

CENTRO UNIVERSITÁRIO DOUTOR LEÃO SAMPAIO  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ÁKYLA KEREN SILVA

**ENFRENTAMENTO FAMILIAR DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS**

Juazeiro do Norte - CE  
2019

ÁKYLA KEREN SILVA

**ENFRENTAMENTO FAMILIAR DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS**

Trabalho de conclusão de curso - apresentado á coordenação do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, em cumprimento as exigências para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Me. Ana Paula Ribeiro Castro.

**ÁKYLA KEREN SILVA**

**ENFRENTAMENTO FAMILIAR DO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS**

Trabalho de conclusão de curso - apresentado á coordenação do curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio, em cumprimento as exigências para a obtenção do grau de bacharel em Enfermagem.

**Orientadora:** Me. Ana Paula Ribeiro Castro.

Data de aprovação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Banca Examinadora**

---

**Prof.(a)** \_\_\_\_\_

**Orientador(a)**

---

**Prof.(a)** \_\_\_\_\_

**Examinador 1**

---

**Prof.(a)** \_\_\_\_\_

**Examinador 2**

*Dedico este trabalho ao meu pai Francisco, portador de Diabetes Mellitus tipo 2, que com sua rotina árdua de trabalho me deu uma boa educação. Sua bondade, amor e esforço me fortaleceram até aqui. À minha mãe Francisca, que desde que o meu pai foi diagnosticado com Diabetes dedica os seus cuidados com carinho e amor para com ele. Mãe, através dessa pesquisa quero que você possa perceber o quanto você como cuidadora do meu pai é importante para nós, Obrigada por sua garra, força, coragem e determinação. Eu amo muito vocês!*

## AGRADECIMENTOS

*É chegado o fim de um ciclo. Foi um caminho lindo até aqui, cheio de momentos bons e não tão bons, alegrias, tristezas, desafios, decepções, conquistas, vitórias, aprendizagens e acima de tudo evolução.*

*Agradeço primeiramente a Deus por me permitir chegar até aqui, com suas potentes mãos me sustentou para que eu não desistisse do meu sonho, que me segurou no colo e me escutou nos momentos em que achei que não ia conseguir.*

*Agradeço a Deus pela saúde dos meus pais, que deram o melhor de si para o melhor de mim, obrigada por todos os esforços, e por sempre terem me colocado como prioridade. Vocês são anjos que Deus enviou para cuidar de mim!*

*Agradeço ao meu avô José Manoel que com toda a sua alegria se preocupa com o meu bem-estar, obrigada a toda minha família que de forma direta ou indireta contribuiu para a minha formação acadêmica.*

*Não posso esquecer que durante esses anos de graduação participei de vários projetos que tanto agregou ao meu conhecimento e profissionalismo, obrigada a alguns professores que me deram a oportunidade de participar de monitorias, projetos de extensão, liga acadêmica e projeto de iniciação científica. Levarei para o resto da vida essa bagagem.*

*Agradeço aos meus amigos que conheci na graduação e que guardarei no meu coração para sempre. Obrigada meus caros futuros colegas de profissão por partilharem comigo essa árdua caminhada, serei eternamente grata por ter aprendido com cada colega que cruzou o meu caminho.*

*Agradeço ao meu noivo Emanuel que na reta final do curso chegou na minha vida e tornou tudo ainda melhor, Obrigada pelo seu companheirismo, carinho, dedicação, amor e por todos os momentos lindos da minha graduação que partilhamos juntos.*

*Agradeço a minha orientadora Ana Paula por todo empenho em embarcar nessa caminhada comigo, aos seus ensinamentos, contribuições, disponibilidade... O meu muitíssimo obrigado. E por fim agradeço a minha banca pelo aceite ao convite em participar desse momento e enriquecer a minha pesquisa.*

## RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se como um dos principais problemas de Saúde Pública e é considerada uma doença silenciosa em que a falta de manifestações clínicas faz com que a maioria dos indivíduos só descubra a doença mediante exames e consultas de rotina. Existem diferentes abordagens terapêuticas como: manter uma dieta balanceada, com a prática de atividades físicas e o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar. A adesão terapêutica não diz respeito apenas a orientações nutricionais, o apoio familiar influencia de forma positiva o paciente na adesão ao tratamento e a continuidade do autocuidado. É necessário incrementar nos serviços de saúde as estratégias de enfrentamento que os cuidadores precisam adotar na rotina familiar. Objetivou-se conhecer o processo de enfrentamento familiar, com enfoque no cuidador principal do portador de DM, após o diagnóstico da doença, para isso procurou-se identificar as mudanças na rotina familiar, verificar de que forma a família reage a essas mudanças, relatar como o apoio familiar beneficia e contribui para o diabético, e identificar o perfil sociodemográfico e econômico dos participantes. O estudo foi realizado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), do bairro COHAB, do município de Salgueiro- PE entre os meses de Fevereiro a novembro de 2019 e a coleta nos meses de agosto e setembro de 2019. Nos critérios de inclusão para composição da amostra, que resultou em 20 cuidadores familiares, tinha que ter um tempo de menos de três anos cuide do familiar com DM e que esses pacientes fossem assíduos no comparecimento do Hiperdia. Para a coleta de dados utilizou a entrevista semiestruturada. Após a coleta houve a interpretação dos resultados, baseada na análise do conteúdo. A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos e legais estabelecidos pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio (Unileão) para sua apreciação e aprovação da pesquisa. A pesquisa evidenciou que os cuidadores são na maioria do sexo feminino, idosos, casados, com renda de um salário mínimo, ensino fundamental incompleto, evangélicos. Emergiram duas categorias temáticas, intituladas: rotina dos cuidadores familiares de pacientes com diabetes e Apoio familiar ao paciente com diabetes: O que pensam os cuidadores. Dos 20 cuidadores do estudo, 19 afirmaram que houve mudanças na rotina familiar após o diagnóstico da diabetes, tais como: Alimentação, sono, lazer. No que tange a categoria do apoio familiar, que começa pela busca do familiar em proporcionar uma qualidade de vida ao seu familiar, pode-se perceber que quanto maior o apoio, maior será a aceitação do paciente ao tratamento, trazendo benefícios para o paciente e cuidador, a equipe multidisciplinar que cuida do diabético precisa incluir o cuidador em uma rede de apoio, principalmente emocional, para que todos os atores envolvidos nesse processo de adoecimento sejam beneficiados. Sugere-se que esse tema seja abordado em vários aspectos, com mais produções acadêmicas e interesse sobre o assunto, só assim se chegará a uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, cuidador, apoio familiar.

## ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is one of the main public health problems and is considered a silent disease in which the lack of clinical manifestations making most individuals only discover the disease through routine examinations and consultations. There are different therapeutic approaches such as maintaining a balanced diet, practicing physical activities and following a multidisciplinary team. Therapeutic adherence is not only about nutritional guidelines, family support positively influences the patient in treatment adherence and the continuity of self-care. It is necessary to increase in health services the coping strategies that caregivers need to adopt in the family routine. The objective of this study was to know the family coping process, focusing on the primary caregiver of the DM patient, after the diagnosis of the disease. For this purpose, we sought to identify changes in the family routine, to verify how the family reacts to these changes, to report how family support benefits and contributes to the diabetic, and identify the socio-demographic and economic profile of participants. The study was conducted at the Family Health Strategy (ESF), in the COHAB neighborhood, in the municipality of Salgueiro-PE, from February to November 2019 and collected from August to September 2019. In the inclusion criteria for The composition of the sample, which resulted in 20 family caregivers, had to have a time of less than three years to take care of the family member with DM and that these patients were frequent in attending Hiperdia. For data collection used the semi-structured interview. After collection, the results were interpreted based on content analysis. The research complied with the ethical and legal aspects established by Resolution 466/2012 of the National Health Council. The research was submitted to the Ethics and Research Committee of the Doctor Leão Sampaio University Center (Unileão) for its consideration and approval of the research. The research showed that caregivers are mostly female, elderly, married, with income of one minimum wage, incomplete elementary school, evangelicals. Two thematic categories emerged, entitled: Family Caregivers Routine of Diabetes Patients and Family Support to Diabetes Patients: What Caregivers Think. Of the 20 caregivers in the study, 19 stated that there were changes in family routine after the diagnosis of diabetes, such as: Food, sleep, leisure. Regarding the category of family support, which begins with the search for family members to provide their family members with a quality of life, it can be seen that the greater the support, the greater the patient's acceptance of treatment, bringing benefits to the patient and caregiver, the multidisciplinary team that takes care of the diabetic needs to include the caregiver in a support network, especially emotional, so that all actors involved in this process of illness are benefited. It is suggested that this theme is addressed in various aspects, with more productions. academic interests and interest in the subject, this is the only way to achieve quality assistance.

