de lazer Segurança

			CAPÍTULO IV - Das Disposições Gerais Art. 10 Caberá ao Ministério Público do Estado do Paraná a adoção de medidas administrativas e judiciais necessárias à garantia dos direitos do idoso.	
LE4	**2000**	**Lei nº 12.956**	*Caput:* Autoriza o Poder Executivo a criar, na estrutura organizacional básica do Departamento da Polícia Civil do Paraná, a **Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso**.	Proteção Segurança
LE5	**2001**	**Lei nº 13.231**	*Caput:* Autoriza o Poder Executivo a instituir, nos municípios de grande porte, o **Programa Centro de Convivência do Idoso.** Parágrafo único. O Centro de Convivência do Idoso terá como objetivo programar atividades culturais, esportivas e sociais ao idoso.	Bem estar Ações de lazer
LE6	**2003**	**Lei nº 14.043**	*Caput:* Institui meia-entrada para idosos em locais que menciona e dá outras providências.	Bem estar Ações de lazer
LE7	**2003**	**Lei nº 14.193**	*Caput:* Dispõe sobre atendimento prioritário às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.	Proteção Segurança
LE8	**2010**	**Lei nº 16.402**	*Caput:* Dispõe que os estabelecimentos que promovem eventos culturais, artísticos, esportivos e de lazer, públicos e privados, no âmbito do Estado, ficam obrigados a afixar placa em local visível e próximo das bilheterias informando o direito do idoso, conforme especifica.	Bem estar Ações de lazer Segurança
LE9	**2010**	**Lei nº 16.644**	*Caput:* Altera e revoga dispositivos da Lei nº 11.863/1997, institui a Semana Estadual do Idoso e a Conferência Estadual dos Direitos do Idoso e adota outras providências.	Proteção Bem estar
LE10	**2010**	**Lei nº 16.732**	*Caput:* Fica instituído o Fundo Estadual dos Direitos do Idoso, conforme especifica. Art. 1º Fica instituído o Fundo Estadual dos Direitos do Idoso, instrumento de natureza contábil, tendo por finalidade a captação, o repasse e a aplicação de recursos destinados a proporcionar o devido suporte financeiro na implantação, na manutenção e no desenvolvimento de programas, projetos e ações voltados à pessoa idosa no âmbito do Estado do Paraná	Proteção
LE11	**2012**	**Lei nº 17.104**	*Caput:* Institui a Semana de Prevenção e Combate à Violência e Maus Tratos Contra Idosos.	Proteção Bem estar Segurança
LE12	**2012**	**Lei nº 17.284**	*Caput:* Institui a Semana Estadual de Esporte para a Pessoa Idosa.	Bem estar Ações de lazer
LE13	**2012**	**Lei nº 17.364**	*Caput:* Dispõe sobre a garantia de informação ao idoso acerca de seu direito de manter acompanhante no período em que estiver internado ou em observação em hospitais.	Promoção da saúde Proteção
LE14	**2013**	**Lei nº 17.453**	*Caput:* Institui a Semana Estadual do Idoso, a ser comemorada na semana que coincidir com o dia 1º de outubro.	Proteção Bem estar
LE15	**2013**	**Lei nº 17.858 Política proteção ao idoso**	*Caput:* Estabelece a política de proteção ao idoso. Art. 1. Ficam estabelecidas, na forma desta Lei, normas de proteção e defesa da pessoa idosa contra atos discriminatórios e de violência ou maus-tratos a ela praticados no âmbito do Estado do Paraná.	Bem estar Proteção Segurança
LE16	**2014**	**Lei nº 17.955**	*Caput:* Institui o Dia do Cuidador da Pessoa Idosa. Art. 2. A fixação do Dia do Cuidador da Pessoa Idosa tem por objetivos: I - contribuir para a valorização do cuidador da pessoa idosa, bem como divulgar o seu importante papel dentro da sociedade; II - conscientizar a sociedade da importância do combate à violência e à negligência aos direitos da pessoa idosa; III - divulgar e difundir, por meio dos por órgãos competentes, conhecimentos a respeito dos cuidados com os idosos, através de promoção e realização de campanhas educativas, cursos, exposições, publicações, reuniões e seminários	Bem estar Proteção

LE17	**2014**	**Lei nº 18.048**	*Caput:* Institui a Semana de Conscientização e Combate à AIDS na Terceira Idade.	Promoção da saúde Bem estar Proteção
LE18	**2016**	**Lei 18.852**	*Caput:* Determina a comunicação, por parte dos hospitais, clínicas e postos de saúde que integram a rede pública e privada de saúde do Estado, da ocorrência com indícios de maus tratos que envolva idosos, na forma que especifica.	Promoção da saúde Proteção Segurança
LE19	**2017**	**Lei nº 19.252 Política Estadual da Pessoa Idosa**	*Caput:* Dispõe sobre a Política Estadual da Pessoa Idosa, conforme especifica. CAPÍTULO I - Das Diretrizes e Objetivos Art. 1. A Política Estadual da Pessoa Idosa será executada observando a garantia da prioridade compreendida em todas as normativas constantes na legislação vigente que trata sobre os direitos da pessoa idosa, sendo obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.	Promoção da saúde Bem estar Proteção Ações de lazer Segurança
LE20	**2020**	**Lei nº 20.137**	Cria a Campanha de Combate aos Golpes Financeiros Praticado Contra os Idosos. Art. 2. A Campanha de Combate aos Golpes Financeiros Praticados Contra os Idosos destina-se ao desenvolvimento de ações educativas objetivando proteger as vítimas e encorajar a sociedade a participar do enfrentamento, auxílio e atenção às movimentações financeiras praticadas por idosos	Proteção Segurança
LE21	**2020**	**Lei 20.252**	Insere no Calendário Oficial de Eventos do Estado do Paraná o **junho Violeta, mês de conscientização e prevenção contra a violência à pessoa idosa**. Art. 2. A instituição do junho Violeta tem, dentre outros, os seguintes objetivos: I - garantir dignidade e respeito à pessoa idosa; II - promover ações que tragam qualidade de vida à pessoa idosa; III - reprimir e combater a violência contra a pessoa idosa.	Proteção Segurança

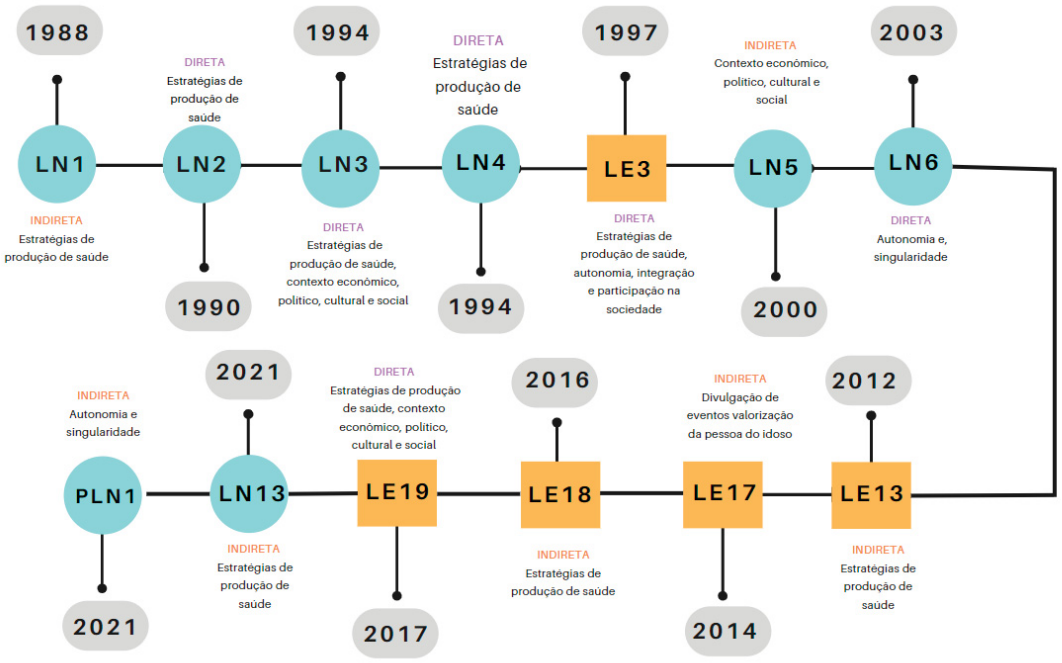
Legenda: Lei Estadual (LE)
Fonte: Elaborado pelos Autores (2022).

No âmbito nacional e estadual as principais legislações vinculadas aos conceitos da Teoria do Autocuidado para a pessoa idosa foram codificadas como ações de Promoção da saúde; Bem estar; Proteção; Ações de lazer e Segurança.

Referentes as ações de promoção da saúde emergiram oito legislações nacionais conforme respectivos códigos (LN1), (LN2), (LN3), (LN4), (LN5), (LN6), (LN7), (LN13), um projeto de lei (PLN.1) e cinco estaduais (LE3), (LE13), (LE17), (LE18), (LE19). Os documentos apontaram os direitos fundamentais inerentes à pessoa idosa (saúde, educação, reabilitação, alimentação, trabalho, moradia, transporte) e os mecanismos que objetivam garantir os direitos e cuidados relacionados e essenciais aos aspectos biopsicossociais do envelhecimento.

Considerando os anos de publicação das referidas legislações e ações de promoção da saúde apresentadas vinculadas aos conceitos da Teoria do Autocuidado, tem-se a linha do tempo (figura 1), com destaque para aquelas com relação direta a PS e as que tem vinculação indireta (estratégias de produção de saúde, considerando o contexto econômico, político, cultural e social em que a pessoa idosa vive; além da autonomia, singularidade e da coletividade); bem como descrição do âmbito este impacto (direito e indireto).

Figura 1: Linha do tempo das legislações relacionadas a promoção da saúde da pessoa idosa (relação direta e indireta), conforme conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem

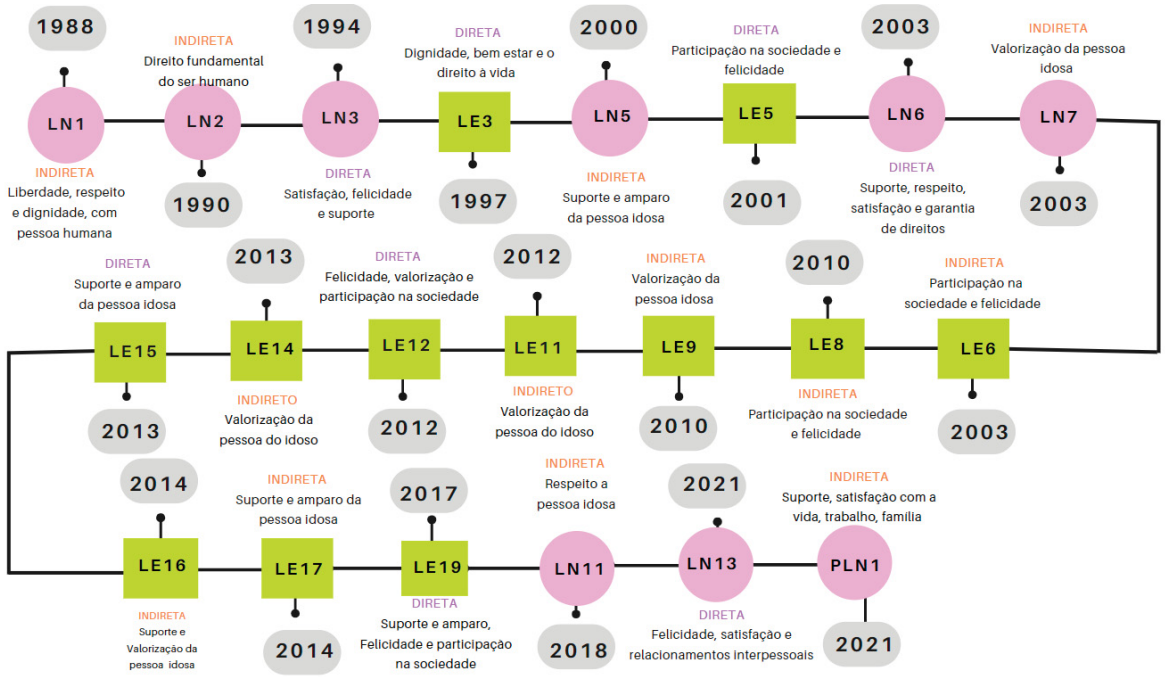


Legenda: Cores lilás (relação direta), cor laranja (relação indireta)
Nacional: círculos azuis
Estadual: quadrados laranjas.
Fonte: Elaborado pelos Autores (2022).

Nas ações referentes ao bem estar/felicidade foram identificadas oito publicações nacionais, conforme os números de referencia: (LN1), (LN2), (LN3), (LN5), (LN6), (LN7), (LN11), (LN13) e um projeto de lei (PLN1) e doze estaduais (LE3), (LE5), (LE6), (LE8), (LE9), (LE11), (LE12), (LE14), (LE15), (LE16), (LE17), (LE19). Os documentos abordaram interligações entre direito a participação, ocupação, convívio, autonomia, integração e participação na sociedade, criando meios de proporcionar e garantir a integração social e bem estar da pessoa idosa.

A figura 2 apresenta representativamente o ano, a relação com o bem estar (direta ou indireta) segundo conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem e âmbito de impacto (direito ou indireto, com descrição dos aspectos específicos (felicidade, relacionamentos interpessoais, satisfação com a vida, trabalho, família e suporte recebido das pessoas com as quais convivem).

Figura 2: Linha do tempo das legislações relacionadas ao bem estar da pessoa idosa (relação direta e indireta), conforme conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem descrita neste estudo

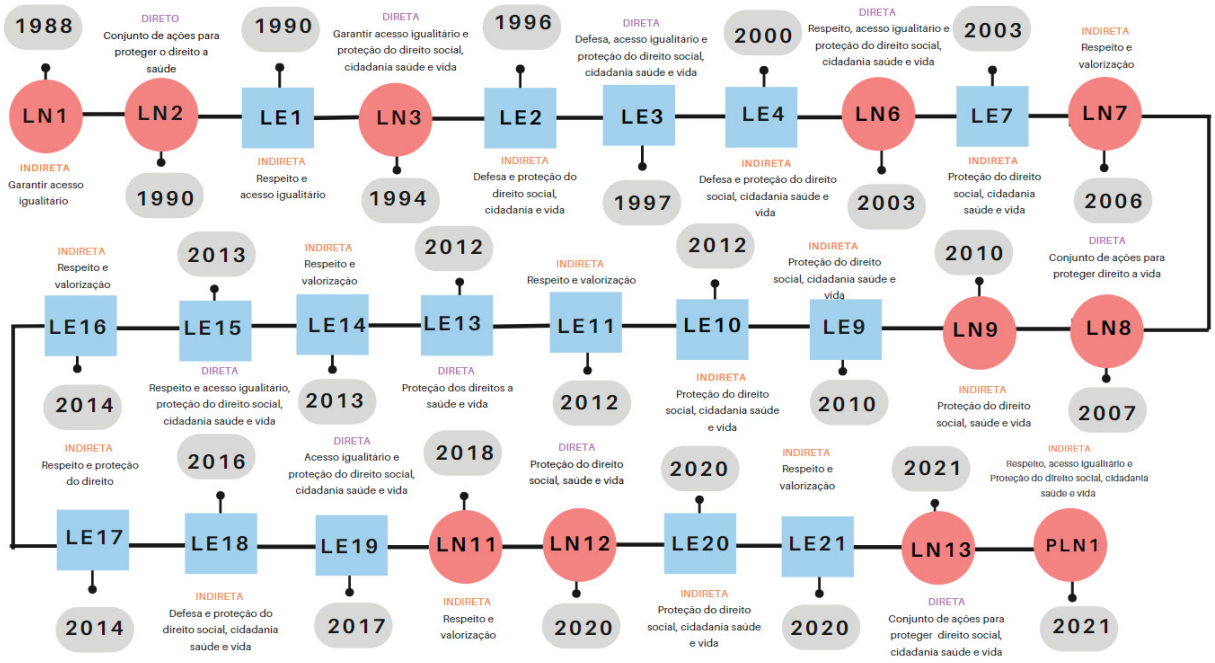


Legenda: Nacional: círculos lilás; Estadual: quadrados verdes.
Fonte: Elaborado pelos Autores (2022).

Em relação as ações de proteção emergiram dez legislações nacionais (LN1), (LN2), (LN3), (LN6), (LN7), (LN8), (LN9), (LN11), (LN12), (LN13), um projeto de lei (PLN1) e dezessete estaduais, conforme os números de referencia: (LE1), (LE2), (LE3), (LE4), (LE7), (LE9), (LE10), (LE11), (LE13), (LE14), (LE15), (LE16), (LE17), (LE18), (LE19), (LE20), (LE21). Esses documentos dispõem sobre a defesa dos direitos à saúde, dignidade, igualdade, integralidade, autonomia, cidadania e direito a vida da pessoa idosa

Apresenta-se na figura 3 o ano, relação com a proteção (direta ou indireta) segundo conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem e âmbito de impacto (direto ou indireto) para o idoso, com descrição sobre acesso igualitário e conjunto de ações direcionadas a proteger o direito social, direito a saúde e direito a vida.

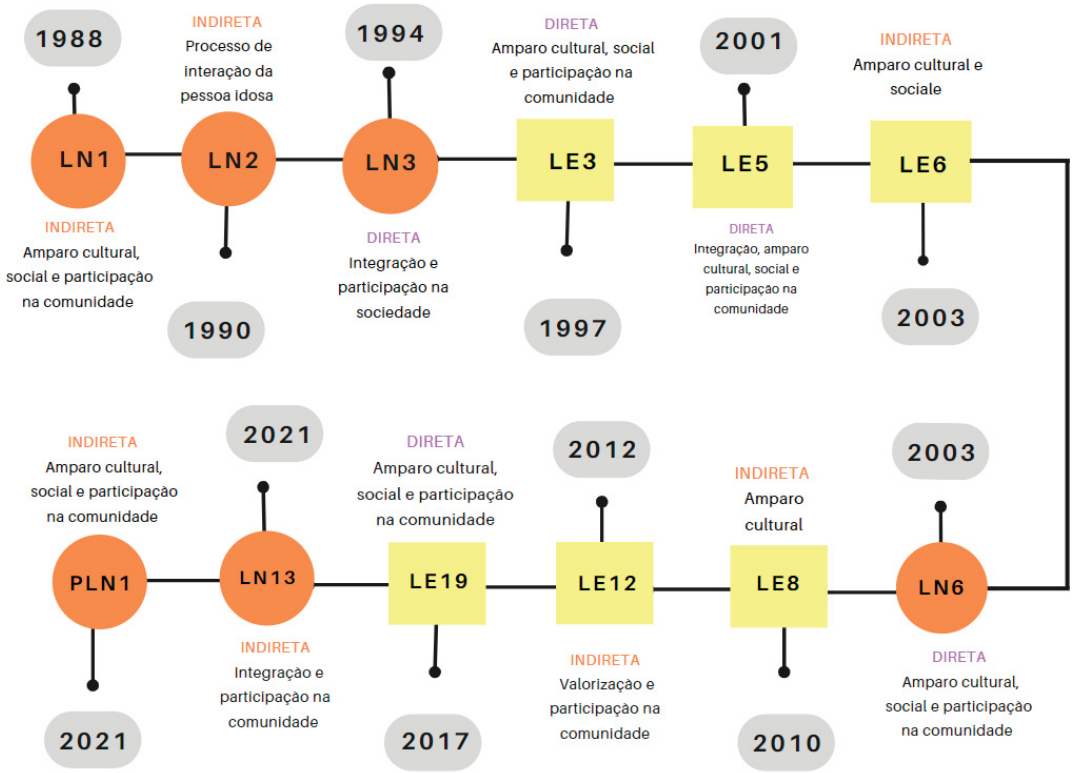
Figura 3: Linha do tempo das legislações relacionadas a proteção da pessoa idosa (relação direta e indireta), conforme conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem



Legenda: Nacional: círculos rosas; Estadual: quadrados azuis.
Fonte: Elaborado pelos Autores (2022).

As ações de lazer foram apontadas em cinco legislações nacionais (LN1), (LN2), (LN3), (LN6), (LN13), um projeto de lei (PLN1) e seis estaduais (LE3), (LE5), (LE6), (LE8), (LE12), (LE19). Tratam da autonomia, esporte, lazer, integração, participação, ocupação e convívio da pessoa idosa. A figura 4, apresenta visualmente informações com ênfase no ano, relação com a proteção (direta ou indireta) segundo conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem e âmbito de impacto para o idoso (refere ao processo de interação humana, cultural e social entre pessoas enquanto participantes de uma comunidade).

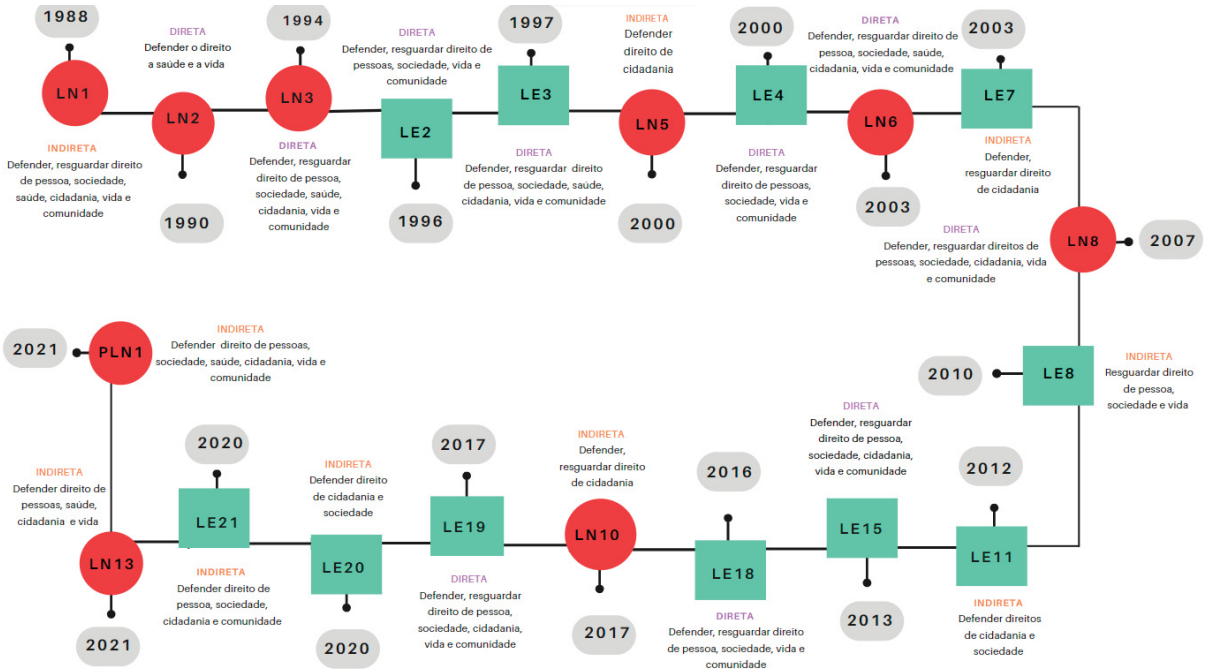
Figura 4: Linha do tempo das legislações relacionadas as ações de lazer para a pessoa idosa (relação direta e indireta), conforme conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem



Legenda: Nacional: círculos laranja; Estadual: quadrados amarelos.
Fonte: Elaborado pelos Autores (2022).

Ações de segurança foram apontadas em nove legislações nacionais, conforme números de referência: (LN1), (LN2), (LN3), (LN5), (LN6), (LN8), (LN10), (LN13), um projeto de lei (PLN1) e onze estaduais, conforme os números: (LE2), (LE3), (LE4), (LE7), (LE8), (LE11), (LE15), (LE18), (LE19), (LE20), (LE21). Essas apontaram destaques para promover, proteger, garantir e defender os direitos da pessoa idosa nas legislações. A figura 5 agrupa informações sobre o ano, relação com a proteção (direta ou indireta) segundo conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem e âmbito de impacto para o idoso (necessidade de resguardar, defender direitos de pessoas, sociedade, saúde, cidadania vida e comunidade).

Figura 5: Linha do tempo das legislações relacionadas as ações de segurança para a pessoa idosa (relação direta e indireta), conforme conceituação da Teoria do Autocuidado de Orem



Legenda: Nacional: círculos vermelhos; Estadual: quadrados verdes.
Fonte: Elaborado pelos Autores (2022).

4. Discussão

Em relação às codificações das legislações concernente ao autocuidado, a promoção da Saúde está relacionada em oito legislações nacionais que abordaram a temática, conforme respectivos números (LN1), (LN2), (LN3), (LN4), (LN5), (LN6), (LN7), (LN13), um projeto de lei (PLN.1) e cinco estaduais (LE3), (LE13), (LE17), (LE18), (LE19). As legislações identificadas, envolveram principalmente a autonomia dos indivíduos como respeito a singularidades, coletividades e territórios.

Estas legislações dialogam com o autocuidado ao considerar em seus artigos o respeito a pessoa idosa para tecer escolhas, modos, forma de viver e criando-se possibilidades de satisfazer as demandas, não apenas as que dependem da vontade ou liberdade individual e comunitária, mas relacionadas aos contextos econômico, político, cultural e social em que estes indivíduos vivem (Brasil, 2018).

Historicamente, a ênfase do autocuidado aliada a ações de promoção da saúde do idoso inicia com a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (1990), fortalecendo-se com o passar do tempo. Nos anos seguintes emergiram legislações que tratavam diretamente da promoção a saúde deste grupo tratando da autonomia, igualdade e cidadania, envolvida na promoção a saúde, como a Política Nacional do Idoso Lei nº 8.842 (1994); a Lei nº 8.926 (1994), que

torna obrigatório advertência e recomendações nas bulas de medicamentos sobre uso por pessoas idosas; Lei nº 10.741 (2003) Estatuto do Idoso.

De maneira indireta as legislações que enfatizam a promoção a saúde foram a Constituição Federal de 1988, Lei 10.048 (2000), trata da prioridade de atendimento aos idosos, RDC nº 502 (2021) que dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de caráter residencial; e o projeto de Lei nº 94 (2021), que visa a proteção de pessoas idosas LGBTQIA+.

É importante destacar que a Constituição Federal apesar de não tratar diretamente a promoção a saúde da pessoa idosa é considerada a diretriz para demais legislações que trata deste tema, conforme artigo 196: "Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

No estado do Paraná, os documentos que destacam a promoção da saúde de forma direta foram a Política Estadual dos Direitos do Idoso e Lei nº 11.863 (1997) e a Lei nº 19.252 (2017) que trata da Política Estadual da Pessoa Idosa. Os documentos indiretos relacionados a promoção da saúde no Paraná são: Lei nº 17.364 (2012), que trata do direito de manter acompanhante no período de internação do idoso; a Leis estaduais nº 18.048 (2014) que Institui a Semana de Conscientização e Combate à AIDS na Terceira Idade; a Lei nº 18.852 (2016) que determina a comunicação, por parte dos hospitais, clínicas da ocorrência com indícios de maus tratos que envolva idosos.

As legislações incitam a criação de políticas públicas, alinhadas as estratégias e instrumentos para a promoção a saúde, possibilitando meios e fins para que os idosos possam usufruir dos seus direitos, conforme disposto nas políticas, programas e estatutos.

A efetivação das legislações que trata a promoção da saúde atrelada as diretrizes do autocuidado para efetivação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é considerada estratégias de produção de saúde, modo de pensar e operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde, contribuindo na construção de ações que possibilitaram responder às necessidades sociais em saúde da população brasileira (Brasil, 2018).

Se tratando do estado do Paraná o número de pessoas idosas, corresponde a 16% da população, aproximadamente 1,8 milhões de habitantes. Esse percentual em comparação ao Censo 2010, do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE), representa aumento de 4,8% relativo ao número de pessoas idosas no estado (IBGE, 2021).

Nesse contexto, torna-se importante a atuação no Estado do Paraná de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e legislações estaduais garantidoras dos direitos da pessoa idosa, sobretudo para ofertar as condições necessárias a conservação da saúde, bem estar e qualidade de vida dessas pessoas.

Contudo, a existência de legislações voltadas a promoção da saúde não garante a implementação de políticas públicas eficazes ao desenvolvimento da saúde do idoso, devido a presença de barreiras que dificultam a aplicabilidade, como a desvalorização, desconhecimento, dificuldade de acesso e falta de orientações aos usuários sobre a saúde do idoso, tornando frequentemente estas leis pouco ineficazes em relação seus objetivos (Souza, *et al.,* 2021).

Relacionado ao bem estar vinculado ao autocuidado emergiram oito publicações nacionais, conforme os números de referência: (LN1), (LN2), (LN3), (LN5), (LN6), (LN7), (LN11), (LN13) e um projeto de lei (PLN1) e 12 estaduais (LE3), (LE5), (LE6), (LE8), (LE9), (LE11), (LE12), (LE14), (LE15), (LE16), (LE17), (LE19).

A codificação bem estar/felicidade trata-se de termo subjetivo, que compreende a avaliação dos indivíduos sobre suas vidas, considerando aspectos relacionados a satisfação com a vida, felicidade, relacionamentos interpessoais, trabalho, família e o suporte recebido das pessoas com as quais convivem (Diener, Seligman; Choi & Oishi, 2018).

As legislações que tratavam efetivamente o bem estar em âmbito nacional são a Lei nº 8.842 (1994) dispõe da Política Nacional do Idoso a Lei nº 10.741 (2003) trata do Estatuto do Idoso, a Lei nº 11.433 (2006) que dispões sobre o dia Nacional do Idoso e a RDC nº 502 (2021) sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de caráter residencial.

As legislações que trataram do bem estar de forma indireta são a Constituição Federal de 1988, a Lei nº 8.080 (1990) Orgânica da Saúde, a Lei nº 13.646 (2018) que instituiu o ano de valorização e defesa dos direitos humanos da pessoa idosa e o projeto de Lei nº 94 (2021), que visa a proteção de pessoas idosas LGBTQIA+.

A Constituição Federal apresenta como premissa relacionada ao bem estar da pessoa idosa o disposto no artigo 230: "Art. 230. A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida".

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (1990), alinhado as bases do autocuidado aponta que: "Art. 5 São objetivos do Sistema Único de Saúde SUS. Parágrafo III - a assistência às

pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas".

Em âmbito estadual as legislações que trata diretamente o bem estar da pessoa idosa são a Lei nº 11.863 (1997) da política estadual dos direitos do idoso, a Lei nº 13.231 (2001), que institui nos municípios de grande porte o programa centro de convivência do idoso, a Lei nº 17.284 (2012) que institui a semana estadual de esporte para a pessoa idosa, a Lei nº 17.858 (2013), que estabelece a política de proteção ao idoso em âmbito estadual e a Lei nº 19.252 (2017) que trata da política estadual da pessoa idosa.

De maneira indireta as legislações estaduais envolvidas com a temática foram a Lei nº 14.043 (2003), que institui o direito a meia entrada aos idosos, a Lei nº 16.402 (2010), que dispõe que os estabelecimentos que promovem eventos culturais dentre outros, a Lei 16.644 (2010) dispõe da semana estadual do idoso e a conferência estadual dos direitos do idoso, a Lei nº 17.104 (2012), institui a semana de prevenção e combate à violência e maus tratos contra idosos, a Lei nº 17.453 (2013), que trata da semana estadual do idoso; a Lei 17.955 (2014) que institui o dia do cuidador da pessoa idosa; e a Lei nº 18.048 (2014) sobre a semana de conscientização e combate à AIDS.

Alguns frutos decorrentes das legislações que tratam sobre o bem estar no Brasil, são os serviços de APS, apontados como atenção promotora do autocuidado, ancorados em legislações que trata do bem estar, promoção da saúde, proteção, ações de lazer e segurança a pessoa idosa. O bem estar da pessoa idosa está relacionado, nestes serviços como agente promotor de saúde, através da prevenção, ou seja, quando se implementa ações de bem estar direcionados a está população temos redução de agravos importantes de saúde como as doenças crônicas (Brasil, 2018; Torres, *et al.,* 2020).

Estas diretrizes legais abordaram propostas direcionadoras das políticas públicas, focadas no envelhecimento ativo e saudável, com ênfase no bem estar, curso de vida, ação intergeracional e inclusão do idoso na sociedade. Configuram-se em locais de lazer e socialização que contribuem no desenvolvimento da autonomia, fortalecimento do convívio comunitário da pessoa idosa.

A Política Nacional do Idoso, define o centro dia como unidade pública destinada a permanência diurna da pessoa idosa que possui deficiência, ou dependência, necessitando de cuidados nas atividades de vida diária como: auxílio para mobilidade, alimentação, vestuário, higiene pessoal, precisando de assistência médica ou multiprofissional como terapia ocupacional, psicologia, nutrição, fisioterapia, musicoterapia, dentre outras (Bonatelli, *et al.,* 2018).

O programa Centro de Convivência aponta estes espaços destinados a socialização, fortalecimento da autoestima, através de atividades que contribuem para o bem-estar, lazer, melhoria da saúde física e mental e independência da pessoa idosa (Derhun, *et al.,* 2019; Souza *et al.,* 2021).

A Política Nacional do Idoso Lei nº 8.842 (1994) e Estatuto do Idoso Lei nº 10.741 (2003) enfatizam a importância da elaboração de programas direcionados a pessoa idosa vinculados ao bem estar, objetivando a prevenção de doenças e agravos nesta população. É necessário a implementação de estratégias que aumentem a visibilidade e aproxime as pessoas idosas a programas e serviços, bem como que as leis existentes em relação ao bem estar da pessoa idosa sejam monitoradas e cumpridas.

A proteção relacionada ao autocuidado foi abordada em 10 publicações nacionais, conforme os números de referência: (LN1), (LN2), (LN3), (LN6), (LN7), (LN8), (LN9), (LN11), (LN12), (LN13), um projeto de lei (PLN1) e dezessete estaduais, conforme os números de referencia: (LE1), (LE2), (LE3), (LE4), (LE7), (LE9), (LE10), (LE11), (LE13), (LE14), (LE15), (LE16), (LE17), (LE18), (LE19), (LE20), (LE21). A proteção está presente nos principais marcos legais referentes aos direitos da pessoa idosa, dentre eles na esfera nacional são de maneira direta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (1990); a Lei nº 8.842 (1994), que trata Política Nacional do Idoso; a Lei nº 10.741 (2003) Estatuto do Idoso; a Lei nº 11.551 (2007), institui o programa Disque Idoso; a Lei nº 14.022 (2020) dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar; RDC nº 502 (2021) que dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de caráter residencial.

De maneira indireta em âmbito nacional relacionam-se com o autocuidado a Constituição Federal de 1988; a Lei nº 11.433 (2006) que dispões sobre o dia nacional do idoso, a Lei nº 12.213 (2010) que trata do fundo nacional do idoso, a Lei nº 13.646 (2018) que instituiu o ano de valorização e defesa dos direitos humanos da pessoa idosa e o projeto de Lei nº 94 (2021), que visa a proteção de pessoas idosas LGBTQIA+.

Em âmbito estadual destacam-se de forma direta a Lei nº 11.863 (1997), política estadual dos direitos do idoso; a Lei nº 17.364 (2012), que trata do direito de manter acompanhante no período de internação do idoso; a Lei nº 17.858 (2013), estabelece a política de proteção ao idoso e a Lei nº 19.252 (2017) que trata da política estadual da pessoa idosa.

As leis estaduais, que trataram indiretamente da codificação proteção são: a Lei 9.264 (1990) relacionada a isenção de pagamento das taxas de confecção de cédula de identidade, a Lei nº 11.367 (1996), que trata da delegacia de proteção ao idoso; a Lei nº 12.956 (2000) trata

da delegacia especializada de proteção ao idoso; a Lei nº 14.193 (2003) dispõe sobre atendimento prioritário ao idoso; a Lei nº 16.644 (2010) trata semana estadual do idoso e a conferência estadual dos direitos do idoso; a Lei nº 16.732 (2010), que instituiu o fundo estadual dos direitos do idoso; a Lei nº 17.104 (2012), que cria a semana de prevenção e combate à violência e maus tratos contra idosos; a Lei nº 17.453 (2013) que trata da semana estadual do idoso, a Lei nº 17.955 (2014), institui o dia do cuidador da pessoa idosa, a Lei nº 18.048 (2014) institui a semana de conscientização e combate à AIDS, a Lei nº 18.852 (2016), que determina a comunicação da ocorrência de maus tratos que envolva idosos, a Lei nº 20.137 (2020) que cria a campanha de combate aos golpes financeiros praticado contra os idosos e a Lei nº 20.252 que trata do junho violeta (conscientização e prevenção contra a violência à pessoa idosa).

Estas legislações garantem fundamentação teórica dos direitos a saúde, políticas públicas, ações de promoção e proteção a pessoa idosa. A objetivação de proteção aos direitos descritos nas Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (1990), está disposta na regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante conceito de saúde ampliado, e descrito como resultante dos modos de vida, produção e de organização em determinado contexto histórico, cultural e social, buscando exceder a concepção da saúde como ausência de doença, centrada em aspectos biológicos (Brasil, 2018).

As legislações trataram da proteção de forma direcionadora ao direito social, acesso igualitário, direito a saúde e direito a vida da pessoa idosa. A oferta de programas de saúde pública e serviços de atenção primária, secundária e terciaria, objetivam proteção do direito social, comunitário, acesso igualitário, direito a saúde e a vida da pessoa idosa. Assim, as instituições de saúde são meios para a efetivação da proteção dos direitos da pessoa idosa amparados nas legislações brasileiras.

Apesar da maioria das legislações tratar da proteção da pessoa idosa, seja na forma de proteção social, comunitária, saúde e vida, estas normativas são incipientes quando se trata da efetivação das políticas publica direcionadas a pessoa idosa. As políticas públicas para públicos específicos como para pessoas idosas LGBTQIA+ são poucas, impossibilitando a plena efetivação das legislações para grupos específicos de pessoas idosos.

Relacionado ao lazer no autocuidado, emergiram cinco legislações nacionais (LN1), (LN2), (LN3), (LN6), (LN13), um projeto de lei (PLN1) e seis estaduais (LE3), (LE5), (LE6), (LE8), (LE12), (LE19). As leis nacionais que abordaram as ações de lazer a pessoa idosa de forma direta são: a Lei nº 8.842 (1994), que trata Política Nacional do Idoso e a Lei nº 10.741 (2003) que trata do Estatuto do Idoso.

Indiretamente verificou-se ações de lazer na Constituição Federal de 1988, Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (1990), a RDC nº 502 (2021) que dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de caráter residencial e também o projeto de Lei nº 94 (2021), que visa a proteção de pessoas idosas LGBTQIA+.

As legislações estaduais que versaram diretamente sobre práticas de lazer são: Lei nº 11.863 (1997), Política Estadual dos Direitos do Idoso; a Lei estadual nº 13.231 (2001) que institui nos municípios o programa centro de convivência do idoso e a Lei nº 19.252 (2017) que trata da política estadual da pessoa idosa.

Abordou-se indiretamente em âmbito estadual ações de lazer na Lei 14.043 (2003), que institui meia-entrada para idosos; a Lei nº 16.402 (2010), que dispõe que os estabelecimentos que promovem eventos culturais dentre outros; e a Lei nº 17.284 (2012) que institui a semana estadual de esporte para a pessoa idosa. Poucos instrumentos normativos trataram particularmente das atividades de esporte, lazer, cultura e entretenimento a pessoa idosa.

Os Centro de Convivência do Idoso são espaços que proporcionam efetivação das ações de lazer, culturais, esportivas e sociais a pessoa idosa, nas legislações geralmente estão descritas como atividades ocupacionais, incluindo esporte, entretenimento e recreação. Estes espaços tem intuito de promover a saúde, lazer, além de ocasionar melhorias nos aspectos mental, físico, emocional, social e cultural por intermédio das políticas públicas de saúde (Scolari, *et al.,* 2020; Pacheco & Schwartz, 2021).

As ações voltadas ao lazer são necessárias para manutenção da saúde física e mental da pessoa idosa, porém é necessário o desenvolvimento, aplicação abrangente e inclusiva. Assim, os Centros de convivência podem auxiliar a pessoa idosa, estimulando sua autonomia, prática de esporte lazer e interação social como antevisto na Política Nacional de Saúde do Idoso (Bonatelli, *et al.,* 2018).

Quanto a segurança relacionada ao autocuidado, destacaram-se nove publicações nacionais, conforme números de referência: (LN1), (LN2), (LN3), (LN5), (LN6), (LN8), (LN10), (LN13), um projeto de lei (PLN1) e 11 estaduais, conforme os números: (LE2), (LE3), (LE4), (LE7), (LE8), (LE11), (LE15), (LE18), (LE19), (LE20), (LE21). Os instrumentos normativos identificados a nível nacional que abordaram as ações de segurança diretamente foram: Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (1990); a Lei nº 8.842 (1994), que trata Política Nacional do Idoso; a Lei nº 10.741 (2003) Estatuto do Idoso; a Lei nº 11.551 (2007), institui o programa Disque Idoso e a RDC nº 502 (2021) que dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), de caráter residencial.

As legislações que trataram indiretamente das ações de segurança são a Constituição Federal de 1988; a Lei nº 10.048 (2000) que dá prioridade de atendimento ao idoso; Lei nº 13.466 (2017), trata da prioridade especial das pessoas maiores de oitenta anos. e o projeto de lei nº 94 (2021), que visa a proteção de pessoas idosas LGBTQIA+.

Nas leis estaduais foram identificados documentos que trataram especificamente da segurança dentre eles a Lei nº 11.367 (1996), que trata da delegacia de proteção ao idoso; a Lei nº 11.863 (1997), política estadual dos direitos do idoso; a Lei nº 12.956 (2000) que dispõe sobre a delegacia especializada de proteção ao idoso; a Lei nº 17.858 (2013) que estabelece a política de proteção ao idoso; a Lei nº 18.852 (2016), que determina a comunicação, por parte dos serviços de saúde da ocorrência de maus tratos que envolva idosos; a Lei nº 19.252 (2017) que trata da política estadual da pessoa idosa.

De forma indireta a segurança foi abordada na Lei nº 14.193 (2003) dispõe sobre atendimento prioritário ao idoso; Lei nº 17.104 (2012), que cria a semana de prevenção e combate à violência e maus tratos contra idosos; Lei nº 20.137 (2020) que cria a campanha de combate aos golpes financeiros praticado contra os idosos; e Lei nº 20.252 que trata do junho violeta (conscientização e prevenção contra a violência à pessoa idosa).

Verificamos nas legislações que apesar de apresentarem iniciativas as ações de segurança na Constituição Federal de (1988) e posteriormente na Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (1990) em benefício da pessoa idosa, foi somente em 1994 com a Política Nacional do Idoso Lei nº 8.842 e posteriormente o estatuto do idoso Lei nº 10.741 (2003) e a Lei nº 11.551 (2007) que foi instituído o disque idoso.

Estudo desenvolvido no Estado do Ceará apresentou a importância do programa social "Projeto Disque Idoso" aplicado instrumento de gestão, através do recebimento, classificação, registro, encaminhamento e acompanhamento dos casos de violência ao idoso (Souza, *et al.,* 2021). Este serviço é importante para segurança da pessoa idosa, porém insuficiente, a ausência de divulgação em larga escala, carência de recursos e baixo investimento, pode limitar e prejudicar a efetividade e eficácia destes serviços (Souza, *et al.,* 2021).

A violência contra os idosos pode ocorrer de diferentes formas, sendo que os tipos de violência mais evidenciada são a física, psicológica, financeira, moral e sexual (Lopes, *et al.,* 2018). As ações de segurança no autocuidado são importantes para garantir a autonomia, diversas práticas foram identificadas nas legislações, porém a maioria vinculada a violência física e financeira. A elaboração medidas alternativas no que tange a segurança da pessoa idosa são urgentes, para atender a demanda deste grupo, a fim de preservar, resguardar, assegurar, defender e proteger os direitos da pessoa idosa.

Destaca-se também na esfera da segurança, a proposta legislativa, que visa a proteção de pessoas idosas LGBTQIA+, de suma importância para a visibilidade das pessoas. O projeto de lei propõe intervenções as necessidades presentes e garante direitos de proteção, saúde e qualidade de vida das pessoas idosas.

5. Conclusão

A análise das legislações nacionais e estaduais (Paraná), relacionadas às políticas públicas vinculadas ao autocuidado da pessoa idosa evidenciam a relevância de ações individuais e coletivas, considerando o indivíduo de forma integral (biológico, social, psicológico e espiritual).

Os princípios do autocuidado abordados, destacam a promoção da saúde atrelada nas legislações como prevenção das doenças, recuperação e reabilitação. O bem estar vinculado a autonomia, satisfação, qualidade de vida, gerontologia social e fortalecimento do convívio comunitário da pessoa idosa. A proteção representada pelo direito de cidadania, forma de atuação dos Estados na saúde, educação, cidadania, defesa dos interesses da pessoa idosos e enfrentamento de agravos. Ações de lazer vinculadas ao processo de envelhecimento saudável, promoção da qualidade de vida, prevenção de doença, aspectos físico, saúde mental e convivência social da pessoa idosa.

Quanto a segurança, foram encontradas normativas relacionadas aos aspectos físicos, psicológicos, patrimoniais, institucionais e financeiros, incluindo aspectos relacionados com a discriminação, vulnerabilidade, negligencia e abusos financeiros, sexual e patrimonial da pessoa idosa.

As legislações que dialogaram com autocuidado, sinalizam historicamente progressos, porém apontam lacunas importantes, principalmente vinculadas aos interesses e necessidades da pessoa idosa. Destarte, a existência em âmbito nacional e estadual de políticas públicas, não são suficientes para comtemplar as demandas, sendo relevante a restruturação, reformulação e readequação para atendimento centrado na pessoa.

Apesar da existência de diversas iniciativas relacionadas a legislações vinculadas a políticas públicas que dialogam com o autocuidado, as normativas legais ainda não acompanham as mudanças de perfil desta população, permanecendo, como desafio a garantia do autocuidado nos diversos estratos populacionais das pessoas idosas. Destaca-se a importância de estudos futuros que comtemplem a temática referente ao autocuidado da pessoa idosa e sobre as políticas públicas que dialogam com o autocuidado.

Referências

Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo*. (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.

Bonatelli, L. C. S.; Schier, J.; Girondi, J. B. R.; Hammerschmidt, K. S. D. A. & Tristão, F. R. (2018). Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecente com deficiência intelectual. *Saúde em Debate,* 42, 669-675. https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h7CgpD5yyf5QYjb9WdfSDNC/?format=pdf&lang=pt.

Brasil (1990). *Lei nº 8.080, de 20 de setembro de 1990.* Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm.

Brasil (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.* http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.

Brasil (2003). *Lei n° 10.741/2003. Estatuto do Idoso.* Brasília. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm.

Brasil. (2018). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde:* PNPS. https://bvsms.saude.gov.br.

Derhun, F. M.; Scolari, G. A. S.; Castro, V. C.; Salci, M. A.; Baldissera, V. D. A. & Carreira. L. (2019). O centro de convivência para idosos e sua importância no suporte à família e à Rede de Atenção à Saúde. *Esc Anna Nery,* 23(2), e20180156. https://www.scielo.br/j/ean/a/gcxfL7W674VJYqRtHC6DNbz/?lang=pt.

Diener, E.; Heintzelman, S. J.; Kushlev, K.; Tay, L.; Wirtz, D.; Lutes, L. D. & Oishi, S. (2017). Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne,* 58, 87-104. https://www.researchgate.net/publication/304538426_Findings_All_Psychologists_Should_Know_From_the_New_Science_on_Subjective_Well-Being.

Fachin, O. (2017). *Fundamentos de metodologia.* (5ª ed.). São Paulo: Saraiva.

Gibicoski, F. da S.; Moreschi, C.; Rodrigues, S. O.; Silva, S. de O.; Tolfo, A. P. D.; Busnelo, E. D. S. (2020). Adesão de atividades de autocuidado de usuários com diabetes atendidos na atenção primária. *Research, Society and Development,* 9(5), e20952977. https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.2977

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2021). *Projeção da população 2021.* https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.

Lopes, L. G. F.; Leal, M. C. C.; Souza, E. F. de; Silva, S. Z. R.; Guimarães, N. N. A. & Silva, L. S. R. da. (2018). Violência Contra a Pessoa Idosa. *Rev. Enferm. UFPE,* 12(9), 2257-68. https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236354/29885.

Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2021). *Fundamentos de metodologia científica.* (9ª ed.). São Paulo: Atlas.

Orem, D. E. (1995). *Nursing Concepts of Pratice.* (4ª ed.) St. Louis: Mosby.

Orem, D. E. (2006). *Nursing Concepsts of Practice.* (8ª ed.). Boston: Mosby.

Pacheco, J. P. S. & Schwartz, G. M. (2021). Políticas Públicas e Espaços de Esporte e Lazer nos Estudos Acadêmicos: Uma Revisão Sistemática. *LICERE - Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer,* 24(2), 341-376. https://doi.org/10.35699/2447-6218.2021.34948.

Scolari, G. A. S.; Derhun, F. M.; Rissardo, L. K. & Baldissera, V. D. A. (2020). A participação no centro de convivência para idosos: repercussões e desafios. *Rev. Brasileira Enferm.,* 73(Suppl 3), e20190226. https://www.scielo.br/j/reben/a/DLnJ9d7XYDWnBQS3rBx393h/?format=pdf&lang=pt.

Silva, K. P. S.; Silva, C. S.; Santos, A. M. S.; Cordeiro, C. F.; Soares, D. A. M.; Santos, F. F.; Silva, M. A. & Oliveira, B. K. F. (2021). Autocuidado a luz da teoria de Dorothea Orem: panorama da produção cientifica brasileira. *Brazilian Journal of Development,* 7(4), 34043-34060. https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27562.

Souza, M. S. & Machado, C. V. (2018). Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. *Ciência & Saúde Coletiva,* 23, 3189-3200. https://www.scielo.br/j/csc/a/BjddmZJmvfkYQvkZ5sS9Y4Q/?lang=pt.

Souza, V. M. F de; Camacho, A. C. L. F.; Menezes, H. F. de; Silva, M. A. P. A da; Thimóteo, R. da S. & Silva, R. P. (2021). Políticas Públicas de Saúde do Idoso no Brasil: Revisão Integrativa. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento,* 10(1), e20010110804. https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.10804. https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/10804.

Torres, K. R. B. O.; Campos, M. R.; Luiza, V. L. & Caldas, C. P. (2020). Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva,* 30(1), e300113, 2020. https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?lang=pt.

Trintinaglia, V.; Bonamigo, A. W. & Azambuja, M. S. (2021). Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. Rev. Bras. Promoção da Saúde, (34), 11762.

5.2 ARTIGO 2 - MAPEAMENTO DAS AÇÕES DE ESTÍMULO DO AUTOCUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* [5]

Mapeamento das ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*

Mapping actions to encourage self-care for elderly people with diabetes *Mellitus*
Mapeo de acciones para incentivar el autocuidado de personas mayores con diabetes *Mellitus*

RESUMO

Objetivo: Foi mapear as ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* realizadas na UMS Ouvidor Pardinho de Curitiba - PR. **Métodos:** Trata-se de pesquisa documental de caráter retrospectiva e descritiva, com utilização de dados secundários, realizou-se levantamento, organização e análise de documentos provenientes direta ou indiretamente da UMS Ouvidor Pardinho que abordaram atenção a pessoa idosa e pessoa idosa com diabetes. **Resultados:** Os resultados apontaram predominância de orientações pautadas nos princípios do SUS, com estímulo do autocuidado, organização sistêmica dos serviços, racionalização dos recursos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população diabética. **Discussão:** Nota-se a qualificação, atualização das ações, serviços prestados pelos gestores e profissionais, por meio de documentos específicos que fomentam cuidados centrado no paciente e possibilitam melhorias na saúde das pessoas e comunidades, padronizando condutas e alinhando boas práticas para o cuidado de enfermagem. **Considerações Finais:** A qualificação e atualização das ações e serviços prestados pelos gestores e profissionais atuantes na Atenção Primária, por meio de documentos específicos fomentam cuidados centrados no paciente, que possibilitam melhorias na saúde das pessoas e das comunidades, padronizando condutas e alinhando-se as boas práticas para o cuidado de enfermagem.

Palavras-Chave: Diabetes *Mellitus*, Pessoas Idosas, Saúde Pública, Enfermagem, Autocuidado.

ABSTRACT

Objective: It was to map the actions to encourage self-care for elderly people with Diabetes *Mellitus* carried out at UMS Ouvidor Pardinho in Curitiba - PR. **Methods:** This is a retrospective and descriptive documentary research, using secondary data, a survey, organization and analysis of documents coming directly or indirectly from UMS Ouvidor Pardinho that addressed care for elderly people and elderly people with diabetes. **Results:** The results showed a predominance of guidelines based on the principles of the SUS, encouraging self-care, systemic organization of services, rationalization of resources and improvement in the quality of services provided to the diabetic population. **Discussion:** Note the qualification, updating of actions, services provided by managers and professionals, through specific documents that promote patient-centered care and enable improvements in the health of people and communities, standardizing conduct and aligning good practices for the care of nursing. **Consideraciones Finales:** The qualification and updating of actions and services provided by managers and professionals working in Primary Care, through specific documents, promote patient-centered care, which enables improvements in the health of people and communities, standardizing conduct and aligning with good practices for nursing care.

Keywords: Diabetes *Mellitus*, Elderly People, Public Health, Nursing, Self-care.

[5] Artigo publicado: "Mapeamento das ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes Mellitus". Revista. Acervo Saúde. REAS, 24(5), 2024. A formatação do artigo segue as normas da revista que o artigo foi submetido e/ ou publicado.

RESUMEN

Objetivo: Mapear las acciones para incentivar el autocuidado de personas mayores con Diabetes *Mellitus* realizadas en la UMS Ouvidor Pardinho en Curitiba - PR. **Métodos:** Se trata de una investigación documental retrospectiva y descriptiva, que utilizó datos secundarios, encuesta, organización y análisis de documentos provenientes directa o indirectamente de la UMS Ouvidor Pardinho que abordaron la atención a personas mayores y a personas mayores con diabetes. **Resultados:** Los resultados mostraron predominio de directrices basadas en los principios del SUS, fomentando el autocuidado, la organización sistémica de los servicios, la racionalización de los recursos y la mejora de la calidad de los servicios prestados a la población diabética. **Discusión:** Destacar la calificación, actualización de acciones, servicios prestados por gestores y profesionales, a través de documentos específicos que promuevan la atención centrada en el paciente y permitan mejoras en la salud de las personas y comunidades, estandarizando conductas y alineando buenas prácticas para el cuidado de enfermería. **Final Considerations:** La calificación y actualización de las acciones y servicios prestados por gestores y profesionales que actúan en Atención Primaria, a través de documentos específicos, promueven la atención centrada en el paciente, que posibilita mejoras en la salud de las personas y comunidades, estandarizando conductas y alineándose con buenas prácticas de enfermería cuidado.
Palabras clave: Diabetes *Mellitus*, Personas Mayores, Salud Pública, Enfermería, Autocuidado.

INTRODUÇÃO

A Diabetes *Mellitus* (DM) é considerada importante problema de saúde pública, em escala mundial, estima-se que 463 milhões de pessoas, entre 20 e 79 anos, convivem com diabetes. No Brasil, existem 16,8 milhões com diagnóstico de DM, sendo a maior prevalência entre 65 e 74 anos (19,9%) e para aqueles com 75 ou mais anos de idade a prevalência atinge 19,6% da referida população (BORBA AKOT, et al., 2019; SBD, 2021).

O município de Curitiba, Paraná, Brasil tem se destacado pelos investimentos na atenção a saúde das pessoas idosas. No estado foi criada a Rede de Atenção Integral à Saúde do idoso, objetivando fortalecimento do atendimento a pessoa idosa nos diferentes níveis de atenção à saúde. A Unidade Municipal de Saúde (UMS) Ouvidor Pardinho é um dos serviços de saúde pública de Curitiba com atendimento a pessoa adulta e idosa. A unidade está localizada na região central de Curitiba e possui em 2023, população adscrita cadastradas de 270.691 pessoas (CURITIBA, 2022), sendo que destas aproximadamente 47.000 são pessoas idosas. Neste âmbito de Atenção Primária à Saúde (APS) municipal, destacam as ações de promoção da saúde, cuidados preventivos e autocuidado (PARANÁ, 2018a; 2018b).

Neste estudo compreende-se autocuidado conforme a teoria de Orem, sendo prática de atividades iniciadas e implementadas pelos indivíduos a favor da sua saúde. Orem defende a importância da prática do autocuidado, objetivando contribuir de forma específica na integridade dos cuidados, possibilitando que o indivíduo assuma a responsabilidade de sua saúde sempre que possível (OREM, 1991).

Diante da relevância da atenção à saúde da pessoa idosa com diabetes e importância da atenção primária, objetivou-se mapear as ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* realizadas na UMS Ouvidor Pardinho de Curitiba - PR.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa documental de caráter retrospectiva e descritiva, com utilização de dados secundários. Realizou-se levantamento, organização e análise de documentos provenientes direta ou indiretamente da UMS Ouvidor Pardinho que abordaram atenção a pessoa idosa e pessoa idosa com diabetes.

Considerou-se neste trabalho como fonte de dados os seguintes documentos: nota técnica, fluxograma, política municipal, plano municipal e estadual, linhas guia, caderno orientador, informativos, documentos orientadores e diretriz. O objeto de investigação foram documentos norteadores das ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com DM realizadas na UMS Ouvidor Pardinho (Unidade de Serviço de Saúde

Pública que dispõe de atendimento aos usuários do SUS). Para maior confiabilidade da pesquisa realizada foi aplicada múltiplas técnicas analíticas: estatística simples e análise textual documental, conforme Bardin L (2015).

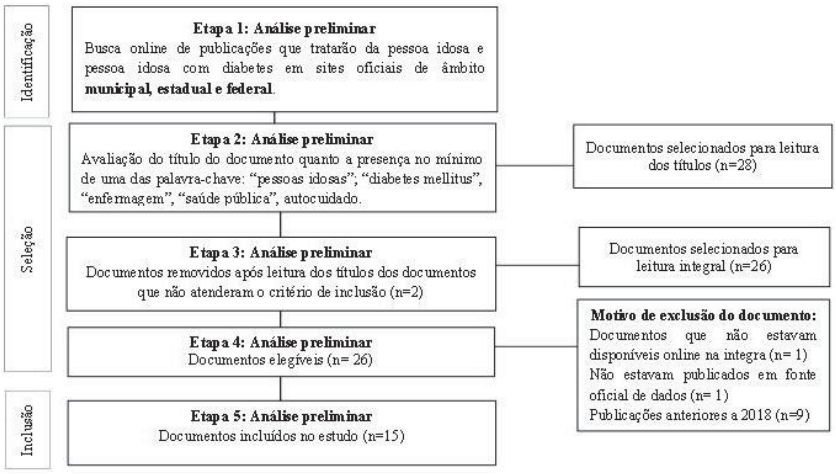
O recrutamento dos arquivos se processou no período de fevereiro a maio de 2023, e seu percurso metodológico ocorreu por meio análise documental conforme Cellard A (2012), realizada em duas etapas: preliminar e propriamente dita.

A análise documental preliminar é considerada a fase de exame e crítica documental. Inicialmente foi realizada busca por publicações que trarão da pessoa idosa e da pessoa idoso com diabetes, publicadas em sites oficiais de âmbito municipal, estadual e federal.

Foi realizada varredura online em sites de domínio público em âmbito federal: Ministério da Saúde (MS), e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS) e Sistema de informação Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); estadual: Secretaria Estadual de Saúde do Paraná e municipal: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba e prefeitura municipal de Curitiba. Na sequência foi avaliado autenticidade, confiabilidade, estrutura lógica do texto, natureza, fontes de dados, conceito- chave, temática, quadro teórico e qualidade da informação apresentadas. Emergiram nesta etapa 28 documentos que trataram da temática de maneira geral, posteriormente foram avaliados os títulos dos documentos quanto a presença no mínimo de uma das palavras-chave: "pessoas idosas"; "diabetes *Mellitus*", "enfermagem", "saúde pública", "autocuidado", foram selecionados para leitura na íntegra nesta etapa 26 documentos elegíveis.

Aplicou-se neste momento os critérios de inclusão: conter no *corpus* do documento uma das palavras-chave, ser documento de domínio público; publicações realizadas nos últimos 5 anos (2018-2022); apresentar informações quanto: fonte de origem, ano, natureza e autenticidade do texto (referências apresentadas), estar publicado na íntegra e com acesso livre online até março de 2023; estar publicados nas seguintes fontes de dados oficiais supracitados, após aplicação destes filtros restaram 15 manuscritos (conforme apresentado na Figura 1).

Figura 1 - Fluxograma explicativo do processo de seleção dos documentos



Fonte: Souza AO, et al. 2023.

A análise documental propriamente dita, versa na obtenção de informações significativas dos documentos analisados (CELLARD A, 2012). Nesta etapa, procedeu-se à leitura na íntegra dos documentos divididos por âmbito de localização (municipal, estadual e federal), posteriormente foi aplicada estatística simples para preparação e tabulação dos dados da pesquisa proveniente da análise.

A organização das informações contou com elaboração de planilha no Microsoft Excel® versão 2019, contendo as seguintes informações: tipo de documento, ano, nome do documento, fonte, âmbito da publicação, palavra-chave (título e/ou *corpus* do texto), objetivos e principais ações identificadas.

Para realização da análise de conteúdo, seguiu-se Bardin L (2015) que apresenta critérios para transformar a análise do conteúdo em dados cientificamente tratados. Conforme as técnicas de análise de conteúdo foi realizada as seguintes etapas: 1) pré-leitura dos documentos considerando as palavra-chave aplicadas para a pesquisa (diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; saúde pública; enfermagem; autocuidado), objetivando a aquisição de uma visão global; 2) foi realizada leitura seletiva dos *corpus* textuais, em que se almejou identificar as informações correspondentes ao objetivo da investigação e principais ações empregadas em cada documento; 3) categorização dos *corpus* textuais identificados, que foram agrupados de acordo com a semelhança dos conteúdos; 4) análise descritiva e reflexiva dos dados que possibilitou emergir cinco categorias de discussão.

Esta pesquisa não foi submetida a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, devido este estudo utilizar fontes de dados secundários de domínio público e acesso gratuito. Os aspectos éticos de direitos autorais foram respeitados em todas as etapas da pesquisa, referenciando-se de forma fidedigna a fonte dos trabalhos e autores, respeitando as disposições da Resolução nº. 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 15 documentos oficiais que abordam atenção a pessoa idosa e pessoa idosa com diabetes. Quanto ao ano de publicação, destacaram-se 2018 e 2022 como prevalentes, ambos com cinco publicações; seguido de 2020 com 3 e 2021 com 2 publicações. Destaca-se que em 2019 não foram encontradas publicações relacionadas a temática abordada.

Os tipos de documentos identificados foram: documentos orientadores três; notas técnicas, linhas guia, planos e informativos com duas publicações cada; fluxograma, política municipal, caderno orientador e diretriz com um registro cada nos últimos cincos anos. Quanto à origem das publicações, encontrou-se publicações municipais: duas notas técnica; um fluxograma, política municipal promoção da saúde e plano municipal de saúde. Estaduais foram dois documentos linhas guia; um caderno orientador, plano estadual de saúde e documento orientador. Federais foram identificados documentos orientadores e informativos ambos com dois registros; e uma diretriz.

As palavras-chaves elencadas neste estudo (diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; saúde pública; enfermagem; autocuidado) apresentaram variações representativas em cada documento analisado de acordo com o tipo, fonte e âmbito do documento. As palavras diabetes *Mellitus* prevaleceram em treze documentos, seguido da palavra saúde pública (dez), enfermagem (nove), pessoa idosa e autocuidado em oito documentos.

Em relação lócus das publicações, em âmbito municipal foram cinco, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba/Departamento de Atenção Primária à Saúde foram responsáveis pela maioria das publicações (quatro registros), seguidos de um registro do Comitê Intersetorial de Promoção da Saúde. Em âmbito estadual foram identificados cinco materiais da Secretaria de estado da saúde do Paraná, sendo duas linhas guias em parceria com a Superintendência de Atenção à Saúde. Em âmbito federal emergiram publicações provenientes de diferentes órgãos, com um registro do Sistema E- SUS Atenção Básica, um do Sistema DATASUS Ministério da Saúde, um da Sociedade Brasileira de Diabetes, um Ministério da Saúde e Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB) e um Ministério da Saúde. A relação dos documentos analisados conforme codificação elencada, tipo de documento, ano, nome, fonte e palavra-chave, estão expressos no quadro 1.

Quadro 1 - Relação de documentos analisados e palavra-chave identificadas

Âmbito Municipal					
Cód.*	**Tipo de documento**	**Ano**	**Nome do documento**	**Fonte**	**Palavra-chave**
1	Nota Técnica	Set. 2018	Estratificação de risco de condições crônicas priorizadas na população adulta do município de Curitiba	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba Departamento de Atenção Primária à Saúde	diabetes *Mellitus*

2	Nota Técnica	Junho 2021	Organização da atenção à pessoa com diabetes *Mellitus* baseado no controle metabólico	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba Departamento de Atenção Primária à Saúde	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; autocuidado
3	Fluxograma	2021	Fluxo geral da atenção ao usuário de 40 a 60 anos com diabetes de alto risco (hba1c ≥9%)	Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba Departamento de Atenção Primária à Saúde	diabetes *Mellitus*; saúde pública; enfermagem autocuidado
4	Política Municipal	2018	Política Municipal de Promoção da Saúde de Curitiba	Comitê Intersetorial de Promoção da Saúde	diabetes *Mellitus*; saúde pública;
5	Plano Municipal de Saúde	2022-2025	Plano Municipal de Saúde	Prefeito Municipal e Secretária Municipal da Saúde	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; enfermagem autocuidado
Âmbito Estadual					
6	Linha Guia	2018	Linha guia de diabetes *Mellitus*	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná Superintendência de Atenção à Saúde	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; saúde pública; enfermagem. autocuidado
7	Linha Guia	2018	Linha guia da saúde do idoso	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná Superintendência de Atenção à Saúde	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; saúde pública; enfermagem. autocuidado
8	Caderno Orientador	2018	Avaliação multidimensional do idoso	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA)	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; saúde pública; enfermagem. autocuidado
9	Plano Estadual de Saúde do Paraná	2020	Plano Estadual de Saúde do Paraná para o quadriênio 2020-2023	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA)	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; saúde pública; enfermagem
10	Instrumento de gestão	2022	Programação anual de saúde 2023	Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA)	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas;
Âmbito Federal					
11	Documento orientador	2022	Classificação Internacional de Atenção Primária: Segunda Edição (CIAP2)	Sistema e-SUS Atenção Básica	saúde pública
12	Informativo	2022	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES)	Sistema DATASUS Ministério da Saúde	saúde pública; enfermagem
13	Diretriz	2022	Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes	Sociedade Brasileira de Diabetes	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; saúde pública; enfermagem autocuidado
14	Informativo	2020	Situação de hipertensão e diabetes no Brasil	Ministério da Saúde e Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB)	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas
15	Documento orientador	2020	Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS) Ministério da Saúde - Brasil	Ministério da Saúde	diabetes *Mellitus*; pessoas idosas; saúde pública; enfermagem

			Versão Profissionais de Saúde e Gestores		autocuidado

***Cód.** menciona aos códigos referentes aos documentos descritos na tabela.
Fonte: Souza AO, et al. 2023.

No quadro 2 foram sintetizados os objetivos e principais ações mapeadas nos documentos (municipais, estaduais e federais), sendo que as informações são utilizadas como alicerces dos atendimentos da UMS Ouvidor Pardinho, relacionados a atenção a pessoa idosa e pessoa idosa com diabetes.

Quadro 2 - Apresentação dos objetivos e principais ações identificadas nos documentos analisados

Municipal		
Cód.*	**Objetivos**	**Principais ações**
1	Estratificar o risco das pessoas com Diabetes *Mellitus;* Identificar a presença de condições definidoras de alto risco.	Orientação da estratificação do risco das pessoas com Diabetes; Orientação para adequação do plano terapêutico e a concentração tanto de cuidado profissional como de autocuidado apoiado.
2	Antecipar problemas futuros (evolução da doença); Orientar a realização de Educação em diabetes (orientação de MEV, manutenção/obtenção de peso saudável, orientar metas, prevenção de hipoglicemias e empoderamento); Estímulo ao autocuidado; Avaliar pé e estratificação de risco de acordo com recomendações de Exame do Pé Diabético	Orientação para organização da atenção à pessoa com Diabetes *Mellitus* baseado no controle metabólico com ênfase na educação em diabetes (orientação de modificações de estilo de vida), manutenção/obtenção de peso saudável, metas, prevenção de hipoglicemias e autocuidado.
3	Identificar população aos usuários de 40 e 60 anos de idade com diabetes *Mellitus* de alto risco (HbA1c ≥ 9%)	Orientação a equipe multiprofissional sobre processo a ser seguido na atenção ao usuário de 40 a 60 anos com diabetes de alto risco (hba1c ≥ 9%)
	Descrever as atribuições dos Enfermeiros da APS na atenção ao usuário com diabetes de alto risco	Fluxograma orientativo das ações e atribuições dos enfermeiros da APS na atenção ao usuário com diabetes de alto risco
4	Promover qualidade nas condições e modos de vida, fortalecendo autonomia individual e coletiva, reduzindo iniquidades, vulnerabilidades e riscos decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, comerciais, políticos, culturais e ambientais em Curitiba.	Contribuir com o planejamento integrado de ações promotoras da saúde nas diversas Secretarias e Órgãos da Prefeitura Municipal de Curitiba; Apoiar as mudanças organizacionais, ambientais e de sistema, aumentar a capacidade dessas configurações para promover a saúde.
5	Nortear as políticas públicas, a ser implementada e monitorada pela Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba nos próximos anos.	Formular e desenvolver a política municipal de saúde, fortalecendo as redes de atenção, com participação da social e tecnologia para promoção do cuidado, efetivo e oportuno com equidade.
Estadual		
6	Orientar o manejo da Diabetes *Mellitus* no estado do Paraná.	Melhorar o controle da Diabetes *Mellitus* de forma holística, reduzindo as complicações.
7	Orientar conceitos e diretrizes para nortear as ações da Rede de Atenção Integral à Saúde do Idoso do Estado, identificação precoce da fragilidade e seu manejo - Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso.	Oferecer cuidado oportuno e eficiente para que alcance do envelhecimento ativo e saudável, com qualidade de vida, independência e autonomia pelo máximo de tempo possível.
8	Oferecer condições para que as pessoas atinjam idades avançadas mantendo a independência, a autonomia e a qualidade de vida.	Apresentar princípios e instrumentos da Avaliação Multidimensional da Saúde do Idoso, processo de trabalho que fundamenta a Rede de atenção Integral à Saúde do Idoso do Paraná
9	Analisar a condição situacional dos principais problemas de Saúde, transitando nos três níveis de Atenção – Primária, Secundária e Terciária	Documento balizador dos projetos, dos programas e das ações definidos pela SESA, para quatro anos de acordo com o diagnóstico da situação de saúde do território.

10	Anualizar metas do Plano de Saúde e prever alocação dos recursos orçamentários.	Consolidar nos municípios a Linha de Cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus*.
Federal		
11	Orientar os profissionais de saúde a classificar questões relacionadas às pessoas, e pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde.	Permite conhecer a demanda dos pacientes. Potencializa a prevenção, planejamento das ações nas Unidades de Saúde e programação das atividades de educação permanente
12	Cadastrar e atualizar as informações sobre estabelecimentos de saúde; disponibilizar informações; Ofertar informações sobre serviços nos territórios; Fornecer informações para tomada de decisão, planejamento, programação e conhecimento.	Cadastro oficial do Ministério da Saúde no tocante à realidade da capacidade instalada e mão-de-obra assistencial de saúde no Brasil em estabelecimentos de saúde públicos ou privados, com convênio SUS ou não.
13	Orientar a avaliação e manejo do diabetes *Mellitus no* país.	Conjunto de recomendações voltadas para ações a serem implementadas na DM tipo 1 e 2
14	Orientar sobre a situação de hipertensão e diabetes no país.	Indicar percentual de diabetes, hipertensão, consultas, cadastro por região, estado, internações, custos, óbitos e série temporal Vigitel.
15	Garantir cobertura e acesso a cuidados de saúde abrangentes e aceitáveis pela população, enfatizando a atenção clínica, a prevenção de doenças e a promoção da saúde.	Nortear as ações de saúde na APS brasileira com forte reconhecimento da clínica multiprofissional. Oferta e ações sob responsabilidade da APS de serviços clínicos e vigilância em saúde.

***Cód.** menciona aos códigos referentes aos documentos descritos na tabela.
Fonte: Souza AO, et al. 2023.

Para aprofundamento da análise cientifica do *corpus* textual correlacionados aos objetivos apresentados e principais ações, foi aplicada análise de conteúdo, emergindo cinco categorias: 1) **Ação em saúde:** autocuidado, prevenção e recuperação/reabilitação; 2) **Promoção a saúde:** planejamento em saúde e autocuidado apoiado; 3) **Educação em saúde:** estilo de vida saudável e educação permanente; 4) **Estratificação de risco:** plano de cuidado e plano terapêutico; 5) **Manejo clínico:** instrumentos de avaliação e processo de trabalho. Salienta-se que estas categorias estão alinhadas ao referencial teórico Orem (1991).

A Teoria geral do autocuidado de Orem tem sido utilizada na enfermagem brasileira, por oferecer elementos no desenvolvimento da assistência. A fácil adaptação da teoria diante dos diversos cenários da enfermagem, a torna importante ferramenta para conhecer as pessoas e suas demandas, dentro do seu contexto com intuito de pautar a prática profissional sobre as necessidades personalizadas do ser humano. As codificações e categorizações extraídas dos documentos com baseadas na teoria geral de Orem (1991) verificados no quadro 3.

Quadro 3 - Domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo

Codificação e código de referência dos documentos	Categorias do corpus textual
Autocuidado (1), (2), (5), (6), (7), (8), (13), (15)	Ação em saúde
Prevenção (1), (2), (4), (5), (6), (7), (8), (9), (10), (13), (15)	
Recuperação/reabilitação (3), (5), (6), (7), (8), (13)	
Planejamento em saúde (1), (2), (3), (4), (5), (7), (8), (11), (13), (14)	Promoção à saúde
Autocuidado apoiado (1), (3), (5), (6), (7), (9)	
Estilo de vida saudável (2), (4), (5), (6), (7), (8), (13), (15)	Educação em saúde
Educação permanente (4), (5), (6), (7), (10), (11), (13)	
Plano de cuidado (2), (3), (4), (6), (7), (8), (9), (13)	Estratificação de risco
Plano terapêutico (1), (2), (3), (13)	
Instrumentos de avaliação (2), (3), (7), (8), (13)	Manejo clínico
Processo de trabalho (1), (2), (3), (5), (6), (8), (10), (12)	

Fonte: Souza AO, et al. 2023, adaptado de Bardin L (2015).

No âmbito municipal, as notas técnicas identificadas foram descritas como documentos construídos por especialista em determinada área, emitidos conforme a necessidade de fundamentação formal específica para tomada de decisão (CURITIBA, 2021a).

As notas técnicas trarão da pessoa idosa com DM e apresenta ações de prevenção, lazer e manejo clínico, direcionando consultas, exames e condutas multiprofissionais em relação aos cuidados desta população.

Nesta mesma linha de atenção, estão os fluxogramas, voltado para orientação, organização, prática e manejo das atividades a serem adotadas na APS em relação ao atendimento as pessoas idosas com DM (CURITIBA, 2021b).

Estes documentos, focam no paciente com diabetes de alto risco, tratando da assistência, sendo explicativo e ilustrativa das etapas a serem seguidas pelos profissionais de saúde.

De forma orientadora generalista, tem-se a Política Municipal de Promoção da Saúde, baseados nos pilares das políticas nacionais de prevenção e promoção da saúde, interligadas aos planejamentos estratégicos municipais, com foco no monitoramento, integração das ações promotoras da saúde, divulgação de instrumentos e indicadores de planejamento para orientação das ações de promoção da saúde (CURITIBA, 2018a).

Em âmbito macromunicipal, com foco de nortear os rumos das políticas públicas da Secretaria Municipal da Saúde, o Plano Municipal de Saúde tem finalidade analisar as condições situacionais dos principais problemas de saúde, transitando nos três níveis de atenção primária, secundária e terciária da rede municipal de saúde (CURITIBA, 2022).

Se tratando das ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com DM em âmbito municipal, as publicações trataram da organização sistêmica dos serviços de saúde e trouxeram nos contextos meios para se alcançar a racionalização dos recursos, otimizar o trabalho e melhorar a qualidade dos serviços prestados aos diabéticos.

No âmbito estadual, focado na pessoa idosa com diabetes, tem-se duas linhas guias, que são importantes orientadores do trabalho na APS, com finalidade de normalizar, determinar e regular as ações e procedimentos implementados pelos órgãos de saúde municipais (PARANÁ, 2018b; 2018c).

A Linha guia de DM é direcionada para a conduta do processo de trabalho das equipes multiprofissionais, planejamento das ações, orientação das condutas em condição crônica, avaliação, estratificação, autocuidado apoiado e intervenções educacionais (PARANÁ, 2018b).

A Linha guia da saúde do idoso, traz a consonância do trabalho em rede buscando a atenção integral à saúde da pessoa idosa, através de descrição de ações voltadas para revisão das práticas profissionais estabelecida na rede paranaense de saúde (PARANÁ, 2018c).

Como importante direcionador do processo de trabalho da equipe multiprofissional o caderno orientador, corrobora com princípios e instrumentos para ajudar os profissionais na realização e avaliação multidimensional de saúde da pessoa idosa (PARANÁ, 2018a).

Como forma de organização da atenção estadual, tem-se o Plano Estadual de Saúde do Paraná, que objetiva oferecer condições para o processo de trabalho na rede de atenção à saúde da pessoa idosa (PARANÁ, 2018c).

Ainda como documento de planejamento, destaca-se a programação anual de saúde, que trata do detalhamento das metas anuais, rastreio dos indicadores, revisão das ações, avaliações e programações anuais (PARANÁ, 2022).

O estado do Paraná, possui documentos orientadores para prevenção, análise situacional dos principais problemas de saúde, focalizados na APS e planejamento para demandas especificas relacionadas a atenção ao paciente diabético e a pessoa idosa.

A essência destes documentos estaduais são as bases para a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado, articulada às demais redes de proteção a saúde que demostra vários aspectos no sistema de saúde com ênfase nos programas, estratégias e ações para cuidar da saúde da população.

No âmbito federal, o documento orientador Classificação Internacional de Atenção Primária: Segunda Edição (CIAP2), é considerado ferramenta imprescindível para registro e manejo das condições crônicas. O CIAP2 direciona o atendimento prestado pelos profissionais de saúde na ABS e permite a classificação e condução das questões relacionadas à saúde das pessoas atendidas nestes serviços (BRASIL, 2021; PARANÁ, 2020; CURITIBA, 2022).

Além disso, tem-se documento orientador federal, Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), baseado na Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2017), que busca nortear as ações de saúde na APS e descrever ações, serviços clínicos, e vigilância em saúde (BRASIL, 2020b).

Os documentos orientadores federais são publicações do Ministério da Saúde (MS) para instruir as práticas em saúde, nos diversos níveis de atenção, à luz da realidade e suas políticas, leis e diretrizes, alinhados aos instrumentos de gestão do SUS em prol da população e do aperfeiçoamento da gestão e práticas em saúde dos serviços. Estes materiais potencializam a prevenção e cuidados, são ferramentas importantes para auxiliarem os profissionais de saúde.

Os informativos identificados (dois), são sistemas de informações em saúde que oferta suporte para a compreensão dos problemas e auxilia na tomada de decisão no âmbito das políticas e dos cuidados em saúde (BRASIL, 2022; 2020a).

O informativo CNES dispõe de dados nacionais sob a gestão do SUS, visa processar, armazenar e distribuir as informações em relação a sua base de dados referente aos estabelecimentos de saúde brasileiros e trabalhadores vinculados ao SUS (BRASIL, 2022).

O CNES, subsidia ações para melhorar a oferta de cuidado em saúde, considerado um importante instrumento na organização dos sistemas e serviços de saúde no país.

O informativo Situação de Hipertensão e Diabetes no Brasil, trata da situação da diabetes e hipertensão no país (BRASIL, 2020a).

A benéfica deste informativo está nas informações sobre as diferentes situações envolvendo as doenças crônicas e seu objetivo de informar dados sobre a situação destas comorbidades, seus agravantes e área de predominância no país.

Como direcionador das ações de saúde e cuidados no DM nacional, tem-se a Diretriz Brasileira de Diabetes, com recomendações técnicas voltadas para problemas específicos em relação a diabetes. Esta diretriz abrange os princípios básicos da doença, prevenção, rastreamento, avaliação, manejo do DM, recuperação, planejamento, plano de cuidado e terapêuticas (SBD, 2021; BRASIL, 2022).

A adoção desta diretriz na APS, permite tomada de decisões estratégicas, visando aperfeiçoar as atividades profissionais, priorizando aspectos importantes quanto ao tratamento e manejo adequado da DM, contribuindo na qualidade da atenção, aquisição de tecnologias, capacitação dos recursos humanos, reavaliação e inserção de novos processos de atenção em saúde.

Quanto as categorias temáticas emergentes no estudo, a primeira foi a Ação em saúde (autocuidado, prevenção e recuperação/reabilitação), apontada nos documentos relacionada as iniciativas para melhorar a condição de saúde das pessoas e da população atendidas nas Unidade Básica de Saúde (UBS) (PARANÁ, 2018b).

Neste âmbito, o autocuidado foi considerado essencial na prevenção, tornando o paciente protagonista dos seus cuidados assim como descritos como princípio do autocuidado de Orem.

A categoria prevenção emergiu ações voltadas para: acidentes por quedas, comorbidades, complicações da doença, incapacidade funcional e neuroartropatias relacionadas a diabetes. Foram evidenciadas na APS dois tipos específicos de prevenção: a primária - considerada a ação antecipada para precaver condição clínica e a secundária, voltada para detectar precocemente problemas de saúde em estágio inicial e estágio subclínico no indivíduo ou na população (PARANÁ, 2018a; BRASIL, 2018).

A recuperação/reabilitação descritas nos documentos analisados foram ligados ao processo de tratamento e consolidação dos objetivos terapêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS), considerado conjunto de

medidas que auxiliam os pacientes a manterem, melhorar e recuperar sua saúde física, sensorial, intelectual, psicológica e social, realizadas por equipe multiprofissional e interdisciplinar (PARANÁ, 2018a; BRASIL, 2018).

Desta categoria ação em saúde, verificou-se interação do profissional de saúde com o paciente objetivando detecção de problemas precocemente e possíveis intervenções de enfermagem para o autocuidado, prevenção, recuperação/reabilitação, baseados nos princípios de empoderamento, apoio e autocuidado.

A categorização Promoção a saúde foi embasada em pressupostos com ações voltadas para os princípios e diretrizes do SUS, ponderando aspectos que determinam a saúde-doença e os modos de viver, baseada nas necessidades do indivíduo, família e população (CURITIBA, 2018a).

O planejamento em saúde configurou-se como processo dinâmico e contínuo de programação das ações previamente pensadas para alcançar metas e desenvolver processos em prol da saúde e da manutenção da saúde dos usuários do SUS (CURITIBA, 2018b; PARANÁ, 2018c, BRASIL, 2021).

Alguns documentos utilizam a nomenclatura autocuidado apoiado para tratar das ações relacionadas a oferta de informações, orientações para intervenções voltadas à mudança de comportamento, empoderamento pessoal, gerenciamento, independência, melhoras da saúde e qualidade de vida (CURITIBA, 2021b; 2022; PARANÁ, 2018b; 2018c; 2020).

No que tange a promoção à saúde (planejamento em saúde e autocuidado apoiado) verificou-se a necessidade de referenciais teorias de enfermagem como o de Orem para embasamento das práticas clínicas de enfermagem, aplicadas aos cuidados na APS (PARANÁ, 2018b; PARANÁ, 2020; CURITIBA, 2021b; 2022). Os documentos embasam-se na promoção à saúde, porém não dispõe de elementos capazes de transcender e impactar diretamente a assistência, assim, são oportunos investimentos no uso das teorias de enfermagem aplicados a promoção à saúde de modo a difundir o conhecimento produzido e subsidiar a prática profissional.

A categoria educação em saúde, foi vinculada ao processo pedagógico, aplicados as atividades educativas em enfermagem, formação e educação em saúde; com destaque para a aprendizagem e inovação como apoio de tecnologias que objetiva ações em prol da saúde do indivíduo e população (CURITIBA, 2021a; 2018a; 2022; PARANÁ, 2018b; 2018c; 2020; SBD, 2021; BRASIL, 2020b).

As ações de educação permanente são importantes atividades que incentivam atitudes de aprendizagem, inovação e implementação de processos pedagógicos problematizadores e críticos. Assim, na APS, faz-se importante as reflexões e educação permanente, voltadas para autoavaliação, bem como no planejamento em saúde da pessoa idosa e da população.

Esta categoria de educação em saúde é ferramenta importante na atuação do enfermeiro na APS, pois trata do envolvimento de aspectos teóricos os quais devem orientar a prática de todos os profissionais. Os arcabouços teóricos que são apresentados nas ações de educação em saúde, refletem a possibilidade de ampliação e inovação das maneiras de cuidar e de atuar dos profissionais de saúde.

A categoria estratificação de risco considera elementos orientadores para a organização da atenção em seus diversos níveis de acordo com o grau de risco, objetiva garantir cuidado adequado para a resolutividade do atendimento aos usuários. Os planos de cuidados e planos terapêuticos, são baseados na estratificação inicial do usuário na APS (CURITIBA, 2022; PARANÁ, 2018b; SBD, 2021).

Os documentos analisados apontam desafios enfrentados pelos profissionais de saúde que englobam o acesso e acolhimento dos usuários, refletindo na efetividade, resolutividade e aplicação das práticas em saúde. Neste contexto a aplicação da estratificação de risco e avaliação das vulnerabilidades das pessoas idosas diabéticas possibilita estabelecer prioridades em relação aos planos de cuidados e planos terapêuticos, realização de atendimento, contextualizados na gestão com base no processo de trabalho.

A categoria manejo clínico é entendida como forma de dirigir e garantir assistência segura diante das condições crônicas na APS. Os documentos analisados destacam o manejo clínico envolvendo a equipe multiprofissional e englobam ações para identificação de casos, reconhecimento das demandas biopsicossociais, diagnósticos das condições de saúde e reconhecimento de incapacidades (CURITIBA, 2018b; 2021a; 2021b; 2018a; 2022; PARANÁ, 2020; 2022; BRASIL, 2022).

Apesar das vantagens quanto a incorporação do manejo clínico, utilização de instrumentos de avaliação e processo de trabalho na rotina da APS, ainda pouco se usufrui desses materiais na prática assistencial, isso se deve a insuficiência de recursos humanos especializados na área de Gerontologia e Geriatria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os documentos analisados nesta pesquisa apresentam diálogos com os marcos nacionais como a Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes (2022), Plano Estadual de Saúde do Paraná para o quadriênio 2020-2023 e o Plano municipal de saúde. Nota-se consolidação das normas sobre as políticas de saúde do SUS, baseadas nos princípios e nas diretrizes nacionais.

Evidencia-se articulação das políticas municipais, estaduais e federais, com destaque para ações de equidade, melhoria das condições, refletindo na busca para estabelecer continuidade do cuidado nas diferentes esferas da saúde pública. A qualificação e atualização das ações e serviços prestados pelos gestores e profissionais atuantes na APS, por meio de documentos específicos fomentam cuidados centrados no paciente, que possibilitam melhorias na saúde das pessoas e das comunidades, padronizando condutas e alinhando-se as boas práticas para o cuidado de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. BARDIN, L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2015.
2. BORBA AKOT, et al. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. Ciências Saúde Coletiva, 2019; 1: 125-36.
3. BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). 2022. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br. Acessado em: 05 de abril de 2023.
4. BRASIL. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS). 2020b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br. Acessado em: 23 de março de 2023.
5. BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br. Acessado em: 08 de fevereiro de 2023.
6. BRASIL. Situação de hipertensão e diabetes no Brasil. 2020a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br. Acessado em: 08 de fevereiro de 2023.
7. BRASIL. Classificação internacional de Atenção Primária. Comitê Internacional Classificações Wonca (WICC): segunda edição (CIAP2. 2021. Disponível em: http://dab.saude.gov.br. Acessado em: 23 de março de 2023.
8. CELLARD A. A Análise Documental. In: POUPART J, DESLAURIERS JP, GROULX LH, LAPERRIÉRE A, MAYER R, PIRES A. (Orgs.). A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 295-316.
9. CURITIBA. Fluxo geral da atenção ao usuário de 40 a 60 anos com diabetes de alto risco (hba1c≥9%). 2021b. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/. Acessado em: 16 de maio de 2023.
10. CURITIBA. Nota Técnica. Estratificação de Risco de Condições Crônicas Priorizadas na População Adulta do Município de Curitiba. Risco cardiovascular global, hipertensão arterial e diabetes melito. Curitiba: Departamento de Atenção Primaria à Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto, 2018b. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/. Acessado em: 19 de maio de 2023.
11. CURITIBA. Nota Técnica. Organização da atenção à pessoa com Diabetes *Mellitus* baseado no controle metabólico. 2021a. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/. Acessado em: 21 de maio de 2023.
12. CURITIBA. Política Municipal de Promoção da Saúde de Curitiba. 2018a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acessado em: 07 de março de 2023.
13. CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Curitiba. Plano Municipal de Saúde. Curitiba, 2022. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/. Acessado em: 16 de maio de 2023
14. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Projeção da população 2021. 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acessado em: 16 de junho de 2022.
15. OREM, D. E. Nursing Concepts of Pratice. 3. ed. Boston: Mosby, 1991.
16. PARANÁ. Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023. 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acessado em: 14 de fevereiro de 2023.

17. PARANÁ. Programação Anual de Saúde 2023. 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acessado em: 14 de fevereiro 2023.
18. PARANÁ. Avaliação multidimensional do idoso. 2018a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/avaliacaomultiddoidoso_2018_atualiz.pdf. Acessado em: 04 de maio de 2023.
19. PARANÁ. Linha Guia de Diabetes *Mellitus*. 2018b. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acessado em: 14 de fevereiro de 2023.
20. PARANÁ. Linha Guia da Saúde do Idoso. 2018c. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/. Acessado em: 21 de maio de 2023.
21. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2021-2022. 2021. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/. Acessado em: 21 de fevereiro de 2023.
22. SOUSA YSO, et al. O uso do *Software* Iramuteq na análise de dados de entrevistas. Pesquisas e Práticas Psicossociais, São João Del-Rei, 2020; 2: e3283.

5.3 ARTIGO 3 - ESTÍMULO DO AUTOCUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS*: AÇÕES DE ENFERMAGEM E PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS[6]

Estímulo do autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*: ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros

Encouraging self-care for elderly people with diabetes *Mellitus*: nursing actions and nurses' perception

Estimular el autocuidado de personas mayores con diabetes *Mellitus*: acciones de enfermería y percepción de las enfermeras

DOI: 10.55905/revconv.XXn.X-

Originals received: 01/18/2024
Acceptance for publication: 02/21/2024

RESUMO
Os objetivos desta pesquisa foram mapear as ações de enfermagem realizadas para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* e conhecer a percepção dos enfermeiros sobre atendimentos as pessoas idosas diabéticas. Tratou de uma pesquisa exploratória qualitativa desenvolvida em uma unidade de saúde referência no atendimento as pessoas idosas, participaram da pesquisa 12 enfermeiros, a coleta de dados foi aplicada entre janeiro a março de 2024, através de roteiro semiestruturado com perguntas embasadas no referencial teórico de Orem, aplicou-se análise de conteúdo conforme Bardin (2015). Sobre o mapeamento das ações de enfermagem os resultados emergiram três categorias, conforme depoimentos das entrevistas: 1) Avaliação Clínica: consulta de enfermagem; prescrição de enfermagem; avaliação do pé diabético; atendimento multiprofissional; 2) Ação em Saúde: acolhimento; busca ativa; educação em saúde; 3) Processo de trabalho: classificação de risco; e vínculo. Em relação a percepção dos enfermeiros sobre os atendimentos as pessoas idosas com DM, destacou-se a promoção da saúde, mediante realização de estratégias essenciais do autocuidado e do Cuidado Centrado na Pessoa. Os discursos dos enfermeiros fizeram alusão às ações de atendimento a pessoa idosa, respeitando os protocolos, no entanto, alguns destacam que muitas atividades, são realizadas de maneira pontual, devido às dificuldades encontradas no cotidiano. O autocuidado emergiu como possível estratégia de prevenção, porém foram elencadas algumas barreiras para implementação do autocuidado, dentre elas a falta de estrutura, apoio e suporte social, principalmente no âmbito familiar, financeiro e social, além do comprometimento cognitivo e declínio emergente com a senilidade da pessoa idosa.

Palavras-chave: diabetes *Mellitus*, pessoas idosas, enfermagem, cuidado centrado na pessoa, autocuidado.

---

[6] Artigo aceito, em processo de publicação (comprovante Anexo XI): "Estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*: ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros". Periódico *Contribuciones a Las Ciencias Sociales*. 2024. A formatação do artigo segue as normas da revista que o artigo foi submetido e/ ou publicado.

ABSTRACT
The objectives of this research were to map the nursing actions carried out to encourage self-care in elderly people with Diabetes *Mellitus* and to understand nurses' perceptions of care for diabetic elderly people. It was a qualitative exploratory research carried out in a health unit that is a reference in the care of elderly people, 12 nurses participated in the research, data collection was applied between January and March 2024, through a semi-structured script with questions based on Orem's theoretical framework., content analysis was applied according to Bardin (2015). Regarding the mapping of nursing actions, three categories emerged, according to statements from the interviews: 1) Clinical Assessment: nursing consultation; nursing prescription; diabetic foot assessment; multidisciplinary care; 2) Health Action: reception; active search; Health education; 3) Work process: risk classification; and bond. In relation to nurses' perception of care for elderly people with DM, health promotion stood out, through the implementation of essential self-care and Person-Centered Care strategies. The nurses' speeches alluded to care actions for elderly people, respecting the protocols, however, some highlight that many activities are carried out in a timely manner, due to the difficulties encountered in daily life. Self-care emerged as a possible prevention strategy, however, some barriers to the implementation of self-care were listed, including the lack of structure, support and social support, especially in the family, financial and social spheres, in addition to cognitive impairment and emerging decline with senility of the elderly person.

Keywords: diabetes *Mellitus*, elderly people, nursing, person-centered care, self-care.

RESUMEN
Los objetivos de esta investigación fueron mapear las acciones de enfermería realizadas para incentivar el autocuidado en ancianos con Diabetes *Mellitus* y comprender las percepciones de los enfermeros sobre el cuidado al anciano diabético. Fue una investigación cualitativa exploratoria realizada en una unidad de salud que es referencia en el cuidado de personas mayores, en la investigación participaron 12 enfermeras, la recolección de datos se aplicó entre enero y marzo de 2024, a través de un guion semiestructurado con preguntas basadas en Marco teórico de Orem, se aplicó el análisis de contenido según Bardin (2015). En cuanto al mapeo de las acciones de enfermería, surgieron tres categorías, según declaraciones de las entrevistas: 1) Evaluación Clínica: consulta de enfermería; prescripción de enfermería; evaluación del pie diabético; atención multidisciplinaria; 2) Acción de Salud: acogida; búsqueda activa; Educación para la salud; 3) Proceso de trabajo: clasificación de riesgos; y vínculo. En relación a la percepción de los enfermeros sobre el cuidado a las personas mayores con DM, se destacó la promoción de la salud, a través de la implementación de estrategias esenciales de autocuidado y de Cuidados Centrados en la Persona. Los discursos de los enfermeros aludieron a acciones de cuidado a las personas mayores, respetando los protocolos, sin embargo, algunos destacan que muchas actividades se realizan de manera oportuna, debido a las dificultades encontradas en la vida diaria. El autocuidado surgió como una posible estrategia de prevención, sin embargo, se enumeraron algunas barreras para la implementación del autocuidado, entre ellas la falta de estructura, apoyo y apoyo social, especialmente en el ámbito familiar, financiero y social, además del deterioro cognitivo. y deterioro emergente con senilidad de la persona mayor.

Palabras clave: diabetes *Mellitus*, personas mayores, enfermería, cuidados centrados en la persona, autocuidado.

1 INTRODUÇÃO

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Ciências (IBGE) demostram que os brasileiros com 60 anos ou mais totalizam 32.113.490 pessoas em 2023, representando aumento de 56% em comparação aos indicadores de 2010. O aumento desta população confirma a necessidade de remodelamento do sistema da saúde para atender às necessidades das pessoas idosas em todo o Brasil (OMS, 2020; IBGE, 2023).

Dentre os cenários de atenção à saúde para as pessoas idosas, destaca-se atenção Primária em Saúde (APS), considerada estratégia essencial para efetivação do cuidado das pessoas idosas. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são consideradas portas de acesso e compõe instrumento importante de atenção integral à saúde da pessoa idosa, com ações que visam garantir o atendimento e acompanhamento destas pessoas em toda a rede de saúde disponível no Sistema Único de saúde (SUS) (Brasil, 2018).

Alinhado a esta estratégia, destaca-se o público idoso com doenças crônicas, principalmente aqueles com Diabetes *Mellitus* (DM), considerada importante problema de saúde pública no país, por apresentar origem múltipla, com elevada incidência, prevalência, sendo importante causa de morbidade e mortalidade (Tasca *et al.*, 2020; Ishimitsu, Almeida; Batista, 2023).

Estima-se que no mundo 463 milhões de pessoas, entre 20 e 79 anos, convivem com o DM. No Brasil são 16,8 milhões de pessoas com diagnóstico de DM, sendo a maior prevalência naqueles de 65 e 74 anos (19,9%) e para os com 75 ou mais anos de idade a prevalência é de 19,6% (SBD, 2023).

O enfermeiro desempenha papel fundamental para garantir o acesso, atendimento e acompanhamento das pessoas idosas com DM na APS, desenvolvendo ações educativas com a implementação de dispositivos como ICOPE e estratégias de autocuidado para viabilizar ações direcionadas a promoção da saúde, autocuidado, prevenção e redução dos agravos decorrentes da doença, atendendo necessidades e demandas de saúde da população idosas (Lima *et al.*, 2020; Ishimitsu; Almeida; Batista, 2023).

Baseado nesta perspectiva, a Organização Mundial da Saúde (OMS) desenvolveu a abordagem de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) (do inglês: *Integrated Care for Older People*), com a premissa de prevenir e otimizar a capacidade intrínseca de forma a retardar, melhorar ou ainda reverter a deterioração, desta capacidade, mediante utilização de

mecanismos para compensar, manter ou melhorar a habilidade funcional da pessoa idosa (OPAS, 2020).

Diante deste cenário, o autocuidado proveniente da teoria de Dorothea Orem (1993), desempenha benefício para o bem-estar pessoal e preservação da vida, abrangendo aspectos vivenciais. A teoria de Orem se constituiu das propostas práticas de amadurecimento e aperfeiçoamento, a partir da dedicação de tempo a atividades voltadas ao autocuidado em benefício próprio, favorecendo, hábitos saudáveis e manutenção no bem-estar. Logo, os profissionais de enfermagem possuem papel de destaque e atuante como facilitador no processo do autocuidado na APS (Orem, 1993; Souza *et al.*, 2022).

Desta forma, na APS é essencial implementação do Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), como estratégia para auxiliar no plano personalizado e prestação de cuidado conforme as necessidades, preferências e valores da pessoa idosa assistida (Tasca *et al.*, 2020).

Considerando a importância da APS e dos cuidados voltados para a pessoa idosa com DM, este artigo objetivou mapear as ações de enfermagem realizadas para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* e conhecer a percepção dos enfermeiros sobre atendimentos as pessoas idosas diabéticas na atenção primária a saúde.

2 MÉTODO

Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, este método tem fundamental importância na enfermagem, visto que os cuidados de saúde não se apoiam unicamente em aspectos biológicos; abrangendo aspectos multidimensionais, como psicossociais e subjetivos (Minayo, 2015).

O cenário de investigação foi uma unidade municipal de saúde referência no atendimento das pessoas idosas em Curitiba, Paraná. Participaram da pesquisa 12 enfermeiros atuantes e vinculados à UMS, mediante critérios de inclusão: ser enfermeiro, trabalhar na UMS cenário do estudo há pelo menos seis meses, atuar no cuidado à pessoa idosa com DM. Como critérios de exclusão teve-se: afastamento por férias ou atestado médico no momento da coleta de dados; não comparecimento a entrevista após três tentativas, em dias e horários alternados.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2024, com encontros previamente agendados para realização de entrevista com utilização de roteiro semiestruturado contendo duas partes, a saber: 1) caracterização sociodemográfica: nome, sexo, idade, formação, tempo de atuação na atenção primária; 2) práticas na UMS voltadas à

saúde da pessoa idosa. Destaca-se que para formulação das perguntas embasou-se no referencial teórico do autocuidado de Orem (1993), que defende a possibilidade das pessoas quando capazes, devem ser responsáveis por seus cuidados (Orem, 1993), conforme pode ser verificado a seguir:

a) na UMS são oferecidos atendimentos as pessoas idosas com DM? Se sim, quais? Se não, justifique;
b) existem orientações que são passadas para as pessoas idosas com DM durante a consulta de enfermagem? Caso sim, descreva. Caso não justifique;
c) você realiza educação em saúde com as pessoas idosas com DM? Caso sim, como realiza? Caso não justifique;
d) você conhece a abordagem centrada nas pessoas? Ela pode ser utilizada nas consultas de enfermagem? Você considera importante a abordagem centrada nas pessoas idosas com DM? Justifique;
e) na sua opinião o cuidado centrado na pessoa, traz benefícios para a prática profissional no atendimento de enfermagem? Justifique sua resposta;
f) na sua opinião, ocorre interação/vínculo das pessoas idosas com DM e enfermeiro na UMS? Justifique sua resposta;
g) o que é autocuidado na sua opinião?
h) na sua opinião as pessoas idosas com DM atendidas na UMS realizam autocuidado? Justifique sua resposta;
i) se tratando do autocuidado centrado nas pessoas idosas com DM, você pode elencar os aspectos facilitadores e dificultadores para realização deste autocuidado?

Para análise das entrevistas aplicou-se análise de conteúdo conforme Bardin (2015), respeitando as seguintes fases de execução: 1) organização da análise; 2) codificação (unidades de registro e enumeração); 3) categorização; 4) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação destes resultados.

Para organização e sistematização, primeiramente foi realizada a pré-análise das falas dos participantes, através da limpeza dos dados, removendo as respostas em texto livre que não acrescentavam informações relevantes para análise de conteúdo, a exemplo palavras monossilábicas e itens não relacionados à entrevista.

Na segunda etapa exploratória, os recortes obtidos foram codificados, manualmente, de acordo com trechos divergentes e convergentes, teve-se como norteador para realização desta etapa as referências bibliográficas validadas pelo ministério da saúde sobre a temática pessoa idosa e a questão de investigação.

Na terceira etapa, emergiram unidades de registro, representadas pelas categorias e subcategorias, que direcionaram para a composição da quarta etapa. E a última etapa foi composta pelas inferências reflexivas e críticas, com interpretação dos dados no proposito analisar as concepções dos enfermeiros acerca dos atendimentos as pessoas idosas, objetivando conhecer o modo como os sujeitos deste estudo pensam sobre a sua prática de cuidado para as pessoas idosas diabéticas atendidos na UMS.

Em respeito aos preceitos éticos (anonimato), as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo os enfermeiros identificados pelos códigos ENF. 1, ENF. 2... ENF. 12. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme pareceres consubstanciados: 6.195.537 e 6.064.240

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENFERMEIROS

Participaram do estudo 12 enfermeiros, sendo 11 do sexo feminino, com idade entre 31 à 52 anos, com tempo de atuação profissional médio de 13 anos, sendo que a experiência profissional mediana foi de 10 anos. A atuação na UMS do estudo variou entre 1 à 13 anos de atuação, conforme pode ser verificado na tabela 1.

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica (n= 12) Enfermeiros Atuantes na UMS

Entrevistado (código)	Idades (anos)	Sexo	Formação (curso de Graduação)	Tempo de formação na Graduação em Enfermagem	Tempo experiência na APS	Tempo experiência no cenário de estudo
ENF. 1	52	Feminino	Administração Hospitalar; Enfermagem	20	16	3
ENF. 2	42	Feminino	Enfermagem	17	1	1
ENF. 3	50	Feminino	Fisioterapia Enfermagem	7	2	2
ENF. 4	51	Feminino	Educação Física Enfermagem	13	12	11
ENF. 5	31	Feminino	Enfermagem	8	2	2
ENF. 6	43	Masculino	Enfermagem	12	1	1
ENF. 7	44	Feminino	Enfermagem	19	19	13
ENF. 8	43	Feminino	Enfermagem	15	4	1
ENF. 9	33	Feminino	Enfermagem	11	1	1
ENF. 10	45	Feminino	Enfermagem	16	12	6
ENF. 11	38	Feminino	Enfermagem	13	2	2
ENF. 12	36	Feminino	Enfermagem	11	6	2

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024)

3.2 MAPEAMENTO DAS AÇÕES DE ENFERMAGEM NA APS

Em relação ao mapeamento das ações de enfermagem na APS, emergiram três categorias, conforme depoimentos das entrevistas: 1) Avaliação Clínica: consulta de enfermagem; prescrição de enfermagem; avaliação do pé diabético; atendimento multiprofissional; 2) Ação em Saúde: acolhimento; busca ativa; educação em saúde; 3) Processo de trabalho: classificação de risco; e vínculo das pessoas idosas e o enfermeiro da APS. No quadro 2, apresenta-se a codificação dos depoimentos e código de referência dos enfermeiros, bem como a correspondente categoria emergente do *corpus* de análise.

Quadro 1: Domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo

Codificação e código de referência dos enfermeiros	**Categorias emergentes no *corpus* de análise das entrevistas**
Consulta de enfermagem (ENF. 1), (ENF. 2), (ENF. 3), (ENF. 4), (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	**Avaliação Clínica**
Prescrição de enfermagem (ENF. 2), (ENF. 3), (ENF. 4), (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	
Avaliação do pé diabético (ENF. 2), (ENF. 3), (ENF. 4), (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	
Atendimento Multiprofissional (ENF. 4), (ENF. 6), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 11), (ENF. 12)	
Acolhimento (ENF. 1), (ENF. 2), (ENF. 3), (ENF. 4), (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	**Ação em saúde**
Busca ativa (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 12)	
Educação em saúde (ENF. 1), (ENF. 2), (ENF. 3), (ENF. 4), (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	
Classificação de risco (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	**Processo de trabalho**
Vínculo (ENF. 1), (ENF. 2), (ENF. 3), (ENF. 4), (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024), adaptado de Bardin (2015)

Na primeira categoria, avaliação clínica, foram identificados aspectos inerentes a consulta de enfermagem, prescrição de enfermagem, avaliação do pé diabético e atendimento multiprofissional nos cuidados de enfermagem, conforme pode ser verificado nos depoimentos apresentado na sequência:

> *A maioria de nosso público são pessoas idosas! O enfermeiro atende desde acolhimento até a consulta, também realiza avaliação e curativos dos pés diabéticos, orientações, solicitação de exames e avaliação de exames que estão inclusos nos protocolos [...] as orientações as pessoas idosas durante a consulta incluem o autocuidado, uso de insulina, pé diabético, curativos e outras orientações* (ENF. 1).

> *É feito atendimento da consulta de enfermagem para os pacientes idosos que são cadastrados no programa de diabetes. São dispensados medicamentos, avaliação do pé diabético, realizadas orientações sobre o uso e rodízio do local de aplicação da insulina, e prescrição de enfermagem. Também é ofertado glicosímetro e fitas para acompanhamento da glicemia e controle da glicose [...]* (ENF. 2).

> *São ofertados atendimentos as pessoas idosas com diabetes! Quando o paciente é cadastrado na unidade de saúde, disponibilizamos consultas de enfermagem, consultas com farmacêuticos, consulta médica, dispensação de medicação, insulina, glicosímetro, fita para verificação de dextro e outros medicamentos* (ENF. 6).

> *São oferecidos atendimento à pessoa com diabetes. [...] No momento do atendimento de enfermagem se verifica a situação do usuário (cadastrado no programa, se ele usa insulina realiza o acompanhamento), então é feita a classificação da gravidade do usuário diabético. Se ele é usuário alto risco, se faz acompanhamento a cada três meses; se é risco intermediário, a cada seis meses; se for baixo risco a cada um ano! [...] O enfermeiro faz a avaliação, solicitações de exames, medicação, avaliação do pé diabético para avaliar sobre a possibilidade de futuras lesões, sensibilidade, grau de comprometimento neurológico! O enfermeiro tem bastante autonomia dentro dos protocolos da Prefeitura* (ENF. 11).

A segunda categoria evidente foi ação em saúde com as subcategorias: acolhimento; busca ativa e educação em saúde. Constatou-se ações de prevenção de doenças e complicações, estratégias de acolhimento da pessoa idosa com diabetes na APS, busca ativa dos faltosos e acompanhamento das pessoas idosas com DM, assim como práticas de educação em saúde coletivas e individuais, conforme pode ser verificado nos fragmentos dos discursos a seguir:

> *Na educação em saúde falamos sobre os órgãos que podem ser afetados pelo diabetes, quais são os sinais de alerta e circunstâncias que o paciente precisa retornar à unidade. [...] Realizamos algumas campanhas para buscar os pacientes que estão com os exames laboratoriais desatualizados* [...] (ENF. 6).

"[...] O enfermeiro realiza muitas atividades de educação em saúde, como a importância da atividade física, alimentação, cuidados com a insulina [...]. E a gente faz busca ativa dos diabéticos principalmente dos faltosos e inativos" (ENF. 10).

> *O enfermeiro está sempre na ponta da lança! Ele sempre vai fazer o primeiro acolhimento desse usuário, para isso usa meios cativar esses pacientes [...]. A educação em saúde é realizada durante a consulta, revisando o uso das medicações, autocuidado, alimentação e atividade física [...]* (ENF. 11).

Quanto terceira categoria que tratou do processo de trabalho, emergiu destaque para o vínculo e classificação de risco. O enfermeiro considera relevante o estabelecimento de vínculo entre as pessoas idosas e o enfermeiro, assim como a classificação de risco para

melhorar a assistência de enfermagem e do cuidado de enfermagem junto as pessoas idosas, porém enfatiza que estas ações nem sempre são possíveis de serem realizadas, como apontadas nos depoimentos a seguir:

"[...] O idoso em especial busca cuidado/vínculo com enfermeiro da sua preferência! Eles não gostam que mude os profissionais que acompanham sua saúde! Este vínculo é importante para conquistar a confiança e para realização da consulta de enfermagem" (ENF. 1).

> *Se o enfermeiro trata a pessoa com respeito, demonstra segurança, empatia e ética, a pessoa idosa se vincula, alguns que eu atendi e conheci no setor de curativo, mesmo já tendo alta, continuam me buscando para algumas dúvidas por conta desse vínculo que foi criado na hora do primeiro atendimento* (ENF. 5).

> *A gente precisa fazer esse vínculo, mesmo que algumas vezes precise se esforçar para que aconteça. O idoso precisa de acompanhamento contínuo, dependendo do risco, se alto a cada três meses, se for intermediário a cada seis e se for baixo risco a cada um ano, conforme protocolo. Sempre que chega um paciente, mesmo sendo novo, mesmo que a gente o veja ele toda semana e pertença aos programas, é preciso fazer as orientações novamente, sempre reforçando. Assim, o enfermeiro acaba assumindo essa responsabilidade de cuidado com a pessoa idosa diabética* (ENF. 11).

3.3 PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE ATENDIMENTOS AS PESSOAS IDOSAS COM DM NA APS

Em relação a percepção dos enfermeiros sobre os atendimentos as pessoas idosas com DM na APS, destacou-se a promoção da saúde, mediante realização de estratégias essenciais do autocuidado e do Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), conforme pode ser verificado no quadro 2.

Quadro 2: Domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo

Codificação e código de referência dos enfermeiros	**Categorias emergentes no *corpus* de análise das entrevistas**
Autocuidado (ENF. 1), (ENF. 2), (ENF. 3), (ENF. 4), (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	**Promoção da saúde**
Cuidado Centrado na Pessoa (ENF. 1), (ENF. 2), (ENF. 3), (ENF. 4), (ENF. 5), (ENF. 6), (ENF. 7), (ENF. 8), (ENF. 9), (ENF. 10), (ENF. 11), (ENF. 12)	

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024), adaptado de Bardin (2015).