keywords: Diabetes Mellitus, caregiver, family support.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

PROF	Professora
Me	Mestre
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Mellitus tipo 1
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
MEV	Mudança de Estilo de Vida
CT	Colesterol Total
TG	Triglicerídeos
UBS	Unidade básica De Saúde da Família
ESF	Estratégia De Saúde Da Família
BDE	Banco de dados do estado
HIPERDIA	Hipertenso e Diabético
ACS	Agente comunitário de saúde
CEP	Comitê de ética e pesquisa
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	13
2.1 OBJETIVO GERAL .....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	14
3.1 DIABETES MELLITUS: ASPECTOS CLINICOS E EPIDEMIOGRÁFICOS .....	14
3.2 CLASSIFICAÇÃO .....	14
3.3 CRITÉRIOS DIAGNOSTICOS.....	15
<b>3.3.1 Avaliação clínica</b> .....	<b>15</b>
<b>3.3.2 Exames laboratoriais</b> .....	<b>16</b>
3.4 TRATAMENTO .....	16
<b>3.4.1 Tratamento não medicamentoso</b> .....	<b>16</b>
<b>3.4.2 Tratamento medicamentoso</b> .....	<b>17</b>
3.5 APOIO FAMILIAR AO PORTADOR DA DM.....	17
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	19
4.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO .....	19
4.2 LOCAL E PERIODO DA PESQUISA .....	19
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	19
4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	20
4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	20
4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA .....	21
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	22
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	22
5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	25
<b>5.2.1 Categoria 1- Rotina dos cuidadores familiares de pacientes com diabetes</b> .....	<b>25</b>
<b>5.2.2 Categoria 2- Apoio familiar ao paciente com diabetes: O que pensam os cuidadores.</b>	<b>29</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	32
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	33

<b>APÊNDICES</b> .....	36
APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO PARA COLETA DE DADOS..	37
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	38
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO.....	39
APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA.....	40
APÊNDICE E- AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ E IMAGEM.....	41
<b>ANEXOS</b> .....	42

## 1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se como um dos principais problemas de saúde pública, e um dos transtornos crônicos mais frequentes do mundo. Devido a DM ser considerado uma doença silenciosa, a falta de manifestações clínicas faz com que a maioria dos indivíduos só descubra a doença mediante exames e consultas de rotina (TORRES e ALEXANDRE, 2011).

Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos (BRASIL, 2006, p.09).

Considerando a cronicidade e incidência da doença, faz-se necessário realizar o tratamento do diabetes e de suas complicações. Para o controle glicêmico existem diferentes abordagens terapêuticas. Manter uma dieta balanceada, com a prática de atividades físicas e o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar proporciona ao paciente diabético uma melhor qualidade de vida (TORRES e ALEXANDRE, 2011).

Para Almeida, Almeida (2017) a adesão terapêutica não diz respeito apenas a orientações nutricionais, o apoio familiar influencia de forma positiva o paciente na adesão ao tratamento e a continuidade do autocuidado. Portanto para que haja uma qualidade na assistência ao paciente diabético é necessário integrar a família no processo do cuidado.

A experiência de cuidar de um familiar doente pode representar uma grande sobrecarga para o cuidador, acarretando-privações e alterações na dinâmica familiar. (MACHADO, DAHDAH, KEBE; 2018).

Estratégia de *cooping* ou enfrentamento, são artifícios utilizados para conseguir lidar com um evento que cause mudanças comportamentais (MATTOS, et al, 2016).

É necessário incrementar nos serviços de saúde as estratégias de enfrentamento que os cuidadores precisam adotar na rotina familiar, pois falta acolhimento, suporte a informações necessárias aos cuidadores (MACHADO, DAHDAH, KEBE; 2018).

A pesquisa apresenta como objeto de estudo conhecer as mudanças e as estratégias do cuidador no enfrentamento familiar advindas do diagnóstico de DM.

A escolha do tema se deu pelo fato da autora da pesquisa se familiarizar em estudar a diabetes dentro da temática saúde da família e comunidade. O autor tem afinidade com o tema porque o seu pai tem DM tipo 2, e o objetivo da pesquisa para o autor assume um papel a fim de compreender e ajudar a família do mesmo a ter uma melhor qualidade de vida, e porque em

seus estágios da rede básica de atenção a saúde o pesquisador tem observado uma carência por parte dos profissionais em direcionar assistência não só ao paciente diabético, como também a sua família.

O assunto torna-se relevante, porque existem poucas pesquisas que versam sobre os cuidadores na Atenção Básica. Pois as Equipes de Saúde da Família podem assistir o cuidador familiar em suas necessidades individuais, bem como considerá-los como sujeitos e atores em ações de saúde.

Tal temática servirá como meio de informação a população sobre como acontece o processo de enfrentamento familiar e quais as estratégias para uma melhor adaptação frente ao diagnóstico, como também sensibilizar os profissionais que atuam na Estratégia Saúde da família a fim de incluir o cuidador na assistência.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

- Conhecer o processo de enfrentamento familiar, com enfoque no cuidador principal, do portador de Diabetes Mellitus (DM), após o diagnóstico da doença.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as mudanças na rotina familiar, após o diagnóstico da doença;
- Verificar de que forma a família reage às mudanças advindas para a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- Relatar como o apoio familiar beneficia e contribui para a aceitação e adesão no controle da DM, pelo paciente diabético.
- Identificar o perfil sociodemográfico e econômico dos participantes do estudo.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 DIABETES MELLITUS: ASPECTOS CLINICOS E EPIDEMIOGRÁFICOS

O termo diabetes tem origem de uma palavra grega que significa ‘passando por’, e mellitus é uma palavra latina que significa ‘mel’ ou doce’(FRANCISCO, 2016).

O Diabetes Mellitus (DM) é um distúrbio metabólico, que leva a hiperglicemia sanguínea, e cronicidade da doença. Que envolve defeitos na secreção da insulina, um hormônio secretado pelo pâncreas, com importante função no metabolismo dos carboidratos no sangue. Ou defeito na ação desta, e ainda ambas as condições (BERNINI et al, 2017).

A etiologia principal da DM são fatores de riscos ambientais e comportamentais: Tabagismo, obesidade, dislipidemias, falta de atividade física, dieta inadequada (PETERMANN, 2015).

As principais consequências da DM são: retinopatia diabética, alterações circulatórias como: sensação de formigamento, perda ou diminuição da sensibilidade, difícil cicatrização. Alterações cardiovasculares ou Acidente Vascular Encefálico. Que limita a qualidade de vida dos pacientes (DIAS et al, 2018).

#### 3.2 CLASSIFICAÇÃO

A principal forma clinica é: DM tipo um (DM1) e o DM tipo dois (DM2). Entretanto existem outros tipos, porém menos comum: Diabetes Mellitus Gestacional e Diabetes de defeito genéticos. Sendo a DM2 a que mais acomete os indivíduos com 90 a 95% dos casos (FRANCISCO, 2016).

O DM1 é a forma que mais afeta o público infanto- juvenil, tem origem autoimune, ou seja, o sistema imunológico identifica como um agente nocivo e começa a atacar as células do pâncreas destruindo as células betas, que são responsáveis por sintetizar e secretar o hormônio insulina (SOARES; DELL’AGLIO, 2016).