As categorias emergentes evidenciam que os discursos dos enfermeiros quanto ao conhecimento das práticas para pessoas idosas com DM na APS, vinculadas a promoção da saúde, com destaque de alguns profissionais para abordagem centrada nas pessoas e

autocuidado. Porém outros apesar de já ouvir mencionar estas estratégias, desconhecem a forma de realização, mas destacam a ênfase no conhecimento para melhorar o cuidado de enfermagem, qualificar as consultas de enfermagem, fortalecer o vínculo e trazer benefícios para a prática profissional, conforme depoimentos a seguir:

> *[...] A abordagem centrada nas pessoas é utilizada na APS, principalmente na consulta de enfermagem quando identificamos as necessidades da pessoa idosa e inserimos ela como responsável nos seus cuidados [...] esta abordagem é importante porque grande parte do tratamento vai ser realizada no próprio domicílio pelo paciente, seja sozinho ou com apoio de seus familiares. [...] os benefícios para prática profissional, envolvem estimular o paciente a compreender sua situação e se empoderar, tornando o tratamento mais efetivo* (ENF. 5).

> *[...] Eu já ouvi da abordagem centrada nas pessoas, sei que pode ser usada na consulta de enfermagem, mas eu desconheço como que isso pode ser feito! Eu procuro atender a demanda, o que ela me traz, com o meu conhecimento de enfermagem, mas sei que se tivesse maiores conhecimentos poderia trabalhar de maneira diferente! [...]* (ENF. 6).

> *[...] A abordagem centrada nas pessoas é importante, justamente porque essa prática traz personalização ao atendimento! Você olha aquele indivíduo como um todo, ah o João é diabético, mas ele tem resultado no glicosímetro de 120 de destro e a Dona Maria é diabética, mas ela faz 500 de glicemia, são totalmente diferentes, deste modo o atendimento tem que ser diferente, né!? Então, eu tenho que personalizar o atendimento, pro João e de forma diferente para Dona Maria! Não pode ser engessado* (ENF. 8).

> *[...] Eu conheço apenas o conceito geral da abordagem centrada nas pessoas [...] A gente precisa entender que existe a teoria, que vai dar suporte, embasamento para nossas ações, porém, cada pessoa idosa diabética é pessoa única. Então, não adianta eu achar que aquela caixinha padrão vai caber para todos os idosos, não tem como... precisa realmente ter cuidado personalizado e humanizado....* (ENF. 9)

> *O enfermeiro se diferencia quando tem conhecimento para desenvolver o cuidado com qualidade. Hoje em dia tem muita informação, por exemplo, a inteligência artificial, tem tantas coisas o paciente pesquisa no Google e não sabem o que fazer. Então, cabe ao profissional explicar [...] sinto realização profissional na atenção primária, porque o paciente tem confiança no que a gente fala... Esse vínculo com as pessoas idosas é mais forte na APS. Então, além de ter benefício para o usuário, tem para nós e para nossa profissão também* (ENF. 11).

Ainda nesta categoria emergiram informações sobre aspectos facilitadores e dificultadores para a implementação autocuidado e cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas, conforme pode ser verificado nos depoimentos a seguir:

"[...] Dentre os aspectos facilitadores do autocuidado destaca-se a preservação da condição cognitiva da pessoa idosa, assim como a rede de apoio familiar" (ENF. 02).

> *Para ajudar no autocuidado das pessoas idosas é importante usar exemplos da própria realidade vivenciada pelos idosos [...] tem que associar a rotina do paciente e exemplificar o que está explicando, além de adequar a linguagem ao paciente [...] Também acho que no cuidado centrado na pessoa idosa, uma coisa facilitadora é tentar se aproximar da realidade do idoso. Ter empatia!* (ENF. 04).

"[...] Facilitador, hoje em dia, é o acesso à informação que eles têm aos meios de comunicação, qualquer hora eles podem estar lendo uma orientação, acesso no celular, televisão" (ENF. 11).

"Os dificultares para o autocuidado são a falta de estrutura familiar, financeira e social adequada, alterações cognitivas também prejudicam e são barreiras para a autonomia, independência e autocuidado" (ENF. 05).

> *Dentre os dificultadores está o uso de termos técnicos [...] "Você usa insulina? Qual tipo?". "Ah, eu uso a leitosa". "Ah, entendi!". "Quantas vezes ao dia você faz?". "Três". "E, você faz o dextro?". O idoso pode não saber o que é dextro, as vezes tem que usar a linguagem que ele entende como por exemplo: "Você controla o açúcar no seu sangue quantas vezes por dia? Você usa aquelas fitinhas?"* (ENF. 04).

"A não aceitação do cuidado é dificultador, impedindo o tratamento dado pelos profissionais de saúde e as vezes até o vínculo" (ENF. 08).

4 DISCUSSÃO

Com relação à caracterização sociodemográfica dos participantes, prevaleceu o gênero feminino. Esse achado pode estar correlacionado à construção histórica do trabalho em enfermagem, associado historicamente a mulher (Ferreira *et al.*, 2023). O percurso de formação acadêmica, apontou enfermeiros com dupla diplomação (Administração hospitalar, fisioterapia, educação física), corroborando com a amplitude de conhecimentos e compreensão profissional, qualificando a ênfase multiprofissional. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos que trataram da relação do aprimoramento de competências e habilidades fundamentais, correlacionados aos percursos de formação acadêmica, fortalecendo a contribuição dos enfermeiros para a prática de enfermagem (Dias *et al.*, 2020).

Os enfermeiros são considerados experts na aplicação de programas voltados para a saúde coletiva, exigindo deste profissional envolvimento com as necessidades de saúde das famílias e comunidades, respeitando a tríade: habilidade, atitude e conhecimento. Os enfermeiros são protagonistas no desenvolvimento das ações de saúde, especialmente aquelas se envolvem atividades de âmbito individual e coletivo (Borlina; Antunes; Lana, 2023).

Em relação a primeira categoria emergente dos resultados, destacou-se no cuidado voltado a pessoa idosa com DM na APS a importância da avaliação clínica, com destaque para consulta de enfermagem; prescrição de enfermagem; avaliação do pé diabético e atendimento multiprofissional. Estas ações convergem com a resolução Cofen № 736/2024, em relação a consulta de enfermagem e prescrição de enfermagem, assim como com a Linha Guia de Diabetes *Mellitus* (Paraná, 2018a) e Linha Guia da Saúde do Idoso (Paraná, 2018b), ambas tratando do atendimento multiprofissional, avaliação do pé diabético e atendimento a pessoa idosa usuária da APS em âmbito estadual e municipal.

A resolução Cofen № 736/2024, dispõe sobre a implementação do processo de enfermagem em todo contexto em que ocorre o cuidado de enfermagem e ressalta, entre outros aspectos, o imperativo ético relacionado ao registro de informações referentes ao processo de cuidar, compondo etapas da consulta e prescrição de enfermagem.

Também foram destacadas como ações importantes pelos entrevistados avaliação do pé diabético e atendimento multiprofissional, apontadas na Linha Guia de Diabetes *Mellitus* (Paraná, 2018a) e Linha Guia da Saúde do Idoso (Paraná, 2018b), como estratégias para manejo e cuidados a pessoa idosa com foco na prevenção de agravos. Estes documentos oferecem subsídio para atuação das esquipes de saúde atuantes na APS em âmbito municipal e estadual com intuito de padronizar e integrar as práticas de saúde direcionadas a pessoa idosa e pessoa com DM.

Na Linha Guia de Diabetes *Mellitus* (Paraná, 2018a) estão descritas, ações que englobam a prevenção como medidas adotadas pelo enfermeiro com padronização das técnicas e linha de cuidado na avaliação do pé diabético e de úlcera já instalada, buscando classificar a ferida, orientar e direcionar o tratamento, fornecendo base para avaliação continuada da evolução e definição dos riscos de complicações, em especial na prevenção de amputação de membro.

Este documento direciona também a conduta dos enfermeiros para orientações sobre o automonitoramento da glicemia capilar; avaliação da evolução clínica; organização da atenção à pessoa com DM, controle metabólico, avaliação da efetividade do tratamento e terapêutica com insulina (Paraná, 2018a).

A Linha Guia da Saúde do Idoso (Paraná, 2018b), trata das atribuições dos enfermeiros na APS para atendimento da pessoa idosa, apresentando aspectos para realização de consulta de enfermagem; elaboração e monitoramento dos cuidados; cadastramento; solicitação e registro de exames, estratificação de risco e participação na gestão e condução de casos em conjunto com a equipe multiprofissional.

Alguns dos discursos dos enfermeiros entrevistados fazem alusão às ações de atendimento a pessoa idosa, respeitando os protocolos municipais e estaduais, no entanto, alguns destacam que muitas atividades descritas nestes documentos são realizadas de maneira pontual, devido às dificuldades encontradas no cotidiano.

Deste modo, ressalta-se que o atendimento multiprofissional dá apoio as ações de enfermagem desenvolvidas em prol da saúde da pessoa idosa com DM. Assim como apontado em âmbito nacional que aborda a importância do atendimento para consolidação dos objetivos terapêuticos, contribuição no processo de tratamento, recuperação e reabilitação (Brasil, 2018). Neste contexto, a ação em Saúde associada ao acolhimento; busca ativa e educação em saúde são essenciais.

A interação do profissional de saúde com a pessoa idosa em relação ao acolhimento na APS, vinculam-se a abordagem humanizada, oportunizando integração e resolução de demandas específicas. O caderno de atenção básica apresenta estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica, preconizando ações na APS e descrevendo a importância do acolhimento para a detecção precoce de problemas de saúde, assim como das possíveis intervenções de enfermagem que devem ser realizadas no momento do acolhimento (Brasil, 2013).

Em âmbito municipal o documento política municipal de saúde trata do acolhimento da pessoa idosa na APS e das práticas desenvolvidas para a realização desta ação pela equipe de enfermagem, orientando o modo de operar os processos de trabalho de forma a escutar, prestar atendimento com resolutividade, orientando e estabelecendo articulações das demandas do usuário com os serviços oferecidos na APS, de forma a garantir a eficácia desses encaminhamentos (Curitiba, 2018a).

A busca ativa principalmente dos faltosos em relação a consulta de enfermagem foi considerada importante ação apontadas pelos enfermeiros do trabalho em tela. A busca ativa são ações previstas nos protocolos municipais que aborda os cuidados, prevenção de danos e acompanhamento da saúde da pessoa idosa com DM (Curitiba, 2018a; Curitiba, 2022).

Além disso, a educação em saúde também teve destaque para a APS. Envolver as pessoas idosas no processo de educação em saúde possibilita o resgate dos conhecimentos e autocuidado. As atividades educativas direcionadas as pessoas idosas diabéticas, podem garantir a aquisição de conhecimentos e habilidades capaz de contribuir para adoção de estilos de vida saudáveis e fomentando a autonomia das pessoas acerca de sua saúde (Tasca *et al.*, 2020; OPAS, 2020).

Educação em saúde direcionada as pessoas idosas são consideradas estratégias importantes para a difusão do envelhecimento saudável, eficaz para promover a qualidade de vida, transformar hábitos e inclusão social da pessoa idosa, o qual ainda possibilita a ampliação das atividades de prevenção e reabilitação, baseados nos princípios de apoio, empoderamento e autocuidado, de acordo com o documento estadual que respalda a prática destas atividades pelos enfermeiros da APS (Paraná, 2018b; OPAS, 2020).

Neste contexto da APS as atividades de educação em saúde são estratégias importantes e complementares para efetivação do cuidado das pessoas idosa, neste aspecto, as gerontotecnologias apresentam-se como ferramentas úteis. Visto que, contribuem para melhora da capacidade cognitiva, promoção do envelhecimento saudável e socialização da pessoa idosa e a utilização pelos enfermeiros pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades e conhecimentos, necessários para a autonomia e autocuidado da pessoa idosa (Diniz *et al.*, 2022).

No que tange a terceira categoria, processo de trabalho, a classificação de risco e vínculo, destaca-se como ações essenciais. Alinhada a estas estratégias apresenta-se a política nacional de promoção da saúde, compreendida como parte do conjunto de ações realizadas pelos profissionais de saúde de maneira articulada e integrada para garantir a eficácia nas intervenções junto às demandas de saúde dos usuários da APS (Brasil, 2018).

O vínculo da pessoa idosa com DM na APS configura-se como elemento imprescindível para adesão, inclusão, continuidade das ações e fortalecimento das relações entre os enfermeiros e pessoas idosas.

De acordo com o documento avaliação multidimensional do idoso o vínculo se faz pertinente por considerar a pessoa idosa em sua singularidade e multidimensionalidade. Assim no trabalho do enfermeiro o vínculo qualifica a atenção junto às pessoas idosas (Paraná, 2018c).

A classificação de risco foi considerada pelos enfermeiros como recurso para realização do processo de trabalho na APS, por possibilitar a tomada de decisões, estratificação do risco da pessoa idosa, baseados nos protocolos adotados na APS municipal (Curitiba, 2018b).

No âmbito da APS, esta estratégia é considerada ferramenta para avaliar e identificar as condições de saúde, classificação, estratificação, quanto ao nível de cuidados a serem implementados, de acordo com a gravidade clínica, potencial de risco e condições de agravos à saúde ou grau de sofrimento da pessoa idosa atendidas na APS (Curitiba, 2018b; Paraná, 2018a).

Além disso, o enfermeiro atuante na APS, ao realizar a classificação de risco tem possibilidade de desenvolver o autocuidado, como elemento estratégico para auxiliar nas demandas relacionadas ao atendimento e cuidados prestados a pessoa idosa com DM, principalmente em relação às orientações e promoção a saúde desta população (Hartweg; Pickens, 2016; Brasil, 2018)

Outra estratégia emergente nos depoimentos foi o CCP considerado importante no atendimento durante a consulta de enfermagem. A OPAS afirma que a valorização da participação da pessoa idosa em seu plano de cuidado personalizado, centrado nos seus interesses, especificidades e respeito as limitações cognitivas e corporais, são papeis desempenhados pelos profissionais de saúde para o atendimento as demandas das pessoas idosas, de forma a fomentar o bem-estar e envelhecimento saudável, reforça a importância da participação ativa da pessoa idosa na gestão de diferentes aspectos da sua vida (OPAS, 2020).

Assim, a Promoção da saúde baseada nos referenciais teóricos que solidificam a aplicação dos conhecimentos em enfermagem, como nos princípios do CCP e autocuidado de Orem, podem ser consideradas estratégias importantes para efetivação do cuidado e processo de autocuidado das pessoas idosas (Orem, 1991; OPAS, 2020).

O referencial teórico de Orem apresenta-se diretamente relacionado a capacidade da pessoa idosa em agir a seu favor, fomentando a saúde, através de condutas aprendidas e demonstradas e envolve a realização consciente e pressupõe a decisão do indivíduo em fazer por si o seu próprio cuidado (Hartweg; Pickens, 2016; Orem, 1993). Assim o enfermeiro é profissional essencial para desenvolvimento do cuidado junto a estas pessoas, estimulando práticas que estimulem a saúde e bem-estar.

5 CONCLUSÃO

Ao mapear as ações de enfermagem realizadas na APS, voltadas para o estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*, os dados obtidos permitiram descrever a percepção e vivências de enfermeiros da APS sobre os atendimentos as pessoas idosas com DM.

De acordo com os discursos dos entrevistados, o autocuidado, emergiu como possível estratégia de prevenção e reabilitação da pessoa idosa, porém foram elencadas por eles, algumas barreiras para implementação do autocuidado, dentre elas as que se destacaram a falta de estrutura de apoio e suporte social da pessoa idosa, principalmente no âmbito

familiar, financeiro e social, dificuldades, além do comprometimento cognitivo e declínio emergente com a senilidade.

O arcabouço teórico da pesquisa, amparado no autocuidado de Dorothea Orem, viabilizou compreender que mesmo diante dos desafios para implementação da prática clínica durante a consulta de enfermagem, os enfermeiros demostraram esforços para aplicação de ações voltadas a busca ativa, cadastro, vínculo, acolhimento, classificação de risco, avaliação do pé diabético, prescrição de enfermagem, educação em saúde, abordagem centrada nas pessoas, e autocuidado. Estas estratégias potencializam a qualificação do cuidado de enfermagem e valorizam a pessoa idosa como central para o seu autocuidado.

Como limitações deste estudo destaca-se o quantitativo de participantes, único cenário de estudo, inviabilizando a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2015.

BORLINA, C. P. V.; ANTUNES, F. B.; LANA, L. D. Competências do Enfermeiro Gestor na Atenção Primária: Revisão Integrativa de Literatura. **Sanare,** v. 22, n. 2, p. 98-110, 2023. DOI: https://doi.org/10.36925/sanare.v22i2.1689

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes *Mellitus*. **Cadernos de Atenção Básica,** n. 36, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 21 jun. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde - PNPS.** 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 17 mar. 2024.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Curitiba. **Política Municipal de Promoção da Saúde de Curitiba.** Curitiba: Comitê Intersetorial de Promoção da Saúde, 2018a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 07 mar. 2024.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica. Estratificação de Risco de Condições Crônicas Priorizadas na População Adulta do Município de Curitiba. Risco cardiovascular global, hipertensão arterial e diabetes melito.** Curitiba: Departamento de Atenção Primaria à Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto, 2018b. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 07 mar. 2024.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Curitiba. **Plano Municipal de Saúde.** Curitiba, 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 07 mar. 2024.

DIAS, E. G. *et al.* A primeira experiência profissional do enfermeiro na Atenção Básica. **Rev. Enf. Contemp.,** v. 9, n. 2, p. 218-224, 2020. DOI: https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i2.2914

DINIZ, J. *et al.* Gerontotecnologias e internet das coisas para prevenção de quedas em idosos: revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm.,** n. 35, eAPE003142, 2022. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03142

FERREIRA, T. A. *et al.* Enfermagem como opção de profissão feminina na Universidade do Brasil. **História da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE),** v. 14, e08, 2023. DOI: https://doi.org/10.51234/here.2023.v14.e08

HARTWEG, D. L.; PICKENS, J. A. Concept analysis of normalcy within Orem's self-care deficit nursing theory. **Self Care Depend Care Nurs.,** v. 8, n. 4, p. 418-425, 2016. Disponível em: https://static1.squarespace.com/static/55f1d474e4b03fe7646a4d5d/t/. Acesso em: 03 mar. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da População 2023.** 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 12 fev. 2024.

ISHIMITSU, L. K.; ALMEIDA, M. H. M. de; BATISTA, M. P. P. Empoderamento no cuidado centrado na pessoa idosa: revisão integrativa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento,** v. 28, e124070, 2023. DOI: https://doi.org/10.22456/2316-2171.124070

LIMA A. P. *et al.* Conhecimento e atitude sobre a diabetes tipo 2 em idosos: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 25, n. 2, p. 729-740, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.14662018

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

OREM, D. E. **Conceptos de Enfermeria en la Practica.** Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

OREM, D. E. **Nursing Concepts of Pratice.** 3. ed. Boston: Mosby, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030).** Genebra: OMS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030. Acesso em: 14 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE).** 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974. Acesso em: 10 mar. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Diabetes *Mellitus*.** 2. ed. Curitiba: SESA, 2018a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 19 fev. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Saúde do Idoso.** Curitiba: SESA, 2018b. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 21 fev. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso. SAS.** Curitiba: SESA, 2018c. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 14 maio 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024.** São Paulo: Clannad Editora Científica, 2023. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br. Acesso em: 20 maio 2024.

SOUZA, A. O. de. *et al.* Teoria do autocuidado de orem nas teses de enfermagem brasileira: estudo bibliométrico. **Revista Nursing,** v. 25, n. 288, p. 7731-7742, 2022. Disponível em: https://revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2470/3014. Acesso em: 29 maio 2024.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica,** n. 44, e4, 2020. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4

5.4 ARTIGO 4 - PERCEPÇÃO SOBRE VIVÊNCIA E AUTOCUIDADO DAS PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE[7]

Percepção sobre vivência e autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus* atendidas na atenção primária à saúde

Perception about the experience and self-care of elderly people with diabetes *Mellitus* treated in primary health care

Autocuidado das pessoas idosas com diabetes

Self-care for older people with diabetes

Resumo

Objetivos: conhecer a percepção das pessoas idosas com DM Tipo 2, atendida na atenção primária em saúde, sobre sua vivência e autocuidado. *Método:* pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada com 13 pessoas idosas em tratamento do DM Tipo 2, acompanhada na Atenção Primária em Saúde. Os dados foram coletados entre março a junho de 2024, mediante entrevista com roteiro semiestruturado embasado no referencial teórico do autocuidado de Orem e análise de Conteúdo. *Resultados:* As pessoas idosas percebem a condição de ser diabético vinculada a percepção em viver com a doença, principalmente em relação a autopercepção: alimentação, visão da vida e tomada de decisão; condição de ser diabético: mudança alimentar, prevenção de complicações, vida ativa; condição de ser diabético insulinodependente: mudanças alimentar, controle diário; tipos de pensamentos: Adaptação, Expectativas, Medo; Autorreflexão: ressignificação e mudanças. O autocuidado foi declarado como importante no cotidiano, compreendido como instrumento essencial para as pessoas idosas com DM tipo 2, destacando-se as categorias: 1) Autocuidado é saúde 2) Autocuidado são atitudes de autoestima e emoção. *Conclusão:* Os participantes demonstraram ciência das suas potencialidades e dificuldades em relação a vivência com o diabetes *Mellitus* tipo 2, evidenciando-se que o autocuidado é importante no cotidiano da pessoa idosa,

[7] Artigo em submissão: "Percepção sobre vivência e autocuidado das pessoas idosas com diabetes mellitus atendidas na atenção primária à saúde". Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Aguarda análise editorial. 2024. A formatação do artigo segue as normas da revista que o artigo foi submetido e/ ou publicado.

compreendido como instrumento essencial, atrelado à saúde, alimentação, autoestima e emoção.

Palavras-Chave: Diabetes *Mellitus* Tipo 2. Pessoas Idosas. Autocuidado. Cuidados em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Abstract

Objectives: to understand the perception of elderly people with Type 2 DM, treated in primary health care, about their experience and self-care. *Method*: exploratory research with a qualitative approach, carried out with 13 elderly people undergoing treatment for Type 2 DM, followed in Primary Health Care. The data were found between March and June 2024, through interviews with a semi-structured script based on the theoretical framework of self-care of Orem and Content analysis. *Results*: Elderly people perceive the condition of being diabetic linked to the perception of living with the disease, mainly in relation to self-perception: eating, outlook on life and decision making; condition of being diabetic: dietary changes, prevention of complications, active life; condition of being insulin-dependent diabetic: dietary changes, daily control; types of thoughts: Adaptation, Expectations, Fear; Self-reflection: resignification and changes. Self-care was declared as important in everyday life, understood as an essential instrument for elderly people with type 2 DM, highlighting the following categories: 1) Self-care is health 2) Self-care is attitudes of self-esteem and emotion. *Conclusion*: The participants demonstrated awareness of their potential and difficulties in relation to living with type 2 diabetes *Mellitus*, showing that self-care is important in the daily life of elderly people, understood as an essential instrument, linked to health, nutrition, self-esteem and emotion.

Keywords: Type 2 Diabetes *Mellitus*. Elderly People. Self-care. Health Care. Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

O aumento na expectativa de vida reflete em maior proporção de pessoas idosa na população brasileira, dados apontam que o número de pessoas com 60 anos ou mais totalizou 32.113.490 no ano de 2023. Destaca-se como prevalente neste público as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente o Diabetes *Mellitus* (DM) Tipo 2[1,2,3].

No Brasil são aproximadamente 16,8 milhões de pessoas com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* e mais de 14 milhões com DM Tipo 2, sendo que as pessoas idosas são em média 11,9 milhões. No mundo existem aproximadamente 463 milhões de pessoas, entre 20 e 79 anos que convivem com o diabetes, desse total o DM Tipo 2 é responsável por quase 90% dos casos[3].

Para realizar o controle desta doença, é necessário dispor de ferramentas, estratégias e adequada estrutura, desde modo, a Atenção Primária em Saúde (APS) é porta de entrada para as pessoas com DM Tipo 2, visto que possui estratégia capaz de prevenir e efetivar o cuidado a saúde da pessoa idosa com DM Tipo 2[4,5].

Diante deste cenário o autocuidado figura como importante, destacando-se para o bem estar e cuidado a pessoa idosa com DM Tipo 2. Define-se para este estudo, a concepção teórica do autocuidado proveniente da teoria de Orem[6], compreendida como práticas de amadurecimento e aperfeiçoamento, a partir da dedicação de tempo a atividades voltadas ao autocuidado em benefício próprio, favorecendo, hábitos saudáveis e manutenção no bem-estar que abrangendo aspectos vivenciais[6,7].

Considerando a importância da temática, este artigo objetivou conhecer a percepção das pessoas idosas com DM Tipo 2, atendida na atenção primária em saúde, sobre sua vivência e autocuidado.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa[8,9], realizada com pessoas idosas que frequentaram uma Unidade Municipal de Saúde (UMS) referência no atendimento das pessoas idosas em Curitiba, Paraná. Seu desenvolvimento foi feito com base na lista de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), com objetivo de demonstrar maior confiabilidade no percurso[10].

Participaram da pesquisa 13 pessoas idosas em tratamento do DM Tipo 2, mediante critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; ser domiciliada na área da UMS; possuir cadastro e diagnóstico médico de DM tipo 2 registrado na UMS; e apresentar capacidade cognitiva preservada, conforme pontuação do Miniexame do Estado Mental (MEEM), conforme pontuação de corte adotada segundo o grau de escolaridade dos participantes, considerando analfabeto ≤ 13 pontos, 1 a 8 anos incompletos ≤ 18 pontos; 8 anos ou mais ≤ 26 pontos[11].

A coleta de dados foi realizada no período de março a junho de 2024, em encontros agendados utilizando roteiro semiestruturado contendo quatro partes, a saber:

1) Caracterização sociodemográfica: nome, sexo, idade.
2) Perfil clínico: Tempo de diagnóstico; Tempo de tratamento realizado; tipo de tratamento; doenças de base (comorbidade), complicações do DM Tipo 2 e conhecimento sobre a condição de saúde.

Em relação ao autocuidado, embasou-se no referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem[6], o qual defende que quando capazes os indivíduos devem ser responsáveis por seus próprios cuidados. Deste modo, questionou-se as pessoas idosas sobre:

3) Condição de ser diabético: A) Viver sendo pessoa idosa com DM Tipo 2 exige enfrentamentos ou mudanças diárias? Sim quais? Não justifique. B) Mudou algo antes e depois de descobrir o diagnóstico de ser diabético? C) Mudou algo antes e depois de ser diabético insulinodependente? (aplicado aos entrevistados com está terapêutica em curso); D) Quais são os pensamentos que você tem sobre sua condição hoje? E) Estar com DM Tipo 2 muda a forma como você vive ou se percebe no mundo?
4) Autocuidado: A) O que é autocuidado para você? B) Você faz algo por si mesmo? E para seu autocuidado?

Após a tabulação dos dados, realizou-se análise de conteúdo[12]. Na etapa de pré-análise, os dados foram organizados e sistematizados, removendo as respostas em texto livre que não acrescentavam informações relevantes para análise.

Na etapa exploratória de codificação das unidades de registro, os recortes resultantes foram codificados, de acordo com trechos convergentes e divergentes. Na etapa de categorização, emergiram unidades de registro, representadas pelas categorias e subcategorias, que direcionaram a etapa de tratamento dos resultados. Está etapa foi composta pelas inferências reflexivas e críticas com interpretação dos dados sobre as percepções das pessoas idosas com DM Tipo 2.

Em respeito ao preceito ético do anonimato, as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo as pessoas idosas identificadas pelos códigos PAC. 1... PAC. 13. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme pareceres consubstanciados: 6.195.537 e 6.064.240.

RESULTADOS

CARACTERIZAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS

Participaram do estudo 13 pessoas idosas, sete do sexo feminino e seis do sexo masculino com idade entre 61 à 87 anos, tempo de diagnóstico e tratamento do DM Tipo 2 em média de 30 anos. O tipo de tratamento prevalente foi restrição alimentar, medicamentoso oral (n=11), dois dos entrevistados relataram estar em terapia exclusivamente medicamentosa oral e cinco utilizam tratamento medicamentoso oral e insulínico.

Todos os participantes disseram possuir algumas morbidades, sendo as mais apontadas: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (n=12), hipercolesterolemia (n=4), Insuficiência Venosa Crônica (IVC) (n=1) e Câncer (CA) de próstata (n=1).

Em relação as complicações decorrentes da DM Tipo 2, destacou-se a dificuldade de cicatrização (n=6), seguida por retinopatia diabética (RD) (n=4), Acidente Vascular Cerebral (AVC) (n=1), trombose (n=1), entre outras complicações (n=1) relataram apresentar poliúria noturna. E afirmaram não apresentarem complicação relacionadas ao DM Tipo 2 duas (n=2).

Todos os entrevistados (n=13) apontam ter conhecimento sobre sua condição de saúde, com ausência de dúvidas. Estas informações podem ser verificadas na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e perfil clínico (n=13) das pessoas idosas usuários da Unidade Municipal de Saúde (UMS)

Entrevistado (código)	Idade (anos)	Sexo	Tempo de diagnóstico do DM Tipo 2	Tempo de tratamento realizado para o DM Tipo 2	Qual tipo de tratamento	Doenças de base (comorbidade)? Se sim, quais?	Você tem alguma complicação do DM Tipo 2? Se sim, quais?
PAC. 1	71	F	8	8	Medicamentoso (oral) e alimentar	Hipercolestero-lemia	dificuldade de cicatrização
PAC. 2	66	F	3	3	Medicamentoso (oral) e alimentar	HAS, IVC	AVC, Trombose
PAC. 3	62	F	3	3	Medicamentoso (oral), insulinoterapia e alimentar	HAS	Não
PAC. 4	78	M	15	15	Medicamentoso (oral), insulinoterapia e alimentar	HAS, Hipercolestero-lemia	dificuldade de cicatrização
PAC. 5	76	M	15	15	Medicamentoso (oral), insulinoterapia e alimentar	HAS	dificuldade de cicatrização
PAC. 6	62	M	23	20	Medicamentoso (oral),	HAS, CA de próstata	poliúria noturna

					insulinoterapia e alimentar		
PAC. 7	69	M	8	8	Medicamentoso (oral) e alimentar	HAS, Hipercolestero-lemia	dificuldade de cicatrização
PAC. 8	61	F	8	8	Medicamentoso (oral)	HAS	Não
PAC. 9	67	F	10	10	Medicamentoso (oral)	HAS	dificuldade de cicatrização
PAC. 10	76	F	30	30	Medicamentoso (oral) e alimentar	HAS, Hipercolestero-lemia	dificuldade de cicatrização RD
PAC. 11	72	M	30	30	Medicamentoso (oral) e alimentar	HAS	RD
PAC. 12	87	F	10	10	Medicamentoso (oral) e alimentar	HAS	RD
PAC. 13	75	M	10	10	Medicamentoso (oral) e insulinoterapia	HAS	RD

*Paciente (PAC.); *Feminino (F); *Masculino (M); *Acidente Vascular Cerebral (AVC); *Insuficiência Venosa Crônica (IVC); *Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); *Retinopatia diabética (RD); *Câncer (CA).
Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

PERCEPÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS SOBRE A CONDIÇÃO DE SER DIABÉTICO

Em relação a percepção das pessoas idosas sobre a condição de ser diabético, emergiram cinco categorias, conforme depoimentos dos entrevistados: 1) Autopercepção: alimentação, visão da vida e tomada de decisão; 2) Condição de ser diabético: mudança alimentar, prevenção de complicações, vida ativa; 3) Condição de ser diabético insulinodependente: mudanças alimentar, controle diário; 4) Tipos de pensamentos: Adaptação, Expectativas, Medo; 5) Autorreflexão: ressignificação e mudanças. No Quadro 1, apresenta-se codificação dos depoimentos e código de referência as pessoas idosas, bem como a correspondente categoria emergente do *corpus* de análise.

Quadro 1: Domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo

Codificação e código de referência das pessoas idosas	Categorias emergente
Alimentação (PAC. 2), (PAC. 7), (PAC. 8), (PAC. 11) Visão de vida (PAC. 4), (PAC. 6), (PAC. 9) Tomada de decisão (PAC. 6), (PAC. 9), (PAC. 13)	Autopercepção
Mudança Alimentar (PAC. 2), (PAC. 3), (PAC. 6), (PAC. 9), (PAC. 10). Prevenção de complicações (PAC. 3), (PAC. 6), (PAC. 9) Vida ativa (PAC. 3), (PAC. 6), (PAC. 9)	Condição de ser diabético

Mudança Alimentar (PAC. 4), (PAC. 5), (PAC. 6), (PAC. 10). Controle diário (PAC. 5), (PAC. 6), (PAC. 10)	Condição de ser diabético insulinodependente
Adaptação (PAC. 1), (PAC. 2), (PAC. 4), (PAC. 5), (PAC. 6), Expectativas (PAC. 4), (PAC. 5), (PAC. 6), (PAC. 12) Medo (PAC. 10), (PAC. 12)	Tipos de pensamentos
Ressignificação (PAC. 1), (PAC. 6), (PAC. 13) Mudanças (PAC. 2), (PAC. 5), (PAC. 9)	Autorreflexão

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

A primeira categoria evidente foi autopercepção considerada a forma pela qual o indivíduo percebe suas habilidades e dificuldades individuais[6]. Nestas categorias emergiram as subcategorias: alimentação, processo pelo qual o organismo humano obtém e assimila alimentos e nutrientes para realização das suas funções vitais[4]; visão de vida considerada neste estudo modo de pensar, sentir e interpretar os acontecimentos, alinhado ao referencial teórico de Orem[13]; e tomada de decisão, processo inerente às escolhas ações e atitudes para alcançar um objetivo específico baseado em Orem[13].

> "Sim preciso ter uma dieta balanceada com pouco açúcar" (PAC. 2).
> Sim muitas vezes não viajo, prefiro ficar em casa por causa da diabetes (PAC. 4).
> "Sim tenho que tomar muitos remédios no dia e acabo vivendo em função deles" (PAC. 6).
> Sim preciso restringir muitos alimentos e tomar muitos remédios (PAC. 7).
> Sim preciso cuidar da alimentação e tomar os remédios (PAC. 8).
> Sim me cuido para não machucar, tenho medo de não sarar e perder um dedo ou pé (PAC. 9).
> "Sim por causa do diabetes eu não tenho saído muito de casa nem para ir na casa dos parentes" (PAC. 13).

A segunda categoria, Condição ser diabético corresponde a maneira de viver que resulta das circunstâncias em que a pessoa idosa com DM Tipo 2 se encontra[3]. Destacou-se nesta categoria aspectos relacionados à mudança alimentar (recurso aplicado para auxiliar no controle glicêmico e redução do risco de comorbidades para pessoas diabéticas)[3], prevenção de complicações (estratégias e atitudes individuais objetivando reduzir o risco de complicação da doença)[14] e vida ativa considerada na implementação e adesão de práticas que contribuem para melhorar a saúde e qualidade de vida[14]. Emergiram discursos sobre a questão que envolve as mudanças ocorridas com a descoberta do diagnóstico de ser diabético.

> "Sim mudou! Minha alimentação (PAC. 2).
> "Depois de saber da diabetes, estou sempre preocupada em estar me controlando quanto a saúde e alimentação, faço os exames e acompanho no posto" (PAC. 3)
> "Mudou minha vida sim! Antes de ter a diabetes eu era sedentário! [...] hoje faço exercício físico, cuido da alimentação e da saúde para prevenir complicações" (PAC. 6).
> "Mudou ao saber que estava com diabetes tive que mudar meus hábitos alimentares" [...] (PAC. 9).
> "Sim, mudou cuido da alimentação, tenho medo de machucar, da glicose subir de ficar cega e tenho um pouco de ansiedade, mas vou levando a vida com a diabetes" (PAC. 10).

Para as pessoas idosas em tratamento medicamentoso com insulinoterapia, destacou-se a categoria "condição ser diabético insulinodependente", embasada na mesma definição da categoria dois (maneira de viver que resulta das circunstâncias em que a pessoa idosa com DM Tipo 2 se encontra)[3], com as subcategorias: mudança alimentar (recurso aplicado para auxiliar no controle glicêmico e redução do risco de comorbidades[3] e controle diário corresponde nesta pesquisa como parte integrante do tratamento para DM Tipo 2 voltadas para as pessoas idosas insulinodependentes[3].

> "Sim, mudou após incluir o uso da insulina, minha qualidade de vida piorou, não posso beber e como doce muito pouco" (PAC. 4).
> "Minha vida era melhor sem diabetes, preciso estar controlando quanto a saúde e alimentação e preciso estar me furando todos os dias" (PAC. 5).
> "Mudou! Usando insulina, tem que tomar todos aqueles cuidados de você estar bem alimentado se não pode fazer hipoglicemia e pode acarretar algo grave" (PAC. 6).
> Mudou tive que aprender a controlara glicemia, aplicar diariamente a insulina e ainda são muitas idas e vindas ao médico (PAC. 10).

A quarta categoria evidenciou tipos de pensamentos, considerado como o modo de pensar da pessoa idosa sobre sua condição de ser DM Tipo 2[6], com as subcategorias: adaptação, baseada na capacidade e disposição que cada pessoa possui para maneja as exigências internas e externas na resolução dos problemas[6], expectativa entendida como a espera baseada em probabilidades de acontecer algo em relação a DM Tipo 2[3] e medo considerado o sentimento em relação a doença[3], conforme os discursos a seguir dos entrevistados em relação aos tipos de pensamentos sobre a condição atual.

> "Penso que preciso agir pela razão, afinal a cabeça vai, mas o corpo não acompanha!" (PAC. 1).
> "Penso que eu tenho sempre que estra atenta em me cuidar" (PAC. 2).
> "Os pensamentos que gostaria de voltar a muitos anos atrás, não dá né! Mas a vida ela é boa antes da diabetes, depois e sempre" (PAC. 4).
> "Penso que gostaria de ser curado da diabetes" (PAC. 5).

> "Penso que hoje o diabetes é uma doença de jovens, crianças e idosos, acho que tudo vai do cuidado" (PAC. 6).
> "Penso que o diabetes traz muitos problemas físicos, e principalmente visão" (PAC. 10).
> "Penso sempre que tenho medo de ficar cega por causa do diabetes, por isso faço o que as pessoas mandam eu fazer para melhorar" (PAC. 12).

Também foi evidenciada mudanças na forma de viver e perceber o mundo pela pessoa idosa com DM Tipo 2, gerando as categorias autorreflexão, compreendida como a reflexão que se faz acerca de si próprio[6]. Nesta estão alocados aspectos inerentes a subcategorias: ressignificação entendido como a capacidade da pessoa idosa em dar novo reordenamento e valor a fim de alterar o significado de algo[6] e mudanças alicerçada também na teoria de Orem[6], compreende as mudanças realizadas em relação ao contexto vivencial em prol da DM Tipo 2, conforme pode ser verificado nos depoimentos apresentados:

> "Sim preciso ressignificar minha vida diariamente" (PAC. 1).
> "Percebo que a doença impacto na minha vida em relação a alimentação, forma de viver e cuidados em saúde, tive que mudar praticamente tudo" (PAC. 2).
> "Estar com diabetes mudou sim […] não tenho mais frequentado o baile, passo muito tempo cuidando da saúde" (PAC. 5).
> "Mudou sim, percebo que o diabetes é uma doença que precisa de todo um trato precisei achar novos sentidos para minha vida" (PAC. 6).
> "Mudou minha rotina, assim como minha vida" (PAC. 9).
> "Mudou sim a forma como vivo" (PAC. 13).

PERCEPÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS SOBRE O AUTOCUIDADO

Em relação a percepção das pessoas idosas sobre autocuidados, emergiram duas categorias: 1) Autocuidado é saúde 2) Autocuidado são atitudes de autoestima e emoção.

No quadro 2, apresenta-se os códigos de referência para as pessoas idosas, codificação e categorias, emergente do *corpus* de análise baseados nos depoimentos das pessoas idosas, conforme pode ser verificado.

Quadro 2: Domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo

Codificação e código de referência das pessoas idosas	Categorias emergente
Alimentação (PAC. 8), (PAC. 9), (PAC. 10), (PAC. 13) Cuidado à saúde (PAC. 3), (PAC. 4), (PAC. 6), (PAC. 8), (PAC. 9), (PAC. 10), (PAC. 13)	Autocuidado é saúde
Autoestima (PAC. 2), (PAC. 5), (PAC. 8) (PAC. 12) Emoção (PAC. 2), (PAC. 5), (PAC. 8), (PAC. 12), (PAC. 13)	Autocuidado são atitudes de autoestima e emoção

Fonte: Elaborado pelos autores (2024), adaptado de Bardin[11]

A primeira categoria gerada foi autocuidado é saúde, baseada nos preceitos da teoria de Orem[6] que considera o autocuidado como conjunto de ações que a pessoa realiza por si mesmo em prol de sua saúde. As subcategorias emergentes foram alimentação processo pelo qual o organismo humano obtém e assimila alimentos e nutrientes para realização das suas funções vitais[4] e Cuidado à saúde considerada nesta pesquisa como atitude de realizar intervenções buscando resultados positivos para a saúde[6], conforme pode ser verificado nos depoimentos que seguem:

> "Acho que autocuidado é se gostar! Busco fazer coisas mais saudáveis, em todos os sentidos, seja físico, emocional e social (PAC. 3).
> "Autocuidado é realmente se cuidar e fazer o possível para que dê tudo certo, para o diabete não se complique" (PAC. 4).
> "Autocuidado é se cuidar e se gostar" (PAC. 6).
> "Autocuidado é cuidar da alimentação, caminhar e se cuidar (PAC. 8).
> "Autocuidado é zelar pelos cuidados próprios como alimentação e saúde" (PAC. 9)
> "O autocuidado é você ter cuidado com tudo, com os pés, com as mãos, com o calçado, alimentação e saúde" (PAC. 10)".
> "O autocuidado é cuidar de mim, ter disciplina [...] é controle" (PAC. 13).

Também emergiu a categoria: autocuidado são atitudes de autoestima e emoção, considerando-se as atitudes da pessoa idosa relacionados a sua autoestima e emoção[6]. As subcategorias emergentes envolveram: autoestima, considerada como forma de avaliação de si mesmo que embasa as atitudes e decisões gerando confiança em seus atos e julgamentos pessoal[6] e emoções como a reações afetivas relacionadas a saúde e vida[6], conforme depoimentos a seguir:

> "Tenho participo da igreja, tento não ficar nervosa, pensamento positivo sempre"! (PAC. 02).
> "Tenho tentado cuidar do físico, emocional e da minha família" (PAC. 05).
> Estou tentando diminuir o ritmo, ficar mais tempo fazendo o que gosto" (PAC. 8).
> "Tenho feito de tudo [...] Faço tudo que manda, tomo remédio, chá, tirei o doce e vou a igreja. Tem ajudado!" (PAC. 12).
> "Tenho procuro me cuidar! Larguei de me preocupar com os outros" (PAC. 13).

DISCUSSÃO

Com relação à caracterização dos participantes, foi preponderante o gênero feminino. O Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), aponta que 11,1% das mulheres são acometidas pela doença, enquanto

9,1% dos homens[3]. Quanto a idade, prevalece na literatura dados convergentes aos achados nesta pesquisa 61 a 87 anos, que corroborou com os resultados identificados em outra investigação em que o predomínio das participantes foram pessoas idosas nessa faixa etária[15].

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico e tratamento do DM Tipo 2 os dados podem estar relacionados com ao aumento da longevidade e melhoras na qualidade de vida. Nesse sentido o Ministério da saúde vem investindo em instrumentos de apoio na APS, com a implementação da Política Nacional que norteia ações desenvolvidas e direcionadas a está população[4,14].

O tipo de tratamento para o DM tipo 2 inclui: medicamentoso oral, restrição alimentar e medicamentoso oral associado a insulina estes dados são compatíveis com a disposição da rede pública de saúde, como preconizado pelo Ministério da Saúde[3,4,].

Outro aspecto relevante em relação as pessoas idosas com DM tipo 2 é a multimorbidade caracterizada pela presença de duas ou mais doença crônica no mesmo indivíduo[16]. Todos os entrevistados declaram possuir está condição, o que pode ser explicada pela maior probabilidade da pessoa idosa de desenvolvimento de doença crônica[17,18].

Neste estudo destacou-se as complicações decorrentes da DM Tipo 2, dificuldade de cicatrização e RD. A maioria das complicações do diabetes são resultantes dos níveis glicêmicos que podem permanecer elevados durante longos períodos, resultando ou piorando as complicações relacionadas a DM Tipo 2 de forma gradual e progressiva, sendo comum nestes casos a lentificacão do processo de cicatrização e comprometimento da visão devido a retinopatia diabética[3].

Na percepção da pessoa idoso sobre viver com o DM tipo 2 destacou-se a autopercepção, principalmente em relação a alimentação, visão da vida e tomada de decisão o que confirma que a saúde da pessoa idosa é complexa, envolvendo múltiplos fatores, como bem-estar e qualidade de vida[15,19].

Hábitos alimentares saudáveis, que desempenham importante papel no tratamento do diabetes e consiste em fator de prevenção e redução de comorbidades como hipertensão e colesterolemia. Estudos caracterizaram os hábitos alimentares de idosos diabéticos e não diabéticos e demostrou associação positiva ao relacionar hábitos alimentares e modo de vida das pessoas idosas[19,20].

Os entrevistados evidenciaram nos discursos a necessidade do controle diário exigido para a pessoa idosa insulinodependente, reforçados pelos relatos atrelados a necessidade de adaptações e incorporações de práticas que envolvem alterações alimentares, controle glicêmico, prática frequente de atividades físicas e mudanças em relação a aspectos vivencias

após o diagnóstico de diabetes. Pesquisas demostraram que a condição de ser diabético estimula adaptação do indivíduo em especial em relação aos aspectos inerentes a adaptação do cotidiano e cuidados preventivos[21,22].

Muitos são os fatores que podem estar relacionados aos tipos de pensamentos da pessoa idosa com diabetes, influenciando o bem-estar emocional e físico[23,24]. Dentre os tipos de pensamentos elencados pelas pessoas idosas estavam adaptação, expectativa e medo, que indicaram as atitudes dessas pessoas frente a doença.

O processo de aceitação da diabetes pode estar permeado por oscilações de diferentes sentimentos como visto neste estudo entre eles adaptação, expectativa e medo, que podem gerar vivências positivas ou negativas perante o diabetes. Neste contexto, acredita-se como em pesquisa realizada que a melhor compreensão dos sentimentos e comportamentos das pessoas diabética pode nortear o redimensionar dos cuidados à saúde[25,26].

No contexto das percepções sobre as mudanças e a forma de viver e se percebe no mundo sendo diabético, os entrevistados evidenciaram a vontade de buscar novo sentido e mudanças no viver com a diabetes, essas atitudes repercutem positivamente no enfrentamento da doença[6,7]. Importante destacar que a compreensão dos sentimentos e comportamentos da pessoa diabética pelos profissionais de saúde pode contribuir com eficácia do tratamento vigente[22,26].

As bases teóricas do autocuidado enfatizam o resgate da autonomia da pessoa idosa, nas decisões sobre sua condição de vida, conforme as mudanças ocorridas em prol da doença[6,27,28]. Neste contexto, o enfermeiro da APS é elemento estratégico para auxiliar nas demandas e planejamento de autocuidado da pessoa idosa com DM Tipo 2[4,21].

Entre as táticas desenvolvidas pelos enfermeiros estão as estratégias de autocuidado, apontada pelos entrevistados como importante instrumento de contribuição dos cuidados a saúde e alimentação, estes elementos quando autogerenciados são considerados na DM Tipo 2 como cruciais no sucesso do tratamento[2]. Nesse sentido o acolhimento e vinculo pode proporcionar o estreitamento das relações e auxilia no autocuidado.

Para realização de autocuidado efetivo, faz-se necessários esforços conjuntos e contínuos entre o enfermeiro e a pessoa atendida, mediante práticas de pactuação para corresponsabilização, principalmente em relação ao tratamento e cuidado, prevenindo agravos e complicações à saúde da pessoa idosa diabética[22,24].

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como limitador nesta pesquisa destaca-se o quantitativo de participantes (pessoas idosas N=13), assim como a origem, provenientes de única UBS, restringindo a generalização dos resultados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os participantes do estudo demonstraram ciência das suas potencialidades e dificuldades em relação a vivencia com a DM Tipo 2. A percepção da pessoa idosa em viver com DM tipo 2 destacou potencialidades em relação a aspectos inerentes Autopercepção: alimentação, visão da vida e tomada de decisão; Condição de ser diabético: mudança alimentar, prevenção de complicações, vida ativa; Condição de ser diabético insulinodependente: mudanças alimentar, controle diário; Tipos de pensamentos: Adaptação, Expectativas, Medo; Autorreflexão: ressignificação e mudanças.

O autocuidado foi declarado como importante no cotidiano, compreendido como instrumento essencial para as pessoas idosas com DM tipo 2, destacando-se as categorias: 1) Autocuidado é saúde 2) Autocuidado são atitudes de autoestima e emoção.

Alguns fatores foram apontados como dificultadores em relação a vivencia com a DM Tipo 2, como o controle diário em relação a monitoramento da glicemia capilar, adaptação a rotina de cuidados relacionada alimentação, hábitos saudáveis e atividade física, expectativa em relação aos impactos da diabetes na vivência, medo expressado como incerteza e mudanças atrelados em alguns discursos a dificuldade em se adaptar ao contexto de ser uma pessoa idosa com diabetes.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística - IBGE. Projeção da população 2023. 2023 [acesso em 12 fev 2024]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.

2. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso. Curitiba: SESA; 2018 [acesso em 14 maio 2024]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br.

3. Sociedade Brasileira De Diabetes - SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024]. São Paulo: Clannad Editora Científica; 2023 [acesso em 20 jun 2024]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes *Mellitus*. Cadernos de Atenção Básica, n. 36, Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 21 jun 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/.

5. Organização Pan-Americana Da Saúde - OPAS. Atenção integrada para a pessoa idosa (ICOPE). 2020 [acesso em jun 2024]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974.

6. Orem DE. Conceptos de Enfermeria en la Practica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.

7. Souza AO de, Grzybowski BT, Hammerschmidt KSA, Betiolli SE, Paula AS, Brandão ML, Schwanke AA, Fugaça NPA, Postanovski SM, Muller Z. Análise das Políticas Públicas Brasileiras que dialogam com as Diretrizes do Autocuidado da Pessoa Idosa: Pesquisa Documental. Research, Society and Development. 2022 [acesso em 29 jul 2024];11(11):e224111133551. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication.

8. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2015.

9. Dantas ESO, Amorim KPC. Aspectos teórico-metodológicos em pesquisa qualitativa em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2023 [acesso em 20 ago 2024];28(1):1589-90. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.15862022.

10. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enfermagem. 2021 [acesso em 11 abr 2024];24(1):eAPE02631. Disponível em: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631.

11. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq. Neuro-Psiquiatr. 1994 [acesso em 14 jun 2024];52(1):1-7. Disponível em: https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/abstract/?lang=pt.

12. Bardin L. Análise de conteúdo. 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2015.

13. Orem DE. Nursing Concepts of Pratice. 3 ed. Boston: Mosby; 1991.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS; 2018 [acesso em 17 ago 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br.

15. Veloso J, Guarita-Souza lC, Lima Júnior E, Ascari RA, Précoma DB. Perfil clínico de portadores de Diabetes *Mellitus* em acompanhamento multiprofissional em saúde. Revista

Cuidarte. 2020 [acesso em 28 ago 2024];11(3):e1059. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732020000300318&script=sci_arttext.

16. 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. [acesso em 15 ago 2024]. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/.

17. Organização Mundial de Saúde - OMS. Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030). Genebra: OMS; ONU - Organização das Nações Unidas; 2020 [acesso em 14 jun 2024]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030.

18. Bortoluzzi EC, Mascarelo AM, Portella MR, Silva SG da, Alves ALS. Multimorbidade em idosos e seus fatores associados em 2010 e 2021. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. 2024 [acesso em 20 ago 2024];(27):e230231. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wZ5bW5HWqNczvdNjFBJ8PnD/.

19. Dorna MS. Alimentação de Idosos Diabéticos e não Diabéticos no Brasil. Minieditorial. Arq. Bras. Cardiol. 2022 [acesso em 28 ago 2024];118(2):398-399. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/sxJxWJLFTmFvTRWsPwycNgf/.

20. Assumpção D, Ruiz AMP, Borim FSA, Neri AL, Malta DC, Francisco PMSB. Hábito alimentar de idosos diabéticos e não diabéticos: Vigitel, Brasil, 2016. Arq Bras Cardiol. 2022 [acesso em 29 ago 2024];118(2):388-397. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/JgCJhQJGDnhnzxTmxnxPkGS/.

21. Borba AKOT, Arruda IKG, Marques APO, Leal MCC, Diniz AS. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. Ciências Saúde Coletiva, 2019 [acesso em 28 ago 2024]; 24(1):125-136. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/P8fcyhWrNmBgHgBgmPMxtjP/.

22. Gonçalves LHT, Silva AP, Fernandes DS, Cunha C, Castro RLP, Uchôa VS. Conhecimento e atitude sobre diabetes *Mellitus* de usuários idosos com a doença atendidos em unidade básica de saúde. Nursing 2020 [acesso em 08 ago 2024]; 23(260):3497-3501. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg21.pdf.

23. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia da Saúde do Idoso. Curitiba: SESA; 2018 [acesso em 21 fev 2024]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br.

24. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia de Diabetes *Mellitus*. 2. ed. Curitiba: SESA; 2018 [acesso em 19 fev. 2024]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br.

25. Fittipaldi EOS, Andrade AD, Santos ACO, Campos S, Fernandes J, Castanho MTJA. Sintomas depressivos estão associados a níveis séricos elevados de colesterol de proteína de baixa densidade em idosos com diabetes *Mellitus* tipo 2. Arq Bras Cardiol. 2020

[acesso em 29 ago 2024];115(3):462-467. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/XTTY8n7f8VVsYSv4q6MxbnC/?lang=pt.

26. Frazão MCLO, Viana LRC, Ferreira GRS, Pimenta CJL, Silva CRR, Madruga KMA, Batista PSS, Costa, KNFM. Correlação entre sintomas de depressão, atitude e autocuidado em idosos com diabetes tipo 2. Rev. Bras. Enferm. 2023 [acesso em 29 ago. 2024];76(3):e20220741. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/d4dhVffZpkpRsHLZcN7PBdg/?lang=pt.

27. Hartweg DL, Metcalfe SA. Teoria de enfermagem do déficit de autocuidado de Orem: relevância e necessidade de refinamento. Enfermagem Ciência. 2022 [acesso em 03 ago 2024];35(1):70-76. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34939484/.

28. Souza AO de, Hammerschmidt KS de A, Betiolli SE, Paula A da S, Paes GR, Fugaça NPA. Teoria do autocuidado de orem nas teses de enfermagem brasileira: Estudo bibliométrico. Nursing, 2022 [acesso em 29 maio 2024];25(288):7731-7754. Disponível em: https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2470.

5.5 ARTIGO 5 - PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2: CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÃO SOBRE O AUTOCUIDADO[8]

Recebido em: xx/xx/xxxx
Aceito em: xx/xx/xxxx
DOI: 10.25110/arqsaude.vXXiX.2024-00000



PESSOAS IDOSAS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2: CARACTERÍSTICAS E PERCEPÇÃO SOBRE O AUTOCUIDADO

RESUMO: Tem-se objetivo de identificar as características socioeconômicas, clínicas e de percepção do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* tipo 2 na atenção primária em saúde. Realizou-se pesquisa quantitativa, de caráter descritivo-exploratório e corte transversal, com pessoas idosas portadoras de DM tipo 2 atendidas na atenção primária em saúde. Para coleta de dados utilizou-se roteiro semiestruturado, dividido em três partes: Perfil Sociodemográfico e Clínico, dados de exames laboratoriais e Sinais Vitais e Diabetes *Mellitus* 2. Participaram da pesquisa sete pessoas idosas com diabetes tipo 2, idade entre 60 e 69 anos, maioria branca, sexo feminino, com ensino fundamental completo, residindo sozinha, com habilitação automotiva, aposentada e com acompanhamento da doença exclusivamente pelo SUS. O tempo de diagnóstico médio foi de 10 anos, realizando tratamento predominante da combinação entre medicamento hipoglicemiante oral e dieta, com presença de comorbidades e complicações decorrentes da DM tipo 2. A percepção dos participantes demostrou que possuíam conhecimentos suficientes sobre a doença, mas não adotavam medidas de controle, gerando impacto negativo na qualidade de vida e autocuidado. Conclui-se que as características socioeconômicas, clínica e de percepção das pessoas idosas com DM tipo 2 permitem identificar características da doença, cuidados diários, reconhecimento de problemas e dificuldades em relação a atitudes, comprometimento e autocuidado.
PALAVRAS-CHAVE: Saúde do Idoso; Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Pessoas Idosas; Autocuidado; Cuidado Centrado na Pessoa.

ELDERLY PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: CHARACTERISTICS AND PERCEPTION OF SELF-CARE

ABSTRACT: The objective is to identify the socioeconomic, clinical and self-care characteristics of elderly people with type 2 Diabetes Mellitus in primary health care. Quantitative, descriptive-exploratory, cross-sectional research was carried out with elderly people with type 2 DM treated in primary health care. For data collection, a semi-structured script was used, divided into three parts: Sociodemographic and Clinical Profile, data from laboratory tests and Vital Signs and Diabetes Mellitus 2. Seven elderly people with type 2 diabetes, aged between 60 and 69 years, participated in the research, majority white, female, with complete primary education, living alone, with a car license, retired and with disease

[8] Artigo em submissão: "Pessoas idosas com Diabetes Mellitus tipo 2: características e percepção sobre o autocuidado". Revistas Científicas da UNIPAR. Aguarda análise editorial. 2024. A formatação do artigo segue as normas da revista que o artigo foi submetido e/ ou publicado.

monitoring exclusively by the SUS. The average diagnosis time was 10 years, with predominant treatment being a combination of oral hypoglycemic medication and diet, with the presence of comorbidities and complications resulting from type 2 DM. The participants' perception demonstrated that they had sufficient knowledge about the disease, but did not adopt control measures, generating a negative impact on quality of life and self-care. It is concluded that the socioeconomic, clinical and perception characteristics of elderly people with type 2 DM allow identifying characteristics of the disease, daily care, recognition of problems and difficulties in relation to attitudes, commitment and self-care.
KEYWORDS: Health of the Elderly; Type 2 Diabetes Mellitus; Elderly People; Self-care; Person-Centered Care.

PERSONAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: CARACTERÍSTICAS Y PERCEPCIÓN DEL CUIDADOS PERSONALES

RESUMEN: El objetivo es identificar las características socioeconómicas, clínicas y de autocuidado de personas mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 en la atención primaria de salud. Se realizó una investigación cuantitativa, descriptiva-exploratoria, transversal, con ancianos con DM tipo 2 atendidos en la atención primaria de salud. Para la recolección de datos se utilizó un guion semiestructurado, dividido en tres partes: Perfil Sociodemográfico y Clínico, datos de exámenes de laboratorio y Signos Vitales y Diabetes Mellitus 2. Participaron siete personas mayores con diabetes tipo 2, con edades entre 60 y 69 años. en la investigación, mayoritariamente blancos, mujeres, con educación primaria completa, viviendo solos, con licencia de automóvil, jubilados y con seguimiento de enfermedades exclusivamente por el SUS. El tiempo promedio de diagnóstico fue de 10 años, siendo el tratamiento predominante una combinación de hipoglucemiantes orales y dieta, con presencia de comorbilidades y complicaciones derivadas de la DM tipo 2. La percepción de los participantes demostró que tenían conocimientos suficientes sobre la enfermedad, pero no los tenían. no adoptar medidas de control, generando un impacto negativo en la calidad de vida y el autocuidado. Se concluye que las características socioeconómicas, clínicas y de percepción de los ancianos con DM tipo 2 permiten identificar características de la enfermedad, cuidados cotidianos, reconocimiento de problemas y dificultades en relación a actitudes, compromiso y autocuidado.
PALABRAS CLAVE: Salud del Adulto Mayor; Diabetes Mellitus Tipo 2; Personas Mayores; Cuidados Personales; Atención Centrada en la Persona.

1 INTRODUÇÃO

No contexto global ocorre aumento da longevidade, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Ciências (IBGE) demostram que os brasileiros com 60 anos ou mais totalizam 32.113.490, representando aumento de 56% de envelhecidos em comparação aos indicadores de 2010. O fenômeno do envelhecimento demográfico, coloca em evidência este grupo populacional, devido aos riscos de vulnerabilidades nas diversas dimensões humanas, as quais demandam do poder público e da sociedade atitudes e busca de novas estratégias para conduzir formas de viver mais assertivas a esta população (SBD, 2024; OMS, 2020; IBGE, 2023).

Alinhado ao aumento da longevidade, destaca-se a presença de pessoas idosas com doenças crônicas, principalmente a Diabetes *Mellitus* (DM) tipo 2, considerada importante problema de saúde pública, independentemente do grau de desenvolvimento dos países. A DM tipo 2 é doença de origem múltipla, com elevada incidência e prevalência. Em escala mundial, estima-se 463 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos, convivem com o DM. No Brasil são 16,8 milhões de pessoas com diagnóstico de DM, com maior prevalência entre pessoa idosas com 65 e 74 anos (19,9%) e para as pessoas com 75 ou mais anos de idade a prevalência é de 19,6% nesta população (SBD, 2024; Brasil, 2018).

O autocuidado da pessoa idosa com DM tipo 2, relaciona-se aos cuidados de diversos fatores para implementação e manutenção de tratamento efetivo para DM tipo 2, dentre eles a necessidade de manter alimentação saudável, automonitoramento glicêmico, práticas de atividade física regular, adesão ao uso dos medicamentos e cuidados com os pés (Gonçalves, *et al.*, 2020; Souza *et al.*, 2022a).

Diante deste cenário a teoria do autocuidado de Orem (1993), tem premissa que o homem possui capacidade inata para cuidar de si e quando capaz, deve ser responsáveis por seus cuidados. O autocuidado se trata de comportamento pessoal, realizado pela dedicação de tempo, vinculado a vida, saúde, bem-estar e autoaprendizagem (Souza *et al.*, 2022b; Orem, 1993).

Para fortalecimento das estratégias em relação aos cuidados da pessoa idosas, a Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolveu abordagem baseada na atenção Integrada para a Pessoa Idosa, ICOPE, (do inglês: *Integrated Care for Older People*) a qual trata das demandas da pessoa idosa, alinhados ao Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), enfatizando a necessidade de assistência aos indivíduos, família e comunidade, conforme suas características, estado físico e preferências individuais (OMS, 2020; OPAS, 2020).

Baseado nesta perspectiva o Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), foi considerado o cuidado adaptado, coordenado e personalizado às necessidades do indivíduo, auxiliando no desenvolvimento de aptidões, conhecimentos e confiança para gerir a tomada de decisões sobre sua própria saúde e autocuidado, objetivando plenitude e independência (OMS, 2020; OPAS, 2020).

Considerando a importância dos cuidados voltados para a pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* tipo 2, este estudo objetivou identificar as características socioeconômicas, clínicas e de percepção das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* tipo 2 atendidas em uma Unidade Municipal de Saúde (UMS) especializada em atendimento a pessoa idosa.

2 MÉTODO

Trata-se de estudo quantitativo, de caráter descritivo-exploratório e corte transversal, realizado com pessoas idosas diagnosticadas com DM tipo 2, pertencentes à área adscrita de uma UMS do município de Curitiba.

A base conceitual desta pesquisa fundamentou-se na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1991), que conduz o cuidado desenvolvido pelo indivíduo em favor de sua própria saúde, de forma a abranger todos os aspectos da vida e trazendo protagonismo à pessoa em relação ao amadurecimento do autocuidado.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de março e junho de 2024, em UMS no município de Curitiba que presta serviços de saúde da atenção básica, com atendimento as pessoas idosas com DM tipo 2.

O cuidado de enfermagem aos pacientes DM tipo 2 inclui verificação de sinais vitais e medidas antropométricas, acolhimento ao usuário, orientações acerca da patologia, formas de controle da glicemia, cuidados preventivos relacionados às possíveis complicações da DM tipo 2, orientações sobre acondicionamento e uso de insulina, solicitação de exames de controle e rastreio, estratificação de risco, cuidados ao pé diabético, dentre outras ações (Curitiba, 2023).

O estudo foi conduzido com sete pessoas idosas, sendo que o convite ocorreu por meio de afixação de cartaz-convite com os dados de contato da pesquisadora na UMS; após o contato com a pessoa idosa, procedeu-se ao agendamento do encontro (no local definido pelo participante, UMS ou domicílio).

No dia agendado, realizou-se a leitura e esclarecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após a concordância e assinatura do mesmo em duas vias, uma ficou com a pesquisadora e outra de igual valor foi entregue à pessoa idosa; na sequência procedeu-se à aplicação do Mini Exame do Estado Mental (MEEM) a fim de verificar o estado cognitivo e qualificar o participante para o estudo conforme score por escolaridade (analfabetos: ≥ 13 pontos; 1 a 8 anos de estudo: ≥ 18 pontos; 8 anos ou mais de estudo: ≥ 26 pontos) (Bertolucci *et al.*, 2001); somada a aplicação do Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional-20 (IVCF-20) para estratificar a pessoa idosa em relação à sua vulnerabilidade clínico-funcional, podendo ser baixa (0 a 6 pontos), moderada (7 a 14 pontos) e alto risco (≥15 pontos), em consonância com a Linha Guia da Saúde do Idoso da Secretaria Estadual de Saúde (SESA/PR) (Moraes *et al.*, 2016; Paraná, 2018b; Paraná, 2018c).

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos; possuir diagnóstico médico de DM tipo 2; cadastro definitivo na UMS; estar cadastrado no programa da Secretaria de Saúde direcionado ao acompanhamento de pessoas com DM tipo 2; possuir estado cognitivo preservado conforme score do MEEM (Bertolucci *et al.*, 2001). Como critérios de exclusão considerou-se: reagendamento do encontro por mais de 2 vezes consecutivas.

A coleta de dados se deu por meio de roteiro semiestruturado, dividido em três partes: 1) Perfil Sociodemográfico e Clínico; 2) Exames laboratoriais e Sinais Vitais; e 3) Diabetes *Mellitus* 2. A primeira parte, destinada a recolher dados para definição do perfil sociodemográfico com questões como: idade, sexo, estado civil, cor da pele, escolaridade, renda, uso de plano de saúde e/ou do SUS, condições de moradia e o status de habilitação para dirigir.

A segunda parte identificou o tempo de diagnóstico e tratamento, tipo de tratamento, comorbidades e doenças de base, condição física da pessoa idosa, presença de deficiência. Também foram recolhidas informações dos sinais vitais, medidas antropométricas e exames laboratoriais: como pressão arterial (PA), glicemia em jejum, hemoglobina glicada, cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e risco cardiovascular - todos aferidos pela pesquisadora no momento da coleta.

A terceira parte, teve informações vinculadas ao Diabetes *Mellitus*, utilizando instrumentos validados: *Diabetes Knowledge Questionnaire* (DKN-A), que abrange conhecimentos gerais relacionados ao DM tipo 2, com perguntas sobre fisiologia, grupos de alimentos e manejo; *Diabetes Attitude Questionnaire* (ATT-19), que busca mensurar o ajuste psicológico da pessoa em relação ao DM tipo 2, abordando: estresse associado, receptividade e confiança ao tratamento, eficiência pessoal, percepção da saúde e aceitação social (Torres *et al.*, 2005); Diabetes-21 (D21), instrumento multidimensional que avalia o comprometimento com a da qualidade de vida da pessoa com DM tipo 2, (Sousa *et al.*, 2022); Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD), que avalia seis dimensões do autocuidado em relação ao DM tipo 2, sendo alimentação geral, alimentação específica, atividade física, monitorização da glicemia, cuidado com os pés, uso de medicação e tabagismo (Michels *et al.*, 2010).

Também foi realizado exame do Pé Diabético, que englobou exame dermatológico, com aplicação do instrumento *How to do a 3-minute diabetic foot exam* (3MIN) que avalia a extremidade inferior dos pés dos pacientes com DM e possui 3 domínios: 1) história do

paciente com DM; 2) exame físico; 3) educação do paciente em relação aos pés (Baldassaris; Martínez, 2020).

Foi aplicado para determinar a perda de sensibilidade nos pacientes com DM, o Teste de Toque Leve (TQLEV), realizado toque com diapasão de 128 Hz nos dedos dos pés da pessoa idosa, sequencialmente. A perda de sensibilidade é provável quando o toque leve não é detectado em dois ou mais locais (IWGDF, 2019).

Para triagem de arteriopatia desnervação e sepse foi aplicado o instrumento de *Classification System and Score in Comparing Outcome of Foot Ulcer Management* (SINBAD). O escore deste sistema é adquirido por meio da soma dos dados importantes sobre a úlcera e pode atingir um máximo de seis pontos (Monteiro-Soares *et al.*, 2015).

Para avaliação da sensibilidade protetora e detecção da neuropatia periférica foi realizado o teste do diapasão (DIAP), aplicado na parte dorsal da falange distal do hálux dos dois pés. O escore considera positivo quando a pessoa idosa é capaz de responder corretamente a 2 de 3 das aplicações e negativo quando responde apenas uma única vez, ou menos, de forma correta (Brasil, 2013; IWGDF, 2019).

Além de ser realizado o Teste do monofilamento (TM), para avaliar a presença de neuropatia e perda da sensibilidade protetora em três locais diferentes em ambos os pés dos participantes, O escore desta avaliação é considerado normal quando o participante afirma que sente no mínimo duas das três repetições realizadas (Brasil, 2013; IWGDF, 2019).

A análise dos dados deu-se de forma descritiva, com frequência absoluta (n) e percentual (%), organizados os dados no Microsoft Excel; e scores dos instrumentos calculados conforme as orientações individuais de seus desenvolvedores.

Os participantes foram codificados com as iniciais PI (pessoa idosa) + numeração arábica sequencial seguindo a ordem das entrevistas (PI1, PI2...). Em relação aos aspectos éticos, este estudo obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa conforme parecer consubstanciado nº 6.195.537 e 6.064.240, e houve cumprimento dos critérios das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12 que regula as pesquisas envolvendo seres humanos e nº 738/24 que dispõe sobre o uso de banco de dados em pesquisas científicas envolvendo seres humanos.

3 RESULTADOS

Este estudo contou com sete pessoas idosas com DM tipo 2, a maioria tem risco moderado de vulnerabilidade clínico-funcional (n=5), idade entre 60 e 69 anos (n=4), sexo

feminino (n=4), solteiros (n=4), cor da pele autodeclarada branca (n=5), nacionalidade brasileira (n=7) e ensino fundamental completo (n=4), conforme pode ser verificado na tabela 1:

Tabela 1. Características das Pessoas Idosas

Perfil Sociodemográfico		
Sexo	**n**	**%**
Masculino	3	43%
Feminino	4	57%
Faixa etária	**n**	**%**
60 a 69 anos	4	57%
70 a 79 anos	2	29%
80 a 89 anos	1	14%
Estado Civil	**n**	**%**
Casado(a)	3	43%
União estável	1	14%
Divorciado	1	14%
Solteiro	1	14%
Viúvo	1	14%
Cor da pele	**n**	**%**
Branca	4	57%
Parda	3	43%
Nacionalidade	**n**	**%**
Brasileiro	7	100%
Condição física	**n**	**%**
Deambulando	7	100%
Deficiência	**n**	**%**
Nenhuma	6	86%
Auditiva	1	14%
Moradia	n	%
Sozinho	3	43%
Cônjuge/companheiro(a)	3	43%
Cônjuge/companheiro(a), filhos	1	14%
Cuidador principal	**n**	**%**
Sem cuidador	7	100%
Habilitação para dirigir?	**n**	**%**
Sim	5	71%
Não	2	29%
Categoria da habilitação	**n**	**%**
A, B, C, D, E	1	
B (carro)	4	
Escolaridade	**n**	**%**
Ensino fundamental incompleto	1	14%
Ensino médio incompleto	3	43%
Ensino superior completo	1	14%
Pós-graduação (especialização)	2	29%

Fonte: As autoras (2024)

Ao considerar aspectos financeiros, 86% das pessoas idosas são aposentadas, recebem entre 1 e 2 salários mínimos (n=2 ambos), um recebe 3 salários mínimos, um quatro e outro cinco salários; realizam seus atendimentos e acompanhamentos de saúde no SUS (n=7); em relação às condições de moradia, três moram sozinhos, três moram com o cônjuge

e um com o filho; nenhum possui cuidador (n=7) e a maioria possui habilitação automotiva - dirigir carro (n=5).

No que se refere ao perfil clínico das pessoas idosas, o tempo de diagnóstico e de tratamento de DM tipo 2 que prevaleceu é de 10 anos (n=4), 8 anos (n=2) e 5 anos (n=1); o tipo de tratamento apontado foi a combinação entre medicamento hipoglicemiante oral e dieta (n=4), medicamento hipoglicemiante oral (n=2) e medicamento hipoglicemiante oral, dieta e insulinoterapia (n=1).

Como comorbidades foram apontadas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (n=4) e hipercolesterolemia (n=3), dentre os participantes hipertensos, dois apresentaram alteração significativa de Pressão Arterial: um homem com a PA 141x87 mmHg e uma mulher com a PA 142x90 mmHg. Em relação as complicações em decorrência da DM tipo 2 os participantes alegaram dificuldade de cicatrização (n=5), retinopatia diabética (RD) (n=1) e trombose venosa (n=1). A tabela 2 demonstra os resultados dos exames laboratoriais de glicemia em jejum e hemoglobina glicada:

Tabela 2. Valores laboratoriais de glicemia em jejum e hemoglobina glicada dos participantes

Participante	Glicemia em jejum	Hemoglobina glicada
PI1	110 mg/dl	10,40%
PI2	110 mg/dl	6,20%
PI3	111 mg/dl	6,20%
PI4	100 mg/dl	5,70%
PI5	120 mg/dl	6,70%
PI6	158 mg/dl	8,20%
PI7	119 mg/dl	6,70%

Fonte: As autoras (2024)

Quanto a condição física dos participantes, todos deambulam sem auxílio (n=7), um declarou possuir deficiência (auditiva), 71% estão com sobrepeso (IMC >27) ou obesidade (IMC > 30) e nenhum apresentou lesão de pé diabético (n=0).

Em relação a aplicação do instrumento DKN-A, seis tiveram pontuação acima de oito e uma pessoa idosa obteve score dois, indicando que os participantes se apresentaram bem instruídos em relação ao DM tipo 2 (Torres *et al.*, 2005). No instrumento ATT-19, nenhum participante alcançou 70 pontos, portanto as pessoas idosas demonstraram não adotar medidas de controle da DM tipo 2. Em relação do D-21, os participantes da pesquisa apresentaram impacto negativo quanto a qualidade de vida validada por este instrumento D-21, conforme tabela 3.

A tabela 3 expõe a pontuação dos participantes nos instrumentos DKN-A, ATT-19 e D21.

Tabela 3. Score dos participantes conforme instrumento

Participante	DKN-A score	ATT-19 score	D-21 score
PI1	11	61	43
PI2	9	41	30
PI3	2	49	26
PI4	9	52	29
PI5	11	53	35
PI6	10	49	41
PI7	9	44	27

Fonte: As autoras (2024)

Em relação a frequência que as pessoas idosas realizaram as atividades de autocuidado nos sete dias anteriores, foi aplicado o questionário de atividades de autocuidado com o diabetes (QAD) e verificou-se os seguintes resultados: alimentação geral: não receberam orientação alimentar (n=7); alimentação específica: quanto a comer frutas, vegetais, carnes e doces (n= 7); atividade física (n=5); monitorização da glicemia = (n= 1); cuidado com os pés (n= 7); uso de medicação (n= 7); tabagismo (n= 0). Os resultados indicaram que os participantes da pesquisa executam o autocuidado em relação ao DM tipo 2 ao longo da semana ou em grande parte dos dias dela (Michels *et al.*, 2010).

Para avaliação dos pés das pessoas idosas participantes foram aplicados os seguintes instrumentos: *How to do a 3-minute diabetic foot exam* (3MIN), detectando rachaduras (n=3), bolhas (n=2) e infecções fúngicas (n=2) (Baldassaris; Martínez, 2020); Teste de Toque Leve (TQLEV) verificando-se que os participantes tiveram a sensibilidade ao toque em dois ou mais locais preservada conforme teste (IWGDF, 2019); *Classification System and Score in Comparing Outcome of Foot Ulcer Management* (SINBAD), no qual todos os participantes tiveram a média de 2 pontos nesta avaliação (Monteiro-Soares *et al.*, 2015); teste diapasão de 128 HZ (DIAP), demonstrando redução de sensibilidade no hálux (n=3) (Brasil, 2013; IWGDF, 2019) e teste do Monofilamento, em que todos os participantes tiveram resultados positivos (Brasil, 2013; IWGDF, 2019). Conforme pode ser conferido na tabela 4.

Tabela 4. Resultados dos testes por participantes conforme instrumento

Testes realizados		
Teste	**Objetivo do teste**	**Resultados por Participantes**
Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (QAD)	Avaliar aderência às atividades de autocuidado das pessoas com DM e sua concordância com a prescrição dos profissionais de saúde.	PI1= média de 5 dias por semana PI2 = média de 7 dias por semana PI3 = média de 7 dias por semana PI4= média de 5 dias por semana PI5 = média de 7 dias por semana PI6 = média de 5 dias por semana PI7 = média de 5 dias por semana
Versão brasileira *do How*	Avaliar a extremidade inferior dos	PI1 rachaduras

To do a 3-minute Diabetic Foot Exam (3MIN)	pés dos pacientes com DM	PI2 bolhas PI3 rachaduras PI4 bolhas PI5 infecções fúngicas PI6 rachaduras PI7 infecções fúngicas
Teste de Toque Leve (TQ LEV)	Rastrear a perda de sensibilidade nos pacientes com DM	PI1 sensibilidade preservada PI2 sensibilidade preservada PI3 sensibilidade preservada PI4 sensibilidade preservada PI5 sensibilidade preservada PI6 sensibilidade preservado PI7 sensibilidade preservada
Classification System and *Score in Comparing Outcome of Foot Ulcer Management* (SISTEMA SINBAD)	Avaliar a sensibilidade para classificar a área, profundidade, arteriopatia desnervação e sepse	PI1= 2 pontos PI2= 2 pontos PI3 = 2 pontos PI4 = 2 pontos PI5 = 1 pontos PI6 = 1 pontos PI7 = 1 pontos
Teste diapasão de 128 HZ (DIAP)	Avaliar a perda de sensibilidade protetora e detecção da neuropatia periférica	PI1 redução de sensibilidade PI2 sensibilidade preservada PI3 sensibilidade preservada PI4 sensibilidade preservada PI5 redução de sensibilidade PI6 sensibilidade preservada PI7 redução de sensibilidade
Teste do Monofilamento (TM)	Avaliar a presença de neuropatia e perda da sensibilidade protetora.	PI1 sensibilidade protetora preservada e ausência de neuropatia PI2 sensibilidade protetora preservada e ausência de neuropatia PI3 sensibilidade protetora preservada e ausência de neuropatia PI4 sensibilidade protetora preservada e ausência de neuropatia PI5 sensibilidade protetora preservada e ausência de neuropatia PI6 sensibilidade protetora preservada e ausência de neuropatia PI7 sensibilidade protetora preservada e ausência de neuropatia

Fonte: As autoras (2024)

O exame musculoesquelético não apresentou alterações de mobilidade (n=0); e o exame vascular evidenciou alterações: diferença de temperatura entre os pés (n=2), diferença de temperatura entre panturrilha e pés (n=3) e pulso pedioso e tibial posterior não palpáveis (n=5).

4 DISCUSSÃO

4.1 Perfil Sociodemográfico da Pessoa Idosa com DM Tipo 2

Com relação à caracterização dos entrevistados, foi preponderante o gênero feminino. Fato também demonstrado em outros estudos com amostras compostas majoritariamente por mulheres (Veloso *et al.*, 2020). De acordo com o Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel, 2023 *apud* SBD, 2024), se autodeclararam diabéticos 11,1% das mulheres e 9,1% dos homens. A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2024), afirma que há aumento no número de pessoas diabéticas em ambos os sexos, porém com maior prevalência entre as mulheres.

Neste estudo foram predominantes pessoas longevas com 60 a 69, os achados corroboraram com resultados identificados em outras investigações com predomínio de pessoas idosas nessa faixa etária, considerados “pessoas idosas jovens” (Bortoluzzi *et al.*, 2024; Melo; Lima, 2020).

A cor branca foi preponderante entre os entrevistados, confirmando taxa significativa de pessoas de etnia branca no estado do Paraná (Paraná, 2018b; Paraná, 2018c). Mais da metade dos longevos se declaram solteiros; residindo sozinhos, com filhos, cônjuge ou companheiro. Se tratando do autocuidado o apoio familiar pode influência de forma significativa na adesão ao tratamento do DM tipo 2 e qualidade de vida (Miguel; Mafra; Loreto, 2023).

O grau de escolaridade ensino fundamental completo, foi predominante entre os entrevistados e deve ser considerado por estar relacionados ao mecanismo de entendimento do processo de adoecimento, dinâmica de mudanças na saúde física e adesão em relação ao autocuidado e continuidade do tratamento (Brasil, 2016; Bortoluzzi *et al.*, 2024).

Além disso, no presente estudo a renda de 2 salários mínimos foi destaque para os idosos. A renda exerce papel relevante na vivencia pela pessoa idosa DM tipo 2, considerando que em muitas famílias utilizam a renda da pessoa idosa para complementação ou ainda como principal fonte de renda familiar (Brasil, 2013; Veloso *et al.*, 2020; Miguel; Mafra; Loreto, 2023). Os gastos com alimentação, consumo e lazer podem ser restritos quando se obtêm renda mensal reduzida, podem interferir na qualidade de vida e tratamento da pessoa idosa com DM tipo 2 (Brasil, 2013).

Todos os participantes deste estudo realizavam seu tratamento e acompanhamento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. O SUS vem buscando maneiras de aproximar a

pessoa idosa da rede de cuidados a saúde através da implementação de documentos como a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que traz estratégias de aproximação desta população com os serviços de saúde, sobretudo a APS. Essas medidas refletem a maior utilização pelas pessoas idosas aos serviços ofertados na APS que busca atuar de forma eficaz na redução e minimização das complicações ocasionadas pelo DM Tipo 2 (Brasil, 2018; Melo; Lima, 2020).

4.2 Perfil Clínico da Pessoa Idosa com DM Tipo 2

O tempo de diagnóstico médio foram 10 anos, considerando que o tempo de diabetes tipo 2, implica em muitos casos na agregação de comorbidades e complicações decorrentes das DCNT (Paraná, 2018c). Quando se trata de complicações, estudos demostraram que quanto mais jovem a pessoa idosa com diabetes maiores os riscos de complicações decorrentes da DM Tipo 2, como dificuldade de cicatrização, retinopatia diabética (RD) e tromboses (Veloso *et al.*, 2020; Paraná 2018c).

A maioria dos participantes relatou tratamento realizado a combinação entre uso de medicamento hipoglicemiante oral e dieta. Estes resultados são compatíveis com a oferta de tratamento disponível na rede pública de saúde, e preconização do Ministério da Saúde, através de políticas públicas voltados para os cuidados com as pessoas diabéticas (SBD, 2024; Brasil, 2013).

Outro aspecto relevante em relação às pessoas idosas com DM tipo 2 são as multimorbidades, caracterizadas pela presença de duas ou mais doença crônica no mesmo indivíduo (Brasil, 2016). Todos os entrevistados declaram possuir tal condição, explicada pela maior probabilidade da pessoa idosa desenvolver de doença crônica, assim como maior registro de diagnósticos na população idosa (OMS, 2020; Bortoluzzi, *et al.*, 2024).

Neste estudo destacou-se complicações decorrentes da DM tipo 2: dificuldade de cicatrização e retinopatia diabética (RD). A maioria das complicações em consequência do diabetes são resultantes dos níveis glicêmicos que podem permanecer elevados durante longos períodos, contribuindo para surgimento ou piora das complicações relacionadas a DM Tipo 2 de forma gradual e progressiva, ocorrendo lentificacão do processo de cicatrização e comprometimento da visão devido a retinopatia diabética (SBD, 2024).

A média da glicemia em jejum 110 mg/dl (70% da amostra) e hemoglobina glicada (HbA1c) de 6,70% (60% da amostra) caracterizam valor glicêmico satisfatório em relação ao recomendado pelos documentos e diretrizes que tratam desses parâmetros de valores para a

população idosa com DM tipo 2. Considerando que o fator idade somados a condição de ser DM tipo 2, contribui substancialmente para aumento dos níveis de hemoglobina glicada, assim como o controle inadequado da glicemia pode contribuir para maior risco de complicações microvasculares como retinopatia, nefropatia e neuropatia e macrovasculares como doença cardiovascular, cerebrovascular e vascular periférica (Paraná, 2018a; SBD, 2024).

No contexto da condição física, a maioria das pessoas idosas estão com sobrepeso ou obesidade (IMC >27 kg/m^2). Assim, a obtenção de metas para controle de peso são fundamentais para a redução dos riscos micro e macrovasculares, estimulando a criação de hábitos saudáveis, necessários para reduzir a incidência de outras condições crônicas. No Brasil, a prevalência de sobrepeso e obesidade tem média de 55% de acordo com SBD (Paraná, 2018c; Brasil, 2013; SBD, 2024).

Nenhum dos participantes apresentou lesão de pé diabético ao exame clínico, porém destaca-se que todas pessoas idosas participantes eram classificadas como baixo risco na estratificação da linha de cuidado implementada pelo Programa Escute seu Coração da secretaria municipal de saúde de Curitiba PR (Curitiba, 2021; Curitiba, 2023). Porém, independentemente da classificação de risco, deve ser realizado em todas as pessoas idosas com DM tipo 2 rastreamento do risco de ulceração dos pés.

As lesões em nervos são identificadas através de rastreio para avaliação de neuropatia sensitivo-motora crônica através de testes específicos capazes de prevenir e tratar lesões decorrentes das neuropatias (Paraná, 2018a; Paraná, 2018b; Curitiba, 2023). O pé diabético é considerado causa frequente de complicações do diabetes e as neuropatias nos pés, combinada com a redução do fluxo sanguíneo, pode aumentar a incidência de ulceras, infecções e eventual amputação de membros (Baldassaris; Martínez, 2020).

4.3 Percepção da Pessoa Idosa com DM Tipo 2

A aplicação do DKN-A possibilitou avaliar os conhecimentos dos participantes sobre a DM tipo 2, verificando-se que os participantes do estudo se apresentaram bem instruídos em relação ao DM tipo 2. Em relação ao ATT-19, que mensura os conhecimentos e compreensão sobre a doença, os participantes demonstraram não adotar medidas de controle da DM tipo 2 e quando avaliados através do D-21, que identifica comprometimento da pessoa idosa em relação a qualidade de vida, verificou-se impacto negativo (Torres *et al.*, 2005; Curcio *et al.*, 2011; Sousa *et al.*, 2022).

Outro estudo que adotou os mesmos instrumentos para avaliação de pessoas idosas com DM tipo 2, evidenciou que as dificuldades em relação a mudança de hábito, prática de atividade física e adesão ao tratamento podem estar vinculadas ao conhecimento e comportamento (Gonçalves, 2020). Nesse sentido, a literatura aponta evidências que a combinação das práticas saudáveis pode contribuir positivamente para a redução dos níveis glicêmicos, melhoras na qualidade de vida e controle do DM tipo 2 (Brasil, 2016).

Além disso, a aderência às atividades de autocuidado das pessoas com DM tipo 2, mensurada pelo QAD) destacou que os participantes desta pesquisa evidenciaram executar o autocuidado em relação ao DM tipo 2 (Michels *et al.*, 2010; Curcio *et al.*, 2011). É relevante considerar que as atividades de autocuidado prevalentes entre os entrevistados foram vinculadas as intervenções farmacológicas, enquanto os cuidados não farmacológicos, como mudança de hábitos, realização de exercícios físicos e alimentação, foram menos frequentes. Nesse sentido oferta a pessoa idosa, assistência às necessidades físicas, apoio psicológico, além de incluir estratégias que auxiliam no autoconhecimento, autocontrole e a participação ativa dessas pessoas no próprio cuidado (Brasil, 2018; Veloso *et al.*, 2020).

4.4 Avaliação Clínica do Pé Diabético

O *How To do a 3-minute Diabetic Foot* Exam (3MIN) foi utilizado para avaliar a extremidade inferior dos pés dos pacientes com DM tipo 2, sendo detectadas rachaduras, bolhas e infecções fúngicas (Baldassaris, 2017). Estes achados evidenciam que hábitos inadequados com os pés podem predispor os participantes a desencadear a formação de ulcerações, e em casos mais graves pode resultar em amputação do membro (Brasil, 2016; Curitiba, 2023; OPAS, 2024).

Para rastrear a perda de sensibilidade foram aplicados o Teste de Toque Leve (TQ LEV) sendo que todos os participantes tiveram a sensibilidade ao toque preservada. No *Classification System and Score in Comparing Outcome of Foot Ulcer Management* (SISTEMA SINBAD) todos os participantes tiveram a sensibilidade preservada quanto a presença arteriopatia desnervação e sepse. No teste com o diapasão de 128 HZ (DIAP) e Monofilamento (TM) todos os participantes tiveram resultados positivos, com presença da sensibilidade protetora e ausência de neuropatia periférica (Monteiro-Soares *et al.*, 2015; IWGDF, 2019).

Os resultados desta pesquisa demostram a necessidade de avaliação frequente dos pés e automonitoramento das pessoas idosas com DM tipo 2, considerando que essa medida

pode reduzir risco de várias complicações como: neuropatias, claudicação e amputações prévias. Por isso à importância do diagnóstico precoce e acompanhamento da saúde dos pés é essencial para a pessoa idosa com DM Tipo 2 (Brasil, 2016; Curitiba, 2023; OPAS, 2024).

Nesse sentido, investigação avaliou o conhecimento acerca de medidas preventivas e de autocuidado com os pés em pessoas idosas com diabetes, identificando que os participantes apresentavam baixo nível de conhecimento em relação as medidas preventivas e hábitos de autocuidado como: autoavaliação diária dos pés, uso de calçado adequado e hidratação correta entre os dedos dos pés (Rocha *et al.*, 2023).

5 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação deste estudo refere-se ao tamanho da amostra (n=7 pessoas idosas) limitada a generalização dos resultados. Assim, são necessárias outras investigações nessa temática com amostras mais robustas e com delineamento prospectivo, que permitam consolidar os achados desta pesquisa.

6 CONCLUSÃO

Este estudo apresentou as características socioeconômicas, clínica e de percepção das pessoas idosas com DM tipo 2, permitindo identificar as principais ações quanto a doença, cuidados diários, reconhecimento dos problemas e dificuldades em relação a atitudes, comprometimento e autocuidado frente a DM tipo 2.

Observou-se que existem lacunas em relação as atitudes e comprometimento das pessoas idosas que fragilizam a adesão ao autocuidado, sendo principalmente: cuidados com os pés, necessidade de fortalecimento das ações voltadas para rastreamento das neuropatias periféricas, intensificação das avaliações em todos os níveis de classificação de risco para DM tipo 2, autogestão, práticas de autocuidado, comprometimento e mudanças de atitudes frente a doença.

Destaca-se o achado que as pessoas idosas com DM participantes têm conhecimento suficiente acerca da doença, porém não adotavam medidas de controle, tendo impacto negativo na qualidade de vida e autocuidado. Trata-se de importante informação pois evidencia a complexidade e dificuldade de adesão ao tratamento e autocuidado. Deste modo, destaca-se a importância de estimulo mediante estratégias do plano de cuidados de

enfermagem para que as pessoas idosas implementem os conhecimentos que possuem para prevenção de complicações, práticas saudáveis e melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BALDASSARIS, M. L. R. M.; MARTÍNEZ, B. B. Adaptação transcultural do instrumento para exame do pé diabético em 3 minutos. **Rev. Bras. Med. Famílias. Comunidade (online),** v. 15, n. 42, p. 2008, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2008. Acesso em: 17 set. 2024.

BALDASSARIS, M. L. R. M. **Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento para avaliar risco de pé diabético.** 2017. 88f. Dissertação (Mestrado Profissional Ciências Aplicadas à Saúde) - Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG, 2017. Disponível em: https://www.univas.edu.br/Egressos_Web/47.pdf. Acesso em: 14 set. 2022.

BERTOLUCCI, P. H. F. *et al.* Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arq. Neuro-Psiquiatria,** v. 59, n. 3-A, p. 532-536, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000400009. Acesso em: 2 set. 2024.

BORTOLUZZI, E. C. *et al.* Multimorbidade em idosos e seus fatores associados em 2010 e 2021. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** v. 27, n. e230231, p. 1-9, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wZ5bW5HWqNczvdNjFBJ8PnD/. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes *Mellitus*. **Cadernos de Atenção Básica,** n. 36, Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/. Acesso em: 21 jun. 2024.

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://www.as.saude.ms.gov.br/. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 17 ago. 2024.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; ALEXANDRE, N. M. C. Instrumentos relacionados ao diabetes *Mellitus* adaptados e validados para a cultura brasileira. **Rev. Eletr. Enf.,** v. 13, n. 2, p. 331-337, 2011. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a20.htm. Acesso em: 28 ago. 2024.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Norma Técnica:** organização da atenção ao Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2). 2023. Disponível em: Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/aps-escuteseucoracao.html. Acesso em: 26 set. 2024.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica. Organização da atenção à pessoa com Diabetes *Mellitus* baseado no controle metabólico.** Curitiba: Departamento de

Atenção Primaria à Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto, 2021. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/aps-escuteseucoracao.html. Acesso em: 26 set. 2024.

GONÇALVES, L. H. T. *et al.* Conhecimento e atitude sobre diabetes *Mellitus* de usuários idosos com a doença atendidos em unidade básica de saúde. **Nursing,** v. 23, n. 260, p. 3497-3501, 2020. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg21.pdf. Acesso em: 08 ago. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da População 2023.** 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 12 jun. 2024.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT - IWGDF. Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético. Trad. Hermelina Pedrosa; Nilce Dompieri. [*S.l.*]: IWGDF, 2019. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/. Acesso em: 23 set. 2024.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 25, n. 10, p. 3879-3888, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/FjY6nhWYmJLbdgYp38Mw3pt/?lang=pt. Acesso em: 28 ago. 2024.

MICHELS, M. J. *et al.* Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq. Bras. Endocrinol. Metabol. (online),** v. 54, n. 7, p. 644-65, 2010. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009. Acesso em: 23 set. 2024.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; LORETO, M. das D. S. de. Perfil pessoal e habitacional da pessoa idosa e suas repercussões na qualidade de vida. **Oikos: Família e Sociedade em Debate,** v. 34, n. 2, p. 1-26, 2023. Disponível em https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/14703/8226. Acesso em: 28 ago. 2024.

MONTEIRO-SOARES, M. *et al.* Guidelines on the classification of diabetic foot ulcers (IWGDF, 2019). **Diab. Metabol. Res. Rev. (online),** v. 36, n. 51, e 3273, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1002/dmrr.3273. Acesso em: 13 set. 2024.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública,** v. 50, n. 81, p. 1-10, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963. Acesso em: 26 set. 2024.

OREM, D. E. **Conceptos de Enfermeria en la Practica.** Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

OREM, D. E. **Nursing Concepts of Pratice.** 3. ed. Boston: Mosby, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030).** Genebra: OMS, 2020. ONU - Organização das Nações Unidas. Disponível em: https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030. Acesso em: 14 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Diretrizes para autocuidado do diabetes Módulo 01:** cuidados dos pés. 2024. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/60552. Acesso em: 14 out. 2024

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Saúde do Idoso.** Curitiba: SESA, 2018a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 21 ago. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Diabetes *Mellitus*.** 2. ed. Curitiba: SESA, 2018b. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 11 out. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso.** Curitiba: SESA, 2018c. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 14 ago. 2024.

ROCHA, V. N. *et al.* Autocuidado dos pés em portadores de Diabetes tipo II: estudo qualiquantitativo. **REVISA,** v. 12, n. 3, p. 575-582, 2023. Disponível em: https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/104. Acesso em: 14 out. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024.** São Paulo: Clannad Editora Científica, 2024. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/indice/. Acesso em: 20 set. 2024.

SOUSA, A. A. D. de. *et al.* Validação do instrumento reduzido Diabetes-21 para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com diabetes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** v. 31, n. 1, p. 1-18, 2022. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742022000100004. Acesso em: set. 2024.

SOUZA, A. O. de. *et al.* Análise das Políticas Públicas Brasileiras que dialogam com as Diretrizes do Autocuidado da Pessoa Idosa: Pesquisa Documental. **Research, Society and Development,** v. 11, n. 11, e224111133551, 2022a. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication. Acesso em: 29 jul. 2024.

SOUZA, A. O. de. *et al.* Teoria do autocuidado de orem nas teses de enfermagem brasileira: Estudo bibliométrico. **Nursing,** v. 25, n. 288, p. 7731-7754, 2022b. Disponível em: https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2470. Acesso em: 29 maio 2024.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitudes (ATT-9) de Diabetes *Mellitus*. **Rev. Saúde Pública,** v. 39, n. 6, p. 906-11, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600006. Acesso em: 12 set. 2024.

VELOSO, J. *et al.* Perfil clínico de portadores de Diabetes *Mellitus* em acompanhamento multiprofissional em saúde. **Revista Cuidarte,** v. 11, n. 3, p. e1059, 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732020000300318&script=sci_arttext. Acesso em: 28 ago. 2024

5.6 ARTIGO 6 - ROTEIROS PARA PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS*: CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO[9]

Roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*: construção e validação

RESUMO

Objetivos: construir e validar roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes Mellitus, para estímulo do autocuidado na atenção integral da na Atenção Primária em Saúde.

Método: Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa, realizada em oficinas construtiva, vivenciada por 12 enfermeiros atuantes nos cuidados a pessoa idosa com Diabetes Mellitus em seguimento na Atenção Primária em Saúde.

Resultados: as oficinas foram realizadas em três encontros: oficina 1 (conhecimento), fase de pré-produção dos roteiros, oficina 2 (geração de ideias), fase de produção dos roteiros, oficina 3 (avaliação), fase de pós produção dos roteiros. Durante a realização das oficinas foram construídas as dimensões 1 (avaliação da pessoa idosa com Diabetes Mellitus), dimensão 2 (intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com Diabetes Mellitus) e dimensão 3 (monitorização do autocuidado da pessoa idosa com Diabetes Mellitus).

Conclusão: Os roteiros construídos foram considerados como ferramentas que podem contribuir na resolutividade dos problemas de saúde de forma centrada nas necessidades das pessoas idosas com Diabetes Mellitus, de forma a subsidiar o estímulo do autocuidado na atenção integral da pessoa idosa com Diabetes Mellitus, atendidas na Atenção Primária em Saúde.

Descritores: Diabetes *Mellitus* Tipo 2. Pessoas Idosas. Autocuidado. Cuidados em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Objectives: to build and validate scripts for a nursing care plan focused on elderly people with Diabetes Mellitus, to encourage self-care in comprehensive care in Primary Health Care.

Method: This is exploratory research with a qualitative approach, carried out in constructive workshops, experienced by 12 nurses working in the care of elderly people with Diabetes Mellitus being followed up in Primary Health Care.

Results: the workshops were held in three meetings: workshop 1 (knowledge), script pre-production phase, workshop 2 (idea generation), script production phase, workshop 3 (evaluation), script post-production phase. During the workshops, dimensions 1 (evaluation of elderly people with Diabetes Mellitus), dimension 2 (nursing intervention focused on elderly people with Diabetes Mellitus) and dimension 3 (monitoring of self-care of elderly people with Diabetes Mellitus) were constructed.

Conclusion: The scripts constructed were considered as tools that can contribute to resolving health problems in a way that focuses on the needs of elderly people with Diabetes Mellitus, in order to support the stimulation of self-care in the comprehensive care of elderly people with Diabetes Mellitus, cared for at the Primary Health Care.

---

[9] Artigo em submissão: "Roteiros para Plano de Cuidado de Enfermagem Centrado na Pessoa Idosa com Diabetes Mellitus: construção e validação". Revistas Gaúcha de Enfermagem. Aguarda análise editorial. 2024. A formatação do artigo segue as normas da revista que o artigo foi submetido e/ ou publicado.

Descriptors: Type 2 Diabetes Mellitus. Elderly People. Self-care. Health Care. Primary Health Care.

RESUMEN
Objetivos: construir y validar guiones para un plan de cuidados de enfermería enfocado a personas mayores con Diabetes Mellitus, para incentivar el autocuidado en la atención integral en la Atención Primaria de Salud.
Método: Se trata de una investigación exploratoria con enfoque cualitativo, realizada en talleres constructivos, vivenciada por 12 enfermeros que actúan en el cuidado de ancianos con Diabetes Mellitus en seguimiento en la Atención Primaria de Salud.
Resultados: los talleres se desarrollaron en tres encuentros: taller 1 (conocimiento), fase de preproducción de guión, taller 2 (generación de ideas), fase de producción de guión, taller 3 (evaluación), fase de postproducción de guión. Durante los talleres se construyeron las dimensiones 1 (evaluación de personas mayores con Diabetes Mellitus), dimensión 2 (intervención de enfermería enfocada en personas mayores con Diabetes Mellitus) y dimensión 3 (monitoreo del autocuidado de personas mayores con Diabetes Mellitus).
Conclusión: Los guiones construidos fueron considerados como herramientas que pueden contribuir a la resolución de problemas de salud de manera enfocada en las necesidades de las personas mayores con Diabetes Mellitus, con el fin de apoyar la estimulación del autocuidado en la atención integral de las personas mayores con Diabetes. Mellitus, atendida en la Atención Primaria de Salud.
Descriptores: Diabetes Mellitus Tipo 2 Personas Mayores. Cuidados Personales. Atención Primaria de Salud.

INTRODUÇÃO

A expectativa de vida da população global nas últimas décadas vem aumentando, com projeção para 2030 que a cada uma pessoa idosa, haverá seis adultos; no ano de 2100, a estimativa é que 36% da população mundial terá mais de 60 anos, no Brasil, em 2020 são em média 29,9 milhões de pessoas idosas, com previsão de 72,4 milhões para 2100. O Instituto Brasileiro de Geografia e Ciências (IBGE), apontou que o número de pessoas com 60 anos ou mais totalizaram 32.113.490 no ano de 2023, representando aumento de 56% em comparação aos registrados do IBGE de 2010[1,2].

O envelhecimento demográfico combinado com a elevada prevalência as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas a Diabetes *Mellitus* (DM), coloca em evidência este grupo populacional, devido aos riscos nas diversas dimensões humanas, que demandam do poder público e da sociedade atitudes e busca de novas estratégias para conduzir formas de viver mais assertivas a esta população[3,4].

Por se tratar de condição crônica, o DM, se não tratado adequadamente pode levar a complicações, com limitação nas atividades diárias, lazer e trabalho. Para realizar o controle da DM, é necessário dispor de estratégias, ferramentas e adequada estrutura que pode ser

encontrada na Atenção Primária em Saúde (APS), considerada como porta de entrada para as pessoas com DM[4-6].

A APS é instrumentos importante porta de entrada, envolvida na rede de atenção integral à saúde da pessoa idosa, com estratégias de ações que visam otimizar e garantir atendimento eficaz, acompanhamento e cuidados a saúde da pessoa idosa, desenvolvendo ações voltadas para o autocuidado, prevenção e redução dos agravos decorrentes da DM, atendendo as demandas de saúde da população idosa[5,7].

Neste contexto, destacam-se intervenções realizadas junto à pessoa idosa incluindo a abordagem de Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE) e Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), com a premissa de prevenir e otimizar a capacidade intrínseca, mediante utilização de mecanismos para compensar, manter ou melhorar a habilidade funcional da pessoa idosa[8].

Esta abordagem enfatiza-se a relevância do autocuidado, com destaque teórico para os escritos de Dorothea Orem, defendendo que os indivíduos quando capazes, devem ser responsáveis por seu autocuidado. A Teoria do autocuidado defende que o homem possui capacidade inata para cuidar de si, abrangendo práticas de saúde, bem-estar, autoaprendizagem e modo de viver, não se restringindo às atividades de vida diária[9,10].

Diante deste cenário o autocuidado figura como importante, destacando-se no bem-estar e cuidado a pessoa idosa com DM. Define-se para este estudo, a concepção teórica do autocuidado proveniente da teoria de Dorothea Orem[11], compreendida como práticas de amadurecimento e aperfeiçoamento, a partir da dedicação de tempo a atividades voltadas ao autocuidado em benefício próprio, favorecendo, hábitos saudáveis e manutenção no bem-estar que abrangendo aspectos vivenciais[11].

Considerando a importância da temática, este artigo objetivou, construir e validar roteiros para plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, visando estímulo do autocuidado da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, atendida na Atenção Primária em Saúde.

MÉTODO

Trata-se de pesquisa exploratória com abordagem qualitativa[12], realizada com a estratégia de oficinas construtiva, usando a técnica brainstorming, com participação de 12 enfermeiros atuantes nos cuidados a pessoa idosa com DM na Atenção Primária em Saúde (APS). Seu desenvolvimento foi feito com base na lista de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), com objetivo de demonstrar maior confiabilidade no percurso.

O cenário foi uma Unidade Municipal de Saúde (UMS), referência no atendimento das pessoas idosas em Curitiba, Paraná. Participaram das oficinas 12 enfermeiros atuantes e vinculados à UMS, mediante critérios de inclusão: ser enfermeiro, trabalhar na UMS cenário do estudo há pelo menos seis meses, atuar no cuidado à pessoa idosa com DM. Como critérios de exclusão teve-se: afastamento por férias ou atestado médico no momento da realização das oficinas, não comparecimento em um ou mais encontros das oficinas.

As oficinas foram realizadas em setembro 2024 em três dias, previamente agendados. Destacando-se como pressuposto teórico norteador para realização o referencial teórico do autocuidado de Orem[11].

Estruturação das Oficinas

Para realização das oficinas, foram encaminhados carta convite aos enfermeiros da UMS, com cronograma das atividades. No início das oficinas era realizado a explicação sobre a pesquisa e para aqueles que concordaram em participar entregues o TCLE.

Para desenvolvimento das atividades foi adotada a técnica de brainstorming, considerada estratégia de desenvolvimento de atividades que objetiva produzir representações, gerar ideias com qualidade e inovação, através de atividades grupais, possibilitando a troca de ideias entre os participantes, estimulando a criatividade quanto a situação ou projeto apresentado ao coletivo[13].

Nesta pesquisa o brainstorming foi utilizado objetivando conhecimento, geração de ideias e avaliação dos enfermeiros sobre os roteiros de cuidado de enfermagem centrados na pessoa idosa com DM atendidas na APS.

Seguindo as recomendações, a oficina foi dividida em três momentos: oficina I) conhecimento, oficina II) geração de ideias e oficina III) avaliação[14]. Cada oficina teve média de duração 3h. A organização das atividades foi realizada pelo pesquisador responsável, duas doutorandas e dois alunos bolsistas de iniciação científica do curso de enfermagem, todos vinculados a Universidade Federal do Paraná (UFPR), treinados e capacitados para serem facilitadores. As oficinas foram gravadas em vídeo e áudio, e posteriormente transcritas.

A seguir apresenta-se detalhadamente as oficinas realizadas em três encontros de 3h em local reservado (auditório da UMS) e divididas em três momentos como segue:

Fase de Pré-Produção dos Roteiros (Oficina 1 - conhecimento)

A primeira oficina, teve por objetivo conhecer os enfermeiros participantes, orientar sobre a finalidade e importância da execução das atividades e assimilar o conceito da técnica de brainstorming. Para conhecer os participantes foi aplicado roteiro semiestruturado para caracterização sociodemográfica: nome, sexo, idade, formação, tempo de atuação na atenção primária.

Para compor as dimensões dos roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM de maneira preliminar, foram realizadas convergência dados das etapas 1, 2 e 3 (resultado de pesquisas anteriores), mediante seleção e listagem das informações que emergiram com intuito de gerar e cruzar os dados que compuseram os roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM.

O cruzamento dos dados ocorreu a partir das contribuições de cada etapa como delineadas a seguir: Etapa 1, análise das Políticas públicas brasileiras, estaduais (Paraná) e municipais, estabelecidas entre 1988 e 2021 que dialogaram com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa. Esta pesquisa, contribuiu para análise dos instrumentos normativos nacionais e estaduais (Paraná), relacionadas às políticas públicas vinculadas ao autocuidado da pessoa idosa evidenciando as políticas públicas regulamentadas que existem e direcionamento o autocuidado para embasamento dos direitos da pessoa idosa em relação ao autocuidado e as políticas existentes para efetivação destes; Etapa 2, compreensão dos enfermeiros em relação as suas práticas de cuidados as pessoas idosas com DM, composta por três momentos: análise documental para mapeamento das ações de enfermagem realizadas na UMS Ouvidor Pardinho pelos enfermeiros; entrevistas para aprofundamento das informações em relação aos atendimentos direcionados ao público idoso com DM; e observação direta da consulta de enfermagem com intuito de conhecer as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros durante a consulta a pessoa idosa com DM; Etapa 3, características socioeconômicas, clínicas e percepção sobre autocuidado das pessoas idosas com DM. Foram aplicadas entrevistas para conhecer as pessoas idosas com DM domiciliadas na área de abrangência da UMS Ouvidor Pardinho, para posterior direcionamento da construção dos roteiros de plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM.

Todas as etapas da pesquisa para criação dos roteiros, foram apresentadas aos participantes durante a realização da oficina 1, com intuito de demonstrar os dados que estavam subsidiando a pesquisa e a criação dos roteiros para plano de cuidados em encontros posteriores (oficinas 2 e 3).

Após a apresentação e discussão houve levantamento de informações sobre as características e percepção sobre autocuidado das pessoas idosas atendidas na UMS, assim como o mapeamento das ações de estimulo para o autocuidado desenvolvidas e a percepção dos enfermeiros sobre o autocuidado da pessoa idosa com DM tipo 2.

Fase de Produção dos Roteiros (Oficina 2 - geração de ideias)

A segunda oficina, teve por objetivo fomentar a geração de ideias dos participantes com foco nos conhecimentos construídos durante a oficina 1. Foram determinadas três dimensões dos roteiros, construídas juntos aos participantes através das dinâmicas didática pedagógica com utilização de postites para anotações e exposição das ideias geradas.

As dimensões foram construídas embasadas na convergência das etapas anteriores apresentadas na oficina 1 e no manual de orientação da atenção centrada na pessoa idosa (ICOPE)[8], referencial teórico desta pesquisa[10], resolução do COFEN 358/2009, e resolução do COFEN 736/2024 e CIAP2.

Os roteiros foram compostos por três dimensões, a saber: 1) avaliação clínica da pessoa idosa com DM relacionados a estratificação de risco da pessoa idosa com DM, controle glicêmico, coleta de dados baseado na sistematização da assistência de enfermagem (SAE), histórico de saúde, características sociodemográficas e realização do exame físico; 2) intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM relacionada aos diagnóstico de enfermagem baseados no CIAP2; 3) monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM relacionados as prescrições de enfermagem e intervenções para pessoa idosa com DM que englobaram educação em saúde e autocuidado, avaliação e monitoramento, cuidados com a pele e pés, gerenciamento de comorbidades, apoio psicológico e social, planejamento para o retorno a APS e outras prescrições de enfermagem a pessoas idosas insulinodependentes.

Fase de Pós-Produção dos Roteiros (Oficina 3 - avaliação)

A terceira oficina objetivou avaliação dos roteiros a partir das considerações em relação as dimensões pelos enfermeiros/juízes construídos na oficina 2. Para avaliação individual, as propostas dos roteiros de plano de cuidado de enfermagem, foram disponibilizados a cada participante com questionário (Escala *Likert*) impresso, com itens relacionados a dimensão 1 (avaliação da pessoa idosa com DM), dimensão 2 (intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM) e dimensão 3 (monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM) dos roteiros para plano de cuidados de enfermagem. Contendo os seguintes itens:

- **Acessibilidade:** interação e comunicação do conteúdo e facilidade de utilização pelos enfermeiros na APS.
- **Usabilidade:** facilidade de compreensão das informações no roteiro, adequação de fontes e qualidade do material para que o enfermeiro apresente interesse e facilidade na aplicação e evite sobrecarga cognitiva dos profissionais.
- **Funcionalidade:** recursos pedagógicos, organização lógica do conteúdo e redação interativa.
- **Conteúdo:** conteúdos contemplaram os cuidados centrados na pessoa idosa com DM, teoria do autocuidado de Orem e autocuidado das pessoas idosas com DM e se informações foram claras e objetivas.
- **Relevância:** roteiros de plano de cuidados foram considerados importante para o estimulo do autocuidado das pessoas idosas com DM e relevante para o desenvolvimento das práticas durante a consulta de enfermagem na APS.