Moreira et al.(2018) destaca os principais sinais e sintomas da DM1, que inclui: Poliúria, Polidipsia, Polifagia, perda de peso, hiperglicemia, glicosúria, acidose, alterações no humor, náuseas, vômitos, fadiga.

A DM2 se caracteriza como: a resistência à ação da insulina ou a produção insuficiente, fazendo com que a glicose não seja transportada para dentro da célula, e acabar se acumulando na corrente sanguínea (PETTERMAN, 2015).

Rocha, Carvalho, (2017) destaca que os principais fatores de risco da DM2 são: Fatores hereditários (presença de algum familiar com a doença), inatividade física, idade avançada, obesidade e hipertensão.

Indivíduos com diabetes têm uma diminuição na qualidade de vida. Tal fato deve-se principalmente ao sentimento do indivíduo em se comprometer a seguir corretamente a terapia medicamentosa, o cardápio alimentar diferenciado do que era o habitual, e a prática de atividades físicas. O paciente muitas vezes enxerga que tais mudanças são imposições difíceis de serem seguidas, porém necessárias para que haja o controle metabólico da DM (ASSUNÇÃO et al, 2017).

### 3.3 CRITÉRIOS DIAGNOSTICOS

#### 3.3.1 Avaliação clínica

É necessário que o diagnóstico da diabetes seja realizado de forma correta na consulta inicial, através da anamnese levando em consideração a história clínica do paciente, e utilizando alguns parâmetros para uma melhor investigação, como: aferição de sinais vitais, exame físico completo, e principalmente a observação de sinais e sintomas clínicos que levem a suspeita da doença (LACERDA, 2014).

No processo de evolução da DM podem ocorrer algumas alterações que levem a suspeita da doença, glicemia de jejum alterada (glicemia de jejum entre 110 mg/dl e 125 mg/dl) e duas horas pós-carga de 140 mg/dl a 199 mg/dl e HbA1c entre 5,7% e 6,4%), tais condições são denominadas de pré-diabetes. Esses indivíduos também devem ser orientados e mantidos sob vigilância (MARTINS et al, 2019).

A avaliação inicial visa identificar se existe algum problema associado que requeira tratamento imediato ou uma investigação mais detalhada. A consulta de enfermagem aborda e identifica os fatores de risco, estratificação do risco cardiovascular, orientação sobre a mudança de estilo de vida, e avalia as condições de saúde (BRASIL, 2013).

Se houver uma confirmação da sintomatologia típica de DM associado à glicemia casual maior que 200 mg/dl na consulta de enfermagem, o enfermeiro deverá encaminhar o paciente para a consulta médica. Se não houver glicemia casual > 200 o enfermeiro deve solicitar a glicemia de jejum, se a suspeita da DM for confirmada o paciente será encaminhado para consulta médica para iniciar o tratamento, e acompanhamento pela equipe multiprofissional (BRASIL, 2013).

### 3.3.2 Exames laboratoriais

O diagnóstico laboratorial é feito através dos exames: Glicemia de jejum e HbA1c, Colesterol Total (CT), HDL e Triglicerídeos (TG), Creatinina sérica, Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúrica ou relação albumina/creatinina e Fundoscopia. Que são necessárias tanto para o diagnóstico, tanto para o acompanhamento de casos confirmados (BRASI, 2013).

## 3.4 TRATAMENTO

### 3.4.1 Tratamento não medicamentoso

Rossi, Silva, Fonseca (2015) enfatiza que o Ministério da saúde vem cada vez mais dando ênfase aos programas de qualificação da assistência ao diabético na atenção básica de saúde, com o objetivo de diminuir os custos com internações hospitalares e tratamento de complicações. O cuidado ao diabético requer atenção dos profissionais para que repassem as orientações necessárias para a continuidade do tratamento em domicílio, com o objetivo principal de diminuir a morbidade e mortalidade decorrentes do descontrole metabólico. Dos níveis glicêmicos As medidas de tratamento não medicamentoso são as mudanças no estilo de vida (MEV) que reorganizam a dieta alimentar para que haja uma alimentação equilibrada e saudável. Serrano (2018) exemplifica intervenções na dieta:

- Dieta mediterrânea, caracterizada por um alto consumo de gorduras.
- Dieta com baixo teor de hidratos de carbono (20 a 60g/dia);
- Dieta de baixo índice glicêmico
- Dieta hiperproteica
- Dieta muito baixa em calorias
- Dieta vegetariana

Outros pontos do MEV são a prática de atividade física, que tem um papel de destaque no tratamento desse distúrbio metabólico, pois reduz as taxas de mortalidade cardiovascular, principalmente em portadores de DM2, diminuição do peso, monitoração dos níveis glicêmicos.

A Unidade básica de saúde da família (UBS) é estabelecida como a porta de entrada para o paciente diabético desde o diagnóstico até o acompanhamento. Que interfere nestes

fatores através de orientação correta dada aos pacientes, estimulando-os a uma melhor condição de saúde e fortalecendo a adesão do paciente ao próprio tratamento (PETTERMAN, 2015).

Segundo o autor supracitado as práticas de educação em saúde na atenção primária melhoram o conhecimento dos pacientes, para que os mesmos desenvolvam autonomia para controlar a doença. A equipe de saúde da família tem uma maior possibilidade de acompanhamento, pela proximidade com grupos comunitários e familiares que auxiliam as pessoas na busca de uma melhor qualidade de vida. Além das atividades de educação em saúde, a equipe de saúde da família deve traçar um plano de tratamento que integre os familiares, e considerar não apenas os aspectos patológicos da doença, como também os aspectos emocionais.

### **3.4.2 Tratamento medicamentoso**

A MEV é o tratamento inicial quando se há a suspeita ou confirmação da doença, porém na maioria dos casos o indivíduo não consegue manter o controle glicêmico com medidas não farmacológicas, necessitando da introdução farmacológica no seu tratamento, com ambas as formas de tratamento sendo realizadas concomitantemente (SILVA; FONSECA; ROSSI, 2015).

O Tratamento do DM1 além do tratamento não medicamentoso exige a administração de insulina, a quantidade de doses aplicadas durante o dia é ajustada de acordo com a glicemia capilar. O tratamento do DM2 é complementado por medicamentos antiadiabéticos orais, e em alguns casos complementado com a insulina. Os principais antiadiabéticos orais utilizados são as biguanidas, e derivados da ureia e sulfonamidas (BRASIL, 2013).

### **3.5 APOIO FAMILIAR AO PORTADOR DA DM**

Existem fatores que interferem na adesão ao tratamento, podendo ser favoráveis ou não. As alterações emocionais expressadas por frustração, medo, desesperança, desânimo, e autoestima baixa influenciam, revolta tristeza por ter que conviver com a doença. Quando o diabético se mantém resiliente suficiente para se cuidar os impactos na qualidade de vida e resultado do tratamento são mais eficazes, portanto o auto- cuidado está ligado aos sentimentos que o indivíduo tem sobre a doença (CAMPOS; CECILIO, 2016).