A avaliação do questionário apresentava os seguintes escores: 1 (discordo), 2 (discordo parcialmente), 3 (concordo parcialmente) e 4 (concordo). As escalas do tipo *Likert* permitem que juízes expressem suas respostas de forma geral e contemplem igualmente o número de opções de concordância e discordância[15]. Após o preenchimento do questionário, foi realizada discussão coletiva para socializar as opiniões e definir mudanças para os roteiros.

Para analisar cada resposta do julgamento realizado pelos juízes, foi realizado Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), destinado a avaliar o conteúdo dos itens do questionário avaliado em relação a representatividade de medida[16,17].

O IVC foi aplicado para medir a porcentagem de concordância entre os enfermeiros sobre o questionário utilizado para avaliação da proposta de roteiros de plano de cuidado de enfermagem que trata da dimensão 1, 2 e 3. Os itens pontuados com sugestões e aqueles com peso 1 e 2 foram revisados e encaminhados para nova etapa de avaliação pelos juízes durante a realização da oficina 3. Após a segunda etapa de avaliação, os itens foram novamente submetidos ao cálculo de IVC, o qual mediu a porcentagem de concordância dos enfermeiros sobre o roteiro de cuidado[16].

Para realização do cálculo da concordância de conteúdo avaliado pelos juízes, foram somados todos os IVC de cada item do questionário e foram divididos pelo total de itens. A avaliação de cada item, foi realizada através da média dos valores calculados separadamente[16].

$$\frac{\text{IVC = número de respostas “3” ou “4”}}{\text{número total de respostas}}$$

Para realização do cálculo da concordância dos instrumentos foram somados todos os IVC de cada item e dividiu-se pela quantidade de IVC somados o total de itens do questionário.

$$\frac{\text{\% concordância = Soma de todos os IVC do questionário}}{\text{Total de itens}}$$

Fonte: Adaptado de Pasquali[16]

Todas as sugestões e opiniões emitidas pelos juízes, foram organizadas no *Microsoft Excel*® 2016 para ajustes dos roteiros de plano de cuidado.

Para conhecer a percepção dos participantes quanto aplicabilidade dos roteiros de plano de cuidado a partir das considerações realizadas foi aplicado instrumento de coleta de dados semiestruturado. Destaca-se que para formulação das perguntas embasou-se no referencial teórico do autocuidado de Dorothea Orem, que defende a possibilidade das pessoas quando capazes, devem ser responsáveis por seus cuidados[11], conforme pode ser verificado a seguir:

1. Neste roteiro de planos de cuidados de enfermagem você visualiza ações do autocuidado? Sim ou Não, justifique;
2. A teoria de Orem está presente neste roteiro de planos de cuidados de enfermagem? Sim ou Não, justifique;
3. Quais ações de autocuidado são apontadas nestes planos de cuidados de enfermagem?
4. Faça alguma(s) proposta(s) de intervenções de enfermagem condizentes com o roteiro;
5. Faça alguma(s) sugestão(ões) para monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM;
6. Você tem alguma crítica e/ou sugestão referente ao roteiro de planos de cuidados de enfermagem apresentado?

Para análise das respostas aplicou-se análise de conteúdo[18], caracterizada como técnica de elaboração esquemática dos resultados, para melhor compreensão da soma dos resultados e suas especificações. Seguiram-se quatro fases de execução: 1) organização da análise; 2) codificação (unidades de registro e enumeração); 3) categorização; 4) tratamento dos resultados, inferência e a interpretação destes resultados.

Para organização e sistematização, primeiramente foi realizada a fase pré-análise das falas dos participantes, através da limpeza dos dados, removendo as respostas em texto livre que não acrescentavam informações relevantes, a exemplo palavras monossilábicas e itens não relacionados a entrevista. Na segunda fase exploratória, os recortes obtidos foram codificados, manualmente, de acordo com trechos divergentes e convergentes. Na terceira fase, emergiram unidades de registro, representadas pelas categorias e subcategorias, que direcionaram para a composição da quarta fase. E a última fase foi composta pelas inferências reflexivas e críticas, com interpretação dos dados no proposito analisar a percepção dos participantes das oficinas quanto aplicabilidade dos roteiros de plano de cuidado.

Este estudo foi desenvolvimento com base na lista de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), com objetivo de demonstrar maior confiabilidade no percurso[19].

Em respeito aos preceitos éticos (anonimato), as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, sendo os enfermeiros identificados pelos códigos ENF. 1, ENF. 2... ENF. 12. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa conforme pareceres consubstanciados: 6.195.537 e 6.064.240.

RESULTADOS

Participaram das oficinas 12 enfermeiros, sendo 11 do sexo feminino, com idade entre 31 a 52 anos, tempo de atuação profissional médio de 13 anos, sendo que na atenção primária a média de experiência profissional foi de 10 anos. A atuação na UMS do estudo variou entre 1 a 13 anos de atuação, conforme tabela 1.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica (n= 12) enfermeiros/juízes participantes das Oficinas

Entrevistados (código)	Idades (anos)	Sexo	Formação	Tempo como enfermeiro	Tempo de APS	Tempo na UMS
ENF-1	52	Feminino	Administração Hospitalar; Enfermagem	20	16	3
ENF-2	42	Feminino	Enfermagem	17	1	1
ENF-3	50	Feminino	Enfermagem Fisioterapia	7	2	2
ENF-4	51	Feminino	Enfermagem Educação Física	13	12	11
ENF-5	31	Feminino	Enfermagem	8	2	2
ENF-6	43	Masculino	Enfermagem	12	1	1
ENF-7	44	Feminino	Enfermagem	19	19	13

ENF-8	43	Feminino	Enfermagem	15	4	1
ENF-9	33	Feminino	Enfermagem	11	1	1
ENF-10	45	Feminino	Enfermagem	16	12	6
ENF-11	38	Feminino	Enfermagem	13	2	2
ENF-12	36	Feminino	Enfermagem	11	6	2

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Os questionários de avaliação aplicados nas oficinas, sobre acessibilidade, usabilidade, funcionalidade, conteúdo e relevância, obtiveram resultados do IVC de 0,88 e 0,97 para Escala de Índices de Validade de Conteúdo (S-IVC)[16,17].

Os juízes tiveram média total entre 18 a 20 pontos (Escala *Likert*) nesta avaliação, considerada como positivo em relação aos itens avaliados no questionário de Escala *Likert* aplicado.

Após a criação dos roteiros de plano de cuidado de enfermagem, na terceira oficina, realizou apresentação do esbouço detalhado, conforme as sugestões realizadas nas duas primeiras oficinas e resultados das etapas anteriores da pesquisa.

Os resultados da análise dos conteúdos dos enfermeiros quanto aplicabilidade dos roteiros a partir das considerações realizadas, destacaram três categorias: 1) Ações de autocuidado: destacando atendimento humanizado, prescrição de enfermagem e avaliação do pé diabético; 2) Educação para o autocuidado evidenciando as seguintes subcategorias: autogestão, educação em saúde e automonitoramento 3) Processo de trabalho: tendo como estratégias essenciais a classificação de risco e Cuidado Centrado na Pessoa (CCP). A identificação dos códigos (enfermeiros) e categoria emergente segue apresentadas no quadro 1.

Quadro 1. Domínios possíveis da aplicação da análise de conteúdo

Codificação e código de referência dos documentos	Categorias evidentes nos corpus das entrevistas
Atendimento humanizado (ENF4), (ENF6), (ENF9), (ENF12)	**Ações de autocuidado**
Prescrição de enfermagem (ENF2), (ENF4), (ENF6), (ENF9), (ENF12)	
Avaliação do pé diabético (ENF1), (ENF4), (ENF6), (ENF9), (ENF12)	
Autogestão (ENF1), (ENF5), (ENF9), (ENF10), (ENF11), (ENF12)	**Educação para o autocuidado**
Educação em saúde (ENF1), (ENF4), (ENF5), (ENF9), (ENF10), (ENF11)	
Automonitoramento (ENF1), (ENF5), (ENF9), (ENF11) (ENF12)	
Classificação de risco (ENF3), (ENF6), (ENF7), (ENF11), (ENF12)	**Processo de trabalho**
Cuidado Centrado na Pessoa (ENF3), (ENF6), (ENF7), (ENF11), (ENF12)	

Fonte: Elaborado pelos autores (2024), adaptado [21].

Na primeira categoria ações de autocuidado, existiu compreensão das estratégias voltadas para o atendimento humanizado a pessoa idosa com DM, prescrição de enfermagem e avaliação do pé diabético na APS. O discurso sobre as práticas relacionadas as ações de autocuidado, apresentou evidencias das ações de autocuidado realizadas junto as pessoas idosas com DM, conforme depoimentos:

> *Os roteiros agregam nas ações de autocuidado e cuidado humanizado, dá para enxergar a teoria de Orem sim muito importante para a consulta de enfermagem que tenta atender de forma humanizada e realiza avaliação orientações e curativos dos pés diabéticos, solicitação de exames e avaliação de exames que estão inclusos nos protocolos [...]* (ENF.4).

> *O roteiro tem ações de autocuidado que será importante para conduzir a consulta de enfermagem de forma humanizada, entre elas as ações de autocuidado, uso de insulina, pé diabético, atividades de educação em saúde entre outras que auxilia a realização da consulta de forma centrada na pessoa idosa com DM* (ENF.6).

> *Os roteiros estão excelentes pois não tínhamos nada pronto para a pessoa idosa com DM, entre as ações de autocuidado são várias, como a importância da atividade física, alimentação, cuidados com a insulina muito bom [...]* (ENF.9).

> *[...] A teoria de Orem é adequada para se pensar em autocuidado e cuidado humanizado ela está presente neste roteiro ao citar a avaliação do pé diabético, orientações sobre o uso e rodízio do local de aplicação da insulina, prescrição de enfermagem. [...] A educação em saúde é importante ser realizada durante a consulta e deve sempre ser revisada principalmente quanto ao uso das medicações, autocuidado, alimentação e atividade física conforme está no roteiro* (ENF.12).

A segunda categoria, educação para o autocuidado, revelou que são desenvolvidas ações em saúde incluindo a autogestão, educação em saúde e automonitoramento da pessoa idosa em relação a DM. Os fragmentos dos discursos relacionados a esta categoria, seguem conforme as unidades de registro:

> *[...] As intervenções de enfermagem são importantes a gente tenta orientar para o paciente realizar o autocuidado em relação a automonitoramento, prevenção de queda, autogestão, higiene, educação em saúde, alimentação, bem-estar e saúde mental [...]* (ENF.01).

> *As ações de monitorização do autocuidado já estão nos roteiros, mas é importante reforça com a pessoa idosa a necessidade de se cuidar, monitorar a diabetes, alimentação gestão da insulina e da glicemia educação em saúde, mas eu vejo que às vezes falta um pouco do engajamento do próprio paciente para realizar o autocuidado* (ENF.05).

> *Eu não sei identificar se falta ações de monitorização do autocuidado nestes roteiros, no dia a dia talvez identifique! Mas sempre precisa reforçar com o paciente o autocuidado, monitoramento é a gestão do próprio cuidado* (ENF.09).

> *O autocuidado é o paciente que faz, mas é importante o enfermeiro orientar quanto cuidado com ele mesmo, prática de monitoramento e gestão do tratamento. O paciente ter um bom entendimento a respeito da sua saúde ele passa a aplicar aquilo que a gente recomenda durante a consulta de enfermagem* (ENF.11).

A terceira categoria intitulada processo de trabalho e subcategorias classificação de risco e Cuidado Centrado na Pessoa (CCP), apontou sugestões dos juízes em relação aos roteiros de planos de cuidados, conforme fragmentos de entrevistas que seguem:

> *Sugiro reforçar a abordagem centrada nas pessoas [...] a gente utiliza na consulta de enfermagem quando identificamos as necessidades da pessoa idosa e inserimos ela como responsável nos seus cuidados [...] está abordagem é importante porque grande parte do tratamento vai ser realizada no próprio domicílio pelo paciente, seja ela sozinha ou com apoio de seus familiares. [...]* (ENF.3).

> *No nosso processo de trabalho é importante a classificação e risco para oferecer o cuidado personalizado para cada diabético idoso que entra na consulta de enfermagem sugiro incluir o estabelecimento de metas para o paciente como exemplo a meta de redução do IMC [...]* (ENF.6).

> *O grande desafio da prática profissional é muitas vezes em conseguir fazer com que o paciente compreenda sua situação e se empodere de tudo aquilo e faça o tratamento mais efetivo, a classificação de risco é importante e a abordagem centrada nas pessoas* (ENF.7).

> *Eu procuro atender a demanda do paciente e trabalhar, conforme a necessidade de cada um centrado na sua necessidade, é importante incluir nos roteiros a classificação de risco* (ENF.11).

> *Esses roteiros além de trazer benefícios para nossa prática pode ajudar no atendimento personalizado, atendimento assim é de grande importância para o usuário, seria bom ter aqui a classificação de risco para ajudar no processo de trabalho e consulta de enfermagem* (ENF.12).

A pós-produção abrangeu edição e finalização da versão final dos roteiros de plano de cuidado, com ajustes nos itens e conteúdo avaliados, conforme indicação dos enfermeiros. Após a conclusão foi aplicado teste piloto, sendo declarado por ambos os juízes que os instrumentos atenderam as necessidades em relação às demandas das pessoas idosas com DM atendidas com orientação dos roteiros. Na sequência apresentam-se a versão final dos roteiros desenvolvidos (Figura 1 e 2):

Figura 1. Roteiro Planos de Cuidados de Enfermagem centrado na Pessoa Idosa com Diabetes: Dimensões 1

ROTEIRO PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA COM DIABETES: DIMENSÕES 1

Nome do Enfermeiro: _____ Data: _____/_____/_____

Dimensão 1. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Nome do Enfermeiro: _____ Data: _____/_____/_____

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DO DM BASEADO NO CONTROLE GLICÊMICO	
RISCO HABITUAL (BAIXO)	
• Pop. em geral • Pessoas idosas pré-frágeis ou frágeis	HbA1c 7,0% ou menos HbA1c 8,0% ou menos
RISCO INTERMEDIÁRIO	
• Pop. em geral • Pessoas idosas pré-frágeis ou frágeis	HbA1c 7,1% a 8,0% HbA1c 8,1% a 8,9%
RISCO INTERMEDIÁRIO COMPLEXO	
• Pop. em geral • Pessoas idosas pré-frágeis ou frágeis	HbA1c 8,1% a 8,9%
RISCO ALTO	
• Independente da faixa etária	HbA1c 9% ou mais

Dimensão 1. Avaliação da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*

CONSULTA DE ENFERMAGEM

1. HISTÓRICO

1.1 - Dados da identificação:

Local: _____ Data da Consulta: ____/____/____ Enfermeiro: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome:_____ Idade: _____ anos Cor: _____ Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
Estado Civil: solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) separado(a) ( ) divorciado(a) ( ) viúvo(a) ( ) filhos ( ) sim ( ) não se sim quantos: _____ Grau de instrução: _____ Ocupação: _____
Religião: _____ Tipo dos diabetes_____ Tempo de diagnósticos_____

1.2 Características sociodemográfica			
Avaliação do IVCF-20[1]?			
1.3 Histórico Clínico			
Data do último atendimento de enfermagem			
Alguma queixa: Sim ( ) Não ( )			se sim quais _____
Últimos exames? _____			
Tabagismo	Sim ( )	Não ( )	se sim tempo, tipo e quantidade_____
Etilismo	Sim ( )	Não ( )	se sim tempo, tipo, frequência e quantidade_____
Uso de drogas ilícitas	Sim ( )	Não ( )	se sim tempo, tipo, frequência e quantidade _____
Automedicação	Sim ( )	Não ( )	se sim tipo, frequência e quantidade _____
Hábitos alimentação (rotina alimentar: quantidade de refeições ao dia, tipo de alimentos consumidos com frequência nas refeições) _____ Conhece os principais alimentos que aumentam a glicemia (açúcares e carboidratos)_____			
Realiza de atividade física	Sim ( )	Não ( ) se sim tipo e frequência_____	
Histórico de DCNT	Sim ( )	Não ( )	se sim quais_____
Histórico de Diabetes *mellitus*	Sim ( )	Não ( )	se sim grau de parentesco _____
Patologia: Diabetes *mellitus* outras DCNT_____			
Comorbidades?	Sim ( )	Não ( )	se sim quais_____

[1] **IVCF-20 (Índice de vulnerabilidade clínico-funcional)** Ferramenta utilizada para estratificar pessoa idosa vulneráveis. Score de classificação: 0 a 6 pontos: idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínicofuncional / ausência de declínio funcional (robusto); 7 a 14 pontos: idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional (potencialmente frágil); ≥ 15 pontos : idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (frágil) (MORAES *et.al.* ,2020).

Tratamento farmacológico Sim ( ) Não ( ) se sim quais_____
Tratamento não farmacológico Sim ( ) Não ( ) se sim quais_____ Hábitos de Sono e Repouso _____
Aderência e uso adequado dos medicamentos? Sim ( ) Não ( )
Realiza acompanhamento da condição de saúde de forma periódica Sim ( ) Não ( ) se sim qual intervalo de tempo?_____
Alergias Sim ( ) Não ( ) se sim quais_____ Imunização Sim ( ) Não ( ) se sim quais _____
1.4. Realização do exame físico
Peso _____Kg altura _____cm circunferência abdominal _____cm Índice de massa corporal (IMC)_____ Circunferência da panturrilha _____cm (valores de referência: 31 a 35 mulheres, 33 a 34 homens (PAGOTTO et.al.,2018).
Pressão arterial (PA)___mmHg Temperatura corpórea_____°C frequência cardíaca __ bpm Ritmo: ( )regular ( ) Irregular frequência respiratória FR:_____ipm
Glicemia capilar em jejum? _____OBS.: caso não avaliado, inserir valores de exames laboratoriais ou valores do glicosímetro_____ O paciente refere saber utilizar o glicosímetro? ( ) sim ( ) não
Inspeção (locais)_____ Percussão (locais)_____ Palpação (locais)_____ Ausculta (locais)_____
Inspeção da acuidade visual Alterações visuais Sim ( ) Não ( ) se sim quais?
Inspeção da pele Integridade _____Hidratação ___Coloração_____ Temperatura_____ Distribuição de pelos _____Condição das unhas_____ avaliar presença de deformidades: quais tipo_____ locais_____ Xerodermia (pele seca) ( ) presente ( ) ausente ( ) Calosidades ( ) presente ( ) ausente ( ) local_____ **Palpação: Avaliação vascular** Pulsos pediosos ( ) presente ( ) ausente Tibiais posteriores ( ) presente ( ) ausente **Avaliação neurológica dos pés** (percepção da sensibilidade protetora) Inspeção alguma alteração Sim ( ) Não ( ) se sim quais?_____ Sensibilidade tátil locais avaliados___ Utilização de Monofilamento Semmes-Weinstein de 10g ( ) sim ( ) não Avaliação da sensibilidade vibratória com o Diapasão 128Hz locais_____ Alterações ungueais (unha encravada) ( ) presente ( ) ausente ( ) Deformidades ( ) presente ( ) ausente ( ) Avaliação reflexo tendíneo de Aquiles com Martelo ( ) presente ( ) ausente ( ) diminuído
Dor neuropática: ( ) presente ( ) ausente ( )
Avaliou se existe outras complicações relacionadas ao Diabetes *mellitus* ( ) sim ( ) não se sim quais _____ Rede de apoio Sim ( ) Não ( ) se sim quem inclui nesta rede?_____

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária: Segunda Edição (CIAP2).** São Paulo: ABP, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-358/2009.** Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009/. Acesso em: 21 jun. 2024.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba,** v. 22, n. 1, p. 31-35, 2020.

OREM, D. E. **Conceptos de Enfermeria en la Practica.** Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Quadro de implementação da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa para Idosos (ICOPE)**: orientações para sistemas e serviços, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974. Acesso em: 21 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção integrada para a pessoa idosa (ICOPE).** 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974. Acesso em: 21 jun. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso.** Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 14 ago. 2024.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2).** 2. ed. Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/. Acesso em: 03 out. 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

Figura 2. Roteiro Plano de Cuidado de Enfermagem centrado na Pessoa Idosa com Diabetes: Dimensões 2 e 3

ROTEIRO PLANOS DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA COM DIABETES: DIMENSÕES 2 E 3

Nome do Enfermeiro: _____ Data: _____/_____/_____

Dimensão 2. Intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*.

2. Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2)[1]
Itens do prontuário eletrônico
Motivo de consulta: Problema de saúde: Avaliação (diagnostico): Intervenção (plano): Paciente com histórico de falta/desacompanhamento periódico de saúde Sim ( ) Não ( )
Sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária – Segunda Edição (CIAP2)
Componente de classificação dos casos (CIAP2)
PROCEDIMENTOS
SINAIS/SINTOMAS
INFECÇÕES
NEOPLASIAS
TRAUMATISMOS
ANOMALIAS CONGÊNITAS
OUTROS DIAGNÓSTICOS

COMPONENTE DE CLASSIFICAÇÃO DOS CASOS			
PROCEDIMENTOS		**GERAL E INESPECÍFICO**	**A**
32 Teste de sensibilidade		A01 Dor generalizada	
34 Análise de sangue		A04 Debilidade/cansaço geral/fadiga	
35 Análise de urina		A05 Sentir-se doente	
45 Educação em saúde/aconselhamento/dieta		A08 Inchaço	
46 Consulta com profissional de APS		A09 Problemas de sudorese	
47 Consulta com especialista		A18 Preocupação com aparência	
48 Esclarecimento/discussão do motivo da consulta		A27 Medo de outra doença NE	
49 Outros procedimentos preventivos		A28 Limitação funcional/incapacidade NE	
50 Medicação/prescrição/renovação/ injeção		A86 Efeito tóxico de substância não medicinal	
SANGUE, SISTEMA HEMATOPOIÉTICO, LINFÁTICO E BAÇO	**B**	**DIGESTIVO**	**D**
B04 Sinais/sintomas sangue		D09 Náusea	
B27 Medo de outras doenças do sangue /vasos linfáticos		D10 Vomito	
OLHOS/VISÃO	**F**	D11 Diarreia	
F01 Dor no olho		D82 Doença dos dentes/gengivas	
F02 Olho vermelho		**OUVIDO**	**H**
F03 Secreção ocular		H01 Dor de ouvidos	
F13 Sensações oculares anormais		H02 Problemas de audição	
F15 Aparência anormal nos olhos		H04 Secreção no ouvido	
F27 Medo de doença ocular		H13 Sensação de ouvido tapado	
F29 Outros sinais/sintomas oculares		H29 Outros sinais/sintomas ouvido	

[1]A classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP): Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP): é uma ferramenta que permite a classificação não só dos problemas diagnosticados, mas também avalia os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe seguindo a sistematização SOAP, de Lawrence Weed (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde (WORLD, 2009).

CIRCULATÓRIO	K
K06 Veias proeminentes	
K07 Tornozelos inchados/edema	
K22 Fator de risco para doença cardiovascular	
K24 Medo de doença cardíaca	
K25 Medo de hipertensão	
K29 Outros sinais/sintomas cardiovasculares	
K84 Outras doenças cardíacas	
K85 Pressão arterial elevada	
K86 Hipertensão sem complicações	
K87 Hipertensão com complicações	
PSICOLÓGICO	**P**
P01 Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão	
P02 Reação aguda ao estresse	
P03 Tristeza/ Sensação de depressão	
P06 Perturbação do sono	
P12 Molhar a cama/enurese	
P15 Abuso crônico de álcool	
P16 Abuso agudo de álcool	
P17 Abuso do tabaco	
P18 Abuso de medicação	
P19 Abuso de drogas	
P20 Alterações da memória	
P70 Demência	
P74 Distúrbio ansioso/estado de ansiedade	
PELE	**S**
S01 Dor/sensibilidade dolorosa da pele	
S02 Prurido	
S03 Verrugas	
S04 Tumor/inchaço localizado	
S05 Tumores/inchaços generalizados	
S06 Erupção cutânea localizada	
S07 Erupção cutânea generalizada	
S08 Alterações da cor da pele	
S09 Infecção dos dedos das mãos/pés	
S10 Furúnculo/carbúnculo	
S11 Infecção pós-traumática da pele	
S17 Abrasão/arranhão/bolhas	
S18 Laceração/corte	
S19 Outra lesão cutânea	
S20 Calos/calosidades	
S21 Sinais/sintomas da textura da pele	
S22 Sinais/sintomas das unhas	
S93 Cisto sebáceo	
S94 Unha encravada	
S97 Úlcera crônica da pele	
S99 Outras doenças da pele	

MÚSCULO-ESQUELÉTICO	L
L12 Sinais/sintomas das mãos e dedos	
L17 Sinais/sintomas do pé/dedos pé	
L76 Outras fraturas	
NEUROLÓGICO	**N**
N01 Cefaléia	
N05 Formigamento/ parestesia nos dedos das mãos/pés	
N06 Outras alterações da sensibilidade	
N17 Vertigens/tonturas	
N29 Sinais/sintomas do sistema neurológico, outros	
N99 Outras doenças do sistema neurológico	
RESPIRATÓRIO	**R**
R04 Outros problemas respiratórios	
R05 Tosse	
R08 Outros sinais/sintomas nasais	
R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros	
ENDÓCRINO/METABÓLICO E NUTRICIONAL	**T**
T01 Sede excessiva	
T02 Apetite excessivo	
T03 Perda de apetite	
T07 Aumento de peso	
T08 Perda de peso	
T82 Obesidade	
T83 Excesso de peso	
T85 Hipertireoidismo/tireotoxicose	
T86 Hipotireoidismo/mixedema	
T89 Diabetes insulinodependente	
T90 Diabetes não insulinodependente	
T91 Deficiência vitamínica/nutricional	
T92 Gota	
T93 Alteração no metabolismo dos lipídios	
T99 Outras doenças endocrinológica/metabólica/ nutricionais	
URINÁRIO	**U**
U02 Micção frequente/urgência urinária/ polaciúria	
U04 Incontinência urinária	
U05 Outros problemas com a micção	
U06 Hematúria	
U07 Outros sinais/sintomas urinários	
U08 Retenção urinária	
U13 Sinais/sintomas da bexiga, outros	
U14 Sinais/sintomas dos rins	
U02 Micção frequente/urgência urinária/ polaciúria	
U04 Incontinência urinária	
U05 Outros problemas com a micção	
U06 Hematúria	
U07 Outros sinais/sintomas urinários	
U08 Retenção urinária	

GENITAL FEMININO	X	U13 Sinais/sintomas da bexiga, outros
X04 Relação sexual dolorosa na mulher		U14 Sinais/sintomas dos rins
X05 Menstruação escassa/ausente		U28 Limitação funcional/incapacidade
X14 Secreção vaginal		**GENITAL MASCULINO** Y
X15 Sinais/sintomas da vagina		Y03 Secreção uretral
X16 Sinais/sintomas da vulva		Y04 Sinais/sintomas do pênis, outros
X17 Sinais/sintomas da pélvis feminina		Y05 Sinais/sintomas do escroto/ testículos, outros
X18 Dor na mama feminina		Y06 Sinais/sintomas da próstata
X19 Tumor ou nódulo na mama feminina		Y07 Impotência NE
X20 Sinais/sintomas do mamilo da mulher		Y08 Sinais/sintomas da função sexual masculina, outros
X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros		Y25 Medo de doença sexualmente transmissível
X22 Preocupação com a aparência da mama feminina		Y29 Sinais/sintomas, outros
X23 Medo de doença de transmissão sexual		Y99 Doença genital masculina, outra
PROBLEMAS SOCIAIS		Z
Z01 Pobreza/problemas econômicos		Z14 Problema por doença do parceiro/companheiro
Z02 Problemas relacionados a água/alimentação		Z15 Perda ou falecimento do parceiro/companheiro
Z03 Problemas de habitação/vizinhança		Z20 Problema de relacionamento com familiares
Z06 Problemas de desemprego		Z21 Problema comportamental de familiar
Z07 Problemas relacionados com educação		Z22 Problema por doença familiar
Z08 Problema relacionado com sistema de segurança social		Z23 Perda/falecimento de familiar
Z09 Problema de ordem legal		Z24 Problema de relacionamento com amigos
Z10 Problema relacionado com sistema de saúde		Z25 Ato ou acontecimento violento
Z11 Problema relacionado com estar doente		Z27 Medo de problema social
Z12 Problema de relacionamento com parceiro/conjugal		Z28 Limitação funcional/incapacidade
Z13 Problema comportamental do parceiro/companheiro		Z29 Problema social NE

Dimensão 3. monitorização do autocuidado da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*

3. PRESCRIÇÕES/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Principais prescrições de enfermagem para uma pessoa idosa diabética podem incluir:
EDUCAÇÃO EM AUTOCUIDADO
Ensinar sobre a importância do controle glicêmico
Orientar sobre a monitorização da glicemia em casa
Orientar sobre leitura de rótulos de alimentos e fracionamento
Estimular alimentação saudável
Orientar sobre mudança de habito (alimentação, atividade física, tabagismo, etilismo)
Questionar o paciente se existe dúvidas sobre sua condição, tratamento e autocuidado
Orientar higiene bucal
Orientar sobre a importância da avaliação odontológica
AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO
Promover a adesão ao tratamento medicamentoso, incluindo insulina e/ou antidiabéticos orais.
Promover a adesão ao tratamento insulínico (orientar manejo, formas de condicionar e cuidados)
Orientar técnica de aplicação/rodizio da Insulina
Monitorar sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia (descompensação)
Orientação ao manejo dos cuidados com insulina
Orientação ao automonitoramento da glicemia capilar
Orientação ao manejo com medicamentos orais
Acompanhamento dos resultados de exames laboratoriais
Monitorar e avaliar risco de lesões bucais (processos infecciosos e inflamatórios)
Monitorar e avaliar risco de ulceração
Monitorar e avaliar risco de complicação neuropáticas ou vasculares nos pés
Monitorar e avaliar risco de amputações
CUIDADOS COM A PELE E PÉS
Ensinar a inspecionar os pés diariamente em busca de lesões, bolhas ou infecções

Orientar cuidado com os pés, calçados e meias
Realizar ações de autocuidado higiene dos pés e automonitorização da pele
Orientar sobre a importância da higiene dos pés e o uso de calçados adequados
GERENCIAMENTO DE COMORBIDADES
Monitorar e gerenciar outras condições de saúde que frequentemente coexistem com diabetes, como hipertensão e dislipidemia
Promover consultas regulares com enfermeiro e outros profissionais de saúde
APOIO PSICOLÓGICO E SOCIAL
Avaliar o estado emocional da pessoa idosa
Envolver familiares e cuidadores no processo de cuidados
Oferecer apoio psicológico
Disponibilizar orientação multiprofissional e rede de apoio
PLANEJAMENTO PARA O RETORNO A APS
Agendar retorno para consulta de enfermagem conforme rotina do serviço de saúde
Estimular o paciente a pactuação de corresponsabilidade no tratamento (hábitos e tipo de tratamento)
Solicitar exames complementares (se necessário)
Avaliar efetividade do tratamento em curso e mudança
Avaliar ações de autocuidado implementada em consulta anterior (hábitos, alimentação, atividade física e tratamento)
Estimular a participação em grupo de promoção da saúde ofertado pelo serviço ou cursos/eventos
Estabelecer/metas cronograma para mudança de hábitos
Principais prescrições de enfermagem A pessoas idosas insulinodependentes podem incluir:
Orientações com foco no tratamento insulínico, medicamentos, ajuste de doses e automonitorização, rodizio dos locais de aplicação de insulina e condicionamento domiciliar da insulina.

Referências:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Sistema de Classificação Internacional de Atenção Primária: Segunda Edição (CIAP2).** São Paulo: ABP, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-358/2009.** Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009/. Acesso em: 21 jun. 2024.

MORAES, E. N. *et al.* Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba,** v. 22, n. 1, p. 31-35, 2020.

OREM, D. E. **Conceptos de Enfermeria en la Practica.** Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Quadro de implementação da Atenção Integrada para a Pessoa Idosa para Idosos (ICOPE)**: orientações para sistemas e serviços, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974. Acesso em: 21 jun. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção integrada para a pessoa idosa (ICOPE).** 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974. Acesso em: 21 jun. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso.** Curitiba: SESA, 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 14 ago. 2024.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2).** 2. ed. Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/. Acesso em: 03 out. 2022.

Fonte: Elaborado pelos autores (2024)

DISCUSSÃO

Com relação à caracterização sociodemográfica dos participantes das oficinas, a maioria dos enfermeiros eram do sexo feminino. Esse achado pode estar correlacionado a

predominância das mulheres na enfermagem, desde os primórdios da profissão destacando as pioneiras como Anna Nery, no Brasil e Florence Nightingale, na Europa[20].

Alguns participantes tinham dupla diplomação (Administração hospitalar, fisioterapia, educação física), corroborando com amplitude de conhecimentos e compreensão profissional, qualificando a ênfase multiprofissional dos trabalhos desenvolvidos nas oficinas. Resultados semelhantes foram encontrados em estudos que trataram da relação do aprimoramento de competências e habilidades fundamentais e frequência das titulações, correlacionados aos percursos de formação acadêmica dos enfermeiros[21].

O tempo de formação e atuação na UMS teve média de 10 anos, destacando-se a experiência profissional dos participantes das oficinas, considerando que estes profissionais atuaram como juízes no processo de construção e validação dos roteiros de plano de cuidado. A experiência profissional faz-se importante considerando que os enfermeiros, são considerados experts na aplicação de práticas em enfermagem, atuando nas dimensões assistenciais e gerenciais voltadas para às pessoas, famílias e comunidades atendidas na APS[20].

A utilização de oficina para construção em conjunto com os participantes das dimensões para os roteiros de plano de cuidados, converge com as recomendações da OPAS, ao afirmar que o CCP pode proporcionar mudanças no processo de atenção à saúde ofertados aos pacientes de forma centrada nas necessidades da pessoa, baseados em referencias teóricos condizentes com a prática em saúde[7,10,22].

Reconhecendo a importância do trabalho e das práticas de cuidado de enfermagem na APS, outros pesquisadores afirmam que esforços como CCP a implantação de instrumentos personalizados, voltados para demanda especifica como das pessoas idosas com DM, podem melhorar a qualidade dos serviços prestados e otimizar a dinâmica de trabalho dos enfermeiros atuantes na APS[23].

A avaliação de juízes sobre o material desenvolvido nas oficinas, seguiu o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), método que avalia a proporção ou porcentagem de juízes que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens[24]. Alinhado a esta estratégia, estudo que desenvolveu roteiros para vídeo educacional na área de gerontologia também utilizou o IVC para avaliação de conteúdo pelos juízes enfermeiros com intuito de obter o nível de concordância entre os juízes especialistas, sendo este método considerado eficaz para avaliação do conteúdo de roteiros[23].

Como categorias emergentes vinculadas as ações do autocuidado, emergiu a categoria avaliação clínica da pessoa idosa em relação, destacando a importância da consulta de enfermagem, prescrição de enfermagem e avaliação do pé diabético.

Alinhado a este resultado, a resolução Cofen nº 736/2024, trata do processo de enfermagem em todo contexto em que ocorre o cuidado de enfermagem compondo as etapas da consulta e prescrição de enfermagem. A avaliação clínica da pessoa idosa são partes importantes no processo de enfermagem, pois neste momento são avaliadas informações básicas, porém essenciais para desenvolvimento de estratégias de cuidados[6,25].

Nos roteiros se fez presente a avaliação clínica da pessoa idosa com DM com ênfase nas necessidades de identificar as características sociodemográfica e exame físico da pessoa idosa com DM. Deste modo iniciou-se a inclusão do Índice de vulnerabilidade clínico-funcional, (IVCF-20), considerado ferramenta utilizada para estratificar pessoa idosa vulneráveis com escore de classificação em idosos com baixo risco de vulnerabilidade clínico funcional, ausência de declínio funcional (robusto); idosos com moderado risco de vulnerabilidade clínico-funcional (potencialmente frágil) e idoso com alto risco de vulnerabilidade clínico-funcional (frágil)[26].

A avaliação sociodemográfica e exame físico da pessoa idosa com DM se faz importantes para obtenção de informações sobre a pessoa, família, organização da assistência, levantamento de informações do histórico de saúde e clínico e para estabelecer metas de tratamento[22,27].

As prescrições de enfermagem na UMS utilizam como base a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), ferramenta adequada à Atenção Básica (AB) que permite classificar questões relacionadas às pessoas e não a doenças. O CIAP permite avaliar os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe seguindo a sistematização SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), podendo ser utilizado por todos os profissionais de saúde[3].

Alguns dos discursos dos enfermeiros entrevistados fazem alusão as ações de atendimento a pessoa idosa em relação a avaliação do pé diabético, considerado ponto fundamental da avaliação da pessoa idosa com DM. As ações de avaliação do pé diabético da pessoa idosa englobam a prevenção de úlcera, definição dos riscos de complicações, prevenção de amputação de membro orientar e direcionar o tratamento, fornecendo base para avaliação continuada da evolução das complicações em relação ao pé diabético[6,25,28].

Em relação aos roteiros incluírem a Teoria de Orem e ações de autocuidado, os juízes apontaram evidencias da segunda categoria educação para o autocuidado e subcategorias:

autogestão; educação em saúde; automonitoramento. Foram inclusos nos roteiros de plano de cuidado intervenções quanto orientações e automonitoramento do pé diabético controle da glicemia, avaliação da evolução clínica; organização da atenção à pessoa com DM, controle metabólico, avaliação da efetividade do tratamento e terapêutica com insulina[5,6,11,25].

No contexto da realização de autocuidado faz-se necessário cooperação mútua e contínua entre o enfermeiro e a pessoa idosa, com necessidade de corresponsabilizações, principalmente em relação ao tratamento, autogestão, automonitoramento e cuidado. Estas ações podem ser foco da educação em saúde, com ênfase na prevenção de agravos e complicações à saúde da pessoa idosa diabética, convergindo com as atividades desenvolvidas para este público na APS[23].

Quanto as intervenções de enfermagem, emergiu a categoria processo de trabalho, com estratégias essenciais a classificação de risco e Cuidado Centrado na Pessoa (CCP). No contexto do processo de trabalho apontadas, a classificação de risco se destaca por ser considerado pelos enfermeiros como recurso que auxilia e respalda este profissional na tomada de decisões, estratificação do risco da pessoa idosa, quanto ao nível de cuidados a serem adotados de forma centrada, de acordo com potencial de risco, gravidade clínica e condições de agravos à saúde das pessoas idosas, atendidas na APS[25,29].

Outra estratégia apontada pelos juízes como essencial foi o CCP. Os princípios do CCP e autocuidado de Orem se convergem e podem ser consideradas estratégias importantes para efetivação do cuidado e processo de autocuidado das pessoas idosas[8,11]. O CCP valoriza a participação da pessoa idosa em seu plano de cuidado personalizado, centrado nos seus interesses, especificidades e respeito as limitações cognitivas e corporais. O referencial teórico de Orem está relacionado a capacidade da pessoa em agir a seu favor, corroborando com as estratégias do CCP[8,11].

A realização da consulta de enfermagem pode ser desenvolvida com ações que fomentem estimulo do autocuidado na integralidade da APS. Outro estudo em relação a consulta de enfermagem e autocuidado demostrou a importância do enfermeiro que atua na APS em fomentar e promover ações de autocuidado centradas nas necessidades dos pacientes diabéticos durante a realização da consulta de enfermagem[30].

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A limitação deste estudo refere-se as oficinas serem realizadas com Enfermeiros atuantes em único serviço da Atenção Primária em Saúde (APS), restringindo a generalização dos resultados. São necessárias outras investigações nessa temática com amostras mais

robustas e com delineamento prospectivo, que permitam consolidar os achados desta pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das oficinas com a técnica brainstorming realizadas em três momentos (oficina I conhecimento; Oficina II - geração de ideias; Oficina III - avaliação), possibilitou a construção dos roteiros de plano de cuidado de forma didática e pedagógica.

A construção e validação dos conteúdos dos roteiros foi permeada por reflexão dos participantes/ enfermeiros sobre o seu processo de fazer, limitações da prática e potencialidades em relação ao atendimento a pessoa idosa DM. O plano de cuidados para a pessoa idosa com DM atendida na APS contribui para a enfermagem gerontológica, especialmente por utilizar como estratégia de dialogicidade entre enfermeiros e pessoas idosas, valorizando as necessidades em relação a prática profissional e atendimento de enfermagem da pessoa idosa com DM.

Os roteiros de plano de cuidado de enfermagem foram compostos por 3 dimensões 1 (avaliação da pessoa idosa com DM), dimensão 2 (intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM) e dimensão 3 (monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM), construídos e validados durante o desenvolvimento das atividades em oficina com a participação e contribuição dos enfermeiros/juízes. Os roteiros construídos foram considerados como ferramentas que pode contribuir na resolutividade dos problemas de saúde de forma centrada nas necessidades em relação as demandas das pessoas idosas com DM atendidas na UMS de forma a subsidiar o estímulo do autocuidado na atenção integral da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, atendida na APS.

A teoria de Orem se mostrou adequada para subsidiar os roteiros de plano de cuidado criados e validados, por torna o cuidado de enfermagem um meio de promoção, recuperação e reabilitação por se mostrar alinhado a necessidade de influenciar e fomentar a capacidade de autonomia e autocuidado da pessoa idosa com DM.

REFERÊNCIAS

1. Câmara dos Deputados (BR). Lei N. 14.022, de 7 de julho de 2020. Altera a Lei N. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e de enfrentamento à violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Diário Oficial da União. 2020 jul 8 [citado 2021 set 25];(Seção 1):3. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.022-de-7-de-julho-de-2020-265632900.

2. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística (IBGE). Projeção da população 2023. 2023 [citado 2024 ago 17]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS; 2018 [citado 2024 ago 17]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br
4. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024. São Paulo: Clannad Editora Científica; 2024 [citado 2024 set 20]. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/indice/.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes *Mellitus*. Cadernos de Atenção Básica, n. 36, Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado 2024 jun 21]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/
6. Ministério da Saúde (BR). 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 [citado 2024 ago 15]. Disponível em: https://www.as.saude.ms.gov.br/
7. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Diretrizes para autocuidado do diabetes Módulo 01: cuidados dos pés. 2024 [citado 2024 out 14]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/60552
8. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Atenção integrada para a pessoa idosa (ICOPE). 2020 [citado 2024 out 14]. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974
9. Souza AO, Hammerschmidt KSA, Betiolli SE, Paula AS, Paes GR, Fugaça NPA. Teoria do autocuidado de Orem nas teses de enfermagem brasileira: Estudo bibliométrico. Nursing, 2022;25(288):7731-7754. doi: https://doi.org/10.36489/nursing.2022v25i288p7731-7754
10. Orem DE. Nursing Concepts of Pratice. 3. ed. Boston: Mosby; 1991.
11. Orem, DE. Conceptos de Enfermeria en la Practica. Barcelona: Masson-Salvat; 1993.
12. Dantas ESO, Amorim KP. C. Aspectos teórico-metodológicos em pesquisa qualitativa em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2023;28(1):1589-90. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.15862022
13. Al-Samarraie H, Hurmuzan S. Uma revisão das técnicas de brainstorming no ensino superior. Habilidades de pensamento e criatividade. 2018;27:78-91. doi: https://doi.org/10.1016/j.tsc.2017.12.002
14. Besant A. The Journey of Brainstorming. Journal of Transformative Innovation, New York, 2016 [citado 2022 out 14];2:1-9. Disponível em: https://www.regent.edu/journal/journal-of-transformative-innovation/the-history-of-brainstorming-alex-osborn/
15. Devellis RF. Scale Development: theory and applications. 2. ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications; 2003.
16. Pasquali L. Psicometria. Rev. Esc. Enferm. USP. 2009;43(esp.):992-999. doi: https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002
17. Polit DF, Beck CT. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed; 2019.
18. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2015.
19. Souza VRDS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. Acta Paul Enferm. 2021;34:eAPE02631. doi: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631
20. Alvarenga JPO, Sousa MF. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba - Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão

assistencial. Saúde Debate. 2022;46(135):1077-1092. doi: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213509
21. Barbosa VMS, Silva JVS. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. Rev. Enferm. Atenção Saúde. 2018;7(1):260-271. doi: https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.2517
22. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN 736/2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF; 2024 [citado 2024 jun 21]. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/
23. Gonçalves LHT, Silva AP, Fernandes DS, Cunha C, Castro RLP, Uchôa VS. Conhecimento e atitude sobre diabetes *Mellitus* de usuários idosos com a doença atendidos em unidade básica de saúde. Nursing, 2020 [citado 2024 ago 8];23(260):3497-3501. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg21.pdf
24. Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16(7):3061-3068. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006
25. Governo do Estado do Paraná (BR). Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Avaliação multidimensional do idoso. Curitiba: SESA; 2018 [citado 2024 ago 14]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br
26. Moraes EN, Carmo JA, Machado CJ, Moraes FL. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional 20: proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba. 2020;22(1):31-35. doi: https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i1a7
27. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução COFEN-358/2009. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasília, DF; 2009 [citado 2024 jun 21]. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009/
28. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde. Norma Técnica: organização da atenção ao Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2). 2023 [citado 2024 set 26]. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/aps-escuteseucoracao.html
29. Curitiba, Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica. Organização da atenção à pessoa com Diabetes *Mellitus* baseado no controle metabólico. Curitiba: Departamento de Atenção Primaria à Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto; 2021 [citado 2024 set 26]. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/aps-escuteseucoracao.html
30. Assuncim AM, Silva IP, Eleutério TCC, Saccomann ICR. Consulta de enfermagem como espaço educativo para o autocuidado do paciente com pé diabético. Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba. 2020;22(1):17-22. doi: https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i1a4

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

O estudo de método misto possibilitou convergência dos dados quantitativos e qualitativos para construção dos roteiros de plano de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM. Assim, mostrou-se eficiente por agregar mútuo valor aos dados encontradas em ambas as abordagens (quantitativo/qualitativo) de investigação, potencializando e complementando os achados para a construção das metainferências sobre o objeto em estudo.

A teoria de Orem se mostrou coerente com a proposta de tese, embasando os roteiros de plano de cuidado criados e validados, estimulou o cuidado de enfermagem propicio para promoção, recuperação e reabilitação, alinhado a necessidade de influenciar e fomentar a capacidade de autonomia e autocuidado da pessoa idosa com DM, possibilitando promoção do envelhecimento saudável, estimulo para melhora na qualidade de vida da pessoa idosa, organização do serviço, qualificação da atenção e estimulo a criação de estratégias educativas pelos enfermeiros para o cuidado e autocuidado da pessoa idosa com DM.

Para avaliação da tese apresentada perpassou-se a construção de seis publicações, sendo que na primeira, procedeu-se análise das políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa, apresentando-se codificações baseadas nos princípios do Autocuidado, conforme Orem: promoção da saúde, bem estar, proteção, lazer, segurança e saúde. Confirmou-se que as legislações dialogaram com autocuidado, mediante progresso histórico, porém ainda sendo verifico lacunas vinculadas aos interesses e necessidades da pessoa idosa, não acompanhando as mudanças de perfil desta população, permanecendo, como desafio o estímulo ao autocuidado nos diversos estratos populacionais.

Na segunda, houve mapeamento das ações de estímulo do autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*, confirmando a existência de orientações na UMS Ouvidor Pardinho pautadas nos princípios do SUS, com estímulo do autocuidado, organização sistêmica dos serviços, racionalização dos recursos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população diabética. Evidenciou-se que a qualificação e atualização das ações e serviços prestados pelos gestores e profissionais atuantes na Atenção Primária, por meio de documentos específicos fomentam cuidados centrados no paciente, que possibilitam melhorias na saúde das pessoas e das comunidades, padronizando condutas e alinhando-se as boas práticas para o cuidado de enfermagem.

Na terceira verificou-se informações sobre o estímulo do autocuidado para as pessoas idosas com diabetes *Mellitus* na UMS Ouvidor Pardinho, sendo identificado confirmação de

das ações de enfermagem: 1) Avaliação Clínica: consulta de enfermagem; prescrição de enfermagem; avaliação do pé diabético; atendimento multiprofissional; 2) Ação em Saúde: acolhimento; busca ativa; educação em saúde; 3) Processo de trabalho: classificação de risco; e vínculo. Os enfermeiros percebem a promoção da saúde como essencial do autocuidado e do Cuidado Centrado na Pessoa, além disso, o autocuidado é considerado como estratégia de prevenção, apesar de existir algumas barreiras para implementação (falta de estrutura, apoio e suporte social, principalmente no âmbito familiar, financeiro e social, além do comprometimento cognitivo e declínio emergente com a senilidade da pessoa idosa).

O quarto, abordou o autocuidado das pessoas idosas com diabetes, conforme percepção destas sobre vivência e autocuidado, evidenciando a vinculação com a visão de vida, alimentação, tomada de decisão, adaptação do cotidiano, cuidado preventivo, mudança alimentar, prevenção de complicações, vida ativa, controle diário, adaptação, expectativa, medo e ressignificação. O autocuidado é percebido como ferramenta importante e necessárias para viver com diabetes, atrelado aos cuidados à saúde, alimentação, autoestima e emoção.

Na quinta, constatou-se que as pessoas idosas com DM, participantes deste estudo, demonstraram ciência das suas potencialidades e dificuldades em relação a vivência com o diabetes *Mellitus* tipo 2, compreendendo a relação do autocuidado com a saúde, alimentação, autoestima e emoção. Ademais, possuíam conhecimento suficiente acerca da doença, mas não adotavam medidas de controle, tendo impacto negativo na qualidade de vida e autocuidado. Além disso, as características socioeconômicas, clínica e de percepção das pessoas idosas com DM tipo 2, permitiram identificar características da doença, cuidados diários, e reconhecimento dos problemas, dificuldades em relação a atitudes, comprometimento e autocuidado.

E a sexta, apresentou a construção dos roteiros para planos de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com diabetes *Mellitus*, desenvolvida em oficinas coletivas com enfermeiros, abordando as dimensões: 1) avaliação da pessoa idosa com DM, 2) intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM e 3) monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM. Evidenciou-se que os roteiros são ferramentas que pode contribuir na resolutividade dos problemas de saúde de forma centrada nas necessidades em relação as demandas das pessoas idosas com DM atendidas na UMS de forma a subsidiar o estímulo do autocuidado na atenção integral da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, atendida na APS.

Deste modo, a triangulação dos dados quantitativos e qualitativos, permitiu confirmação da tese apresentada: A existência de roteiros para o plano de cuidado de

enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* estimula o autocuidado na Atenção Primária em Saúde, possibilitando avaliação da pessoa idosa com DM, intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM e monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM. Estes materiais são ferramentas orientadoras para a consulta do enfermeiro, contribuindo para a resolutividade, facilitando a organização do serviço, qualificação da atenção, estímulo para melhora na qualidade de vida/envelhecimento saudável/autocuidado e criação de estratégias educativas.

7 REFERÊNCIAS

ACIOLY, C. M. C. **Práticas de autocuidado realizadas por pessoas com diabetes tipo 2 m um segmento ambulatorial de João Pessoa.** 2018. 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB, João Pessoa, 2018. Disponível em: https://www.teses.usp.br. Acesso em: 16 jan. 2022.

AGRA, M. A. C.; FREITAS, T. C. S.; CAETANO, J. A.; ALEXANDRE, A. C. S.; SÁ, G. G. M.; GALINDO NETO, N. M. Dissertações e Teses da Enfermagem acerca do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência: estudo bibliométrico. **Texto Contexto Enferm.,** v. 27, n. 1, p. e3500016, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/PThzh5pvpvQFrjfZVgxhqrL/abstract/?lang=pt. Acesso em: 01 nov. 2021.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva,** Campinas, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, jul. 2011. Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006

AL-SAMARRAIE, H.; HURMUZAN, S. Uma revisão das técnicas de brainstorming no ensino superior. **Habilidades de pensamento e criatividade,** v. 27, p. 78-91, 2018. Disponível em: https://psycnet.apa.org/. Acesso em: 14 out. 2022.

ALVARENGA, J. P. O.; SOUSA, M. F. Processo de trabalho de enfermagem na Atenção Primária à Saúde no estado da Paraíba – Brasil: perfil profissional e práticas de cuidados na dimensão assistencial. **Saúde Debate,** Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1077-1092, out. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/fHpCjcKMpLwVQWpGVThG9SC/?lang=pt#. Acesso em: 17 out. 2024.

ALVES, H. L. C.; LIMA, G. S.; ALBUQUERQUE, G. A.; GOMES, E. B.; CAVALCANTE, E. G. R.; AMARAL, M. C. V. Uso das teorias de enfermagem nas teses brasileiras: estudo bibliométrico. **Cogitare enferm.,** v. 26, p. e71743, 2021. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/71743. Acesso em: 01 nov. 2021.

ASSUMPÇÃO, D.; RUIZ, A. M. P.; BORIM, F. S. A.; NERI, A. L.; MALTA, D. C.; FRANCISCO, P. M. S. B. Hábito alimentar de idosos diabéticos e não diabéticos: Vigitel, Brasil, 2016. **Arq Bras Cardiol.,** v. 118, n. 2, p. 388-397, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/JgCJhQJGDnhnzxTmxnxPkGS/. Acesso em: 29 ago. 2024.

ASSUNCIM, A. M.; SILVA, I. P. da; ELEUTÉRIO, T. C. de C.; SACCOMANN, I. C. R. Consulta de enfermagem como espaço educativo para o autocuidado do paciente com pé diabético. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, Sorocaba, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 17–22, 2021. DOI: 10.23925/1984-4840.2020v22i1a4. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/40566. Acesso em: 26 out. 2024.

BALDASSARIS, M. L. R. M. **Tradução, adaptação cultural e validação do instrumento para avaliar risco de pé diabético.** 2017. 88f. Dissertação (Mestrado Profissional Ciências Aplicadas à Saúde) - Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre, MG, 2017. Disponível em: https://www.univas.edu.br/Egressos_Web/47.pdf. Acesso em: 14 set. 2022.

BALDASSARIS, M. L. R. M.; MARTÍNEZ, B. B. Adaptação transcultural do instrumento para exame do pé diabético em 3 minutos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2008, 2020. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2008. Acesso em: 14 set. 2022.

BARBOSA, V. M. S.; SILVA, J. V. S. Utilização de teorias de enfermagem na sistematização da prática clínica do enfermeiro: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atenção Saúde,** v. 7, n. 1, p. 260-271, 2018. DOI: https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.2517

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 4. ed. Lisboa: Edições 70; 2015.

BATISTA, A. F. M. B.; NÓBREGA, V. M.; GOMES, G. L. L.; SANTOS, M. M.; FERNANDES, L. T. B.; COLLET, N. Gestão do Diabetes Tipo 1: necessidades de autocuidado apoiado na transição para adolescência. **Saúde e Pesquisa,** v. 13, n. 2, 2020. Disponível em: https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/752. Acesso em: 28 nov. 2020.

BAVARESCO, M.; MANFREDINI, G. M. S. G.; SANTOS, R. P.; RESCK, Z. M. R.; FAVA, S. M. C. L.; DÁZIO, E. M. R. **Aplicabilidade da teoria de Orem no autocuidado de pessoa com estomia intestinal:** estudo reflexivo. 2º Cuatrimestre 2020, ano XXIV, n. 57. Disponível em: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/108784/1/CultCuid57-307-317.pdf. Acesso em: 01 abr. 2020.

BERTOLUCCI, P. H. F.; BRUCKI, S. M. D.; CAMPACCI, S. R.; JULIANO, Y. O miniexame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. **Arq. Neuro-Psiquiatr.,** v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994. Disponível em: https://www.scielo.br/j/anp/a/Sv3WMxHYxDkkgmcN4kNfVTv/abstract/?lang=pt. Acesso em: 14 set. 2022.

BERTOLUCCI, P. H. F.; OKAMOTO, I. H.; BRUCKI, S. M. D.; SIVIERO, M. O.; TONIOLO NETO, J.; RAMOS, L. R. Applicability of the CERAD neuropsychological battery to Brazilian elderly. **Arq. Neuro-Psiquiatria,** v. 59, n. 3-A, p. 532-536, 2001. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0004-282X2001000400009. Acesso em: 2 set. 2024.

BESANT, A. The Journey of Brainstorming. **Journal of Transformative Innovation,** New York, v. 2, p. 1-9, 2016. Disponível em: https://www.regent.edu/journal/journal-of-transformative-innovation/the-history-of-brainstorming-alex-osborn/. Acesso em: 14 out. 2022.