Cuidar de si muitas vezes não é uma tarefa fácil, com a descoberta da doença vem à mudança no comportamento em saúde, que se torna não apenas uma responsabilidade do diabético, mas também da família. E é então que surge a necessidade de controlar ações que geram barreiras ao tratamento da DM. A realização da prática de atividade física que deve ser realizada pelo diabético como uma das estratégias do MEV, se torna mais consistente quando o paciente é acompanhado por um de seus familiares no exercício, pois a presença do apoio de um familiar conscientiza o indivíduo ao incorporar no auto-cuidado. A mudança na alimentação envolve fatores financeiros, muitas vezes a família não tem condições suficientes para que o diabético receba o cardápio alimentar adequado para a sua condição que interfere no cumprimento do plano alimentar. (CECILIO et al, 2016)

A família apoia seu familiar doente compreendendo as modificações relacionadas à Diabetes, já que são necessários ajustes na rotina familiar para garantir suporte ao membro doente o apoio familiar é o suporte emocional prestado pela família que influencia positivamente na adesão ao tratamento. Se a família não contribuir com o paciente, punindo os excessos e transgressão na alimentação pode gerar desânimo, revolta e tristeza, dificultando a adesão do paciente ao tratamento. A família também enfrenta barreiras diante do tratamento da DM, a mudança na rotina do trabalho por parte do cuidador do diabético, na alimentação e na rotina de lazer, é necessário que o profissional enfermeiro se articule junto aos usuários, ajudando-os na exploração de medidas para conseguir lidar com tais mudanças (CECILIO et al, 2016).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO E ABORDAGEM DO ESTUDO

Este estudo foi do tipo descritivo, com abordagem qualitativa. Por meio do método qualitativo, o investigador entra em contato direto e prolongado com o indivíduo ou grupos humanos, com o ambiente e a situação que está sendo investigada, permitindo um contato de perto com os informantes (MARCONI E LAKATOS, 2010).

### 4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

O estudo foi realizado através de uma triagem dos participantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e a entrevista foi realizada no domicílio da família que possuía um cuidador de pacientes com DM, no município de Salgueiro, situado na zona urbana, no sertão nordestino do Estado de Pernambuco. Segundo a base de dados do Estado de Pernambuco (BDE), a estimativa da população residente em 2018 é de aproximadamente 60.604 habitantes. O número da população atendida nessa estratégia é de aproximadamente 4788 pessoas. Onde através de um agendamento mensal, cada paciente diabético da microárea correspondente o seu Agente Comunitário de Saúde (ACS) comparece a consulta na ESF, tais consultas são intercaladas entre o profissional Enfermeiro e o profissional Médico.

O motivo de escolha da pesquisadora em realizar a pesquisa nesse bairro foi devido à acessibilidade de informações e viabilidade em se realizar a pesquisa neste local, e também pelo desejo em contribuir para que os profissionais dessa ESF integrem a família como participantes do cuidado ao paciente portador de diabetes.

### 4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A presente pesquisa que teve por objetivo conhecer o processo de enfrentamento familiar do paciente portador de Diabetes Mellitus, foi realizada exclusivamente com os cuidadores familiares, o número total de cuidadores dessa unidade que atendiam aos critérios descritos na metodologia somam a aproximadamente 40 participantes, obteve a participação de 20 participantes, o equivalente a 50 % da amostra total, para que não houvesse uma saturação nas respostas. Devendo estes possuir assiduidade no comparecimento da consulta de

HIPERDIA. Foram excluídos da pesquisa o cuidador do diabético que não tenha vínculo familiar com o mesmo, e famílias que há mais de 3 anos realizavam o tratamento de DM.

#### 4.4 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi realizado uma entrevista semi- estruturada por questões norteadoras. (Apêndice D) Para Marconi e Lakatos (2010) a entrevista é uma conversa face a face com o objetivo de conhecer a importância e o significado que o entrevistado tem do evento que está sendo abordado, que por sua vez foi utilizado um gravador para registrar a entrevista, mediante a aceitação do entrevistado (Apêndice E). A coleta foi realizada durante 3 dias na residência dos cuidadores, em um ambiente tranquilo e propício escolhido pelo mesmo para a realização da entrevista.

Como todo e qualquer instrumento de coleta de dados, a entrevista também possuiu vantagens e desvantagens. Marconi e Lakatos (2010) destacam que as vantagens é que podem ser aplicadas a qualquer grupo, tem uma maior possibilidade em observar atitudes e comportamento dos entrevistados, Contudo participante da pesquisa pode influenciar o pesquisador levando a uma falsa exploração da questão.

A coleta foi finalizada quando o entrevistado conseguiu responder o objetivo da entrevista. Segundo Severino (2016) por meio de entrevistas o entrevistador mantém-se atento, sem interferir nas respostas do entrevistado, intervindo apenas para estimular o mesmo a nas suas expressões.

#### 4.5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após os dados serem coletados, foi realizado uma interpretação dos mesmos a fim de responder os objetivos da pesquisa. “Cronologicamente, a análise de conteúdo pode seguir as seguintes fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação” (MINAYO et al, 2009, p. 75).

Para realizar a interpretação dos resultados, fez se necessário haver uma coleta de dados satisfatórios, que respondesse aos objetivos de estudo. Em seguida as entrevistas que estavam gravadas no gravador foram transcritas para posteriormente serem divididas em categorizações.

Para Marconi e Lakatos (2016) Ao final da pesquisa o pesquisador deve relatar os dados obtidos na coleta de forma interpretativa, e não apenas descrever os dados levantados.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

A participação da pesquisa foi de forma gratuita, respaldadas nas normas legais da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretriz e normas que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

A pesquisa foi realizada após a assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TLCE), informando que os sujeitos envolvidos aceitaram participar de forma voluntária e anônima, e após a assinatura do termo de autorização de uso de voz e imagem, que permitiu a pesquisadora gravar a entrevista. A assinatura do TCLE foi obtida depois que o entrevistado teve pleno conhecimento dos possíveis riscos, e benefícios da pesquisa. Uma vez que, a assinatura do TCLE poderia ter sido revogável (Apêndice B).

Para avaliar e acompanhar os aspectos éticos legais dessa pesquisa, a mesma foi enviada ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da instituição. O CEP foi criado para defender a integridade e dignidade dos participantes das pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2002).

É importante evidenciar os possíveis riscos aos participantes da pesquisa, que nesse trabalho envolveu riscos psicológicos, como: modificação nas emoções, por ser um assunto delicado, que pode gerar um estresse emocional relacionado à experiência com a doença. Contudo os benefícios da pesquisa se sobrepõem aos riscos, o fortalecimento do vínculo familiar, a possibilidade dos cuidadores receberem informações ao acesso de serviços, fornecer a família conhecimento científica da temática Diabetes, para que os membros familiares aliem a conhecimentos já existentes da doença, ou seja, benefícios diretos, indiretos e esperados que potencializem a beneficência da pesquisa.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em duas sessões: a primeira expressa a caracterização dos participantes e a segunda as categorias temáticas que emergiram a partir dos objetivos propostos, as quais foram intituladas: rotina dos cuidadores de pacientes com diabetes, e apoio familiar ao paciente com diabetes: o que pensam os cuidadores.

A família apoia seus membros na situação da doença, e compreende as mudanças relacionadas à adesão ao tratamento, e ajusta a rotina necessária para garantir o suporte ao seu familiar doente, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora de sua saúde (SANTOS, 2014).

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

De acordo com a Tabela 1, a população do estudo foi constituída por 20 cuidadores familiares, sendo 17 (85%) do sexo feminino e 3 (15%) do sexo masculino. Com idade entre 30 e maior de 60 anos. O percentual de cuidadores idosos, e maior que 60 anos foi o que teve maior número, equivalendo a 45 % do total.

De acordo com o estado civil a predominância de participantes do estado civil casado (75%), seguido dos solteiros (25%). Quanto à renda familiar (55%) dos participantes tem a renda familiar de 1 salário mínimo, enquanto que (45%) ganham de 2 a 4 salários mínimos.

Em relação ao grau de instrução o número de participantes com ensino fundamental incompleto foi de 35%, os de ensino fundamental completo 20%, ensino médio completo 25%, analfabetos 10%, Ensino superior completo 5% e ensino superior completo 5%. Em relação a religião 60% se declararam evangélicos e 40% católicos.

**Tabela 1-** Distribuição dos participantes de acordo com o perfil sociodemográfico em uma unidade básica de saúde da família, Salgueiro-PE, 2019.