BEZERRA, M. L. R.; FARIA, R. P. R.; Jesus, C. A. C.; REIS, P. E. D.; PINHO, D. L. M.; KAMADA, I. Aplicabilidade da teoria do déficit do autocuidado de Orem no Brasil: uma revisão integrativa. **J Manag Prim Health Care,** v. 9, n. 16, p. 1-19, 2018. Disponível em: http://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/538/741. Acesso em: 16 out. 2021

BONATELLI, L. C. S.; SCHIER, J.; GIRONDI, J. B. R.; HAMMERSCHMIDT, K. S. D. A.; TRISTÃO, F. R. Centro-dia: uma opção no atendimento da pessoa envelhecente com deficiência intelectual. **Saúde em Debate,** v. 42, p. 669-675, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/h7CgpD5yyf5QYjb9WdfSDNC/?format=pdf&lang=pt.

BORBA, A. K. O. T.; ARRUDA, I. K. G.; MARQUES, A. P. O.; LEAL, M. C. C.; DINIZ, A. S. Conhecimento sobre o diabetes e atitude para o autocuidado de idosos na atenção primária à saúde. **Ciências Saúde Coletiva,** v. 24, n. 1, p. 125-36, 2019.

BORLINA, C. P. V.; ANTUNES, F. B.; LANA, L. D. Competências do Enfermeiro Gestor na Atenção Primária: Revisão Integrativa de Literatura. **Sanare,** v. 22, n. 2, 2023. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1689. Acesso em: 22 set. 2024.

BORTOLUZZI, E. C. et al. Multimorbidade em idosos e seus fatores associados em 2010 e 2021. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** v. 27, n. e230231, p. 1-9, 2024. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wZ5bW5HWqNczvdNjFBJ8PnD/. Acesso em: 20 ago. 2024.

BRANDAU, R.; MONTEIRO, R. BRAILE, D. M. Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. **Rev. Bras. Cir. Cardiovasc.,** v. 20, n. 1, p. VII-IX, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbccv/a/YjJ9Hw34dfDTJNcTKMFnKVC/?lang=pt. Acesso em: 16 out. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 502,** de 27 de maio de 2021. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N. 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528,** de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacional-deSaudedaPessoaIdosa.pdf. Acesso em: 25 set. 2021.

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://www.as.saude.ms.gov.br/. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília, DF, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf. Acesso em: 26 set. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. **Cadernos de Atenção Básica,** n. 36, Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/. Acesso em: 15 set. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 17 ago. 2024.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).** 2022. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br. Acesso em: 05 abr. 2023.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Lei N. 14.022, de 7 de julho de 2020. Altera a Lei N. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e de enfrentamento à violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União,** 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.022-de-7-de-julho-de-2020-265632900. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CASAPS).** 2020b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. **Classificação Internacional de Atenção Primária. Comitê Internacional Classificações Wonca (WICC): segunda edição (CIAP2)**. 2021. Disponível em: http://dab.saude.gov.br. Acesso em: 23 mar. 2023.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem – COFEN. **Resolução COFEN 736/2024.** Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF: 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/. Acesso em: 21 jun. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei N. 10.741/2003. Estatuto do Idoso.** Brasília, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei N. 11.433,** de 28 de dezembro de 2006**.** Dispõe sobre o Dia Nacional do Idoso. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11433.htm. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei N. 11.551,** de 19 de novembro de 2007**.** Institui o Programa Disque Idoso. Brasília, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei N. 12.213,** de 20 de janeiro de 2010. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Brasília, 2010. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/l12213.htm. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei N. 13.466,** de 12 julho 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei N. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13466.htm. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei N. 13.646,** de 9 de abril de 2018. Institui o Ano de Valorização e Defesa dos Direitos Humanos da Pessoa Idosa, em alusão à Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos. Brasília, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13646.htm. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei N. 14.022,** de 7 de julho de 2020. Altera a Lei N. 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, e dispõe sobre medidas de enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e de enfrentamento à violência contra crianças, adolescentes, pessoas idosas e pessoas com deficiência durante a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.022-de-7-de-julho-de-2020-265632900. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. **Lei N. 14.423,** de 22 de julho de 2022. Altera a Lei N. 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas", respectivamente. Brasília, 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. **Lei N. 8.080,** de 20 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 25 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Relatório de Avaliação 2013-2016:** enfermagem. Brasília: CAPES, 2017. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/avaliacao/relatorios-finais-quadrienal-2017/20122017-ENFERMAGEM-quadrienal.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Plano Nacional de Pós-Graduação - PNPG 2011-2020.** Brasília: CAPES, 2010. Disponível em: https://www.capes.gov.br/images/stories/download/PNPG_Miolo_V2.pdf. Acesso em: 10 out. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde:** PNPS. 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 08 fev. 2023.

BRASIL. **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 Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm. Acesso em: 30 maio 2022.

BRASIL. **Projeto de Lei N. 94,** de 2021. Altera dispositivos da Lei N. 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso. Brasília, 2021. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1959782. Acesso em: 19 jan. 2021.

BRASIL. **Situação de Hipertensão e Diabetes no Brasil.** 2020a. Disponível em: https://aps.saude.gov.br. Acesso em: 08 fev. 2023.

BURIHAN, M. C.; CAMPOS JÚNIOR, W. **SBACV-SP Consenso no Tratamento e Prevenção do Pé Diabético.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2020. Disponível em: https://sbacv.org.br/. Acesso em: 15 set. 2022.

CARVALHO, C. M. G. **Subconjunto terminológico da Cipe®, estruturado em ontologia, para o autocuidado da pessoa com estomia de eliminação intestinal.** 2017. 248 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, João Pessoa, 2017. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/tede/9479?locale=pt_BR. Acesso em: 16 jan. 2022.

CELLARD, A. A Análise Documental. In: POUPART, J.; DESLAURIERS, J. P.; GROULX, L. H.; LAPERRIÉRE, A.; MAYER, R.; PIRES, A. (Orgs.). **A pesquisa qualitativa:** enfoques epistemológicos e metodológicos. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 295-316.

CIZONE, M. C. A. **Práticas de autocuidado realizadas por pessoas com diabetes tipo 2 em um segmento ambulatorial de João Pessoa.** 2018. 154f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN N. 358,** de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 05 out. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. **Resolução COFEN N. 736,** de 17 de janeiro 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília, DF, 17 jan. 2024. Disponível em: https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/. Acesso em: 21 jun. 2024.

COUTINHO, L. S. B.; TOMASI, E. Déficit de autocuidado em idosos: características, fatores associados e recomendações às equipes de Estratégia Saúde da Família. **Interface,** Botucatu, v. 24, supl. 1, p. e190578, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/WRWXKDsPD7fcgyMJBTG4qbF/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 out. 2021.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa:** métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de Métodos Mistos.** 2. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

CRESWELL, J. W.; HIROSE, M. Mixed Methods and Survey Research in Family Medicine and Community Health. **Fam Med Community Health (online),** v. 7, n. 2, e000086, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1136/fmch-2018-000086. Acesso em: 10 jan. 2023.

CRUZ, R. A. O.; ARAÚJO, E. L. M.; NASCIMENTO, N. M.; LIMA, R. J.; FRANÇA, J. R. F. S.; OLIVEIRA, J. S. Reflexões à luz da Teoria da Complexidade e a formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 70, n. 1, p. 236-239, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0034-71672017000100236. Acesso em: 12 nov. 2020.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; ALEXANDRE, N. M. C. Instrumentos relacionados ao diabetes Mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Rev. Eletr. Enf.,** v. 13, n. 2, p. 331-337, 2011. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a20.htm. Acesso em: 09 dez. 2020.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Norma Técnica:** organização da atenção ao Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2). 2023. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/aps-escuteseucoracao.html. Acesso em: 26 set. 2024.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica. Estratificação de Risco de Condições Crônicas Priorizadas na População Adulta do Município de Curitiba. Risco cardiovascular global, hipertensão arterial e diabetes melito.** Curitiba: Departamento de Atenção Primaria à Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto, 2018b. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 07 mar. 2024.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. **Nota Técnica. Organização da atenção à pessoa com Diabetes Mellitus baseado no controle metabólico.** Curitiba: Departamento de Atenção Primaria à Saúde. Coordenação de Saúde do Adulto, 2021. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/atencao-primaria/aps-escuteseucoracao.html. Acesso em: 26 set. 2024.

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Curitiba. **Plano Municipal de Saúde.** Curitiba, 2022. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/. Acesso em: 16 de maio de 2023

CURITIBA, Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura de Curitiba. **Política Municipal de Promoção da Saúde de Curitiba.** Curitiba: Comitê Intersetorial de Promoção da Saúde, 2018a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 07 mar. 2024.

CURITIBA. **Fluxo geral da atenção ao usuário de 40 a 60 anos com diabetes de alto risco (hba1c≥9%).** 2021b. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/. Acesso em: 16 maio 2023.

CURITIBA. **Política Municipal de Promoção da Saúde de Curitiba.** 2018a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 07 de março de 2023.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Curitiba. 2022b. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/. Acesso em: 10 set. 2022.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. **Histórico da Secretaria.** Curitiba. 2022a. Disponível em: https://saude.curitiba.pr.gov.br/. Acesso em: 10 set. 2022.

DANTAS, E. S. O.; AMORIM, K. P. C. Aspectos teórico-metodológicos em pesquisa qualitativa em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 28, n. 1, p. 1589–1590, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.15862022. Acessa em: 20 ago. 2024.

DERHUN, F. M.; SCOLARI, G. A. S.; CASTRO, V. C.; SALCI, M. A.; BALDISSERA, V. D. A.; CARREIRA. L. O centro de convivência para idosos e sua importância no suporte à família e à Rede de Atenção à Saúde. **Esc Anna Nery,** v. 23, n. 2, p. e20180156, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/gcxfL7W674VJYqRtHC6DNbz/?lang=pt.

DEVELLIS, R. F. **Scale Development: theory and applications.** 2. ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, 2003.

DIAS, E. G.; ANJOS, C. C. dos; SILVA, L. P. da; CAMPOS, L. M.; CALDEIRA, M. B. A primeira experiência profissional do enfermeiro na Atenção Básica. **Rev. Enf. Contemp.,** v. 9, n. 2, p. 218-224, 2020. DOI: https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i2.2914

DIAS, J. A. A.; DAVID, H. M. S. L.; VARGENS, O. M. C. Ciência, enfermagem e pensamento crítico - reflexões epistemológicas. **Revista de Enfermagem UFPE,** v. 10, n. 4, p. 3669-3675, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11142/12645. Acesso em: 01 out. 2021.

DIENER, E.; HEINTZELMAN, S. J.; KUSHLEV, K.; TAY, L.; WIRTZ, D.; LUTES, L. D.; OISHI, S. Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. **Canadian Psychology/Psychologie canadienne,** v. 58, p. 87-104, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304538426_Findings_All_Psychologists_Should_Know_From_the_New_Science_on_Subjective_Well-Being.

DINIZ, J.; SOUSA, V. F.; COUTINHO, J. F. V.; ARAÚJO, I. L. de; ANDRADE, R. M. de C.; COSTA, J. da S.; BARBOSA, R. G. B.; MARQUES, M. B. Gerontotecnologias e internet das coisas para prevenção de quedas em idosos: revisão integrativa. **Acta Paul. Enferm.,** n. 35, eAPE003142, 2022. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03142

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching Patients with Low Literacy Skills.** 2. ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1996.

DORNA, M. S. Alimentação de Idosos Diabéticos e não Diabéticos no Brasil. Minieditorial. **Arq. Bras. Cardiol.,** v. 118, n. 2, p. 398-399, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/sxJxWJLFTmFvTRWsPwycNgf/. Acesso em: 28 ago. 2024.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia.** 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

FEIJÃO, A. R. **Consulta de Enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes com coinfecção HIV/Tuberculose:** efetividade na adesão e qualidade de vida. 2011. 155 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2011. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/2052. Acesso em: 16 jan. 2022.

FERREIRA, J. M.; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A. **Gerontotecnologias educativas para o idoso com doença de Parkinson:** promoção da saúde para prevenção de quedas. 2017. 242 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

FERREIRA, T. A.; APERIBENSE, P. G. G. de S.; SANTOS, F. B. O.; PERES, M. A. de A. Enfermagem como opção de profissão feminina na Universidade do Brasil. **História da Enfermagem, Revista Eletrônica (HERE),** v. 14, e08, 2023. Disponível em: https://periodicos.abennacional.org.br/here/article/view/143. Acesso em: 23 out. 2024.

FILATRO, A. **Design instrucional na prática.** São Paulo: Pearson/Prentice Hall, 2008.

FITTIPALDI, E. O. S.; ANDRADE, A. D.; SANTOS, A. C. O.; CAMPOS, S.; FERNANDES, J.; CASTANHO, M. T. J. A. Sintomas depressivos estão associados a níveis séricos elevados de colesterol de proteína de baixa densidade em idosos com diabetes Mellitus tipo 2. **Arq. Bras. Cardiol.,** v. 115, n. 3, p. 462-467, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abc/a/XTTY8n7f8VVsYSv4q6MxbnC/?lang=pt. Acesso em: 29 ago. 2024.

FOLSTEIN, M.; FOLSTEIN, S.; MCHUGH, P. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr. Res.,** v. 12, n. 3, p. 189-198, 1975.

FRANCO, R. C. **Avaliação do Manual de orientação nutricional para pessoas com diabetes Mellitus tipo 2.** 2015. 184 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, Ribeirão Preto, 2015.

FRAZÃO, M. C. L. O.; VIANA, L. R. C.; FERREIRA, G. R. S.; PIMENTA, C. J. L.; SILVA, C. R. R.; MADRUGA, K. M. A.; BATISTA, P. S. S.; COSTA, K. N. F. M. Correlação entre sintomas de depressão, atitude e autocuidado em idosos com diabetes tipo 2. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 76, n. 3, p. e20220741, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/d4dhVffZpkpRsHLZcN7PBdg/?lang=pt. Acesso em: 29 ago. 2024.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. PROQUALIS, Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz. Simplificando o cuidado centrado na pessoa. **Guia Rápido.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2016. Disponível em: https://proqualis.net/manual/simplificando-o-cuidado-centrado-na-pessoa. Acesso em: 03 ago. 2022.

GIBICOSKI, F. DA S.; MORESCHI, C.; RODRIGUES, S. O.; SILVA, S. DE O.; TOLFO, A. P. D.; BUSNELO, E. D. S. Adesão de atividades de autocuidado de usuários com diabetes atendidos na atenção primária. **Research, Society and Development,** v. 9, n. 5, p. e20952977, 2020. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.2977

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GONÇALVES, L. H. T.; SILVA, A. P.; FERNANDES, D. S.; CUNHA, C.; CASTRO, R. L. P.; UCHÔA, V. S. Conhecimento e atitude sobre diabetes Mellitus de usuários idosos com a doença atendidos em unidade básica de saúde. **Nursing,** v. 23, n. 260, p. 3497-3501, 2020. Disponível em: http://www.revistanursing.com.br/revistas/260/pg21.pdf. Acesso em: 08 nov. 2020.

HAMMERSCHMIDT, K. S. A.; BONATELLI, L. C. S.; CARVALHO, A. A. Caminho da Esperança nas Relações Envolvendo os Idosos: Olhar da Complexidade sobre Pandemia da Covid-19. **Texto & Contexto Enfermagem,** v. 29, p. e20200132, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0132. Acesso em: 22 nov. 2020.

HARTWEG, D. L.; METCALFE, S. A. Teoria de enfermagem do déficit de autocuidado de Orem: relevância e necessidade de refinamento. **Enfermagem Ciência,** v. 35, n. 1, p. 70-76, 2022. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34939484/. Acesso em: 03 ago. 2024

HARTWEG, D. L.; PICKENS, J. A. Concept analysis of normalcy within Orem's self-care deficit nursing theory. **Self Care Depend Care Nurs.,** v. 8, n. 4, p. 418-425, 2016. Disponível em: https://static1.squarespace.com/static/55f1d474e4b03fe7646a4d5d/t/. Acesso em: 03 out. 2021.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1979.

ILHA, S.; SANTOS, S. S. C.; BACKES, D. S.; BARROS, E. J. L.; PELZER, M. T.; OLIVEIRA, A. M. N.; GAUTÉRIO-ABREU, D. P. Gerontotecnologias utilizadas pelos familiares/ cuidadores de idosos com Alzheimer: contribuição ao cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm.,** v. 27, n. 4, p. e5210017, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/tce/v27n4/0104-0707-tce-27-04-e5210017.pdf. Acesso em: 04 abr. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da População 2023.** 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 12 fev. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da população 2021.** 2021. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/. Acesso em: 16 jun. 2022.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT (IWGDF). **Diretrizes do IWGDF sobre a Prevenção e o Tratamento de Pé Diabético.** Trad. Hermelina Pedrosa; Nilce Dompieri. [S.l.]: IWGDF, 2019. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/. Acesso em: 23 set 2024.

ISHIMITSU, L. K.; ALMEIDA, M. H. M. de; BATISTA, M. P. P. Empoderamento no cuidado centrado na pessoa idosa: revisão integrativa. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento,** v. 28, e124070, 2023. DOI: https://doi.org/10.22456/2316-2171.124070

LIMA, A. P.; BENEDETTI, T. R. B.; RECH, C. R.; CARDOSO, F. B.; PORTELLA, M. R. Conhecimento e atitude sobre a diabetes tipo 2 em idosos: estudo de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 25, n. 2, p. 729-740, 2020.

LOPES, L. G. F.; LEAL, M. C. C.; SOUZA, E. F. de; SILVA, S. Z. R.; GUIMARÃES, N. N. A.; SILVA, L. S. R. da. Violência Contra a Pessoa Idosa. **Rev. Enferm. UFPE,** v. 12, n. 9, p. 2257-2268, 2018. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/236354/29885.

MACHADO, V.; FERREIRA, B. R.; DORNELES, C. S.; SILVEIRA, E.; SILVA, L. P. R.; ARAÚJO, P. C. **Manual de normalização de documentos científicos de acordo com as normas da ABNT.** 2. ed. Curitiba: Universidade Federal do Paraná (UFPR). Sistema de Bibliotecas. UFPR, 2024. Disponível em: https://bibliotecas.ufpr.br. Acesso em: 21 out. 2024.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MARTINS. T. B. F.; GHIRALDELO, C. M.; NUNES, M. G. V.; OLIVEIRA, J. O. N. Readability formulas applied to textbooks in Brazilian portuguese. **Notas do ICMC,** v. 28, n. 11, 1996.

McEWEN, M.; WILLS, E. **Bases Teóricas de Enfermagem.** 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Rev. Enf. Ref**., Coimbra: PT, n. 4, p. 127-135, 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.12707/RIV14009.

MELO, L. A.; LIMA, K. C. Prevalência e fatores associados a multimorbidades em idosos brasileiros. **Ciênc. Saúde Coletiva,** v. 25, n. 10, p. 3879-3888, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/FjY6nhWYmJLbdgYp38Mw3pt/?lang=pt. Acesso em: 28 ago. 2024.

MENEZES, H. F.; ROSAS, A. M. M. T. F.; SOUZA, F. S.; VIANA, L. O.; PINTO, A. C. S.; RUFINO, C. G. Produção brasileira de teses e dissertações sobre consulta de enfermagem: estudo de natureza bibliométrica. **Revista Enfermagem Atual,** v. 83, 2017. Disponível em: https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/290. Acesso em: 14 out. 2021.

MICHELS, J. M.; CORAL, M. H. C.; SAKAE, T. M.; DAMAS, T. B.; FURLANETTO, L. M. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq. Bras. Endocrinol Metab.,** v. 54, n. 7, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/abem/a/g8hW3c9mJ8hSRBFxj4YcKJd/?lang=pt. Acesso em: 10 set. 2022.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; LORETO, M. das D. S. de. Perfil pessoal e habitacional da pessoa idosa e suas repercussões na qualidade de vida. **Oikos: Família e Sociedade em Debate,** v. 34, n. 2, p. 1-26, 2023. Disponível em https://periodicos.ufv.br/oikos/article/view/14703/8226. Acesso em: 28 ago. 2024.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2015.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A. C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016.

MONDINI, C. C. S. D. **Avaliação da capacidade de cuidadores de lactentes com Sequência de Robin.** 2008. 154f. Tese (Doutorado em Fissuras Orofaciais e Anomalias Relacionadas) - Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Universidade de São Paulo. Bauru: Universidade de São Paulo, 2008.

MONTEIRO-SOARES, M.; MARTINS-MENDES, D.; VAZ-CARNEIRO, A.; DINIS-RIBEIRO, M. Amputação de membros inferiores após úlceras nos pés em pacientes com diabetes: sistemas de classificação, validação externa e análise comparativa. **Diabetes Metab Res Rev.,** v. 31, n. 5, p. 515-529, 2015. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25529456/. Acesso em: 14 set. 2022.

MORAES, E. N.; CARMO, J. A. do; MACHADO, C. J.; MORAES, F. L. de. Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional- 20 (IVCF-20): proposta de classificação e hierarquização entre os idosos identificados como frágeis. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba,** v. 22, n. 1, p. 31-35, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.23925/1984-4840.2020v22i1a7. Acesso em: 28 set. 2024.

MORAES, E. N.; CARMO, J. A. do; MORAES, F. L. de; AZEVEDO, R. S.; MACHADO, C. J.; MONTILLA, D. E. R. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública,** v. 50, n. 81, p. 1-10, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963. Acesso em: 26 set. 2024.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

MOREIRA, W. C.; DAMASCENO, C. K. C. S.; VIEIRA, S. K. S. F. et al. Análise sobre as políticas públicas de enfrentamento a violência contra o idoso no Brasil. **Rev. Enferm. UFPE,** Recife, v. 10, n. 4, p. 680-685, abr., 2016.

OLIVEIRA, J. L. C.; MAGALHÃES, A. M. M. de; MATSUDA, L. M.; SANTOS, J. L. G. dos; SOUTO, R. Q.; RIBOLDI, C. de O.; ROSS, R. Mixed Methods Appraisal Tool: fortalecimento do rigor metodológico de pesquisas de métodos mistos na enfermagem. **Texto Contexto - Enferm (Internet),** v. 30, e20200603, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0603. Acesso em: 16 jan. 2022.

OLIVEIRA, M. D. da S. **Subconjunto terminológico da CIPE® para atendimento de pessoas com hanseníase.** 2017. 270 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2017. Disponível em: https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/7264/5/Tese%20-%20Michele%20Dias%20da%20Silva%20Oliveira%20-%202017.pdf. Acesso em: 16 jan. 2022.

OREM, D. E. **Conceptos de Enfermeria en la Practica.** Barcelona: Masson-Salvat, 1993.

OREM, D. E. **Nursing Concepsts of Practice.** 8. ed. Boston: Mosby, 2006.

OREM, D. E. **Nursing:** Concepts of Practice. 4. ed. St. Louis: Mosley, 1995.

OREM, D. E. **Self-Care Déficit Theory,** 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - OMS. **Década do Envelhecimento Saudável nas Américas (2021-2030).** Genebra: OMS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030. Acesso em: 14 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Atenção Integrada para a Pessoa Idosa (ICOPE).** 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51974. Acesso em: 14 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Diretrizes para Autocuidado do Diabetes Módulo 01:** Cuidados dos pés. 2024. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/60552. Acesso em: 14 out. 2024.

PACE, A. E.; GOMES, L. C.; BERTOLIN, D. C.; LOUREIRO, H. M. A. M.; JAAP VAN DER, B.; SHORTRIDGE-BAGGETT, L. M. Adaptação e validação da Diabetes Management Self-efficacy Scale para a língua portuguesa do Brasil. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** n. 25, p. e2861, 2017. Disponível em: https://www.scielo.com.br. Acesso em: 16 set. 2021.

PACHECO, J. P. S.; SCHWARTZ, G. M. Políticas Públicas e Espaços de Esporte e Lazer nos Estudos Acadêmicos: Uma Revisão Sistemática. **LICERE - Revista do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer,** v. 24, n. 2, p. 341-376, 2021. DOI: https://doi.org/10.35699/2447-6218.2021.34948.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Saúde do Idoso.** Curitiba: SESA, 2018a. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 21 ago. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia de Diabetes Mellitus.** 2. ed. Curitiba: SESA, 2018b. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 11 out. 2024.

PARANÁ, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso.** Curitiba: SESA, 2018c. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 14 ago. 2024.

PARANÁ. **Lei N. 11.367**, de 20 de maio de 1996. Autoriza o Poder Executivo a instalar unidades de Delegacia de Proteção ao Idoso, em todas as Cidades Polos de Micro Região do Estado, 1996. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 11.863**, de 23 de outubro de 1997: Dispõe sobre a Política Estadual dos Direitos do Idoso e adota outras providências, 1997. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 12.956**, de 16 de outubro de 2000: Autoriza o Poder Executivo a criar, na estrutura organizacional básica do Departamento da Polícia Civil do Paraná, a Delegacia Especializada de Proteção ao Idoso, 2000. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 13.231**, de 19 de julho de 2001: Autoriza o Poder Executivo a instituir, nos municípios de grande porte, o Programa Centro de Convivência do Idoso, 2001. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 14.043**, de 14 de maio de 2003: Institui meia-entrada para idosos em locais que menciona e dá outras providências, 2003. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 15 set. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 14.193**, de 05 de novembro de 2003: Dispõe sobre atendimento prioritário às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, conforme especifica, 2003. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 16.402**, de 10 de fevereiro de 2010: Dispõe que os estabelecimentos que promovem eventos culturais, artísticos, esportivos e de lazer, públicos e privados, no âmbito do Estado, ficam obrigados a afixar placa em local visível e próximo das bilheterias informando o direito do idoso, conforme especifica, 2010. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 15 set. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 16.644**, de 24 novembro 2010: Altera e revoga dispositivos da Lei N. 11.863/1997, institui a Semana Estadual do Idoso e a Conferência Estadual dos Direitos do Idoso e adota outras providências, 2010. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 15 set. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 16.732**, de 27 de dezembro de 2010: Fica instituído o Fundo Estadual dos Direitos do Idoso, conforme especifica, 2010. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 15 set. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 17.104**, de 28 de março de 2012: "Semana de Prevenção e Combate à Violência e Maus Tratos Contra Idosos", 2012. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 17.284**, 29 de agosto de 2012. Institui a "Semana Estadual de Esporte para a Pessoa Idosa", 2012. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 17.364**, de 27 de novembro de 2012. Dispõe sobre a garantia de informação ao idoso acerca de seu direito de manter acompanhante no período em que estiver internado ou em observação em hospitais, 2012. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 17.453**, de 2 de janeiro de 2013. Institui a Semana Estadual do Idoso, a ser comemorada na semana que coincidir com o dia 1º de outubro, 2013. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 17.858**, de 19 de dezembro de 2013. Estabelece a política de proteção ao idoso, 2013. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 15 set. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 17.955**, 10 de janeiro de 2014. Institui o Dia do Cuidador da Pessoa Idosa, 2014. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 15 set. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 18.048**, 17 de abril de 2014. Institui a Semana de Conscientização e Combate à AIDS na Terceira Idade, a ser realizada anualmente na primeira semana do mês de dezembro. Disponível em: http://portal.alep.pr.gov.br. Acesso em: 15 set. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 18.852**, 16 de Agosto de 2016. Determina a comunicação, por parte dos hospitais, clínicas e postos de saúde que integram a rede pública e privada de saúde do Estado, da ocorrência com indícios de maus tratos que envolva idosos, na forma que específica, 2016. Disponível em: http://portal.alep.pr.gov.br. Acesso em: 15 set. 2022.

PARANÁ. **Lei N. 19.252**, de 05 de dezembro de 2017. Dispõe sobre a Política Estadual da Pessoa Idosa, conforme especifica, 2017. Disponível em: http://portal.alep.pr.gov.br. Acesso em: 15 set. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 20.137**, de 3 de março de 2020. Cria a Campanha de Combate aos Golpes Financeiros Praticado Contra os Idosos, 2020. Disponível em: http://portal.alep.pr.gov.br. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 20.252**, de 2 de julho de 2020. Insere no Calendário Oficial de Eventos do Estado do Paraná o junho Violeta, mês de conscientização e prevenção contra a violência à pessoa idosa, 2020. Disponível em: http://portal.alep.pr.gov.br. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Lei N. 9.264**, de 24 de maio de 1990. Dispõe que ficam isentos do pagamento das taxas de confecção de Cédula de Identidade, junto ao Instituto de Identificação, da Secretaria de Estado da Segurança Pública, os maiores de sessenta e cinco anos, domiciliados em território paranaense, 1990. Disponível em: https://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Legislacao-Pessoa-Idosa. Acesso em: 02 dez. 2021.

PARANÁ. **Plano Estadual de Saúde Paraná 2020-2023.** 2020. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 14 fev. 2023.

PARANÁ. **Programação Anual de Saúde 2023.** 2022. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br. Acesso em: 14 fev. 2023.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 43, n. esp., p. 992-999, 2009. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40416. Acesso em: 12 out. 2024.

PIMENTA, A. A.; PORTELA, A.; OLIVEIRA, C.; RIBEIRO, R. M. A bibliometria nas pesquisas acadêmicas. **Scientia,** v. 4, n. 7, p. 1-13, 2017.

PIMENTA, C. J. L.; FERNANDES, W. A. A. de B.; FALCÃO, R. M. de M., FREITAS, S. de A.; OLIVEIRA, J. dos S.; COSTA, K. N. de F. M. Análise das dissertações e teses do programa de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. **REME,** v., 22, n. e1093, 2018. Disponível em: http:// www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180023. Acesso em: 17 set. 2021.

PINTO, A. C.; GARANHANI, M. L.; FRANÇA, T. E.; PIEROTTI, I. Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana. **Pro-Posições,** v. 28, n. Suppl. 1, p. 88-110, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/pp/v28s1/0103-7307-pp-28-s1-0088.pdf. Acesso em: 04 dez. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ROCHA, V. N.; FERREIRA, B. R.; MEDEIROS, G. G. de; SANTOS, W. L. dos. Autocuidado dos pés em portadores de Diabetes tipo II: estudo qualiquantitativo. **REVISA,** v. 12, n. 3, p. 575–582, 2023. Disponível em: https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/104. Acesso em: 14 out. 2024.

SÁ, F. M. de. **Análise do perfil epidemiológico e compreensão da experiência de uidadores informais de pacientes em pós-AVC:** Estudo multimétodos. 2021. 83 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2021. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/handle/11449/204418. Acesso em: 16 jan. 2022.

SANTOS, R. S. **Autocuidado apoiado aos hipertensos:** construção de um protocolo. 2016. 168 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/21434. Acesso em: 16 jan. 2022.

SANTOS, S. S. C.; HAMMERSCHMIDT, K. S. A. A complexidade e a religação de saberes interdisciplinares: contribuição do pensamento de Edgar Morin. **Rev. Bras. Enferm.,** v. 65, n. 4, p. 561-565, 2012. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000400002. Acesso em: 19 nov. 2020.

SANTOS, V.; SALVADOR, P.; GOMES, A.; RODRIGUES, C.; TAVARES, F.; ALVES, K.; BEZERRIL, M. Iramuteq nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. **6º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa,** 2017. pp. 392- 401. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n2/15.pdf. Acesso em: 09 out. 2022.

SCHAPER, N. C.; NETTEN, J. J. V.; APELQVIST, J.; BUS, S. A.; HINCHLIFFE, R. J.; LIPSKY, B. A. Diretrizes do IWGDF sobre a prevenção e o tratamento de pé diabético. **The International Working Group on the Diabetic Foot.** 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/. Acesso em: 14 set. 2022.

SCOLARI, G. A. S.; DERHUN, F. M.; RISSARDO, L. K.; BALDISSERA, V. D. A. A participação no centro de convivência para idosos: repercussões e desafios. **Rev. Brasileira**

Enferm., v. 73, n. suppl. 3, p. e20190226, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/DLnJ9d7XYDWnBQS3rBx393h/?format=pdf&lang=pt.

SILVA, A. G. I. da; GURJÃO, W. T. V.; SANTOS, F. C. dos; COSTA, G. F. Tecnologia gerencial para mediar a consulta de enfermagem a pessoas vivendo com doença de chagas. **Nursing,** v. 24, n. 281, p. 6319-6334, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i281p6319-6334. Acesso em: 30 mar. 2022.

SILVA, K. P. S.; SILVA, C. S.; SANTOS, M. S.; CORDEIRO, C. F.; SOARES, D. A. M.; SANTOS, F. F.; SILVA, M. A.; OLIVEIRA, B. K. F. Autocuidado a luz da teoria de dorothea orem: panorama da produção cientifica brasileira. **Brazilian Journal of Development,** Curitiba, v. 7, n. 4, p. 34043-34060, abr. 2021. Disponível em: https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27562. Acesso em: 16 out. 2021.

SILVEIRA, M. M.; PASQUALOTT, A.; COLUSSI, E. L. Educação Gerontologia, Envelhecimento Humano e Tecnologias Educacionais: Reflexões Sobre velhice Ativa. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.,** v. 17, n. 2, p. 387-398, 2012.

SIQUEIRA, A. F, et al. Validation of a handbook on suicide prevention among students: talking is the best solution. **Rev. Rene**, v. 21, 2019. DOI: https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142241.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2021-2022.** 2021. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/. Acesso em: 21 fev. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024.** São Paulo: Clannad Editora Científica, 2023. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br. Acesso em: 20 maio 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** São Paulo: Clannad Editora Científica, 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2024.** São Paulo: Clannad Editora Científica, 2024. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/indice/. Acesso em: 20 set. 2024.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Epidemiologia e impacto global do diabetes Mellitus (2019-2020).** São Paulo: Clannad, 2019. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf. Acesso em: 15 set. 2021.

SOUSA, A. A. D.; BRITO, A. M. G.; SILVEIRA, M. F.; MARTINS, A. M. E. B. L. Validação do instrumento reduzido Diabetes-21 para avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas com diabetes. **Epidemiologia e Serviços de Saúde,** Brasília, v. 31, n. 1, p. e2021324, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/i/2022.v31n1/. Acesso em: 14 set. 2022.

SOUSA, Y. S. O.; GONDIM, S. M. G.; CARIAS, I. A.; BATISTA, J. S.; MACHADO, D. C. M. O uso do Software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais,** São João Del-Rei, v. 15, n. 2, p. e3283, abr./jun., 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n2/15.pdf. Acesso em: 09 out. 2022.

SOUZA, A. O. de.; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; BETIOLLI, S. E.; PAULA, A. da S.; PAES, G. R.; FUGAÇA, N. P. A. Teoria do autocuidado de orem nas teses de enfermagem brasileira: Estudo bibliométrico. **Nursing,** São Paulo, v. 25, n. 288, p. 7731-7754, 2022b. Disponível em: https://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/2470. Acesso em: 31 ago. 2022.

SOUZA, A. O. de; HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; BETIOLLI, S. E.; PAULA, A. da S.; BRANDÃO, M. L.; SCHWANKE, A. A.; FUGAÇA, N. P. A.; POSTANOVSKI, S. de M.; MULLER, Z.; GRZYBOWSKI, B. T. Análise das políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa: pesquisa documental. **Research, Society and Development,** v. 11, n. 11, p. e224111133551, 2022a. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33551. Acesso em: 31 ago. 2022.

SOUZA, M. A. R.; WALL, M. L.; THULER, A. C. M. C.; LOWEN, I. M. V.; PERES, A. M. O uso do Software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. **Rev. Esc. Enferm. USP,** n. 52, p. e03353, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 08 out. 2022.

SOUZA, M. S.; MACHADO, C. V. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 23, p. 3189-3200, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/BjddmZJmvfkYQvkZ5sS9Y4Q/?lang=pt.

SOUZA, N. M. S.; CUNHA, A. C.; REZENDE E SILVA, F. M.; QUADROS, K. A. N.; SANTOS, R. C.; ANDRADE, S. N. Fatores relacionados ao diabetes Mellitus que podem influenciar no autocuidado. **Revista Nursing,** v. 23, n. 268, p. 4580-4588, 2020. Disponível em: http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/868/969. Acesso em: 30 mar. 2022.

SOUZA, V. M. F de; CAMACHO, A. C. L. F.; MENEZES, H. F. de; SILVA, M. A. P. A da; THIMÓTEO, R. da S.; SILVA, R. P. Políticas Públicas de Saúde do Idoso no Brasil: Revisão Integrativa. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento,** v. 10, n. 1, p. e20010110804, 2021. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i1.10804.

SOUZA, V. R. D. S.; MARZIALE, M. H. P.; SILVA, G. T. R.; NASCIMENTO, P. L. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. **Acta Paul Enfermagem,** v. 34, n. eAPE02631, p. 1-9, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/sprbhNSRB86SB7gQsrNnH7n/. Acesso em: 19 out. 2024.

STACCIARINI, T. S. G. **Adaptação e validação da escala para avaliar a capacidade de autocuidado Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised para o Brasil.** 2012. 191 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de

São Paulo - USP, Pós-Graduação Enfermagem Fundamental, Ribeirão Preto, 2012. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-16012013-111537/pt-br.php. Acesso em: 16 jan. 2022.

TASCA, R.; MASSUDA, A.; CARVALHO, W. M.; BUCHWEITZ, C.; HARZHEIM, E. Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud. Publica,** v. 44, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4 Acesso em: 14 fev. 2024.

TOMASI, A. V. R. **Idosos com Estomia Intestinal que Vivenciam Sintomas de Incontinência Urinária: um Processo para o Autocuidado.** 2021. 202 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/234539. Acesso em: 16 jan. 2022.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Validação dos questionários de conhecimento (DKN-A) e atitude (ATT-19) de Diabetes Mellitus. **Rev. Saúde Pública,** v. 39, n. 6, p. 906-911, 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/GtkttmtGCycf93jC7RhkRWq/. Acesso em: 16 set. 2021.

TORRES, K. R. B. O.; CAMPOS, M. R.; LUIZA, V. L.; CALDAS, C. P. Evolução das políticas públicas para a saúde do idoso no contexto do Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 30, n. 1, p. e300113, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/physis/a/XqzFgPPbgmsKyJxFPBWgB3K/?lang=pt.

TRETTENE, A. S. **Impacto da promoção do autocuidado na carga de trabalho de enfermagem.** 2015. 156 f. Tese (Doutorado em Ciências da Reabilitação) - Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo Bauru, 2015. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/61/61132/tde-07032016-171526/pt-br.php. Acesso em: 16 jan. 2022.

TRINTINAGLIA, V.; BONAMIGO, A. W.; AZAMBUJA, M. S. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento Saudável na América Latina: uma revisão integrativa. **Rev. Bras. Promoção da Saúde,** n. 34, 11762, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR. **Resolução N. 32/17 do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão (CEPE).** Estabelece normas gerais únicas para os cursos de pós-graduação stricto sensu (Mestrado e Doutorado) da Universidade Federal do Paraná. Disponível em: https://bibliotecas.ufpr.br. Acesso em: 21 out. 2024.

VELOSO, J.; GUARITA-SOUZA, L., C.; LIMA JÚNIOR, E.; ASCARI, R. A.; PRÉCOMA, D. B. Perfil clínico de portadores de Diabetes Mellitus em acompanhamento multiprofissional em saúde. **Revista Cuidarte**, v. 11, n. 3, p. e1059, 2020. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2216-09732020000300318&script=sci_arttext. Acesso em: 28 ago. 2024

WINDER, C.; DOWLATABADI, Z. **Producing Animation.** 2. ed. [S.l]: Focal Press, 2011.

WORLD ORGANIZATION OF NATIONAL COLLEGES, ACADEMIES, AND ACADEMIC ASSOCIATIONS OF GENERAL PRACTITIONERS/FAMILY PHYSICIANS.

Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2). 2. ed. Elaborada pelo Comitê Internacional de Classificação da WONCA. Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade; 2009. Disponível em: http://www.sbmfc.org.br/. Acesso em: 03 out. 2022.

APÊNDICE I - PESQUISA DOCUMENTAL (PLANILHA EM BRANCO)

Etapa 1 - Analisar as políticas públicas brasileiras e estaduais (Paraná) estabelecidas entre 1988 e 2021, que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa.

Tabela - Análise de políticas públicas brasileiras que dialogam com as diretrizes do autocuidado da pessoa idosa uma pesquisa documental

Número e nome da Lei ou Resolução	Ano	Nome da legislação	Âmbito da legislação	*Caput* e artigos que dialogam com autocuidado das pessoas idosas	Principais resultados	Codificação em relação a Teoria do autocuidado para a pessoa idosa

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

APÊNDICE II - ROTEIRO DE PESQUISA DOCUMENTAL

Etapa 2: Mapear ações de enfermagem realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*.

Roteiro para desenvolvimento da pesquisa documental em campo, seguindo as etapas de análise documental preliminar e a análise propriamente dita de acordo com Cellard (2012).

DOCUMENTOS A SEREM VERIFICADOS DA ROTINA DA UMS OUVIDOR PARDINHO	**CARACTERÍSTICAS**
1.1 Registros de marcações de consultas de enfermagem as pessoas idosas com Diabetes *mellitus*	- Nome completo do paciente - Data e horário - Sala - Nome do enfermeiro - Queixa
1.2 Registros da consulta de enfermagem as pessoas idosas com Diabetes *mellitus*	- Diagnóstico de enfermagem - Intervenção de Enfermagem - Evolução - Agendamentos/Retorno
1.3 Demanda de atendimento das pessoas idosas com Diabetes *mellitus*	- Quantidade de consultas de enfermagem ao dia - Quantidade de atendimentos aplicação de insulina - Quantidade de atendimentos para dispensa de medicação ou glicosímetro - Quantidade de atendimentos de educação em saúde
1.4 Impressos utilizados para registro das pessoas idosas com Diabetes *mellitus*	- Protocolos específicos para pessoas com DM - Fluxo especifico para atenção a pessoa com DM - Formulário para as pessoas idosas com DM (dispensa de medicação ou glicosímetro)
NORMAS E ROTINAS EXISTENTES	**CARACTERÍSTICAS**
2.1 Registros dos horários pré-estipulado (chegada saída) dos profissionais	- Registro ponto (horário de trabalho diário)
2.2 Registros dos dias e horários dos atendimentos dos enfermeiros das pessoas idosas com Diabetes *mellitus*	- Mapear as consultas de enfermagem disponíveis (datas, horários e profissionais)
2.3 Registros dos dias e horários das atividades de educação em saúde as pessoas idosas com Diabetes *mellitus*	- Mapear as atividades educativas disponíveis (datas, horários e profissionais)
2.4 Registros das atribuições dos enfermeiros no atendimento ao usuário com Diabetes *mellitus*	- Listagem das atribuições dos enfermeiros conforme protocolos
2.5 Registros da estratificação de risco da pessoa idosa com Diabetes *mellitus*	- Formulário de avaliação de risco - Protocolo de avaliação de risco - Etapas da avaliação de risco
INFORMAÇÕES SOBRE ÁREA DE ABRANGÊNCIA	**CARACTERÍSTICAS**
3.1 Registros sobre a área adscrita da UMS Ouvidor Pardinho	- Quantidade de bairros da área adscrita - População integrante da área adscrita - Agentes Comunitário de Saúde da UMS x área de cobertura
3.2 Registros dos cadastrados provisórios das pessoas idosas com Diabetes *mellitus*	- Quantidade de cadastros provisórios conforme faixa etária
3.3 Registros dos cadastrados definitivos das pessoas idosas com Diabetes *mellitus*	- Quantidade de cadastros definitivo conforme faixa etária
3.4 Registro das pessoas idosas com Diabetes *mellitus* no programa dos Diabéticos	- Informações sobre as pessoas idosas disponíveis no e-saúde (idade, sexo, coresidência, salário, comorbidades, tempo de doença DM)

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

APÊNDICE III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE DE ENTREVISTA COM ENFERMEIROS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE DE ENTREVISTA COM ENFERMEIROS

Nós, Prof.ª Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e Alcione Oliveira de Souza, respectivamente pesquisadoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), estamos convidando V.S.ª Enfermeiro da UMS Ouvidor Pardinho a participar de um estudo intitulado "Plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*: estímulo do autocuidado na atenção integral da APS". A fim de estimular o autocuidado da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* na Atenção Primária em Saúde.

a) O objetivo do estudo é avaliar o plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, para integralidade, como estímulo do autocuidado na Atenção Primária em Saúde.
b) Caso V.S.ª participe da pesquisa, será necessário a realização de uma entrevista guiada por um roteiro e gravada em áudio. Não será gravada sua imagem, apenas sua voz.
c) Caso V.S.ª participe da pesquisa será necessário assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização da entrevista guiada por roteiro com perguntas relacionadas ações de enfermagem realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para estimulo do autocuidado das pessoas idosas que será realizada em data e horário previamente estabelecido, na UMS Ouvidor Pardinho localizada na Rua 24 de maio, 807, centro o que levará aproximadamente 60 minutos.
d) É possível, que V.S.ª experimente algum desconforto no decorrer da entrevista principalmente relacionado ao cansaço pelo tempo em que ficar sentado para realização. Para minimizá-los as pesquisadoras garantem a V.S.ª que poderá interromper a pesquisa a qualquer momento e retornar a ela quando se sentir à vontade para fazê-las, ou até mesmo desistir a qualquer tempo.
e) Os riscos que V.S.ª poderá experimentar no decorrer da entrevista será um possível constrangimento mediante as perguntas feitas. Para minimizar as pesquisadoras garantem a V.S.ª a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato.
f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são de criar roteiro para plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, visando estimulo do autocuidado na integralidade da Atenção Primária em Saúde. No entanto, a V.S.ª poderá não ser diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas certamente contribuirá com o avanço científico relacionado ao tema.
g) As pesquisadoras responsáveis por este estudo Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e doutoranda Alcione Oliveira de Souza ambas da Universidade Federal do Paraná poderão ser localizadas pelo telefone 41-98713-2808 ou 41 3434-5589 e-mail ksalmeidah@ufpr.br ou alcionesouza@ufpr.br entre 08:00 e 17:00; para esclarecer eventuais dúvidas que A V.S.ª possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado do estudo.
h) A sua participação neste estudo é voluntária e se V.S.ª não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como o orientador, coorientador e colaborador de iniciação científica. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.
j) O material obtido (entrevista, áudios gravados e transcrições) serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão guardados pela pesquisadora por cinco (5) anos após o término da pesquisa, e após destruídos.
k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e V.S.ª não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
m) Se V.S.ª tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos[10] (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41)3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução N. 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu,_____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.*

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ___ de _____ de _____

_____
Participante de Pesquisa

_____
Pesquisador Responsável

[10] Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar |Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259.

APÊNDICE IV - ENTREVISTAS I - ENFERMEIROS

Etapa 2: Mapear ações de enfermagem realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*.

Entrevista I - Objetiva conhecer a percepção dos profissionais sobre o autocuidado.
Data da aplicação: _____/_____/_____

1. Perfil Sociodemográfico

1.1 Nome do enfermeiro: _____ Código: _____
1.2 Fone_____ e-mail_____
1.3 Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade _____

1.4 Sexo	Feminino ( ) Masculino ( )
1.5 Qual a sua idade (em anos)?	
1.6 Qual a sua raça/cor? 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	

2. Dados profissionais e de formação

2.1 Você se formou em que tipo de instituição? 1. Pública 2. Privada	
2.2 Você possui curso(s) de pós-graduação? 1. Sim qual(is)? 2. Não	
2.3 Possui outra formação? 1. Sim qual(is)? 2. Não	
2.4 á quanto anos você atua como enfermeiro?	
2.5 Há quanto tempo atua na Atenção Primária em Saúde (APS)?	
2.6 Há quanto tempo na UMS Ouvidor Pardinho?	
2.7 A sua formação foi suficiente para trabalhar com pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*? 1. sim 2. Não, justifique	

3. Dados sobre o atendimento de enfermagem

3.1 Na UMS Ouvidor Pardinho que tipo de atendimentos são oferecidas as pessoas idosas com diabetes *Mellitus*?

_____
_____
_____

3.2 Existem orientações que são passadas para as pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*, durante a consulta de enfermagem? Caso sim, descreva.

_____
_____
_____

3.3 Você elabora educação em saúde as pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*? Caso sim, como realiza?

_____
_____
_____

3.4 Você considera importante a abordagem centrada nas pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*? Justifique.

_____
_____
_____

3.5 A interação pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* e enfermeiro ocorre de forma efetiva na UMS Ouvidor Pardinho?
( ) Sim ( ) Não, justifique.

_____
_____
_____

3.6 Se tratando do autocuidado centrado nas pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*, você pode elencar os aspectos facilitadores e dificultadores para realização deste autocuidado?

Facilitadores	**Dificultadores**

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

APÊNDICE V - ENTREVISTA II - ENFERMEIROS

Etapa 2: Mapear ações de enfermagem realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*.

Entrevista II - Objetiva identificar as ações direcionadas as pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* e as desenvolvidas para o estimulo do autocuidado as pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* na UMS Ouvidor Pardinho.

1. **Cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com DM**

1.1 Para você o que é cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*?

_____
_____
_____

1.2 Para você o que é plano de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*?

_____
_____
_____

1.3 Trabalhando na UMS Ouvidor Pardinho você realiza cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa?

( ) Sim ( ) Não, justifique.

_____
_____
_____

1.4 Na sua opinião o cuidado centrado na pessoa, traz benefícios para a prática profissional no atendimento de enfermagem?

( ) Sim ( ) Não, justifique.

_____
_____
_____

1.5 O cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com diabetes *Mellitus* pode trazer benefícios no cotidiano delas?

( ) Sim ( ) Não, Justifique. Se sim, quais benefícios?

_____
_____
_____

2. Ações desenvolvidas para estimulo do autocuidado na atenção integral da pessoa idosa com DM

2.1 Você desenvolve no seu contexto de trabalho na UMS Ouvidor Pardinho ações para estimulo do autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*?

_____
_____
_____

2.2 Na UMS Ouvidor Pardinho utiliza-se planos de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com diabetes *Mellitus*?

( ) Sim ( ) Não, justifique.

_____
_____
_____

2.3 O plano de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com diabetes *Mellitus* pode ajudar a melhorar a assistência de enfermagem prestada a este paciente? Descreva os motivos?

_____
_____
_____

2.4 A implantação de plano de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com diabetes *Mellitus* é necessária para o trabalho dos enfermeiros atuantes na Atenção Primária em Saúde?

_____
_____
_____
_____

2.5 Quais são as barreiras e potenciais para implementação dos planos de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*?

_____
_____
_____

2.6 O que poderia facilitar a aplicabilidade de plano de cuidado de enfermagem centrado nas pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*, no seu ambiente de prática?

_____
_____
_____

2.7 Você tem alguma sugestão de atendimento/ação de enfermagem para estimular o autocuidado do idoso com DM na UBS Ouvidor Pardinho?

_____
_____
_____

3. Dados sobre capacitação e aprofundamentos de conhecimentos sobre a pessoa idosa com diabetes

3.1 Você já realizou alguma capacitação sobre pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*?

Sim ( ) Não ( ), se sim quando foi esta última capacitação? _____ Você lembra qual foi o tema principal desta capacitação?

_____
_____
_____

3.2 Como você percebe seus conhecimentos atuais em relação as pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*? Tem alguma dúvida?

_____
_____
_____

3.3 Como você percebe seus conhecimentos atuais em relação ao autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*? Tem alguma dúvida?

_____
_____
_____

3.4 Que temas você sugere para capacitação sobre o autocuidado as pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*?

_____
_____
_____

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

APÊNDICE VI - ENTREVISTA III - ENFERMEIROS

Etapa 2: Conhecer as ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros sobre o estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* atendidas na atenção primária

Entrevista III - Objetiva identificar a percepção individual dos enfermeiros sobre autocuidado de Orem, nos aspectos conhecimento, benefícios e elementos facilitadores e dificultadores do autocuidado as pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*.

1. **Dados sobre a percepção dos enfermeiros sobre autocuidado de Orem, nos aspectos conhecimento, benefícios e elementos facilitadores e dificultadores para o autocuidado.**

1.1 Percepção sobre o autocuidado de Orem	**Resposta**	
1.1.1 Você conhece a Teoria do autocuidado de Dorothe Orem?	Sim ( )	Não ( )
1.1.2 Já utilizou a teoria na prática de enfermagem?	Sim ( )	Não ( )
1.1.3 Possui dificuldades para entender a teoria?	Sim ( )	Não ( )
1.1.4 Possui capacitação em relação ao autocuidado?	Sim ( )	Não ( )
1.1.5 Possui alguma capacitação em relação ao autocuidado do paciente DM?	Sim ( )	Não ( )
1.2 Percepção sobre autocuidado	**Resposta**	
1.2.1 Você considera que autocuidado beneficia as pessoas idosas com diabetes *Mellitus*?	Sim ( )	Não ( )
1.2.2 O autocuidado pode prejudicar as pessoas idosas com diabetes *Mellitus*? Justifique:	Sim ( )	Não ( )
1.2.3 Na sua opinião existe relação entre autocuidado e qualidade de vida das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*?	Sim ( )	Não ( )
1.2.4 A realização do autocuidado está presente no processo de trabalho do enfermeiro junto as pessoas idosas com diabetes *Mellitus*? Caso responda não justifique: _____	Sim ( )	Não ( )
1.3 Percepção sobre capacitação para autocuidado na UMS Ouvidor Pardinho	**Resposta**	
1.3.1 Nos últimos 3 anos, na UMS Ouvidor Pardinho, existiu oferta de capacitação sobre autocuidado?	Sim ( )	Não ( )
1.3.2 Nos últimos 3 anos, na UMS Ouvidor Pardinho, aconteceu capacitação sobre autocuidado ao paciente com diabetes *Mellitus*?	Sim ( )	Não ( )
1.3.3 Nos últimos 3 anos, na UMS Ouvidor Pardinho, houve oferta de capacitação sobre autocuidado centrado nas pessoas idosas com diabetes *Mellitus*?	Sim ( )	Não ( )
1.3.4 Você se considera capacitado teoricamente para estimular o autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*?	Sim ( )	Não ( )
1.3.5 Você se considera preparado para estimular na prática o autocuidado das pessoas idosas com diabetes *Mellitus*?	Sim ( )	Não ( )
1.3.6 Na UMS Ouvidor Pardinho, existe adoção de referências teórico científico (teoria de enfermagem) para realização da prática de	Sim ( )	Não ( )

enfermagem?		
1.3.7 Você considera a adoção de referenciais teóricos importantes para desenvolvimento da prática de enfermagem na APS? Justifique:_____	Sim ( )	Não ( )
1.3.8 Na sua formação houve abordagem do referencial teórico de OREM (autocuidado)?	Sim ( )	Não ( )
1.3.9 Na sua formação houve abordagem sobre autocuidado?	Sim ( )	Não ( )
1.3.10 Você gostaria de fazer alguma(s) observação(ões) sobre os assuntos abordados nesta entrevista? Tem alguma sugestão ou crítica? _____		

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022).

APÊNDICE VII - COLETA DE DADOS - ROTEIRO OBSERVAÇÃO DIRETA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Etapa 2: Mapear ações de enfermagem realizadas na Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, para estímulo do autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus*;

Este instrumento de observação direta deve ser aplicado durante a consulta de enfermagem a pessoa idosa com diabetes para observação das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros durante a consulta, seguindo a resolução do COFEN 358/2009 que trata da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), a observação direta deve ser realizada com foco: Histórico de enfermagem/Exame físico; diagnóstico de enfermagem; planejamento das ações; implementação das ações e avaliação.

COLETA DE DADOS

Data da consulta realizada pelo enfermeiro: ____/____/____ Dados colhidos por _____

Nome do Enfermeiro _____ Código_____

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DIRETA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

1. HISTÓRICO		
1.1 Dados da identificação: Características sociodemográfica	**Identificação durante a consulta**	**Outros dados avaliados durante a consulta de enfermagem**
Dados pessoais: idade, sexo, estado civil, ocupação, grau de instrução, religião, número de filhos.	Sim ( ) Não ( )	Outros quais?
Foi realizado o VES-13?	Sim ( ) Não ( )	Caso não, justifique:
Foi utilizado a Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAPE-2)[11]?	Sim ( ) Não ( )	
1.2 Histórico Clinico	**Avaliação do enfermeiro**	**Outros dados avaliados durante a consulta de enfermagem**
Foi questionado a data do último atendimento de enfermagem?	Sim ( ) Não ( )	
Relatou alguma queixa?	Sim ( ) Não ( )	Quais?
Hábitos de vida: Tabagismo (tempo, tipo e quantidade); Etilismo (tempo, tipo, frequência e quantidade); Uso de drogas ilícitas (tempo, tipo, frequência e quantidade); Automedicação (tipo, frequência e quantidade).	Sim ( ) Não ( )	Outros quais?
Foi avaliado padrão de alimentação: rotina alimentar	Sim ( ) Não ( )	Descrever

[11]**Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP):** é uma ferramenta adequada à Atenção Básica (AB) que permite classificar questões relacionadas às PESSOAS e não a doenças. Permite a classificação não só dos problemas diagnosticados, mas também avalia os motivos da consulta e as respostas propostas pela equipe seguindo a sistematização SOAP, de Lawrence Weed (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), pode ser utilizado por todos os profissionais de saúde (WONCA, 2009).