Variável	Frequência	Percentual
<b>Sexo</b>	Nº	%
<b>F</b>	17	85
<b>M</b>	3	15
<b>Idade</b>	Nº	%
<b>&gt;60</b>	9	45

<b>&lt;30</b>	4	20
<b>Entre 30 e 50</b>	7	35
<b>Estado civil</b>	Nº	%
<b>Casado</b>	15	75
<b>Solteiro</b>	5	25
<b>Renda familiar</b>	n	%
<b>1 Salario mínimo</b>	11	55
<b>2 a 4 salários mínimos</b>	9	45
<b>Grau de instrução</b>	n	%
<b>Ensino médio completo</b>	5	25
<b>Ensino fundamental completo</b>	4	20
<b>Ensino fundamental incompleto</b>	7	35
<b>Ensino superior incompleto</b>	1	5
<b>Ensino superior completo</b>	1	5
<b>Analfabeto</b>	2	10
<b>Religião</b>	n	%
<b>Evangélica</b>	12	60%
<b>Católica</b>	8	40

Fonte: Pesquisa direta, 2019.

Em relação a variável sexo, as mulheres obtiveram o maior percentual em relação ao cuidar do familiar, sobre esse fato, os autores Lopes; Zanon (2014) relatam a realidade da família do século XIX e XX, em que a mulher assumia a função de cuidadora, cuidar de familiares porque estes se encontravam em desenvolvimento (crianças e adolescentes), em processo de envelhecimento ou em adoecimento.

Uma vez que, a realidade da família contemporânea é outra, pois as mulheres estão cada vez mais no mercado de trabalho, colocando o homem no processo de cuidar, as mulheres ainda são vinculadas ao processo de cuidar para cumprir uma cultura do cuidar, historicamente criada e interpretada como inerentes à natureza feminina (GUEDES; DAROS. 2009).

Quase metade dos cuidadores entrevistados são idosos, e que em algumas situações precisam cuidar até mesmo de outros idosos, devido a fragilidade acarretada pelo processo de envelhecimento em si, o idoso cuidador pode ser alvo de diversos problemas de saúde.

Tomomitsu, Perracini, Neri (2013) destacam que cuidadores idosos têm mais chances a desenvolver problemas de saúde, mais sintomas depressivos, prejudicando uma maior qualidade de vida, e uma maior procura a serviços de saúde, que os cuidadores adultos jovens e de meia-idade, e são mais afetados pelo esforço físico de cuidar de um familiar doente.

Os autores supracitados colocam ainda que os cuidadores de idade mais avançada apresentam estratégias de enfrentamento mais eficaz, fazendo com que nessa faixa etária os níveis de estresse são mais baixos e a capacidade de desenvolver habilidades é maior do que em outras faixas- etária. Já os cuidadores de meia-idade (40 a 59 anos) precisam de um acompanhamento mais frequente, e uma oferta de informações maior por parte dos profissionais da saúde do que cuidadores idosos.

Constatou-se que 11 cuidadores tinham a renda familiar na média de um salário mínimo, e o grau de escolaridade predominante foi o de ensino fundamental incompleto,

Perline, et al. (2018) afirmam que o grau de escolaridade e o nível socioeconômico são pontos que influenciam positivamente para que o cuidador expresse maiores níveis de habilidade de cuidado, isso pode ser justificado pelo fato de que os cuidadores que apresentam um grau de escolaridade maior demonstram uma maior habilidade de cuidado, pois possuem maiores condições de acesso a informações favorecendo a prática do cuidar.

Porém os resultados do presente estudo evidenciam que o grau de escolaridade apresenta uma relação insignificante com a dimensão do cuidar, pois se observou que os cuidadores que apresentavam uma renda familiar baixa, e um baixo grau de escolaridade tinham habilidades no cuidado, pois são movidos ao afeto e a busca constante por informações advindas dos profissionais, contribuindo assim para que mesmo sem um grau de instrução maior desempenhem com excelência o cuidar.

No que tange a variável religião os 20 participantes se declararam evangélicos ou católicos, com a maioria evangélicos. Nenhum dos participantes se declarou sem religião.

Para os autores Caires, Júnior Paulo (2017) a religião e a espiritualidade tronam-se importante instrumento aos familiares de pacientes com diabetes, uma vez que estes a utilizam como forma de enfrentamento quando se deparam com o diagnóstico e com a mudança imposta pelo diagnóstico da doença. Por meio da fé ou da busca pelo auxílio sobrenatural, o cuidador se lança na religiosidade numa tentativa de encontrar nela, meios que o impulsiona a cuidar do familiar com diabetes.

## 5.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

### 5.2.1 Categoria 1- Rotina dos cuidadores familiares de pacientes com diabetes mellitus

Quando questionados aos entrevistados se houveram mudanças na sua rotina após o diagnóstico de diabetes do familiar a resposta foi quase unânime, tendo apenas uma resposta ao contrário das demais. Os 19 participantes afirmaram que houve sim mudanças em sua rotina após o diagnóstico, porém o C9 apresentou a seguinte resposta:

*“Não, não senti que houve alguma mudança na minha rotina, porque antes da diabetes meu pai já era hipertenso, então eu acho que não teve muita diferença.” (C9)*

É importante reconhecer que cada cuidador tem a sua própria percepção em relação ao diagnóstico da doença, e o direito de manifestar a sua opinião, mesmo que uma minoria apresente uma resposta diferente, como nesse caso de apenas um participante. Ou seja, a forma de enfrentar o pós-diagnóstico da doença pode ser diferente....

Oliveira, Caldana (2012) afirmam que o cuidado e reação vivenciada pelos familiares é uma experiência muito pessoal, depende de vários fatores, como: fase da doença, qualidade da rede de suporte familiar, da vida de cada família e principalmente da forma como cada família enfrenta essa situação.

Vale ressaltar que não são todos os pacientes diabéticos que irão precisar de um cuidador, a prática do autocuidado em muitas situações é inerente ao ser humano, sendo assim nem todas as famílias irão ter que moldar a sua rotina após o diagnóstico da doença, pois nem todas as famílias irão adotar o cuidado ao seu familiar de forma direta.

A construção do processo de cuidar perpassa pela experiência de vida do cuidador familiar e vai sendo norteada pela realidade familiar, assim como por orientações fornecidas pela equipe multiprofissional e pelos grupos e associações de apoio, portanto esse processo de cuidar irá trazer mudanças diretas na rotina do cuidador (CESÁRIO, CHARIGLIONE. 2018).

Essa nova rotina do cuidador também se torna um processo muito pessoal, pois cada família tem a sua própria realidade, entre as principais respostas encontradas quando questionados sobre como é a sua rotina atualmente, a questão da mudança do cardápio familiar foi bem acentuada.

*“Minha mãe gostava muito de comer gordura e quando soube da diabetes ficou com medo de comer. Paramos de comer gordura também. Tomávamos refrigerantes todos os dias e hoje só é dia de domingo. Sinto muita falta dos refrigerantes até hoje, porque não podemos*

*tomar por causa dela, se ela vê a gente tomando e ela não, vai ficar triste” (C 1)*

*“Mudou muito a minha comida, diminuí o doce que gostava muito, comer verdura que antes não comia, e nem gostava passei a deixar de comer muita coisa que eu gostava só por causa da diabetes dela, porque a gente tem que comer a mesma comida, né” (C3).*

*“Rotina da comida, ter q fazer dois cafés, um com açúcar e um sem açúcar, aumentou meu trabalho com a comida para ele. No início eu fazia dois tipos de comida, mas ai não aguentei o esforço e hoje como a mesma comida dele, coisa q eu não gosto muito. (C7)”*

*“Alimentação, tenho tido muito esforço com ela, porque ela é teimosa não se controla muito com a alimentação, eu sempre tenho que está dando exemplo para ela na alimentação, e também tem aquela história alimentos saudáveis como frutas e verduras são mais caras, ai para economizar eu como a mesma comida” (C 14)*

*“A rotina mudou na questão alimentar, o cuidado foi bem maior, porque já descobri a diabetes em um estagio nem alto, então teve uma mudança bem brusca na alimentação dele e conseqüentemente na minha.” (C20).*

A literatura aborda que o paciente diabético precisa adotar um estilo de vida saudável, com uma dieta balanceada, adotando novos hábitos na alimentação. O cuidador familiar, que mora na mesma casa do diabético precisa também adotar a mesma alimentação do familiar, e essa condição de comer o mesmo alimento do diabético é influenciada por diversos fatores como relatado no exposto acima: privação do alimento que gosta para não entristecer o familiar que não pode mais comer, condições financeiras que não permite comprar alimentos diferentes, falta de tempo de preparar o alimento que gosta e esgotamento físico.

Nessa perspectiva comer o que gosta é um dos comportamentos humanos mais complexos, já que não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve emoções e sentimentos, além dos significados culturais atribuídos à comida. Para algumas pessoas, comer o alimento que gosta serve para aliviar sentimentos como tristeza, angústia, ansiedade e medo, pois para elas, o alimento parece trazer alguma resposta ou conforto (PEREIRA, FRIZON, 2017).

Outro ponto também observado dentro da rotina dos cuidadores foi o aspecto social, assumir a responsabilidade de cuidar do outro, muitas vezes exige ao cuidador não cuidar de si, e se deixar em segundo plano, se abdicando de momentos de lazer, e o sono e repouso preservados.

*“Minha área mais afetada foi a falta de tempo, porque tenho que ir pegar a medicação no posto e ter que ta fazendo uma comida diferente, tudo isso tira muito meu tempo” (C15)*

*“Eu não tive mais lazer, só preocupação, eu fiquei muito preocupado em relação a meu pai, pois ele é muito descuidado e ainda bebe muito” (C16)*

*“Não posso mais sair pra nenhum lugar, porque sempre tenho que ta aferindo, aplicando glicose vivo em torno do meu filho. Eu Fiquei me perguntando o que eu dei a ele, me senti muito culpada, pique ele só tem 1 ano então é totalmente dependente de mim, por ele ser criança fiquei me culpando. Mas aí eu fui pro hospital e vi casos piores e isso me confortou.” (C 13)*

*“A área mais afetada foi o cansaço físico e mental por cuidar dele, por causa do estresse que tive com ele fiquei doente com gastrite crônica. Fiquei esperando minha vez de ficar diabética porque eu já tinha os mesmos hábitos dele antes (.” C 10).*

*“Eu comecei a ter uma vida mais saudável Eu fiquei com medo, já tenho problema de gastrite, comecei a ter uma preocupação em ter uma vida saudável”. Foi um choque para mim. (C4)*

Garros, Toyoda, Altafin (2015), relatam que muitos cuidadores de pacientes com doenças crônicas apresentam alterações psíquicas, pois estão expostos a várias fontes de estresse que conseqüentemente mudam a rotina do cuidador, a sobrecarga física, em ter que cuidar do familiar, se privando do sono muitas vezes trás impactos físicos e sociais como dores na coluna, câimbras frequentes, perda da força muscular, dores constantes no corpo, fadiga crônica, perda de energia, desgastes de articulações, falta de apetite dificuldade em manter contato com as pessoas, se colocar em grupos, ficar isolado, uso abusivo de substâncias tais como medicamentos, tabaco, álcool.

Somadas as demandas físicas existem ainda as demandas emocionais que para os autores supracitados envolvem o medo da morte do familiar, a instalação de incapacidade física, cognitiva ou mental, ou ainda, pelas demandas trazidas pelo próprio paciente. E que geram sintomas depressivos, alteração de memória, choro constante, distúrbios do sono, cefaleia, baixa concentração, e ate mesmo agressividade.

*“Qualquer hora eu espero ela morrer, a área amorosa foi a mais afetada porque tenho medo dela morrer e eu ficar sozinho sem ela, porque nenhum filho vem nos visitar. Medo de perder minha esposa, eu choro só de pensar em perdê-la pq eu a amo demais” (C 12).*

*“Minha área emocional foi a mais afetada com essa doença da minha mãe. Quando descobri tive muita preocupação por conta que tem que ter mais controle” (C14)*

*“Preocupação, porque eu sabia que ia haver muitas mudanças, porque tudo tem q ser na hora certa” (C8)*

*“Eu fiquei preocupada porque eu pensei que o cuidado com ele ia ter q ser dobrado” (C5)*

Os cuidadores podem manifestar vários sentimentos: preocupação, medo, afeição, incompetência para lidar com a situação, ressentimento em relação à dependência, dificuldade de se acomodar à mudança da rotina domiciliar e desespero em relação à gravidade da enfermidade,

É necessário promover o autoconhecimento e fazer com que os sentimentos dos cuidadores sejam expostos, para serem elaborados e recolocados em termos de aceitação do inevitável, pois a partir da expressão dos sentimentos é que se descobre o jeito de ser de cada um, a percepção que demonstra sobre uma determinada situação e como se relaciona frente à realidade (GARROS, TOYODA, ALTAFIN, 2015).

### 5.2.2 Categoria 2- Apoio familiar ao paciente com diabetes: O que pensam os cuidadores.

Após o processo de enfrentamento do cuidador ao diabético no diagnóstico da doença, no qual acontecem várias mudanças, a família se depara com uma nova realidade: Cuidar do familiar, que irá exigir primordialmente o apoio familiar, um dos componentes essenciais para que o tratamento seja efetivo. Portanto fez-se necessário avaliar o apoio familiar sob a ótica dos cuidadores. Nessa perspectiva apresentam-se os seguintes relatos do que pensam os cuidadores:

*“Tem que ter o apoio familiar porque a rotina da família muda completamente tem que dá muito apoio pq a pessoa já passa pelo problema da doença e ver as pessoas do seu lado comerem doce e você não podem comer. Quando algum membro da família fica doente, que no caso foram os meus pais, conseqüentemente a família toda também fica doente e tem q se abdicar de muita coisa.” (C4)*

*“Eu contribuo porque incentivo ele a não desistir do tratamento, de dar forças a ele q ele vai viver bem, sempre elevo a autoestima dele, porque diabetes é uma doença q apesar de não ter cura, tem tratamento” (C 20)*

*“Meu apoio serviu para ele seguir com a dieta a risca, comprar os remédios” (C 7)*

*“O meu apoio foi importante porque eu me esforcei muito pra ele ir pra consulta, coisa q ele não queria, mas ia porque eu insistia” (C2)*

*“A família toda se uniu para orientar ela. Eu contribui para q ele não desistisse de tomar os remédios direitinho” (C 11)*

O apoio familiar começa pela busca do familiar em proporcionar uma qualidade de vida ao seu familiar, começando por: Incentivar a não desistir do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Ir a consulta de Hiperdia e manter a dieta. Mesmo aqueles cuidadores que não dispõem de um grande conhecimento sobre a doença e/ou tem um perfil socioeconômico baixo relatam que o seu apoio tem uma grande importância e trás um grande diferencial na adesão do paciente ao tratamento.

O portador de Diabetes necessita de cuidados familiares na manutenção do tratamento, e as relações familiares podem oscilar pelo fato de que em vários momentos o cuidador deverá

se adaptar ao diabético em diversas situações, como na alimentação, compra de medicamentos e incentivo ao comparecimento a consultas (FARIA, 2016).

O papel familiar é muito importante no aspecto emocional, afetivo, condição física, é uma peça essencial para a adesão terapêutica e o suporte ao autocuidado, e essa rede familiar permite que o paciente compreenda a mudança de novos hábitos, facilitando adesão ao tratamento (MARTINS; RODRIGUES, 2019).

Portanto pode-se perceber que quanto maior o apoio familiar, e a sua participação no cuidado ao diabético, seja em apoiar as consultas, atividades físicas, adesão medicamentosa, e uma melhor qualidade de vida no geral, maior será a aceitação do paciente a terapia medicamentosa, e menos danos o paciente irá sofrer, contribuindo assim uma valiosa estratégia para enfrentar as mudanças advindas do diagnóstico da Diabetes.