Foi avaliado padrão de atividade física: tipo e frequência	Sim ( ) Não ( )	
Foi verificado antecedentes familiares: histórico de DCNT, histórico de Diabetes *mellitus*	Sim ( ) Não ( )	Outros quais?
Patologia: Diabetes *mellitus* outras DCNT	Sim ( ) Não ( )	Outros quais?
Comorbidades?	Sim ( ) Não ( )	Outros quais?
Tratamento farmacológico	Sim ( ) Não ( )	Quais?
Tratamento não farmacológico	Sim ( ) Não ( )	Quais?
Foi avaliada aderência e uso adequado dos medicamentos?	Sim ( ) Não ( )	
Foi avaliado os últimos exames?	Sim ( ) Não ( )	Outros quais?
Foi questionado sobre alergias e imunização?	Sim ( ) Não ( )	Outros quais?
1.3 EXAME FÍSICO		
1.3. Observação da realização do exame físico	**Avaliação do enfermeiro**	**Outros dados avaliados durante realização do exame físico**
Realizou medidas antropométricas: (peso, altura, circunferência abdominal, índice de massa corporal (IMC), circunferência da panturrilha)?	Sim ( ) Não ( )	
Avaliou os dados dos sinais vitais: (Pressão arterial (PA), temperatura corpórea, frequência cardíaca, frequência respiratória (FR))?	Sim ( ) Não ( )	
Avaliação da glicemia capilar em jejum? OBS.: caso não tenha avaliado, utilizou exames laboratoriais para análise ou valores do glicosimetro	Sim ( ) Não ( )	
Foi realizada técnicas de inspeção, percussão, palpação e ausculta?	Sim ( ) Não ( )	Locais
Realizou exame do pé da pessoa idosa?	Sim ( ) Não ( )	Se sim como:
Realizou estratificação de risco para pé diabético?	Sim ( ) Não ( )	Locais
Avaliou se existe outras complicações relacionadas ao Diabetes *mellitus*?	Sim ( ) Não ( )	Outros quais?
2. DIAGNÓSTICOS E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
2.1 Levantamento dos diagnósticos de enfermagem	**Avaliação do enfermeiro**	**Outros dados avaliados**
Realizou o levantamento dos principais diagnósticos de enfermagem para pessoa idosa com Diabetes *mellitus?*	Sim ( ) Não ( )	Se sim, quantos e quais diagnósticos:
Usa alguma classificação para diagnostico de enfermagem?	Sim ( ) Não ( )	Qual?
Registra no sistema diagnósticos de enfermagem?	Sim ( ) Não ( )	
2.2 Prescrições/Intervenções de enfermagem		
Realizou prescrições de enfermagem	Sim ( ) Não ( )	Se sim, quantas e quais diagnósticos:
Usa alguma classificação para intervenções de enfermagem?	Sim ( ) Não ( )	Qual?
Definiu com o paciente as prescrições/intervenções de enfermagem?	Sim ( ) Não ( )	Qual?
Registra no sistema a intervenção de enfermagem?	Sim ( ) Não ( )	
3. AÇÕES EDUCATIVAS		
3.1 Educação para o Diabetes *mellitus*	**Avaliação do enfermeiro**	**Outros dados avaliados**
Pessoas idosas insulinodependentes: Foi realizada orientações com foco no tratamento insulínico ou medicamentos, ajuste de doses e automonitorização?	Sim ( ) Não ( )	
Pactuou com o paciente mudança de habito ou ações de autocuidado?	Sim ( ) Não ( )	Quais:
4. IMPLEMENTAÇÃO DAS AÇÕES		
4.1 Observação da aplicação prática das ações de enfermagem	**Avaliação do enfermeiro**	**Outros dados avaliados**
Foi checada técnica de aplicação de Insulina ou uso de medicamento?	Sim ( ) Não ( )	
Foi orientado o manejo dos cuidados com insulina ou com os medicamentos?	Sim ( ) Não ( )	

Foi orientado o automonitoramento da glicemia capilar?	Sim ( ) Não ( )	
Foi realizado estimulo para práticas de autocuidado?	Sim ( ) Não ( )	
5. AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM		
5.1 Rotina do serviço para avaliação	**Avaliação do enfermeiro**	**Outros dados avaliados**
Agendou retorno de enfermagem conforme rotina da UMS Ouvidor pardinho?	Sim ( ) Não ( )	Para quanto tempo:
Solicitou exames complementares (imagem, laboratorial)?	Sim ( ) Não ( )	Quais?
Ajustou a medicação?	Sim ( ) Não ( )	Quais?
Foi avaliado a efetividade do tratamento?	Sim ( ) Não ( )	
Foi avaliado as ações de autocuidado?	Sim ( ) Não ( )	

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022).

APÊNDICE VIII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE DA PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NAS OFICINAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DA PARTICIPAÇÃO DOS ENFERMEIROS NAS OFICINAS

Nós, Prof.ª Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e Alcione Oliveira de Souza, respectivamente pesquisadoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), estamos convidando V.S.ª enfermeiro da UMS Ouvidor Pardinho a participar de três oficinas que utilizarão a técnica brainstorming referentes ao estudo intitulado "Plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*: estímulo do autocuidado na atenção integral da APS". A fim de estimular o autocuidado da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* na Atenção Primária em Saúde.

a) O objetivo do estudo é avaliar o plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, para integralidade, como estímulo do autocuidado na Atenção Primária em Saúde.
b) Caso V.S.ª participe da pesquisa, será necessário a participação nas oficinas que serão gravadas em áudio e vídeos. O material obtido imagens e vídeos, serão utilizados unicamente para essa pesquisa.
c) Caso V.S.ª participe da pesquisa será necessário assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização das três oficinas que ocorrerão no auditório da Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho, localizada na rua a Rua 24 de maio, 807, centro, estas oficinas serão realizadas para avaliação da proposta de roteiro pelos enfermeiros de plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* o que levará aproximadamente 60 minutos.
d) É possível, que V.S.ª experimente algum desconforto no decorrer das oficinas principalmente relacionado ao cansaço pelo tempo em que ficará sentado para realização. Para minimizá-los as pesquisadoras garantem a V.S.ª poderá desistir a qualquer tempo da participação nas oficinas.
e) Os riscos que V.S.ª poderá experimentar no decorrer das oficinas um possível constrangimento mediante as perguntas feitas. Para minimizar as pesquisadoras garantem a V.S.ª a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato.
f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são de criar roteiro para plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, visando estimulo do autocuidado na integralidade da Atenção Primária em Saúde. No entanto, a V.S.ª poderá não ser diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas certamente contribuirá com o avanço científico relacionado ao tema.
g) As pesquisadoras responsáveis por este estudo Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e doutoranda Alcione Oliveira de Souza ambas da Universidade Federal do Paraná poderão ser localizadas pelo telefone 41-98713-2808 ou 41 3434-5589 e-mail ksalmeidah@ufpr.br ou alcionesouza@ufpr.br entre 08:00 e 17:00; para esclarecer eventuais dúvidas que A V.S.ª possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado do estudo.
h) A sua participação neste estudo é voluntária e se V.S.ª não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como o orientador, coorientador e colaborador de iniciação científica. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.
j) O material obtido das oficinas, (áudios e vídeos gravados e transcrições) serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão guardados pela pesquisadora por cinco (5) anos após o término da pesquisa, e após destruídos.
k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e V.S.ª não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
m) Se V.S.ª tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos[12] (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41)3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução N. 466/12 Conselho Nacional de Saúde)

Eu,_____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.*

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ___ de _____ de _____

_____
Participante de Pesquisa

_____
Pesquisador Responsável

[12] Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259.

APÊNDICE IX - CARTA CONVITE PARA ENFERMEIROS PARTICIPANTES DAS OFICINAS

CARTA CONVITE PARA ENFERMEIROS

Prezada(o) Enfermeiro(a),

Meu nome é Alcione Oliveira de Souza, sou enfermeira, professora e aluna do curso de Doutorado da Universidade Federal do Paraná. A pesquisa desenvolvida por mim, sob a orientação da Prof.ª Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, é intitulada "Plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*: estímulo do autocuidado na atenção integral da APS" e tem como objetivo avaliar o plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, para integralidade, como estímulo do autocuidado na Atenção Primária em Saúde.

Venho, respeitosamente, convidá-la(o) a participar do estudo na condição de participantes da pesquisa e avaliadores da proposta plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, realizando avaliação do conteúdo do plano de cuidado. Serão realizadas três oficinas (técnica brainstorming), para avaliação da proposta de plano de cuidado. As oficinas tem previsão de duração aproximada de 60 minutos cada com intervalo médio de sete dias a ser agendadas conforme disponibilidade dos enfermeiros.

Reforço que sua participação é de extrema importância, pois, a sua expertise possibilitará o alcance dos objetivos da pesquisa, qualificando a proposta de plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*. Agradeço antecipadamente a participação, suas contribuições são fundamentais.

Caso aceite participar desta pesquisa, solicito a gentileza de responder ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) impresso entregue pela pesquisadora aos participantes. Deixo meus contatos, para caso você prefira: (41) 3434-5589 ou pelo e-mail alcionesouza@ufpr.br ou ksalmeidah@ufpr.br

Desde já agradeço sua disponibilidade em contribuir com o desenvolvimento desta pesquisa.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt
Docente do Programa de Pós Graduação UFPR

Alcione Oliveira de Souza
Aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná

APÊNDICE X - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE ROTEIRO PELOS ENFERMEIROS

Responda individualmente e apresente na oficina suas respostas para discussão no coletivo.

Avaliação do roteiro de planos de cuidados de enfermagem pelos enfermeiros							
Objetivo é avaliar aplicabilidade dos roteiros de plano de cuidado a partir das considerações realizadas pelos participantes quanto a dimensão 1 (avaliação da pessoa idosa com DM)							
Para analisar as respostas será empregado o Cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC)							
Avalie cada item, marcando um "x" no número que melhor representa o quanto você está de acordo com as afirmações dos itens abaixo, considerando a seguinte escala:							
Pontuação	**1**	**2**	**3**	**4**			
	Discordo	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo			
Acessibilidade	Você considera este roteiro de planos de cuidados de fácil de utilização na APS			**1**	**2**	**3**	**4**
	Você considera este roteiro de planos de cuidados será de fácil aplicação com as pessoas idosas com DM						
Usabilidade	Este roteiro de plano de cuidados é de fácil compreensão quanto ao conteúdo apresentado						
	Você considera que o estilo e número de fontes utilizada na descrição do conteúdo deste é adequado para este roteiro de planos de cuidados						
	Você considera a qualidade do material impresso deste roteiro de planos de cuidados é adequado para utilização na prática de enfermagem						
Funcionalidade	Os recursos pedagógicos apresentados neste roteiro de planos de cuidados favorecem o cuidado centrado na pessoa idosa						
	Você considera que este roteiro de planos de cuidados, apresenta uma organização lógica do conteúdo						
	Você considera que este roteiro de planos de cuidados apresenta uma redação interativa						
Conteúdo	Você considera que este roteiro de planos de cuidados pode contribuir com a assistência de enfermagem prestada a pessoa idosa com DM						
	Você considera que este roteiro de planos de cuidados pode auxiliar o estimulo do autocuidado na atenção integral as pessoas idosas com DM						
	Você considera que este roteiro de planos de cuidados pode integrar o contexto de práticas de trabalho na UMS Ouvidor Pardinho						
	Você considera que este roteiro de planos de cuidados contém informações claras e objetivas						
Relevância	Você considera que este roteiro de planos de cuidados importante para o estimulo do autocuidado das pessoas idosas com DM						
	Você considera que este roteiro de planos de cuidados relevante para a prática de enfermagem na APS						

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

APÊNDICE XI - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA AVALIAÇÃO DE ROTEIRO PELOS ENFERMEIROS

Responda individualmente e apresente na oficina suas respostas para discussão no coletivo.

Avaliação do roteiro de planos de cuidados de enfermagem pelos enfermeiros
Objetivo é avaliar aplicabilidade dos roteiros de plano de cuidado a partir das considerações realizadas pelos participantes quanto a dimensão 2) intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa com DM; 3) monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM
Para analisar as respostas será empregado analise de conteúdo de Bardin (2010)

1) Neste roteiro de planos de cuidados de enfermagem você visualiza ações do autocuidado?
   ( ) Sim ( ) Não, justifique
   _____
   _____
   _____

2) A teoria de Orem está presente neste roteiro de planos de cuidados de enfermagem?
   ( ) Sim ( ) Não, justifique
   _____
   _____
   _____

3) Quais ações de autocuidado são apontadas nestes planos de cuidados de enfermagem?
   _____
   _____
   _____

4) Faça alguma(s) proposta(s) de intervenções de enfermagem condizentes com o roteiro
   _____
   _____
   _____

5) Faça alguma(s) sugestão(s) para monitorização do autocuidado da pessoa idosa com DM
   _____
   _____
   _____

6) Você tem alguma crítica e/ou sugestão referente ao roteiro de planos de cuidados de enfermagem apresentado?
   _____
   _____
   _____

FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

APÊNDICE XII - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE PESSOAS IDOSAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE PARA ENTREVISTA COM PESSOAS IDOSAS

Nós, Prof.ª Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e Alcione Oliveira de Souza, respectivamente pesquisadoras do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal do Paraná (UFPR), estamos convidando V.S.ª pessoa idosa a participar de um estudo intitulado "Plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*: estímulo do autocuidado na atenção integral da APS". A fim de estimular o autocuidado da pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* na Atenção Primária em Saúde.

a) O objetivo do estudo é Avaliar o plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, para integralidade, como estímulo do autocuidado na Atenção Primária em Saúde.
b) Caso V.S.ª participe da pesquisa, será necessário a realização de uma entrevista guiada por um roteiro e gravada em áudio. Não será gravada sua imagem, apenas sua voz.
c) Caso V.S.ª participe da pesquisa será necessário assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização da entrevista guiada por roteiro com perguntas relacionadas as características socioeconômicas, clínicas e sua percepção sobre autocuidado que será realizada em data, local e horário previamente estabelecido, o que levará aproximadamente 60 minutos.
d) É possível, que V.S.ª experimente algum desconforto constrangimento em relatar sua experiência como pessoa idosa com Diabetes *Mellitus* e também relacionado ao cansaço pelo tempo em que ficar sentado para a avaliação. Para minimizá-los as pesquisadoras garantem a V.S.ª que poderá interromper a pesquisa a qualquer momento e retornar a ela quando se sentir à vontade para fazê-las, ou até mesmo desistir a qualquer tempo.
e) Os riscos que V.S.ª poderá experimentar no decorrer da entrevista será um possível constrangimento mediante as perguntas feitas. Para minimizar as pesquisadoras garantem a V.S.ª a manutenção do sigilo, da confidencialidade e do anonimato.
f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são de criar roteiro para plano de cuidados de enfermagem centrado na pessoa idosa com Diabetes *Mellitus*, visando estimulo do autocuidado na integralidade da Atenção Primária em Saúde. No entanto, nem sempre V.S.ª poderá ser diretamente beneficiada com o resultado da pesquisa, mas certamente contribuirá com o avanço científico relacionado ao tema.
g) As pesquisadoras responsáveis por este estudo Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt e doutoranda Alcione Oliveira de Souza ambas da Universidade Federal do Paraná poderão ser localizadas pelo telefone 41-98713-2808 ou 41 3434-5589 e-mail ksalmeidah@ufpr.br ou alcionesouza@ufpr.br entre 08:00 e 17:00; para esclarecer eventuais dúvidas que A V.S.ª possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado do estudo.
h) A sua participação neste estudo é voluntária e se V.S.ª não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.
i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como o orientador, coorientador e colaborador de iniciação científica. No entanto, se

qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito de forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade.

j) O material obtido (entrevista, áudios gravados e transcrições) serão utilizados unicamente para essa pesquisa e serão guardados pela pesquisadora por cinco (5) anos após o término da pesquisa, e após destruídos.
k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e V.S.ª não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.
l) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.
m) Se V.S.ª tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, poderá contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos[13] (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone (41)3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução N. 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Eu,_____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.*

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ___ de _____ de _____

_____
Participante de Pesquisa

_____
Pesquisador Responsável

[13] Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da UFPR | CEP/SD Rua Padre Camargo, 285 | 1º andar | Alto da Glória | Curitiba/PR | CEP 80060-240 | cometica.saude@ufpr.br - telefone (041) 3360-7259.

APÊNDICE XIII - COLETA DE DADOS - ENTREVISTAS PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS*

Etapa 3: Identificar as características socioeconômicas, clínicas e percepção sobre autocuidado das pessoas idosas com Diabetes *Mellitus* atendidas na área adscrita da Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho.

Data da aplicação: _____ **Código do avaliador(a):** _____

1. Perfil Sociodemográfico

1.1 Nome da pessoa idosa: _____ Código: _____

1.2 Fone _____ e-mail _____

1.3 Data de Nascimento: ____/____/____ Naturalidade _____

1.4 Sexo	Feminino ( ) Masculino ( )
1.5 Qual a sua idade (em anos)?	
1.6 Qual a sua raça/cor? 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
1.7 Estado conjugal atual? 1. Solteiro(a) 2. Casado(a) legalmente 3. União estável há mais de seis meses 4. Separado(a)/Divorciado(a) 5. Viúvo(a) 6. Não sabe informar 7. Não quer informar	
1.8 Condição física do idoso(a)? 1. Acamado 2. Cadeirante 3. Utilização de dispositivos de apoio (andador/bengala/muleta) 4. Deambulando	
1.9 Possui alguma eficiência? 1. Aceita mais de uma resposta 2. Auditiva 3. Física 4. Intelectual 5. Visual (exceto uso de óculos) 6. Nenhuma	
1.10 Com quem o(a) senhor(a) mora?	
1.11 O senhor(a) tem algum cuidador?	
1.12 Quem é o principal cuidador?	
1.13 O(A) senhor(a) possui habilitação para dirigir?	Sim ( ) categoria ( ) Não ( )
1.14 O(a) senhor(a) tem algum tipo de renda? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 4. Não quer informar	
1.15 Os demais moradores da casa possuem renda? 1. Ao menos mais uma pessoa da casa tem renda 2. Idoso mora sozinho 3. Não 4. Não sabe informar 5. Não quer informar	
1.16 O(A) senhor(a) possui plano de saúde privado? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 4. Não quer informar	
1.17 O(A) senhor(a) utiliza o Sistema Único de Saúde para acompanhar suas condições de saúde? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 4. Não quer informar	
1.18 O(A) senhor(a) realiza/realizou consultas na Unidade	

Básica de Saúde para acompanhar suas condições de saúde? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 4. Não quer informar	
1.19 O(A) senhor(a) recebe visitas/telefonemas da Unidade Básica de Saúde para acompanhar suas condições de saúde? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 4. Não quer informar	
1.20 O(A) senhor(a) utiliza a Unidade Básica de Saúde para realizar vacinação? 1. Sim 2. Não 3. Não sabe informar 4. Não quer informar	

2. Perfil Clínico

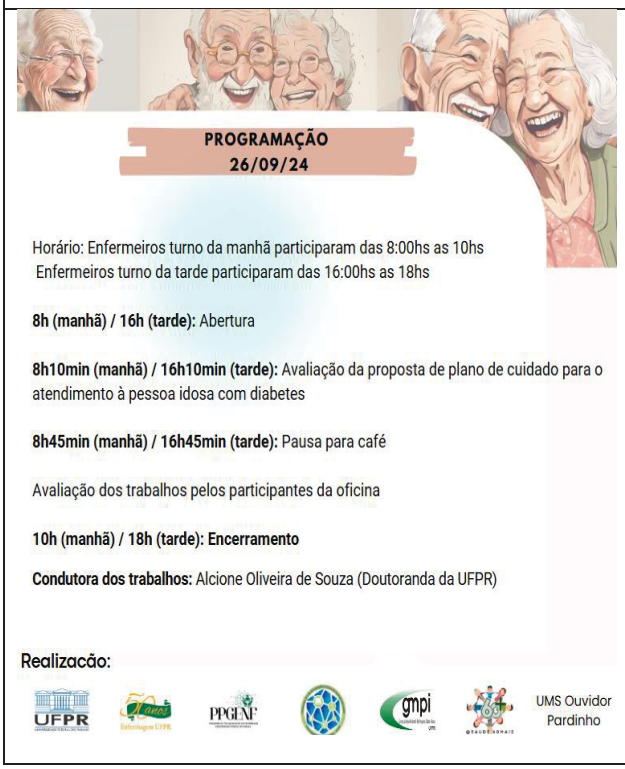
2.1 Tempo de diagnóstico do Diabetes *Mellitus* (DM)	
2.2 Tempo de tratamento realizado para o DM	
2.3 Qual seu tipo de tratamento? 1. Medicamentoso 2. Dieta 3. Hipoglicemiante oral 2. Insulina 3. Terapêutica mista (medicamento/insulina)	
2.4 Doenças de base (comorbidade)? 1. Sim, quais? 2. Não	
2.5 Você tem alguma complicação do Diabetes *Mellitus*? 1. Sim, quais? 2. Não	
2.6 Você tem conhecimento sobre a sua condição hoje? 1. Sim 2. Não 3. Existem Dúvidas? Sim, quais? 4. Não	
2.7 Viver sendo pessoa idosa com DM exige enfrentamentos ou mudanças diárias? 1. Sim, quais? 2. Não justifique	
2.8 Como é viver no mundo sendo pessoa idosa com DM?	
2.9 Mudou algo antes e depois de descobrir o diagnóstico de ser diabético?	
2.10 Mudou algo antes e depois de descobrir o diagnóstico de ser diabético?	
2.10.1 Mudou algo antes e depois de ser diabético insulinodependente? (Se aplica apenas se insulinodependente)	
2.11 Quais são os pensamentos que você tem sobre a sua condição hoje?	
2.12 Estar com DM muda a forma como você vive? Ou se percebe no mundo?	
2.13 O que é autocuidado para você?	
2.14 Você faz algo por si mesmo? E para o seu autocuidado?	

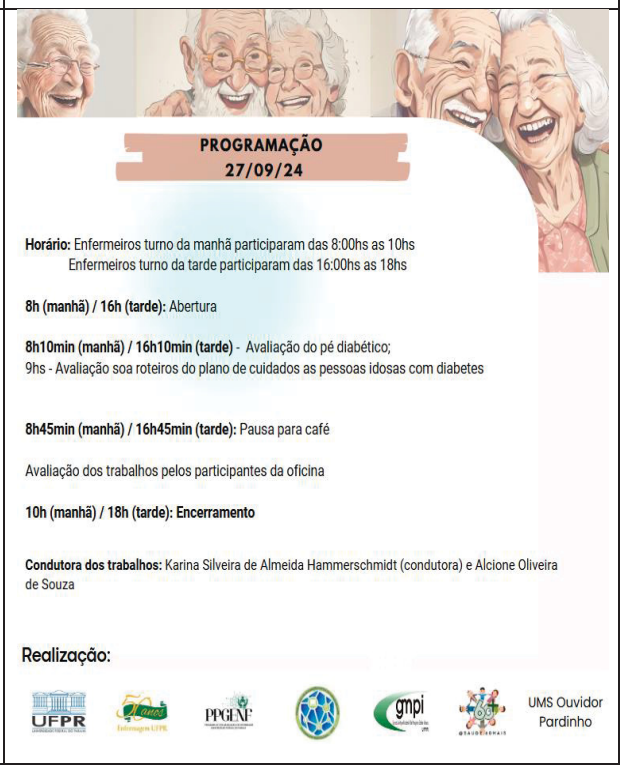
FONTE: Elaborado pelos Autores (2022)

APÊNDICE XIV - CONVITES OFICINAS - OFICINA PESSOA IDOSA EM EVIDÊNCIA









APÊNDICE XV - CARD PESSOA IDOSA COM DIABETES *MELLITUS*

O QUE É DIABETES

Diabetes mellitus é uma doença crônica caracterizada pela elevação dos níveis de glicose (açúcar no sangue).

Existem três tipos de diabetes:

Tipo 1: Isso ocorre quando o corpo não consegue produzir insulina o suficiente (um hormônio que estimula as células a absorverem o açúcar circulante no sangue). Esse tipo de diabetes geralmente se manifesta na infância ou adolescência, mas pode ocorrer em adultos.

Tipo 2: ocorre quando o corpo não usa de forma eficaz a insulina que produz. Ou seja, a pessoa produz insulina. Isso acontece principalmente por duas razões: ou o organismo não produz insulina suficiente ou as células se tornam resistentes à insulina, O diabetes tipo 2 está geralmente relacionado a fatores como obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada e predisposição genética.

Há também a **diabetes gestacional** que ocorre durante a gravidez



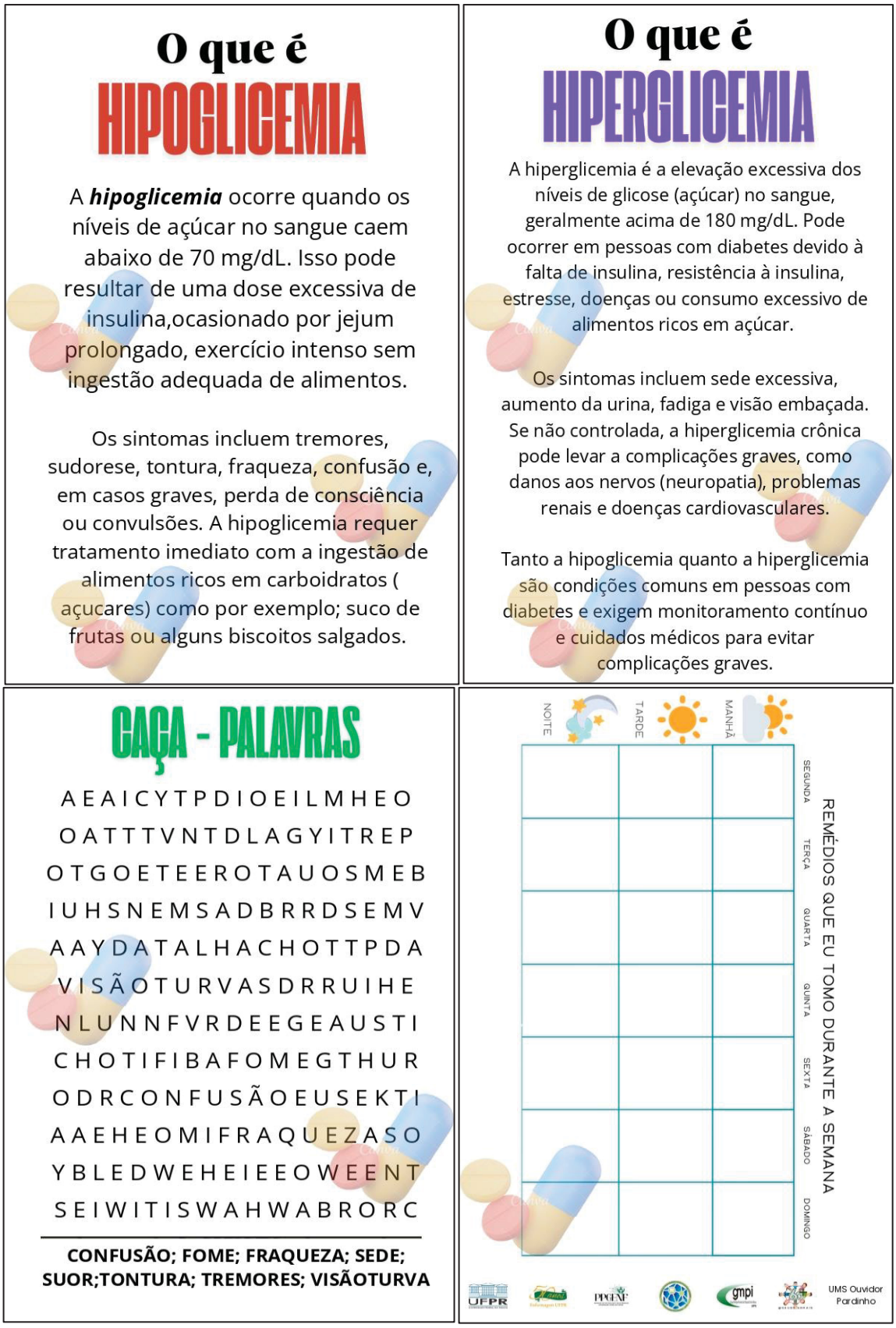
CAÇA – PALAVRAS

Y I E M T H I P O G L I C E M I A W
N P S N O D A A S G S N A E E I O E
L E R E H S S M L W R E D V E A E R
D I A N L O I U E T E F N W O D R I
D O Y A V U C N D D O E C I T T E N
S T T A T O W C Y E I N S U L I N A
A G E T S I H I N Y H C S A U U A E
H I P E R G L I C E M I A C I N D Y
N N E I E E H U A G D H T Ç E O R G
O O M E O O G N H S R T T E Ã I A C
K A O U V C A R B O I D R A T O F H
I I P D H R W A C S E N G N H I L C

CARBOIDRATO; GLUCOSE; HIPERGLICEMIA; HIPOGLICEMIA; INSULINA; MEDICAÇÃO

UFPR PPGENF gmpi UMS Ouvidor Pardinho

APÊNDICE XVI - CARD O QUE É HIPOGLICEMIA E HIPERGLICEMIA



APÊNDICE XVII - CARD CUIDADO COM OS PÉS

CUIDADOS COM OS PÉS



O **cuidado com os pés** é essencial para pessoas com diabetes, pois a doença pode causar danos aos nervos (neuropatia diabética), que diminui com o tempo a sensibilidade dos pés, e problemas na circulação sanguínea. Esses fatores aumentam o risco de feridas, infecções e complicações graves, como úlceras e amputações.

A falta de sensibilidade nos pés pode fazer com que pequenos machucados passem despercebidos, evoluindo para lesões graves.

As principais recomendações para o cuidado dos pés incluem:

Inspeção diária: Verificar os pés diariamente em busca de cortes, bolhas, vermelhidão ou inchaço.
Higiene adequada: Lavar os pés com água morna e sabão neutro, secando bem, especialmente entre os dedos.
Hidratação: Usar creme hidratante nos pés, evitando a aplicação entre os dedos.
Unhas cuidadas: Cortar as unhas com cuidado para evitar encravamentos.

Uso de **calçados apropriados:** Escolher calçados confortáveis e adequados, evitando sapatos apertados ou com costuras internas que possam causar ferimentos.
O **monitoramento regular** dos pés por profissionais de saúde também é fundamental para detectar sinais precoces de problemas e evitar complicações graves.

MARQUE V OU F

Analise as afirmações a seguir e marque se é **verdadeira (V)** ou **falsa (F):**

1. A neuropatia diabética aumenta a sensibilidade nos pés de pessoas com diabetes.
( ) V ( ) F

2. Lavar os pés com água morna e sabão neutro, secando bem entre os dedos, é uma das principais recomendações de cuidado com os pés para pessoas com diabetes.
( ) V ( ) F

3. É recomendado aplicar creme hidratante entre os dedos dos pés para evitar ressecamento em pessoas com diabetes.
( ) V ( ) F

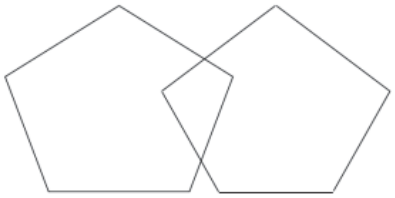
4. O uso de calçados apertados pode ajudar a prevenir ferimentos nos pés de pessoas com diabetes.
( ) V ( ) F

Reposta: F, V, F, F

UFPR PPGENF gmpi UMS Ouvidor Pardinho

ANEXO I - MINIEXAME DO ESTADO MENTAL

ORIENTAÇÃO TEMPORAL (05 pontos)	Ano
	Mês
	Dia do mês
	Dia da semana
	Semestre/Hora aproximadamente
Dê um ponto para cada acerto (total de 5 pontos). Considera-se hora aproximada a variação de uma hora, da mesma forma que o dia do mês	
ORIENTAÇÃO ESPACIAL (05 pontos) Dê um ponto para cada item	Estado
	Cidade
	Bairro ou nome de rua próxima
	Local geral: que local é este aqui (apontando ao redor num sentido mais amplo: hospital, casa de repouso, própria casa)
	Andar ou local específico: em que local nós estamos (consultório, dormitório, sala, apontando para o chão)
	Repetir: GELO, LEÃO e PLANTA ou CARRO, VASO e TIJOLO
Dê 1 ponto para cada uma das três palavras repetida corretamente. Certifique-se que o paciente memorizou as palavras	
ATENÇÃO E CÁLCULO	Subtrair 100 - 7 = 93 - 7 = 86 - 7 = 79 - 7 = 72 - 7 = 65
	Soletrar inversamente a palavra MUNDO=ODNUM
Solicite que faça o cálculo ("sete seriado") ou que soletre a palavra mundo "da última letra para a primeira". Considere a tarefa com melhor desempenho (1 ponto para cada acerto e total de 5 pontos). A tendência é o uso do "sete seriado", pela menor dependência da escolaridade. Um ponto é dado para cada acerto na subtração, mesmo que a subtração anterior tenha sido incorreta.	
MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO (3 pontos)	Quais os três objetos perguntados anteriormente?
Este item deve ocorrer após uma tarefa distratora, que, habitualmente, é o item anterior (atenção e cálculo). O paciente gasta, no máximo, 30 segundos para a evocação. Cada palavra evocada vale 1 ponto, independente da sequência	
NOMEAR DOIS OBJETOS (2 pontos)	Relógio e caneta
REPETIR (1 ponto)	"NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ"
COMANDO DE ESTÁGIOS	"Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão"
Apanhe uma folha de papel, estenda-a para o paciente e dê a ordem: "Apanhe esta folha de papel com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a no chão". O escore é dado pela sequência correta das 3 ações (3 pontos). O paciente pode utilizar as duas mãos para dobrar a folha e dobrá-la por até duas vezes.	

ESCREVER UMA FRASE COMPLETA	"Escreva alguma frase que tenha começo, meio e fim"
Implica na presença mínima do sujeito e do verbo, devendo ter sentido. O comando é "escreva uma frase que tenha começo, meio e fim, e faça sentido". Gramática e pontuação corretas não são pontuados	
LER E EXECUTAR (1 ponto)	FECHE SEUS OLHOS
O paciente deverá ler e executar a tarefa. O aplicador não pode ler para o paciente	
COPIAR DIAGRAMA (1 ponto)	Copiar dois pentágonos com interseção
	

FONTE: PARANÁ, 2018.

TABELA 1 - INTERPRETAÇÃO DO MEEM

Escolaridade				
Pessoas idosas	Analfabetos (0 anos)	Baixa (1 a 4 anos)	Média (4 a 8 anos)	Alta (8 ou mais anos)
Classificação no MEEM	17	22	28	28

FONTE: BERTOLUCCI *et al.*, (1994).

ANEXO II - QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES DE AUTOCUIDADO COM O DIABETES (QAD)

1. ALIMENTAÇÃO GERAL									
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma dieta saudável?		0	1	2	3	4	5	6	7
1.2 Durante o último mês, QUANTOS DIAS POR SEMANA, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?		0	1	2	3	4	5	6	7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA									
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?		0	1	2	3	4	5	6	7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos ricos em gordura, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?		0	1	2	3	4	5	6	7
2.3 Em quantos dos últimos sete dias comeu doces?		0	1	2	3	4	5	6	7
3. ATIVIDADE FÍSICA									
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos (minutos totais de atividade contínua, inclusive andar)?		0	1	2	3	4	5	6	7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta), sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?		0	1	2	3	4	5	6	7
4. MONITORIZAÇÃO DA GLICEMIA									
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?		0	1	2	3	4	5	6	7
4.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?		0	1	2	3	4	5	6	7
5. CUIDADOS COM OS PÉS									
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?		0	1	2	3	4	5	6	7
5.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?		0	1	2	3	4	5	6	7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos dos pés depois de lavá-los?		0	1	2	3	4	5	6	7
6. MEDICAÇÃO									
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou seus medicamentos do diabetes, conforme foi recomendado? OU (se insulina e comprimidos):		0	1	2	3	4	5	6	7
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?		0	1	2	3	4	5	6	7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?		0	1	2	3	4	5	6	7
7. TABAGISMO									
7.1 Você fumou um cigarro − ainda que só uma tragada − durante os últimos sete dias? □ Não □ Sim									
7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____									
7.3 Quando fumou o seu último cigarro? □ Nunca fumou □ Há mais de dois anos atrás □ Um a dois anos atrás □ Quatro a doze meses atrás □ Um a três meses atrás □ No último mês □ Hoje									

FONTE: Curcio *et al.* (2011).

ANEXO III - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO *DIABETES ATTITUDE QUESTIONNAIRE* (ATT-19)

INSTRUÇÕES: este formulário contém 19 perguntas para ver como o Sr.(a) se sente sobre o diabetes e o seu efeito em sua vida. Coloque um X na opção que corresponde à sua resposta

1. Se eu não tivesse **DIABETES**, eu seria uma pessoa bem diferente
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

2. Não gosto que me chame de DIABÉTICO
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

3. Ter **DIABETES** foi a pior coisa que aconteceu na minha vida
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

4. A maioria das pessoas tem dificuldade em se adaptar ao fato de ter **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

5. Costumo sentir vergonha por ter **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

6. Parece que não tem muita coisa que eu possa fazer para controlar a minha **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

7. Há pouca esperança de levar uma vida normal com **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

8. O controle adequado da **DIABETES** envolve muito sacrifício e inconvenientes
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

9. Procuro não deixar que as pessoas saibam que tenho **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

10. Ser diagnosticado com **DIABETES** é o mesmo que ser condenado a uma vida de doença
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

11. Minha dieta de **DIABETES** não atrapalha muito minha vida social
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

12. Em geral, os médicos precisam ser muito mais atenciosos ao tratar pessoas com **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

13. Ter **DIABETES** durante muito tempo muda a personalidade da pessoa
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

14. Tenho dificuldade em saber se estou bem ou doente
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

15. **DIABETES** não é realmente um problema porque pode ser controlado
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

16. Não há nada que eu possa fazer, se eu tiver **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

17. Não há ninguém com quem eu possa falar abertamente sobre a minha **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

18. Acredito que convivo bem com a **DIABETES**
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

19. Costumo achar que é injusto que eu tenha **DIABETES** e outras pessoas tenham saúde muito boa
( ) Não concordo de jeito nenhum
( ) Discordo
( ) Não sei
( ) Concordo
( ) Concordo totalmente

FONTE: Torres *et al.* (2005).

ANEXO IV - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DIABETES *KNOWLEDGE QUESTIONNAIRE* (DKN-A)

INSTRUÇÕES: este é um pequeno questionário para descobrir o quanto o Sr.(a) sabe sobre o diabetes. Se souber a resposta certa, faça um círculo na letra em frente dela. Se não souber a resposta, faça um círculo em volta da letra à frente de "Não sei".

1. No diabete **SEM CONTROLE**, o açúcar no sangue é:
A. Normal
B. Alto
C. Baixo
D. Não sei

2. Qual destas afirmações **VERDADEIRA**?
A. Não importa se sua diabete não está sob controle, desde que você não entre em coma
B. É melhor apresentar um pouco de açúcar na urina para evitar a hipoglicemia
C. O controle mal feito da diabete pode resultar numa chance maior de complicações mais tarde
D. Não sei

3. A faixa de variação **NORMAL** de glicose no sangue é de:
A. 70-110 mg/dl
B. 70-140 mg/dl
C. 50-200 mg/dl
D. Não sei

4. A **MANTEIGA** é composta principalmente de:
A. Proteínas
B. Carboidratos
C. Gordura
D. Minerais e vitaminas
E. Não sei

5. O **ARROZ** é composto principalmente de:
A. Proteínas
B. Carboidratos
C. Gordura
D. Minerais e vitaminas
E. Não sei

6. A presença de **CETONAS NA URINA** é:
A. Um bom sinal
B. Um mau sinal
C. Encontrado normalmente em quem tem diabete
D. Não sei

7. Quais das possíveis complicações abaixo **NÃO** estão geralmente associadas à diabete
A. Alterações visuais
B. Alterações nos rins
C. Alterações nos pulmões
D. Não sei

8. Se uma pessoa que está tomando insulina apresenta uma **TAXA ALTA DE AÇÚCAR NO SANGUE OU NA URINA**, assim como presença de cetonas, ela deve:
A. Aumentar a insulina
B. Diminuir a insulina
C. Manter a mesma quantidade de insulina e a mesma dieta, e fazer um exame de sangue e de urina mais tarde
D. Não sei

9. **SE UMA PESSOA COM DIABETE** está tomando insulina e fica doente ou não consegue comer a dieta receitada:
A. Ela deve parar de tomar insulina imediatamente
B. Ela deve continuar a tomar insulina
C. Ela deve usar hipoglicemiante oral para diabete em vez da insulina
D. Não sei

10. Se você sente que a **HIPOGLICEMIA** está começando, você deve:
A. Tomar insulina ou hipoglicemiante oral imediatamente
B. Deitar-se e descansar imediatamente
C. Comer ou beber algo doce imediatamente
D. Não sei

11. Você pode comer o quanto quiser dos seguintes **ALIMENTOS**:
A. Maçã
B. Alface e Agrião
C. Carne
D. Mel
E. Não sei

12. A **HIPOGLICEMIA** é causada por:
A. Excesso de insulina
B. Pouca insulina
C. Pouco exercício
D. Não sei

PARA AS PRÓXIMAS PERGUNTAS HAVERÁ **2 RESPOSTAS CERTAS. MARQUE-AS**

13. Um **QUILO** é:
A. Uma unidade de peso
B. Igual a 1000 gramas
C. Uma unidade de energia
D. Um pouco mais que duas gramas E. Não sei

14. Duas das seguintes substituições estão **CORRETAS**:
A. Um pão francês é **IGUAL** a quatro (4) biscoitos de água e sal
B. Um ovo é **IGUAL** a uma porção de carne moída
C. Um copo de leite é **IGUAL** a um copo de suco de laranja
D. Uma sopa de macarrão é **IGUAL** a uma sopa de legumes
E. Não sei

15. Se eu não estiver com vontade de **COMER O PÃO FRANCÊS** permitido na minha dieta para o café da manhã, eu posso:
A. Comer quatro (4) biscoitos de água e sal
B. Trocar por dois (2) pães de queijo médios
C. Comer uma fatia de queijo
D. Deixar pra lá E. Não sei

FONTE: Torres *et al.* (2005).

ANEXO V - VERSÃO BRASILEIRA DO QUESTIONÁRIO DIABETES-21 (D- 21)

Diabetes-21					
A qualidade de vida das pessoas é afetada por muitas coisas. Estas coisas podem incluir saúde, oportunidade de lazer e férias, amigos e família, e um trabalho. Este questionário é realizado para nos ajudar a compreender o que afeta a qualidade de vida de pessoas com diabetes. A seguir, pergunta-se sobre sua qualidade de vida. Para cada frase, assinale o grau em que concorda com as afirmativas, de acordo com a legenda: (1) não foi afetada (2) pouco afetada (3) às vezes afetada (4) muito afetada (5) extremamente afetada					
Durante o MÊS PASSADO, quanto sua qualidade de vida foi afetada:	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Pela sensação de fraqueza 2					
2. Pelo quanto você consegue andar					
3. Pela necessidade de realizar exercícios regularmente					
4. Por não ser capaz de fazer atividades domésticas ou outros trabalhos que estão relacionados com a casa					
5. Pela necessidade de descansar várias vezes no dia					
6. Por dificuldades em cuidar de você mesmo(a) (de se vestir, tomar banho ou usar o vaso sanitário)					
7. Por andar mais devagar que os outros					
8. Pelas restrições alimentares necessárias para o controle do seu diabetes					
9. Por perder o controle dos níveis de açúcar no sangue					
10. Por ter que testar seus níveis de açúcar					
11. Por tentar manter seu diabetes bem controlado					
12. Pela necessidade de comer a intervalos regulares					
13. Pelas restrições que seu diabetes impõe sobre sua família e amigos					
14. Pelo constrangimento por ter diabetes					
15. Por fazer coisas que sua família ou seus amigos não fazem					
16. Pelo diabetes interferir na sua vida sexual					
17. Por problemas com função sexual					
18. Pela diminuição do interesse pelo sexo					
19. Pela preocupação relacionada com questões financeiras					
20. Pelo estresse ou pressão em sua vida					
21. Por sentimento de tristeza ou depressão					
Avaliações gerais					
O quanto o(a) senhor(a) está satisfeito(a) com sua qualidade de vida geral?					
(1) muito insatisfeito (2) insatisfeito (3) nem insatisfeito, nem satisfeito (4) satisfeito (5) muito satisfeito					
O quão grave você acha que é o seu diabetes?					
(1) nada grave (2) grave (3) mais ou menos grave (4) muito grave (5) extremamente grave					

FONTE: Sousa *et al.* (2022)

ANEXO VI - *HOW TO DO A 3-MINUTE DIABETIC FOOT EXAM* (3MIN) - EXAME DO PÉ DIABÉTICO EM 3 MIN

Versão traduzida e adaptada culturalmente do instrumento "*How to do a 3-minute diabetic foot exam*"

Como fazer o exame do pé do diabético em 3 minutos		
Item 1: O que perguntar (1 minuto)		
O paciente possui um histórico de:		
Diabetes? (Se sim, quais são as medidas atuais de controle do paciente?)	Sim ( )	Não ( )
( ) Dieta e/ou atividade física ( ) Comprimidos ( ) Insulina ( ) Outro	Sim ( )	Não ( )
ferida na perna/pé ou amputação/cirurgia dos membros inferiores?	Sim ( )	Não ( )
angioplastia, colocação de stent, ou revascularização na perna?	Sim ( )	Não ( )
ferida no pé que levou mais de 3 semanas para cicatrizar?	Sim ( )	Não ( )
tabagismo?	Sim ( )	Não ( )
O paciente apresenta		
sensação de formigamento ou de queimação nos pés ou nas pernas?	Sim ( )	Não ( )
dor na perna ou pé durante atividade física	Sim ( )	Não ( )
ou em repouso?	Sim ( )	Não ( )
lesões ou alterações na coloração da pele?	Sim ( )	Não ( )
perda de sensibilidade nas extremidades inferiores?	Sim ( )	Não ( )
O paciente faz avaliações regulares dos pés com um profissional de saúde?	Sim ( )	Não ( )
Item 2: O que procurar (1 minuto)		
Exame Dermatológico		
O paciente apresenta unhas descoloridas, encravadas ou longas?	Sim ( )	Não ( )
Há sinais de infecção por fungos?	Sim ( )	Não ( )
O paciente tem lesões descoloridas, hipertróficas, calos ou esporões?	Sim ( )	Não ( )
O paciente apresenta feridas ou fissuras (rachaduras)?	Sim ( )	Não ( )
O paciente apresenta maceração interdigital (pele esbranquiçada e mole)?	Sim ( )	Não ( )
Exame Neurológico		
O paciente responde ao Teste de Toque Ipswich*?	Sim ( )	Não ( )
Exame Musculoesquelético		
O paciente apresenta total mobilidade articular?	Sim ( )	Não ( )
O paciente apresenta deformidades visíveis? (Se sim, há quanto tempo?)	Sim ( )	Não ( )
O médio-pé está quente, avermelhado ou inflamado?	Sim ( )	Não ( )
Exame Vascular		
O crescimento dos pelos no dorso do pé ou membros inferiores diminuiu?	Sim ( )	Não ( )
O pulso pedioso e o tibial posterior são palpáveis?	Sim ( )	Não ( )
Há diferença de temperatura entre as panturrilhas e os pés, ou entre o pé esquerdo e o direito?	Sim ( )	Não ( )
Item 3: o que ensinar (1 minuto)		
Vide Figura 1		

FONTE: Baldassaris e Martínez (2017)

FIGURA 1 – COMO CUIDAR BEM DOS SEUS PÉS



FONTE: Baldassaris e Martínez (2017).

ITEM 4: NECESSITA DE UM ESPECIALISTA? PLANEJE O TRATAMENTO E O PLANO DE ACOMPANHAMENTO**

Prioridade	Indicações	Cronograma de Encaminhamento	Acompanhamento
Urgente (ferida ativa)	Ferida aberta ou área ulcerada, com ou sem sinais de infecção. Surgimento de dor neuropática ou dor em repouso. Sinais de neuroartropatia ativa de Charcot (tornozelo ou médio-pé com hipertermia, eritema e/ou edema) Comprometimento vascular (ausência repentina de pulsos DP/TP ou gangrena).	Encaminhamento para urgência (no mesmo dia)	Conforme determinado pelo especialista
Alta (categoria de risco 3 da ADA)	Úlcera ou amputação de extremidade inferior e/ou Neuroartropatia de Charcot (mesmo em remissão)	Encaminhamento ambulatorial disponível (até 1 semana)	A cada 1 ou 2 meses. (com médico e/ou enfermeiro da APS ou médico especialista
Moderada (categoria de risco 2 da ADA)	Doença arterial periférica, PSP +/- Diminuição ou ausência de pulsos DP/TP Presença de edema. Insuficiência venosa crônica (mudança coloração na pele ou diferença de temperatura)	Encaminhamento dentro de 1 a 3 semanas (se ainda não estiver recebendo cuidado regular)	A cada 2 ou 3 meses. (com médico e/ou enfermeiro da APS. Avaliar encaminhamento para Cirurgião Vascular)
Baixa (categoria de risco 1 da ADA)	PSP +/- duradoura, deformidade inalterada. Paciente requer calçado prescrito ou apropriado	Encaminhamento em até 4 semanas.	A cada 4-6 meses. (com médico e/ou enfermeiro da APS)
Muito baixa (categoria de risco 0 da ADA)	Sem PSP ou doença arterial periférica. Paciente busca informações sobre: cuidados com os pés, treinamento esportivo, calçado adequado, prevenção de lesões, etc.	Encaminhamento dentro de 4 à 12 semanas.	Anualmente, no mínimo. (com médico e/ou enfermeiro da APS)
ADA: American Diabetes Association, (Associação Americana de Diabetes); **DP:** dorsal do pé (pedioso); **PSP:** perda de sensação protetora; **TP:** tibial posterior.			
*Teste Toque de Ipswich: tocar com o indicador o 1º, 3º e 5º dedos dos pés (≥ 2 insensíveis →sensibilidade reduzida) **Todos os pacientes com diabetes devem ter seus pés avaliados pelo menos uma vez ao ano.			

Fonte Baldassaris e Martínez (2017).

ANEXO VII - TESTE DE TOQUE LEVE (TQ LEV)

- Primeiro, explique o procedimento e garanta que tudo foi compreendido.
- Instrua o sujeito a fechar os olhos e a dizer sim quando sentir o toque.
- O examinador toca leve e sequencialmente com a ponta do dedo indicador as pontas do primeiro, terceiro e quinto dedos de ambos os pés por 1-2 s.
- Ao tocar, não empurre, bata de leve ou cutuque.
- A perda de sensibilidade é provável quando o toque leve não é detectado em ?2 locais.

FONTE: IWGDF (2019).

ANEXO VIII - *CLASSIFICATION SYSTEM AND SCORE IN COMPARING OUTCOME OF FOOT ULCER MANAGEMENT* (SISTEMA SINBAD)

Deve-se aplicar o sistema SINBAD para classificação área, profundidade, arteriopatia, sepse e desnervação junto com localização como 0 ou 1 ponto (veja abaixo), criando um sistema de pontuação com no máximo de seis pontos.

TABELA 1 - Sistema SINBAD para classificação

Categoria	Definição	Pontuação
Local	Antepé	0
	Mediopé e retropé	1
Isquemia	Fluxo de sangue do pé intacto: pelo menos um pulso palpável	0
	Evidência clínica de redução do fluxo do pé	1
Neuropatia	Sensibilidade protetora presente	0
	Perda de sensibilidade protetora	1
Infecção bacteriana	Nenhuma	0
	Presente	1
Área	Úlcera <1 cm^2	0
	Úlcera ≥1 cm^2	1
Profundidade	Úlcera confinada à pele e ao tecido subcutâneo	0
	Úlcera atingindo músculo, tendão ou mais profundamente	1
Pontuação total possível		6

FONTE: IWGDF (2019).

ANEXO IX - TESTE DIAPASÃO DE 128 HZ (DIAP)

Diapasão de 128 Hz (Figura 1)

- Primeiro, aplique o diapasão no pulso do paciente (ou cotovelo ou clavícula) para demonstrar como é a sensação.
- Certifique-se de que o paciente não consegue ver se ou onde o examinador aplica o diapasão.
- Aplique o diapasão na face dorsal da falange distal do primeiro pododáctilo - hálux (ou outro dedo do pé se o hálux estiver ausente).
- Aplique o diapasão perpendicularmente, com pressão constante (Figura 1).
- Repita esta aplicação mais duas vezes, mas alterne com pelo menos uma aplicação "simulada" em que o diapasão não esteja vibrando.

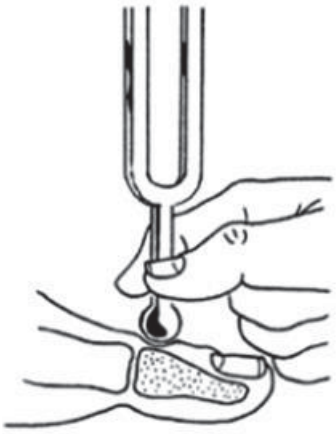
RESULTADO: O teste é positivo se o paciente responder corretamente a pelo menos duas de três aplicações e negativo se duas das três respostas estiverem incorretas.

Atenção: Se o paciente não conseguir sentir as vibrações na falange distal do hálux, repita o teste na direção mais proximal (por exemplo, maléolo, tuberosidade tibial).

Incentive o paciente durante o teste, dando feedback positivo.

(IWGDF, 2019).

FIGURA 1 - MÉTODO ADEQUADO DE USO DO DIAPASÃO DE 128 HZ PARA VERIFICAR A SENSIBILIDADE VIBRATÓRIA



FONTE: IWGDF (2019).

ANEXO X - TESTE DO MONOFILAMENTO (TM) - FAZENDO UM EXAME DE SENSIBILIDADE DOS PÉS

A neuropatia periférica pode ser detectada usando o monofilamento de 10 g (5,07 Semmes-Weinstein - detecta a perda de sensibilidade protetora). Monofilamento de Semmes-Weinstein 10 g (5,07) (Figuras 1 e 2).

- Primeiro aplique o monofilamento nas mãos do paciente (ou cotovelo ou testa) para demonstrar como é a sensação.
- Teste três locais diferentes em ambos os pés (Figura 5).
- Certifique-se de que o paciente não consiga ver onde o examinador aplica o filamento.
- Aplique o monofilamento perpendicularmente à superfície da pele (Figura 2a) com força suficiente para curvá-lo (Figura 2b).
- A duração total da abordagem - contato com a pele - e remoção do filamento deve ser de aproximadamente 2 segundos.
- Não aplique o filamento diretamente sobre uma úlcera, calo, cicatriz ou tecido necrótico.
- Não deixe que o filamento deslize pela pele ou faça contato repetitivo no local do teste.
- Pressione o filamento na pele e pergunte ao paciente se ele sente a pressão aplicada (“sim”/“não”) e, a seguir, onde ele sente a pressão (por exemplo, “parte do pé esquerdo”/“calcanhar direito”).
- Repita essa aplicação duas vezes no mesmo local, mas alterne com pelo menos uma aplicação “simulada” na qual o filamento não é aplicado (um total de três perguntas por local).
- Atenção: A sensibilidade protetora estará presente se em cada local o paciente responder corretamente em duas das três aplicações e ausente se responder incorretamente em duas das três aplicações.
- Incentive os pacientes durante o teste, dando feedback positivo.
- Monofilamentos tendem a perder a capacidade de curvar-se temporariamente após serem usados várias vezes no mesmo dia ou permanentemente após uso de longa duração.
- Sugerimos não usar o monofilamento nas próximas 24 horas após avaliar 10-15 pacientes e substituí-lo após o uso em 70-90 pacientes

FONTE: IWGDF (2019).