Cruz *et al*, Perline, (2017) destaca que é preciso conhecer a realidade vivida para entender o processo de apoio familiar, pois assumir o cuidado a alguém exige habilidades e conhecimentos que podem ser desafiadores para quem os realiza.

*“No inicio eu achei q não ia conseguir aplicar a insulina, achei q não ia ter forças, mas Deus me deu forças porque meu filho é uma criança e depende de mim para viver, então eu precisei arranjar forças de onde eu não tinha.” (C 13).*

Nesse caso, em que o paciente é uma criança de 1 ano e 5 meses, torna-se indispensável o apoio familiar, pois a criança é incapaz de gerir o autocuidado. Seixas, Moreira, Ferreira (2016) afirmam que as maiores dificuldades em mães de crianças com Diabetes é a aplicação de insulina e o seguimento da dieta, sendo necessário que os pais sejam incluídos em uma rede de apoio social.

Se os pais que cuidam de crianças portadoras de diabetes não estiverem inseridos em uma rede de apoio de profissionais que ofereçam antes de tudo um suporte emocional para eles, será incapaz ou dificultoso que os pais possam realizar o apoio familiar aos filhos.

O apoio familiar além de trazer benefícios para o paciente diabético, também influencia o cuidador a adotar hábitos de vida saudáveis.

*“Eu dou apoio pra ele não comer de tudo. Hoje eu tenho mais consciência que não posso comer muito açúcar e conscientizo ele também.” (C 9)*

*“Ter que fazer exercício físico com ele, coisa q eu não gostava, dou apoio a ele pra fazer exercício físico e faço também. Porque hoje eu sei o quanto é importante, NE “ (C2)*

A prática do autocuidado é um processo feito passo a passo, portanto o paciente precisa de alguém que os motive. A atuação de familiares que se dispõem a dar apoio, acompanhar nas práticas de atividade física e ter uma alimentação regrada ajudam a alcançar melhores resultados, o que gera a questão de se educar não somente os pacientes, mas também os familiares que fazem parte do convívio (CECÍLIO *et al*, TORRES, 2016).

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estudo buscou conhecer como acontece o processo de enfrentamento familiar, contribuindo assim para uma melhoria na qualidade da assistência por parte dos profissionais que acompanham famílias de pacientes com diabetes. Constatou-se como a rotina do cuidador muda após o diagnóstico da doença e quais as estratégias que ele utiliza para enfrentar essas mudanças que acarretam uma diminuição na sua qualidade de vida.

Conhecer a realidade das duas partes (cuidador e quem é cuidado) é a chave para que a assistência a saúde voltadas ao diabético seja realmente eficaz, pois não adianta cuidar do paciente diabético, sem conhecer a sua realidade familiar. É necessário integrar a família como parte do cuidado.

Foi percebido que os cuidadores enfatizam a sua importância para a adesão ao tratamento, pois os pacientes sentem-se motivados a dar continuidade ao tratamento quando sabem que não estão sozinhos e quem tem o seu familiar ao lado para dar suporte.

Esse estudo foi importante porque nos mostra uma realidade, muitas vezes, negligenciadas pelos profissionais de saúde, de incluir a família e principalmente o cuidador na assistência a saúde. Portanto, a equipe multidisciplinar que cuida do diabético precisa incluir o cuidador em uma rede de apoio, principalmente emocional, para que todos os atores envolvidos nesse processo de adoecimento sejam beneficiados.

Sugere-se que esse tema seja abordado em vários aspectos, com mais produções acadêmicas e interesse sobre o assunto, só assim se chegará a uma assistência de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ALTAFIN, Letícia Zanetti Marchi, TOYODA, Cristina Yoshie, Garros, Danielle dos Santos Cutrim. As atividades e a qualidade de vida de cuidadores de pacientes com doenças crônicas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 357-369, 2015.
- ALMEIDA, J.S; ALMEIDA, J.M. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de saúde da família. **Rev Faculdade Ciências Médicas Sorocaba**, v. 20, n. 1 (2018).
- ASSUNÇÃO SC, FONSECA AP, SILVEIRA MF, CALDEIRA AP, PINHO L. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. Esc Anna Nery. **Rev Enfermagem** 2017;21 (4)
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 85-334-1183-9.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde Resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012.
- BERNINI, L. S. et al. **O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes da Unidade Básica de Saúde**. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 25, n. 3, p. 533-541, 2017.
- CAIRES, Elon Saúde, JÚNIOR Paulo Jonas dos Santos. A influência da religião e espiritualidade na qualidade de vida do paciente diabético. REAS, **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2017. Vol. 9 (4),
- CARVALHO CV, ROCHA LP, CARVALHO DP de et al. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo II ao tratamento medicamentoso. **Rev enferm UFPE on-line.**, Recife, 11 (9):3402-9, set., 2017.
- CAMPOS, Thais Silva Pereira et al. Fatores associados à adesão ao tratamento de pessoas com diabetes mellitus assistidos pela atenção primária de saúde. **J. Health Biol Sci.** 2016; 4(4): 251-256 doi:10.12662/2317-3076jhbs.v4i4.1030.p.251-256.2016.
- CECILIO SG, BRASIL CLGB, VILAÇA CP, SILVA SMF, VARGAS EC, TORRES HC. Aspectos psicossociais do viver com diabetes Mellitus na promoção do autocuidado. **Rev Rene.** 2016 Jan-fev; 17(1):44-51.
- COPPETTI, Larissa de Carli et al . Habilidade de cuidado de cuidadores familiares de pacientes em tratamento oncológico: fatores associados. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3048, 2018. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692018000100359&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692018000100359&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 nov. 2019. Epub 11-Out-2018.
- CRUZ, da Hubner tarzie, TATSCH, Neves, Pedro, PICCIN, Catiele, MACHADO, Gomes, Larissa, CHAVES, Silva Cassiano Olmir, PERLINI, Girardon, Oliveira, Marlene, Nara. Dificuldades encontradas por cuidadores familiares de pacientes acometidos por Acidente Vascular Encefálico. **Revista rede de cuidados em saúde**, v 11, n 1, 2017.
- DIAS, S.M. et al. Níveis de conhecimento de pacientes diabéticos sobre a Diabetes Mellitus tipo II. **R. Interd.** v. 11, n. 3, p. 14-21, Jul. Ago. Set. 2018.
- FARIA, Tenório Silva Valéria Janine. Relações sociais no contexto familiar de portadores de Diabetes tipo 2 na atenção básica a saúde. Trabalho de conclusão de curso, **Universidade Federal de Minas Gerais**, 2010.
- FRANCISCO, S.W. **Dislipidemias e exercício físico da Diabetes Mellitus tipo 2**. Instituto de biociências- Rio Claro, 2016.
- GUEDES, S.D.O; DAROS, A.M. **O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético**. serv. . **Revista londrina**, v. 12, n.1, P. 122-134, 2009.
- LACERDA, Luciana de Castro Borges. **Diabetes Mellitus tipo 2**. Bom Despacho, Minas Gerais 2014.