FIGURA 1 - LOCAIS QUE DEVEM SER TESTADOS PARA PERDA DE SENSIBILIDADE PROTETORA COM O MONO-FILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN DE 10 G

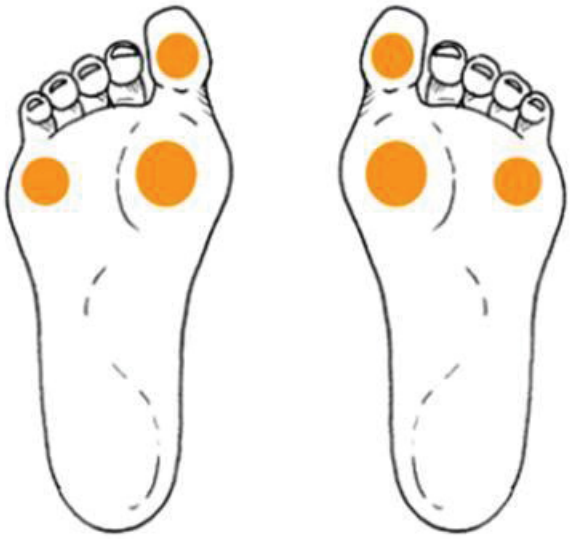


FIGURA 2 - MÉTODO ADEQUADO DE USO DO MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN DE 10g

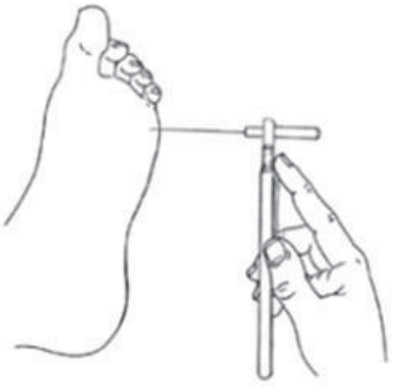


Figura 2ª

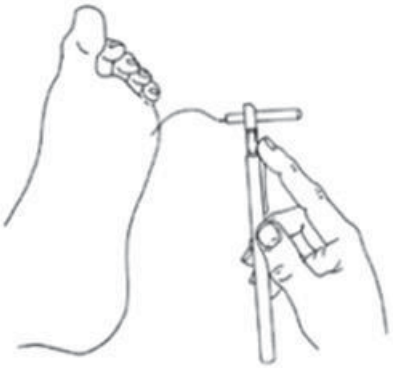


Figura 2b

FONTE: IWGDF (2019).

ANEXO XI - COMPROVANTE DE ARTIGO ACEITO REVISTA CONTRIBUCIONES

INSTITUTO FEDERAL
Paraná

Alcione Oliveira de Souza <alcione.souza@ifpr.edu.br>

[CLCS] Decisão editorial

3 mensagens

ojs@revistacontribuciones.com <ojs@revistacontribuciones.com> 19 de julho de 2024 às 10:04
Para: Alcione Oliveira de Souza <alcione.souza@ifpr.edu.br>, Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt <ksalmeidah@ufpr.br>, Lígia Carreira <ligiacarreira.uem@gmail.com>, Juliana Balbinot Reis Girondi <juliana.balbinot@ufsc.br>, Alessandra Amaral Schwanke <ale.schwanke@gmail.com>, Juliane Nascimento Ribas Miranda <juliane.nribas@gmail.com>, Aline da Silva Paula <alinedasilvapaula1989@gmail.com>, Jessika de Oliveira Cavalaro <jessika.cavalaro@hotmail.com>

Alcione Oliveira de Souza , Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, Lígia Carreira, Juliana Balbinot Reis Girondi, Alessandra Amaral Schwanke, Juliane Nascimento Ribas Miranda, Aline da Silva Paula , Jessika de Oliveira Cavalaro:

Nós chegamos a uma decisão referente a sua submissão para o periódico CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, "Estímulo para autocuidado das pessoas idosas com Diabetes Mellitus: ações de enfermagem e percepção dos enfermeiros: Estímulo para autocuidado das pessoas idosas com Diabetes Mellitus".

Nossa decisão é de: Aceitar a Submissão

Prezado(a) autor(a),

Com muita satisfação, informamos que, após análises, seu artigo foi **aceito**. Porém, é necessário realizar o checklist abaixo:

- O formulário anexo deve ser preenchido e enviado para o e-mail editor@revistacontribuciones.com, juntamente com o artigo final, ambos em formato word, e o comprovante de pagamento.
- Os dados de autoria devem seguir **exatamente** ao modelo informado no formulário.
- A seção Resumo deve apresentar pelo menos 150 palavras.
- As palavras-chave devem ser pelo menos 04.
- Em **citações (decorrer do texto do artigo)**, conforme normas ABNT vigentes, os sobrenomes dos autores e os nomes de instituições devem ser escritos em letras minúsculas dentro dos parênteses. **Exemplos**: (Dias, 2012); (Brasil, 2015); (Souza; Santo, 2013, p. 4).
- Siglas se mantêm em letras maiúsculas dentro dos parênteses das **citações**. **Exemplos**: (OMS, 2022); (ONU, 2012).
- As expressões *et al.* e *apud* devem ser grafadas em *itálico* em todas as ocorrências delas no artigo.
- Equações e fórmulas devem ser enumeradas no artigo conforme ordem em que aparecem ao longo do conteúdo.
- Em vez de bullets para tópicos, utilizar a sequência alfabética: a); b); c); d)...
- Imagens, figuras, gráficos, fluxogramas, tabelas, quadros etc. devem apresentar legenda explicativa e fonte de pesquisa.
- A sequência numérica das imagens do artigo deve ser conferida.
- Imagens de pessoas devem apresentar tarja nos olhos ou a face toda ser borrada.
- Nas **referências bibliográficas (final do artigo)**, mantêm-se sobrenomes dos autores em letras maiúsculas no início e abreviações dos prenomes. **Exemplo**: ALVES, B. C. *et al.*
- Não se usa o & em **citações** nas normas ABNT.
- Links contidos nas **referências bibliográficas** devem apresentar Disponível em: ... **e** Acesso em: ... .
- As **referências bibliográficas** precisam estar completas, nas normas ABNT vigentes, em ordem alfabética e com o destaque em **negrito** de acordo com o tipo de obra.

Solicitamos máxima atenção aos autores para que não ocorram erros, pois não teremos como modificar o artigo após ele publicado sem que haja a cobrança de taxa de correção.

Com relação à taxa de publicação, segue para conferência a descrição dos valores:

Para artigo com até oito autores e até vinte e cinco páginas, R$ 650.

Artigo com mais de oito autores, precisamos cobrar R$ 15 por autor excedente.

Artigo com mais de vinte e cinco páginas, precisamos cobrar R$ 15 por página excedente.

Não é permitida a publicação de artigo com mais de quinze autores.

ANEXO XII – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SCS/UFPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67793523.1.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.064.240

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "Cuidado de Enfermagem Centrado na Pessoa Idosa na Atenção Primária à Saúde", pesquisadora responsável Profª. Drª. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt (Departamento de Enfermagem / UFPR) e colaboradores: Marlise Lima Brandão (PPGENF/UFPR);Alline Maria Pacheco Sampaio (UFPR); Ana Beatriz Toledo (UFPR); Aline da Silva Paula (Apoio Técnico); Alcione Oliveira de Souza (PPGENF/UFPR); Alessandra Amaral Schwanke (PPGENF/UFPR); Camila Ferreira de Lima (PPGPCS/UFPR); Cornélio Schwambach (Apoio Técnico); Gabriela de Almeida Hammerschmidt (Ensino médio); Juliane Nascimento Ribas Miranda (PPGENF/UFPR); Mario Gilberto Jesus Nunes (PPGENF/UFPR); Neidamar Pedrini Arias Fugaça (PPGENF/UFPR); Sandra de Moraes Postanovski (PPGENF/UFPR); Zilma Müller (PPGPCS/UFPR); Me. Ester do Nascimento Ribas (SMS Curitiba).
Período de realização: junho de 2023 a fevereiro de 2028.
Local de realização: Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, Unidade Municipal de Saúde Ouvidor Pardinho.
Estudo de financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

Apresentar diretrizes para o cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa atendida na Atenção Primária à Saúde.

Objetivos específicos:

- Identificar a compreensão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre as políticas (local, regional e nacional, internacional) e necessidades de cuidado de enfermagem centrado na população idosa;
- Vivenciar a consulta e tele enfermagem com as pessoas idosas na atenção primária à saúde;
- Reconhecer as necessidades de saúde das pessoas idosas conforme aspectos cronológicos, clínicos, sociodemográficos, territoriais, educacionais, tecnológicos, políticos e de suporte social;
- Construir fluxogramas, normativas, roteiros e/ou diretrizes, ferramentas tecnológicas, assistenciais, educacionais e de gestão direcionados ao cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde;
- Estimular a integração entre gerações, combatendo o ageísmo e a violência contra a pessoa idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, "os benefícios serão difusos, indiretos e futuros, haja visto que se pretende proporcionar melhora no serviço de saúde local (infraestrutura, contratação de funcionários, compra de equipamentos e materiais de consumo); melhores índices de qualidade de vida; redução da sobrecarga de atendimentos no sistema de saúde; redução de custos com assistência à saúde e qualificação da Atenção Primária à Saúde. Como benefício os resultados deverão fornecer evidências sobre a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI), possibilitando planejamento de condutas, estímulo ao desenvolvimento de políticas públicas e socialização de dados unificados sobre a AMPI no Sul do Brasil. Adicionalmente, estão a elaboração de protocolos, fluxos, treinamentos para o atendimento centrado na pessoa idosa, proporcionando indiretamente benefícios aos gestores dos serviços de saúde envolvidos. Também se tem intenção de qualificar a atenção a pessoa idosa mediante a criação de fluxos, normas, bem como de MOOC para capacitação dos profissionais nas temáticas.".

Quanto aos riscos, sinalizam que "a participação da pessoa idosa no estudo apresenta risco mínimo, como o de constrangimento ou desconforto ao responder às questões de pesquisa. Desse modo, o participante será esclarecido de que poderá a qualquer momento desistir da participação, e sua recusa não acarretará quaisquer desconfortos com relação aos responsáveis pela pesquisa,

tampouco junto à instituição que está vinculado. Entre os principais riscos estão os de ordem psicológica, emocional e intelectual (vergonha, desconforto, constrangimento, estresse, quebra de sigilo); física e mecânica (realização dos testes nos domínios funcionalidade, mobilidade, lesões por pressão e diabetes – pé diabético). Para garantia de anonimato, será respeitado a Lei Geral de Processamento de Dados, principalmente em relação aos dados sensíveis (dados pessoais), com confiabilidade e não configurar quebra de sigilo, as informações registradas no formulário será de uso exclusivo para a pesquisa.".
Quanto à possibilidade de ocorrência, destacam que "haverá possibilidade de ocorrência dos riscos na ordem de mínima possibilidade (quebra de sigilo); média possibilidade (riscos mecânicos e físicos; estresse e desconforto); e alta possibilidade (vergonha e constrangimento)."
Enquanto medidas de minimização dos riscos, relatam que "será garantida a possibilidade de desistência e retirada do consentimento, sem prejuízo de nenhuma natureza e, caso o participante sinta necessidade, os pesquisadores estarão disponíveis para as devidas orientações ou esclarecimentos. Ainda, haverá a possibilidade dos participantes (pessoas idosas) não responderem especificamente os instrumentos de pesquisa dos domínios que considerem desagradáveis ou que possam causar maior constrangimento e desconforto para responder, sem que haja descontinuidade da sua participação na pesquisa. Nos casos que houver a necessidade de atendimento especializado, será direcionado ao atendimento da unidade de saúde referência para região adscrita. Para análise e divulgação dos dados, a identidade terá sigilo profissional, e para garantir que isso aconteça será empregado a linguagem codificada, caracterizada por composição com quatro primeiros números do CPF + primeira letra do nome.".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O referido macroprojeto direcionado ao cuidado centrado na pessoa idosa na atenção primária à saúde se trata de estudo de métodos mistos, modelo paralelo convergente (CRESWEL; CLARK, 2014). O estudo será desenvolvido em seis etapas, com os seguintes aspectos metodológicos:
1) Identificação das evidências científicas – desenvolvimento de revisões sistemática, de escopo, integrativa e bibliométrica;
2) Compreensão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (políticas, necessidade de cuidados e consulta de enfermagem para população idosa) – etapa de coleta de dados qualitativos – observação não participante das consultas de enfermagem (roteiro estruturado); três entrevistas com enfermeiros da APS (questionário semiestruturado);

3) Caracterização territorial, sociodemográfica e clínica das pessoas idosas – etapa de coleta de dados quantitativos – avaliação da pessoa idosa (questionário semiestruturado; testes e instrumentos de avaliação, durante aproximadamente dez encontros);
4) Obtenção de demandas da população idosa – identificação de convergências e divergência das etapas de coleta de dados quantitativos e qualitativos;
5) Construção de ferramentas tecnológicas, educacionais e de gestão – mixagem dos dados (grupos focais);
6) Apresentação das diretrizes para cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa atendida na Atenção Primária a Saúde.
Os participantes do estudo serão enfermeiros, pessoas idosas e juízes especialistas. Sobre o recrutamento, critérios de inclusão/exclusão e participação no estudo (coleta e análise de dados), os pesquisadores destacam as seguintes informações:
- Enfermeiros da APS (n=35) – "O convite para participação dos enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), será por meio de formulário online, a ser enviado para as chefias das unidades municipais de saúde (UMS), solicitando o encaminhamento para os enfermeiros da atenção primária. No e-mail constará o link para o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e questionário eletrônico com informações sociodemográficas (APÊNDICE 1). O enfermeiro que participar da pesquisa irá responder um questionário (sociodemográfico) e três entrevistas. Como critérios de inclusão desta etapa tem-se: enfermeiros (as) que atuam em UMS (Atenção Primária à Saúde). Serão excluídos aqueles que não responderem ao agendamento das entrevistas, após dois encaminhamentos de convites (com intervalo de 10 dias, prazo máximo de resposta até 30 dias). Serão agendadas três entrevistas estruturadas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013), presencial ou remota, a depender da disponibilidade do participante. Caso seja presencial será em local reservado, com privacidade e conforto na UMS de estudo.". Ainda, como coleta de dados, destacam a observação não participante das consultas de enfermagem realizadas na UBS/UMS/ESF, a partir de roteiro estruturado. Quanto a análise dos dados, as informações coletadas nas entrevistas e formulários eletrônicos serão organizadas no software IramuteQ®; e seguirá a Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016) e Análise Temática (BRAUN; CLARKE, 2006).
- Pessoas idosas (n=380) – convite à participação ocorrerá por meio de cartazes fixados nos serviços de saúde (após autorização da Autoridade Sanitária Local (ASL) e/ou Responsável Técnico), contendo número de telefone para contato (pesquisadora) e dias da semana/horário que os pesquisadores estarão na UBS para a coleta de dados. "No primeiro contato com as pessoas idosas, na UBS/UMS/ESF ou em visita domiciliar, será apresentado o Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido (TCLE), caso seja necessário o avaliador(a) realizará a leitura na íntegra do documento juntamente com a pessoa idosa. Após sua concordância, será entregue ao participante fotocópia assinada pelo pesquisador principal, será anexado ao formulário eletrônico fotografia do TCLE assinado pela pessoa idosa e pelo avaliador(a) para fins de armazenamento. Os critérios de inclusão para as pessoas idosas, serão: aquelas que o local de moradia esteja adscrito ao território da UMS/UBS/ESF; pessoas que tenham 60 anos ou mais; apresentar capacidade cognitiva preservada, conforme pontuação do Miniexame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BRUCKI et al., 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006), segundo pontos de corte adotados pela escolaridade, conforme Quadro 1 (BERTOLUCCI et al., 1994) (Apêndice 5). Serão excluídos aqueles que não responderem ao convite para entrevista após três tentativas de agendamentos (com intervalo de 10 dias, prazo máximo de resposta até 30 dias).". Para a coleta de dados com as pessoas idosas, serão realizadas entrevistas/avaliação clínica a partir de questionários semiestruturado, o que ocorrerá em "aproximadamente 10 encontros para a avaliação de 25 domínios, a saber: 1. Prontuário; 2. Perfil Sociodemográfico; 3. Território e Moradia; 4. Sinais Vitais e Antropometria; 5. Dor; 6. Nutrição; 7. Fatores de Risco; 8. Histórico de Doenças; 9. Atividades Cotidianas; 10. Cuidados Paliativos; 11. Cognição; 12. Humor/Comportamento; 13. Comunicação; 14. Funcionalidade; 15. Mobilidade; 16. Continência; 17. Qualidade de Vida; 18. Espiritualidade; 19. Idadismo; 20. Violência; 21. Suporte Social; 22. Sexualidade; 23. Lesão por pressão; 24. Diabetes; 25. Hipertensão, todos em formato de questionários estruturados, armazenados na plataforma Google Forms®." Para cada domínio mencionado, os pesquisadores destacam os instrumentos de avaliação, com embasamento científico em literatura pertinente. Os pesquisadores estimaram 10 encontros para a avaliação da pessoa idosa. "Os 10 encontros, ocorrerão com intervalo de aproximadamente 7 a 10 dias entre cada um, com duração de aproximadamente 30-50 minutos cada, agendados conforme a disponibilidade da pessoa idosa e preferencialmente em datas com atividades agendadas na unidade municipal de saúde (momentos oportunos em que os participantes já estejam no serviço de saúde). Nos casos em que a pessoa idosa esteja impossibilita de deslocar-se com transporte coletivo (público), com isenção tarifária ou com limitação de mobilidade, os pesquisadores irão até o domicílio para realizar a coleta de dados." "Os dados coletados serão organizados em planilhas do Microsoft Excel 2019®, por domínios de avaliação, com análise descritiva dos dados por meio de número absoluto (n) e frequência relativa (%), para escolha dos testes estatísticos o projeto contará com apoio de profissional estatístico.". Na terceira fase do estudo, os pesquisadores propõem o desenvolvimento de grupo focal com as pessoas idosas, para compartilhamento de

informações e opiniões, experiências para discussões entre o grupo, cuja amostragem seguirá a saturação de dados, para a avaliação dos materiais desenvolvidos (ferramentas tecnológicas, educacionais e de gestão para o cuidado centrado na pessoa idosa na atenção primária à saúde).

- Juízes experts (n=35): participarão da etapa de avaliação dos recursos tecnológicos desenvolvidos na pesquisa, tais como o curso online aberto e massivo – MOOC, sendo profissionais com experiencia acadêmica e/ou profissional reconhecida. "A seleção dos enfermeiros experts ocorrerá por meio da Plataforma Lattes, com busca realizada por assunto, associando as palavras Atenção Primária à Saúde e Gerontologia e Enfermagem. Como critérios de inclusão dos experts, utilizar-se-á: enfermeiro(a) com experiência acadêmica e/ou profissional na Atenção Primária à Saúde e/ou Gerontologia; mínimo 10 anos de experiência profissional e/ou acadêmica; currículo Lattes atualizado nos últimos dois anos; titulação mínima de especialização Lato Sensu (APÊNDICE 32). Serão excluídos aqueles que não responderem ao convite, a ser enviado para e-mail cadastrado na Plataforma Lattes, para participação na pesquisa, após três tentativas (com intervalo de 10 dias, prazo máximo de resposta até 30 dias).". "Após aceite em participar da pesquisa, os juízes receberão link para acesso ao instrumento de avaliação do recurso tecnológico, devendo dispender de 30 a 45 minutos para responder." A coleta de dados com os juízes especialistas ocorrerá de forma remota, a partir de instrumento de avaliação dos recursos tecnológicos desenvolvidos. A análise de dados seguirá estatística descritiva, com cálculo de Índice de Validade de Conteúdo (IVC).

Os pesquisadores destacam ainda que "todos os instrumentos, entrevistas, grupos focais, fluxogramas, treinamentos, protocolos assistenciais e desenvolvimento tecnológico, trarão subsídios para a formulação da política pública a que se propõe este projeto de pesquisa.".

"Os participantes da pesquisa não terão custos para participação da pesquisa, exceto em eventuais deslocamentos até a unidade básica de saúde, para o qual poderão utilizar transporte coletivo municipal (público), na qual já possuem isenção tarifária. Para os participantes que não puderem se locomover, os pesquisadores realizarão visita domiciliar agendada conforme disponibilidade da pessoa idosa e/ou cuidador(a). Acrescenta-se que não haverá nenhum tipo de despesa para o participante, bem como nada será pago pela participação da pessoa idosa nessa pesquisa."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos foram devidamente apresentados.

Recomendações:

A recomendação de aumentar a fonte no TCLE da pessoa idosa foi devidamente atendida.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O macroprojeto de pesquisa se mostra relevante à área da saúde da pessoa idosa, é robusto, apresenta embasamento científico e metodológico, com fluxogramas que orientam e esclarecem as etapas de desenvolvimento do estudo. Espera-se que os resultados possibilitem melhoria na qualidade do atendimento prestado a esse público na Atenção Primária à Saúde. Os pesquisadores responderam aos questionamentos e realizaram os devidos esclarecimentos e adequações, necessários à aprovação do protocolo de pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

01 - Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais(a cada seis meses de seu parecer de aprovado) e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Para o próximo relatório, favor utilizar o modelo atualizado, (abril/22), de relatório parcial.

02 - Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo. Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio).

03 - Importante:(Caso se aplique): Pendências de Coparticipante devem ser respondidas pelo acesso do Pesquisador principal. Para projetos com coparticipante que também solicitam relatórios semestrais, estes relatórios devem ser enviados por Notificação, pelo login e senha do pesquisador principal no CAAE correspondente a este coparticipante, após o envio do relatório à instituição proponente.

04 – Inserir nos TCLE e TALE o número do CAAE e o número do parecer consubstanciado aprovado, para aplicação dos termos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Continuação do Parecer: 6.064.240

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2097033.pdf	10/04/2023 23:33:33		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PESQUISADOR.pdf	10/04/2023 23:30:39	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_IMAGEM_SOM_VOZ_PRONTUARIO_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:29:10	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:28:45	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_PESSOA_IDOSA_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:28:32	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_JUIZES_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:28:23	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_ENFERMEIRO_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:28:10	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	CHECK_LIST_08_MAR.pdf	08/03/2023 16:40:03	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_MANIPULACAO_DADOS.pdf	08/03/2023 16:39:07	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_PESSOA_IDOSA.docx	08/03/2023 16:36:35	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_JUIZES.docx	08/03/2023 16:36:23	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_ENFERMEIRO.docx	08/03/2023 16:36:11	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	08/03/2023 11:02:08	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	SEI_5340240_Extrato_Ata_26.pdf	07/03/2023	KARINA SILVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

Outros	SEI_5340240_Extrato_Ata_26.pdf	16:49:26	DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	SOLICITACAO_ACESSO_DADOS.pdf	07/03/2023 16:08:32	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	REQUERIMENTO_APRECIACAO_CEP_SMS.pdf	07/03/2023 14:56:44	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	06/03/2023 23:39:01	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	ANALISE_MERITO.pdf	06/03/2023 12:38:41	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUSENCIA_CUSTOS.pdf	06/03/2023 12:38:30	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUSENCIA_DE_CONFLITO_DE_INTERESSE_SMS.pdf	06/03/2023 12:38:17	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_IMAGEM_SMS.doc	06/03/2023 12:37:58	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_IMAGEM_SOM_VOZ_PRONTUARIO.docx	06/03/2023 12:37:44	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	06/03/2023 12:37:09	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	CIENCIA_INTERESSE_CAMPO.pdf	06/03/2023 12:36:38	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_DOS_DADOS_SMS.pdf	06/03/2023 12:36:12	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	COMPROMISSOS_DA_EQUIPE.pdf	06/03/2023 12:35:38	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CURITIBA, 17 de Maio de 2023

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-240
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259 **E-mail:** cometica.saude@ufpr.br

ANEXO XIII – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURITIBA

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS/CTBA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CUIDADO DE ENFERMAGEM CENTRADO NA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 67793523.1.3001.0101

Instituição Proponente: Prefeitura Municipal de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.195.537

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do documento PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2143312, datado em 05/07/2023 08:36:13 e PROJETO_DETALHADO_AJUSTADO_SMS.docx de 05/07/2023 08:29:24.

Trata-se de estudo multicêntrico, com pesquisa de métodos mistos, modelo paralelo convergente (CRESWEL; CLARK, 2014). O pressuposto central para o emprego desse método é a interação entre a pesquisa quantitativa e qualitativa, fornecendo possibilidades de análises e informações além daquelas apreendidas dos bancos de dados qualitativos e quantitativos separadamente (CRESWELL; HIROSE, 2019; SANTOS et al., 2017).

Devido a tratar-se de estudo multicêntrico, após a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Paraná, os demais Centros de Pesquisa submeterão o projeto para apreciação nos respectivos comitês de ética.

Metodologia Proposta:

O estudo será desenvolvido em seis etapas:

1 Identificação das evidências científicas.

Revisão integrativa, revisão bibliométrica, revisão de escopo e revisão sistemática conforme a necessidade de aprofundamentos das evidências cientificas para respaldar a pesquisa a ser

desenvolvida.

2 Compreensão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde (políticas, necessidade de cuidados e consulta de enfermagem para população idosa); Etapa será dividida em quatro fases;
1ª – Caracterização sociodemográfica do enfermeiro participante;
2ª – Identificação do conhecimento dos enfermeiros sobre políticas locais, regionais e nacionais voltadas a pessoa idosa;
3ª – Identificação das necessidades das pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde;
•4ª – Descrição do cuidado de enfermagem prestado a pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde e da tele enfermagem;
O convite para participação dos enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), será realizado por meio de cartaz convite, afixado nas dependências da unidade municipal de saúde (UMS), neste cartaz o participante terá acesso ao telefone dos pesquisadores. Os participantes que efetuarem contato telefônico com os pesquisadores, receberão via WhatsApp ou e-mail, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e questionário eletrônico com informações sociodemográficas (APÊNDICE 1), a findar o formulário, os participantes, poderão informar qual o melhor horário para contato telefônico, para que possam ser agendadas as entrevistas (presencial ou online). O enfermeiro que participar da pesquisa irá responder um questionário (sociodemográfico) e três entrevistas.

Como critérios de inclusão desta etapa tem-se: enfermeiros (as) que atuam em UMS (Atenção Primária à Saúde). Serão excluídos aqueles que não responderem ao agendamento das entrevistas, após dois encaminhamentos de convites (com intervalo de 10 dias, prazo máximo de resposta até 30 dias).

Serão agendadas três entrevistas estruturadas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013), presencial ou remota, a depender da disponibilidade do participante, as entrevistas serão agendadas em local reservado, externo ao serviço de saúde e fora do horário de trabalho, de maneira a proporcionar privacidade e conforto. Cada uma das entrevistas visa atingir as fases da 2ª Etapa desta pesquisa, a saber: Fase 2 (Identificação do conhecimento dos enfermeiros sobre políticas locais, regionais e nacionais voltadas a pessoa idosa), Fase 3 (Identificação das necessidades das pessoas idosas atendidas na Atenção Primária à Saúde) e Fase 4 (Descrição do cuidado de enfermagem prestado a pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde), com roteiros desenvolvidos pelos pesquisadores, conforme demonstras os Apêndices 2, 3 e 4, respectivamente.

Para registro da coleta de dados dos participantes desta etapa de pesquisa será utilizado o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), no entanto para publicação dos resultados da pesquisa, será utilizado codificação composta por três primeiros números do CPF + primeira letra do nome + ano de nascimento, assim como buscar-se-á agrupamento dos dados, de maneira a manter o anonimato e evitar identificação dos participantes.

As informações coletadas nas entrevistas e formulários eletrônicos serão organizadas no software IramuteQ®, permitindo a hierarquização, agrupamento e classificação dos resultados apontados pelos participantes, para análise dos dados qualitativos utilizar-se-á Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016).

Para descrição do cuidado de enfermagem desenvolvido e da tele enfermagem, será realizado acompanhamento da consulta de enfermagem, por meio observação não participante. Os dados coletados nessa etapa, serão analisados por meio de Análise Temática conforme preconizam (BRAUN; CLARKE, 2006).

Também será utilizado neste momento a observação não participante das consultas de enfermagem realizadas na UBS/UMS/ESF, permitindo "compreender fatos velados ou que não teriam sido percebidos por observadores passivos" (POLIT; BECK, 2019, p.202).

Utilizar-se-á roteiro estruturado (APÊNDICE 34), que contém questões sobre acolhimento, indicações para o atendimento pelo enfermeiro(a), orientações, encaminhamentos e registros realizados pelos pelo enfermeiro da UBS/UMS/ESF.

Os participantes desta fase serão os mesmos que forem incluídos nas etapas anteriores, sendo solicitado pelos pesquisadores autorização para acompanhar a consulta de enfermagem, tanto para a pessoa idosa, quanto para o enfermeiro(a).

As informações coletadas nas observações participantes serão organizadas no software IramuteQ®, permitindo a hierarquização, agrupamento e classificação dos resultados apontados pelos participantes (YIN, 2016), para análise dos dados qualitativos utilizar-se-á Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016).

3 Caracterização territorial, sociodemográfica e clínica das pessoas idosas;

Serão aplicados questionários estruturados, que foram elaborados pelos pesquisadores e estão armazenados em formulário eletrônico, no Google Forms®, cujo link editável ficará sob guarda da pesquisadora principal, o link para preenchimento será disponibilizado para integrantes da pesquisa, denominados como avaliadores (coletadores), após receberem treinamento para utilização. Todos os avaliadores receberão treinamento para aplicação dos formulários e

instrumentos, de forma a balizar a aplicação durante a pesquisa, e realizarão todas as atividades em dupla, para agilizar e facilitar a avaliação dos participantes. Cabe salientar, que os avaliadores (coletadores) terão acesso ao formulário em branco para preenchimento, não tendo visibilidade aos dados de outros participantes.

Para convite as pessoas idosas, participantes desta etapa de pesquisa, as pesquisadoras após autorização da Autoridade Sanitária Local (ASL) e/ou Responsável Técnico (RT) afixarão no serviço de saúde, cartaz com convite para participação na pesquisa, contendo número de telefone para contato (pesquisadora) e dias da semana/horário que os pesquisadores estarão na UBS fazendo a coleta.

No primeiro contato com as pessoas idosas, na UBS/UMS/ESF ou em visita domiciliar, será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 5), caso seja necessário o avaliador(a) realizará a leitura na íntegra do documento juntamente com a pessoa idosa. Após sua concordância, será entregue ao participante via com rubricas e assinatura do participante ou seu representante legal, assim como pesquisador principal ou pessoa por ele autorizado. Será anexado ao formulário eletrônico fotografia do TCLE assinado pela pessoa idosa e pelo avaliador(a) para fins de armazenamento, assim como serão armazenados fisicamente, em poder e responsabilidade da pesquisadora principal.

Ainda no primeiro contato, será aplicado o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) (MORAES et al., 2016[a]) e também será apresentado e solicitado autorização para utilização dos dados do prontuário, mediante assinatura no Termo de solicitação de uso de prontuários para pesquisa (Apêndice 6).

Para registro da coleta de dados dos participantes desta etapa de pesquisa será utilizado o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF), no entanto para publicação dos resultados da pesquisa, será utilizado codificação composta por três primeiros números do CPF + primeira letra do nome + ano de nascimento, assim como buscar-se-á agrupamento dos dados, de maneira a manter o anonimato e evitar identificação dos participantes.

Para acesso ao prontuário eletrônico, por meio do e-Saúde, os pesquisadores utilizarão login de pesquisador, previamente solicitado a autoridade sanitária local, vale destacar que todos os dados coletados serão anonimizados mediante codificação do participante conforme descrito anteriormente.

Caso o idoso não queira participar da pesquisa, em qualquer momento desta, será mantido o acompanhamento dele na UMS sem qualquer prejuízo ao atendimento.

As próximas entrevistas/avaliação clínica a serem realizadas com as pessoas idosas, envolveram aproximadamente 10 encontros, nos quais serão abordados 25 domínios de avaliação, a saber: 1. Prontuário; 2. Perfil Sociodemográfico; 3. Território e Moradia; 4. Sinais Vitais e Antropometria; 5. Dor; 6. Nutrição; 7. Fatores de Risco; 8. Histórico de Doenças; 9. Atividades Cotidianas; 10. Cuidados Paliativos; 11. Cognição; 12. Humor/Comportamento; 13. Comunicação; 14. Funcionalidade; 15. Mobilidade; 16. Continência; 17. Qualidade de Vida; 18. Espiritualidade; 19. Idadismo; 20. Violência; 21. Suporte Social; 22. Sexualidade; 23. Lesão por pressão; 24. Diabetes; 25. Hipertensão, todos em formato de questionários estruturados, armazenados na plataforma Google Forms®.

Os dados coletados serão organizados em planilhas do Microsoft Excel 2019®, por domínios de avaliação, com análise descritiva dos dados por meio de número absoluto (n) e frequência relativa (%), para escolha dos testes estatísticos o projeto contará com apoio de profissional estatístico.

Na sequência apresenta-se Quadro 2 com os 10 encontros/momentos/entrevistas a serem realizadas com as pessoas idosas, com respectiva projeção temporal. Os 10 encontros, ocorrerão com intervalo de aproximadamente 7 a 10 dias entre cada um, com duração de aproximadamente 30-50 minutos cada, agendados conforme a disponibilidade da pessoa idosa e preferencialmente em datas com atividades agendadas na unidade municipal de saúde (momentos oportunos em que os participantes já estejam no serviço de saúde).

Nos casos em que a pessoa idosa esteja impossibilita de deslocar-se com transporte coletivo (público), com isenção tarifária ou com limitação de mobilidade, os pesquisadores irão até o domicílio para realizar a coleta de dados.

4 Obtenção de demandas da população idosa;

Os dados obtividos nas etapas quan+qual serão utilizados para apontamento das demandas da população idosa, mediante interpretação dos resultados e convergência e divergência para mixagem de dados.

5 Construção de ferramentas tecnológicas, educacionais e de gestão;

Esta etapa da pesquisa está relacionada as etapas anteriores, haja vista que trarão subsídios para identificação das demandas da população, assim como necessidades de educação em saúde e de implantação de fluxogramas de gestão da política pública, gerenciamento do serviço de saúde e atendimento à população. Também será desenvolvido MOOC para translação do conhecimento,

trata-se de "curso online (em diferentes plataformas), aberto (gratuito, sem pré-requisitos, utiliza recursos educacionais abertos) e massivo (oferecido a muitos alunos)" (MATTAR, 2013, p.30) que "integra três elementos: a conectividade das redes sociais, o conhecimento de um especialista em determinada área e a coleção de recursos online abertos" (MATTA, FIGUEIREDO, 2013, p.5).

Para o desenvolvimento, avaliação e validação de produção tecnológica, utilizar-se-á o método Lean Startup (RIES, 2019) para a construção do Minimum Viable Product (MVP).

Os materiais desenvolvidos serão avaliados por grupo focal com pessoas idosas (participantes da 3ª fase), neste momento ocorrerão compartilhamento de informações e opiniões, experiências para discussões entre o grupo para condução e amostragem por saturação de dados (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013; POLIT; BECK, 2019).

Vale acrescentar que todos os recursos tecnológicos desenvolvidos nesta pesquisa passarão pela avaliação (remota) de juízes (experts na temática, sendo profissionais com experiencia acadêmica e/ou profissional reconhecida), a fim de verificar a interface, interação, facilidade de utilização, conteúdo e aparência e validade dos produtos desenvolvidos, para a qual utilizar-se-á Índice de Validade de Conteúdo (IVC). O IVC mede a proporção ou percentagem de juízes em concordância sobre determinado aspecto do produto, mantendo igualmente os itens com IVC maior que 0,90, ajustando os itens com IVC entre 0,70 e 0,90 e excluindo os itens com IVC menor que 0,70 (COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; POLIT; BECK, 2019).

A seleção dos enfermeiros experts, ocorrerá por meio da Plataforma Lattes, com busca realizada por assunto, associando as palavras Atenção Primária à Saúde e Gerontologia e Enfermagem. Após aceite em participar da pesquisa, os juízes receberão link para acesso ao instrumento de avaliação do recurso tecnológico, devendo dispender de 30 a 45 minutos para responder. Para Estimular a integração entre gerações, combatendo o ageísmo e a violência contra a pessoa idosa, haverá interlocução deste projeto com o Projeto de Extensão Saúde-On Ouvidor Pardinho (HAMMERSCHMIDT, 2022), que contará com atividades relacionadas a educação em saúde, que abrangerão temas como: envelhecimento ativo, intergeracionalidade, promoção à saúde e prevenção de doenças, combate ao idadismo e violência contra a pessoa idosa, a serem realizadas quinzenalmente.

O dados serão analisados por meio de Análise Temática conforme preconizam (BRAUN; CLARKE, 2006.

6 Apresentação das diretrizes para cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa atendida na Atenção Primária a Saúde.

Utilizar-se-ão os Dez Passos propostos pelo Tribunal de Contas da União – TCU (BRASIL, 2021d). Acrescenta-se que todos os instrumentos, entrevistas, grupos focais, fluxogramas, treinamentos, protocolos assistenciais e desenvolvimento tecnológico, trarão subsídios para a formulação da política pública a que se propõe este projeto de pesquisa.

PROPRIEDADE DAS INFORMAÇÕES

As informações, dados e análises gerados por esta pesquisa ficarão armazenadas por no mínimo cinco anos após o encerramento da pesquisa, sob responsabilidade da pesquisadora Dra. Karina Silveira de Almeida Hammerschmidt, conforme recomendam as Resoluções 441/2011, 466/2012 e 510/2016.
Todo material obtido será utilizado unicamente para essa pesquisa, mantidos com acesso exclusivo da pesquisadora principal, sendo totalmente destruídos/descartados após cinco anos do término da pesquisa.

Critérios de inclusão e exclusão

A população deste estudo será composta por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, pessoas idosas e enfermeiros experts em Atenção Primária à Saúde.

Critérios de inclusão:
Enfermeiros Atenção Primária à Saúde: Enfermeiros (as) que atuam em UMS Ouvidor Pardinho (Atenção Primária à Saúde).

Pessoas idosas: Os critérios de inclusão para as pessoas idosas, serão: aquelas que o local de moradia esteja adscrito ao território da UMS; pessoas que tenham 60 anos ou mais; apresentar capacidade cognitiva preservada, conforme pontuação do Miniexame do Estado Mental (MEEM) (FOLSTEIN; FOLSTEIN; MCHUGH, 1975; BRUCKI et al., 2003; LOURENÇO; VERAS, 2006), segundo pontos de corte adotados pela escolaridade (BERTOLUCCI et al., 1994).

Enfermeiros experts Atenção Primária à Saúde :Como critérios de inclusão dos experts, utilizar-se-á: enfermeiro(a) com experiência acadêmica e/ou profissional na Atenção Primária à Saúde e/ou Gerontologia; mínimo 10 anos de experiência; currículo Lattes atualizado nos últimos dois anos; titulação mínima de especialização Lato Sensu.

Critérios de exclusão

Enfermeiros Atenção Primária à Saúde: Serão excluídos aqueles que não responderem ao agendamento das entrevistas, após dois encaminhamentos de convites (com intervalo de 10 dias, prazo máximo de resposta até 30 dias).

Pessoas idosas: Serão excluídos aqueles que não responderem ao convite para entrevista após três tentativas de agendamentos (com intervalo de 10 dias, prazo máximo de resposta até 30 dias).

Enfermeiros experts Atenção Primária à Saúde: Serão excluídos aqueles que não responderem ao convite, a ser enviado para e-mail cadastrado na Plataforma Lattes, para participação na pesquisa, após três tentativas (com intervalo de 10 dias, prazo máximo de resposta até 30 dias).

METODOLOGIA DE ANÁLISE DE DADOS:
As informações coletadas nas entrevistas e formulários eletrônicos serão organizadas no software IramuteQ®, permitindo a hierarquização, agrupamento e classificação dos resultados apontados pelos participantes, para análise dos dados qualitativos utilizar-se-á Análise de Conteúdo (BARDIN, 2016). Para descrição do cuidado de enfermagem desenvolvido e da tele enfermagem, será realizado acompanhamento da consulta de enfermagem, por meio observação não participante. Os dados coletados nessa etapa, serão analisados por meio de Análise Temática conforme preconizam (BRAUN; CLARKE, 2006), cumprindo-se as seis fases propostas: Familiarização com os dados – leitura e releitura dos diários de campo, transcrição das informações relacionadas aos registros; Codificação inicial: organização do corpus de análise conforme a pergunta disparadora; Agrupação por temas: organizar por temas com apoio do software gratuito e online IramuteQ®; Revisão dos temas: verificar semelhança dos temas, gerar quadro temático; Nomeação dos temas: conforme preconiza a matriz SWOT; Relatório de produção: descrever os resultados obtidos, de forma a produzir texto que responda ao objetivo.
Também será utilizado neste momento a observação não participante das consultas de enfermagem realizadas na UMS, permitindo "compreender fatos velados ou que não teriam sido percebidos por observadores passivos" (POLIT; BECK, 2019, p.202).
Utilizar-se-á roteiro estruturado (APÊNDICE 34), que contém questões sobre acolhimento,

indicações para o atendimento pelo enfermeiro(a), orientações, encaminhamentos e registros realizados pelos pelo enfermeiro da UBS/UMS/ESF.

HIPÓTESE:
A política de cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa atendida na atenção primária a saúde, possibilita qualificação da atenção, avaliação multidimensional, desenvolvimento de estratégias para o cuidado de enfermagem, estímulo para trabalho multiprofissional, elaboração de tecnologias sociais/educacionais/assistenciais, fomenta a intergeracionalidade e combate o ageísmo.

Objetivo da Pesquisa:
OBJETIVO GERAL
Apresentar diretrizes para o cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa atendida na Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS
• Identificar a compreensão dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde sobre as políticas (local, regional e nacional, internacional) e necessidades de cuidado de enfermagem centrado na população idosa;
• Vivenciar a consulta e tele enfermagem com as pessoas idosas na atenção primária à saúde;
• Reconhecer as necessidades de saúde das pessoas idosas conforme aspectos cronológicos, clínicos, sociodemográficos, territoriais, educacionais, tecnológicos, políticos e de suporte social;
• Construir fluxogramas, normativas, roteiros e/ou diretrizes, ferramentas tecnológicas, assistenciais, educacionais e de gestão direcionados ao cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa na Atenção Primária à Saúde;
• Estimular a integração entre gerações, combatendo o ageísmo e a violência contra a pessoa idosa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:
RISCOS:
A participação na pesquisa, sejam pessoas idosas, enfermeiros ou juízes, apresenta risco mínimo, como o de constrangimento ou desconforto ao responder às questões de pesquisa. Desse modo, o participante será esclarecido de que poderá a qualquer momento desistir da participação, e sua

recusa não acarretará quaisquer desconfortos com relação aos responsáveis pela pesquisa, tampouco junto à instituição que está vinculado. Entre os principais riscos estão os de ordem psicológica, emocional e intelectual (vergonha, desconforto, constrangimento, estresse, quebra de sigilo); física e mecânica (realização dos testes nos domínios funcionalidade, mobilidade, lesões por pressão e diabetes – pé diabético).

Para garantia de anonimato, será respeitado a Lei Geral de Processamento de Dados, principalmente em relação aos dados sensíveis (dados pessoais), com confiabilidade e não configurar quebra de sigilo, as informações registradas no formulário será de uso exclusivo para a pesquisa.

Quanto aos participantes enfermeiros e juízes, será oferecido a possibilidade de participarem da pesquisa, de maneira online (síncrona ou assíncrona), a fim de minimizar desconforto e possibilitar a participação no momento que julguem oportuno.

Para análise e divulgação dos dados, a identidade terá sigilo profissional, e para garantir que isso aconteça será empregado a linguagem codificada, caracterizada por composição com três primeiros números do CPF + primeira letra do nome + ano de nascimento, assim como buscar-se-á apresentar os dados de maneira agrupada.

BENEFÍCIOS:

Os benefícios serão difusos, indiretos e futuros, haja visto que se pretende proporcionar melhora no serviço de saúde local (infraestrutura, contratação de funcionários, compra de equipamentos e materiais de consumo); melhores índices de qualidade de vida; redução da sobrecarga de atendimentos no sistema de saúde; redução de custos com assistência à saúde e qualificação da Atenção Primária à Saúde.

Como benefício os resultados deverão fornecer evidências sobre a Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa (AMPI), possibilitando planejamento de condutas, estímulo ao desenvolvimento de políticas públicas e socialização de dados unificados sobre a AMPI no Sul do Brasil. Adicionalmente, estão a elaboração de protocolos, fluxos, treinamentos para o atendimento centrado na pessoa idosa, proporcionando indiretamente benefícios aos gestores dos serviços de saúde envolvidos. Também se tem intenção de qualificar a atenção a pessoa idosa mediante a criação de fluxos, normas, bem como de MOOC para capacitação dos profissionais nas temáticas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Parecer ético favorável emitido pela instituição proponente sob número 6.064.240.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados e estão em conformidade com as Resoluções CNS e normas vigentes.

Recomendações:

Ver campo conclusões ou pendências e lista de inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de resposta ao parecer consubstanciado CEP n.° 6.128.282.

Pendência 01 – Quanto ao Currículo lattes. RELATOR: Solicito atualização dos currículos dos pesquisadores: Alline Maria Sampaio Pacheco, última atualização do currículo em 04/09/2022, Ester do Nascimento Ribas, última atualização do currículo em 02/11/2022 Juliane Nascimento Ribas Miranda, última atualização do currículo em 18/09/2022 Neidamar Arias Pedrini Fugaça última atualização do currículo em 15/11/2022 Zilma Müller, última atualização do currículo em 30/09/2022
Resposta pesquisador: Todos os participantes listados atualizaram o currículo.
Análise: Recomendação atendida.

Pendência 02 – Quanto a Análise Crítica dos Riscos e Benefícios (PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_SMS.docx de 02/06/2023 08:51:27). RELATOR: Os riscos e medidas para sua minimização estão descritos somente para os participantes “Pessoas idosas”, página 30. Solicito inclusão dos riscos aos participantes “Enfermeiro e Juízes” e detalhamento de como se dará a sua minimização e proteção destes participantes.
Resposta pesquisador: Ajustado trecho inicial do parágrafo sobre os riscos; Acrescentado parágrafo sobre medidas para minimizar riscos aos participantes juízes e enfermeiros.
Análise: Pendência atendida

Pendência 3 – Quanto ao local da realização das entrevistas com Enfermeiros (PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_SMS.docx de 02/06/2023 08:51:27), página 13. “Serão agendadas três entrevistas estruturadas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013), presencial ou remota, a depender da disponibilidade do participante, a participação ocorrerá nos dias em que o

enfermeiro(a) estiver trabalhando na unidade municipal de saúde, a ocorrer em local reservado, com privacidade e conforto." RELATOR: Considerando que a entrevista ocorrerá durante o expediente do participante, solicito anexar autorização da dirigente da instituição (Secretária Municipal da Saúde de Curitiba) para realização das entrevistas. Segundo a Resolução 580 de 22 de março de 2018 - CNS, Capítulo II, Art. 6º, "a pesquisa realizada em instituição integrante do SUS não deverá interferir nas atividades profissionais dos trabalhadores no serviço, EXCETO quando justificada a necessidade, e somente poderá ser executada quando devidamente autorizada pelo dirigente da instituição."
Resposta pesquisador: Ajustado, as entrevistas serão realizadas em horário e local externo ao serviço de saúde, de forma que não traga prejuízos ao Sistema Único de Saúde e tampouco interfira nas atividades laborais.
Análise: Pendência atendida

Pendência 4 – Quanto a forma de recrutamento do participante Enfermeiro da UBS, (PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_SMS.docx de 02/06/2023 08:51:27), página 13. "O convite para participação dos enfermeiros(as) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), será por meio de formulário online, a ser enviado para as chefias das unidades municipais de saúde (UMS), solicitando o encaminhamento para os enfermeiros da atenção primária." RELATOR: O servidor (chefia) não poderá reenviar o convite de participação para as enfermeiras da APS, isto caracteriza-se como privilégio em uma relação assimétrica de poderes, o pesquisador deve diferenciar a atuação entre o procedimento da pesquisa e a rotina do serviço. Ressalta-se, que e-mails/telefones pessoais dos participantes não serão fornecidos pela SMS Curitiba, princípio expresso no Estatuto do Servidor e Funcionários Públicos de Curitiba (Lei n.1.656, 21/08/1958). Recomenda-se que a captação destes enfermeiros seja realizada em outros formatos como: Convite/Informe afixado em local próprio na UBS envolvida para que o Enfermeiro espontaneamente busque o pesquisador ou que este convite seja realizado diretamente pelo pesquisador.
Resposta pesquisador: Removido item sobre envio pela chefia do serviço de saúde; O participante enfermeiro será convidado por meio de cartazes afixados no serviço de saúde.
Análise: Pendência atendida

Pendência 5 - Quanto aos TCLE, documento postado em 02/09/2023: (TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_PESSOA_IDOSA_CORRIGIDO_SMS.docx . RELATOR: Solicito que conste,

no TCLE, a informação de que este documento será elaborado em duas VIAS, que deverão ser assinadas, ao final, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por seu representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou pela (s) pessoa(s) por ele delegada(s). (Resolução CNS n.° 466, de 2012, item IV.5.d). Modelo disponibilizado no link: https://saude.curitiba.pr.gov.br/a secretaria/centro-de-educacao-em-saude/8-secretaria/121-comite-de-etica-pesquisas.html. Análise: PENDENTE
Resposta pesquisador: Todos os TCLE tiveram acrescidos as informações solicitadas pelo relator; nova versão submetida na Plataforma Brasil.
Análise: Pendência atendida

Pendência 6 - Quanto ao TCLE do participante "pessoas idosas", (PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_SMS.docx de 02/06/2023 08:51:27), página 15. "Após sua concordância, será entregue ao participante fotocópia assinada pelo pesquisador principal, será anexado ao formulário eletrônico fotografia do TCLE assinado pela pessoa idosa e pelo avaliador(a) para fins de armazenamento. RELATOR: Caso o/a pesquisador/a opte pelo Registro de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou de Assentimento Livre e Esclarecido por escrito, este documento deve assegurar, de forma clara e afirmativa, que o participante de pesquisa receberá uma via (e não cópia) do documento, assinada pelo participante da pesquisa (ou seu representante legal) e pelo/a pesquisador/a, e rubricada em todas as páginas por ambos (Resolução CNS n.° 510, de 2016, Artigo 17, Inciso X). Substituir a grafia "fotocópia" por VIA e assegurar que uma via impressa fique com o pesquisador. (Resolução CNS n.° 466, de 2012, item IV.5.d).
Resposta pesquisador: Ajustado informação sobre entrega e armazenamento das vias assinadas do TCLE.
Análise: Pendência atendida

Pendência 7 – Quanto ao acesso ao prontuário eletrônico dos participantes "pessoas idosas", etapa 3 da pesquisa, momento 2 (PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_SMS.docx de 02/06/2023 08:51:27), página 17. RELATOR: Incluir parágrafo que será utilizado login de pesquisador para acesso ao e-saude e imediatamente após a coleta dos dados será realizada a anonimização dos participantes com supervisão da chefia da UBS ou de sua representante.
Resposta pesquisador: Informação adicionada.
Análise: Pendência atendida

Pendência 8 – Quanto a anonimização dos participantes, PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_SMS.docx de 02/06/2023 08:51:27), páginas 14, 16 e 31. “Para preservar o anonimato dos participantes desta etapa de pesquisa será utilizado o número do Cadastro de Pessoa Física (CPF) nos registros de coleta de dados, no entanto para publicação dos resultados da pesquisa, será utilizado codificação composta por quatro primeiros números do CPF + primeira letra do nome.” RELATOR: Atentar para a possibilidade de codificação repetida bem como a identificação dos participantes.
Resposta pesquisador: Codificação ajustada para três primeiros números do CPF + primeira letra do nome + ano de nascimento
Análise: Recomendação atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:
Projeto de Pesquisa Aprovado conforme parecer do relator, que considerou estarem atendidas as demais pendências apontadas em parecer anterior.

Reforça-se que eventuais notificações ou modificações no projeto ora aprovado, devem ser feitas mediante apresentação de Emendas ao protocolo original, que devem ser apresentadas tempestivamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas.

Esclarece-se que interrupções na execução do projeto de pesquisa ou declaração de ocorrência de danos aos participantes de pesquisa deverão ser feitas na forma de Notificação aos CEP envolvidos na pesquisa, igualmente devendo ser justificadas e declaradas todas as medidas protetivas que foram adotadas pelo grupo de pesquisa.

Reforça-se a necessidade de total observância dos itens aprovados neste parecer, para fins diretos de proteção das participantes de pesquisa, e indiretos, dos próprios pesquisadores, especialmente no que tange a: captação e recrutamento dos participantes de pesquisa.

Recomenda-se a integral observância em todas as etapas de desenvolvimento deste projeto de pesquisa dos aspectos éticos e de viabilidade traduzidos nas Resolução CNS n.466/12. e demais Resoluções e Cartas Circulares vigentes.

Em cumprimento à Resolução CNS n.466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá



receber Relatórios Parciais sobre o andamento do estudo, bem como o Relatório Final completo ao final do estudo.

Ao término da pesquisa, os pesquisadores deverão enviar para este CEP ao qual a pesquisa está vinculada, os links das publicações oriundas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2143312.pdf	05/07/2023 08:36:13		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PESQUISADOR_SMS.pdf	05/07/2023 08:32:46	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_AJUSTADO_SMS.docx	05/07/2023 08:29:24	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_PESSOA_IDOSA_AJUSTADO_SMS.docx	05/07/2023 08:28:33	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_JUIZES_AJUSTADO_SMS.docx	05/07/2023 08:28:12	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_ENFERMEIRO_AJUSTADO_SMS.docx	05/07/2023 08:27:33	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	DECLARACAO_CIENCIA_INTERESSE_CAMPO.pdf	02/06/2023 10:42:30	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO_SMS.docx	02/06/2023 08:51:27	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_PESSOA_IDOSA_CORRIGIDO_SMS.docx	02/06/2023 08:50:25	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_JUIZES_CORRIGIDO_SMS.docx	02/06/2023 08:50:00	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS/CTBA



Continuação do Parecer: 6.195.537

Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_JUIZES_CORRIGIDO_SMS.docx	02/06/2023 08:50:00	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_ENFERMEIRO_CORRIGIDO_SMS.docx	02/06/2023 08:49:50	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_PESQUISADOR.pdf	10/04/2023 23:30:39	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_IMAGEM_SOM_VOZ_PRONTUARIO_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:29:10	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:28:45	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_PESSOA_IDOSA_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:28:32	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_JUIZES_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:28:23	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_ENFERMEIRO_CORRIGIDO.docx	10/04/2023 23:28:10	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	CHECK_LIST_08_MAR.pdf	08/03/2023 16:40:03	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_MANIPULACAO_DADOS.pdf	08/03/2023 16:39:07	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_PESSOA_IDOSA.docx	08/03/2023 16:36:35	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_JUIZES.docx	08/03/2023 16:36:23	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UFPR_PARTICIPANTE_ENFERMEIRO.docx	08/03/2023 16:36:11	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Projeto Detalhado	PROJETO_DETALHADO.docx	08/03/2023	KARINA SILVEIRA	Aceito

Endereço: Rua Francisco Torres, 830
Bairro: Centro **CEP:** 80.060-130
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 **E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS/CTBA



Continuação do Parecer: 6.195.537

/ Brochura Investigador	PROJETO_DETALHADO.docx	11:02:08	DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	SEI_5340240_Extrato_Ata_26.pdf	07/03/2023 16:49:26	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	SOLICITACAO_ACESSO_DADOS.pdf	07/03/2023 16:08:32	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	REQUERIMENTO_APRECIACAO_CEP_SMS.pdf	07/03/2023 14:56:44	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	ANALISE_MERITO.pdf	06/03/2023 12:38:41	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUSENCIA_CUSTOS.pdf	06/03/2023 12:38:30	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUSENCIA_DE_CONFLITO_DE_INTERESSE_SMS.pdf	06/03/2023 12:38:17	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_IMAGEM_SMS.doc	06/03/2023 12:37:58	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_IMAGEM_SOM_VOZ_PRONTUARIO.docx	06/03/2023 12:37:44	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	CARTA_ENCAMINHAMENTO_PESQUISADOR_AO_CEP.pdf	06/03/2023 12:37:09	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	CIENCIA_INTERESSE_CAMPO.pdf	06/03/2023 12:36:38	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	TERMO_DE_CONFIDENCIALIDADE_DOS_DADOS_SMS.pdf	06/03/2023 12:36:12	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito
Outros	COMPROMISSOS_DA_EQUIPE.pdf	06/03/2023 12:35:38	KARINA SILVEIRA DE ALMEIDA HAMMERSCHMIDT	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

Endereço: Rua Francisco Torres, 830
Bairro: Centro **CEP:** 80.060-130
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 **E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE CURITIBA - SMS/CTBA

Continuação do Parecer: 6.195.537

CURITIBA, 21 de Julho de 2023

Assinado por:
antonio dercy silveira filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco Torres, 830
Bairro: Centro **CEP:** 80.060-130
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-4961 **E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br