- LOPES, Manuela Nunes; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; BOECKEL, Mariana Gonçalves. A multiplicidade de papéis da mulher contemporânea e a maternidade tardia. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 917-928, dez. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2014000400018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 nov. 2019.
- MACHADO, M.B; DAHDAH, F.D; KEBBE, M.L. Cuidadores de familiares com doenças crônicas: estratégias de enfrentamento utilizadas no cotidiano. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 299-313, 2018.
- MARCONI, A.M; LAKATOS, M.E. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica**. 5 Ed, São Paulo: Atlas, 2010.
- MARTINS, A. V. V. et al. Progressão de pré-diabetes para diabetes mellitus: um estudo de vida real. **Rev. Ciênc. Ext.** v.15, n.1, p.50-58, 2019.
- MARTINS, Maísa Mônica Flores, RODRIGUES, Maina Lima. Diabetes: Adesão do paciente e o papel da família nessa nova realidade. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 17, n. 59, p. 95-102, jan./mar.,2019.
- OLIVEIRA, Ana Paula Pessoa de; CALDANA, Regina Helena Lima. As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. **Saude soc.**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 675-685, Sept. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300013&lng=en&nrm=iso)>. access on 18 Nov. 2019.
- PEREIRA, Joseane, FRIZON, Eliani. Adesão ao tratamento nutricional de portadores de diabetes mellitus tipo 2: uma revisão bibliográfica. - **Revista da Associação Brasileira de Nutrição**. São Paulo, SP, Ano 8, n. 2, p. 58-66, Jul-Dez. 2017
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- PETERMANN, Xavéle Braatz, et al. Epidemiologia e cuidado à Diabetes Mellitus praticado na Atenção Primária à Saúde: uma revisão narrativa. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, Vol. 41, n. 1, Jan./Jul, p.49-56, 2015.
- ROSSI VEC, SILVA AL, FONSECA GSS. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes Mellitus Tipo 2. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2015 set/dez; 5(3):1820-1830.
- SANTOS, Thássia Pereira dos. Suporte familiar no cuidado de pessoas com diabetes mellitus em uma cidade no interior da Bahia. **InterScientia**, João Pessoa, v.2, n.2, p.16-24, maio/ago. 2014.
- SEIXAS, Aline Maués Ferreira de Figueiredo; MOREIRA, Alana dos Anjos; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira. Adesão ao tratamento em crianças com diabetes Tipo 1: insulino terapia e apoio familiar. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 62-80, dez. 2016. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582016000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582016000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 18 nov. 2019.
- SILVA, Ana Luiza da; FONSECA, Gabrielli Stéfany Silva; ROSSI, Vilma Elenice Contatto. Adesão ao tratamento medicamentoso entre pessoas com diabetes mellitus. **Ciência et Praxis** v. 8, n. 16, (2015).

SERRANO, Mariana Seoane. O jejum intermitente como dieta alternativa no tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Medicina **Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto**. Junho 2018 Porto.

TORRES, H.C; PEREIRA, I.R. F; ALEXANDRE, R.L. Avaliação das ações educativas na promoção do autogerenciamento dos cuidados em diabetes mellitus tipo 2. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2011, vol.45, n.5, pp.1077-1082. ISSN 0080-6234. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500007>. 2010.

TOMOMITSU, Monica R.S.V, PERRACINE, Monica Rodrigues. Influência de gênero, idade e renda sobre o bem-estar de idosos cuidadores e não cuidadores. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2013.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A - PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À INSTITUIÇÃO PARA COLETA DE DADOS

À Secretaria Municipal de Saúde de Salgueiro-PE

Ilmo. Sr Secretário de Saúde, Drº Adja Georgia Barros Vieira

Eu, Ákyla keren Silva, aluna regularmente matriculada no nono semestre do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Doutor Leão Sampaio- Unileão venho por meio desta, solicitar, de Vossa Senhoria, a autorização para realizar a pesquisa intitulada: Enfrentamento familiar do paciente diabético orientada pela Profª. Me. Ana Paula Ribeiro Castro. A presente pesquisa tem como objetivo Conhecer o processo de enfrentamento familiar, com enfoque no cuidador principal, do paciente portador de Diabetes Mellitus (DM), após o diagnóstico da doença. Trata-se de um trabalho monográfico que visa à conclusão do curso de Graduação em Enfermagem. Visando a contribuir para a promoção da saúde do público diabéticos da Unidade básica de saúde da COHAB, que trará contribuições ao desenvolvimento de uma assistência em saúde qualificada para este público, fomentando a pesquisa para o crescimento profissional. Comprometemo-nos em zelar pelos princípios éticos estabelecidos na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos.

Certos da vossa compreensão, agradecemos antecipadamente,

---

Ákyla keren Silva  
Pesquisadora

---

Ana Paula Ribeiro Castro  
Orientadora

Juazeiro do Norte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado Senhor(a).

**Ana Paula Ribeiro de Castro, CPF n 73623997315, Centro Universitário Doutor Leão Sampaio** está realizando a pesquisa intitulada **Enfrentamento familiar do paciente com diabetes mellitus**, que tem como objetivo: **Conhecer o processo de enfrentamento familiar, com enfoque no cuidador principal, do paciente portador de Diabetes Mellitus, após o diagnóstico da doença**. Para isso, está desenvolvendo um estudo que consta das seguintes etapas: **Coleta de dados através de uma entrevista semi-estruturada, onde após os dados serem coletados passarão por uma pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação**. Por essa razão, o (a) convidamos a participar da pesquisa. Sua participação consistirá em: **responder a entrevista precedida por perguntas norteadoras feitas pelo pesquisador, à entrevista será gravado por um gravador de voz, do início ao fim, a fim de que todas as informações sejam captadas**.

Os procedimentos utilizados: **Gravação de áudio durante a entrevista** poderá trazer algum desconforto, como por exemplo: **modificação nas emoções, causando algum estresse emocional** O tipo de procedimento apresenta um risco – **MÍNIMO**, mas que será reduzido mediante: **O pesquisador irá conduzir de forma cordial a entrevista, criando um espaço interativo, e respeitando o momento de cada entrevistado**. Nos casos em que os procedimentos utilizados no estudo tragam algum desconforto, ou seja, detectadas alterações que necessitem de assistência imediata ou tardia, eu **Ana Paula Ribeiro de Castro** ou **Ákyla keren Silva** serei o responsável pelo encaminhamento a Estratégia Saúde da Família para atendimento, caso haja algum agravo á saúde.

**Os benefícios esperados com este estudo são no sentido de fortalecer o vínculo familiar, a possibilidade dos cuidadores receberem informações ao acesso de serviços, fornecer a família conhecimento científica da temática**. Toda informação que o (a) Senhor (a) nos fornecer será utilizada somente para esta pesquisa. As **respostas, dados pessoais, dados de exames laboratoriais, avaliações físicas, avaliações mentais, etc..** (Serão confidenciais e seu nome não aparecerá em fitas gravadas, entrevistas, na pesquisa e ETC.), inclusive quando os resultados forem apresentados.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a **entrevista**. Se tiver alguma dúvida a respeito dos objetivos da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar **Ana Paula Ribeiro de Castro com endereço para contatar, nos seguintes horários manhã: 08h00min às 11h00min**.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da (IES). Localizado à Rua... Telefone (ramal...), Cidade. Caso esteja de acordo em participar da pesquisa, deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido que se segue, recebendo uma cópia do mesmo.

---

Local e data

---

Assinatura da Pesquisadora

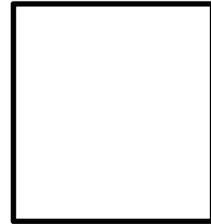
## APENDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu \_\_\_\_\_, portador (a) do Cadastro de Pessoa Física (CPF) número \_\_\_\_\_, declaro que, após leitura minuciosa do TCLE, tive oportunidade de fazer perguntas e esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores.

Ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetido e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firmo meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente da pesquisa **Enfrentamento familiar do portador de Diabetes Mellitus**, assinando o presente documento em duas vias de igual teor e valor.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou Representante legal



Impressão dactiloscópica

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

APENDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Sexo:  Feminino  Masculino

Estado civil:  solteiro (a)  Casado (A)  Viúvo (a)  Separado (a)  outros

Idade:- -----anos

Grau de escolaridade:

Analfabeto (a)

Ensino médio completo

Ensino fundamental incompleto

Ensino superior incompleto

Ensino fundamental completo

Ensino superior completo

Ensino médio incompleto

Religião: \_\_\_\_\_

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Qual a ocupação: \_\_\_\_\_

Houve mudanças na sua rotina após o diagnóstico da doença sim  não

Se sim, Quais mudanças foram essas? \_\_\_\_\_

Qual área da sua vida foi mais afetada por cuidar do seu familiar com diabetes? e qual foi o seu sentimento quando a família descobriu a doença? \_\_\_\_\_

Qual a contribuição que o seu apoio e dos outros membros da família podem ser importantes no tratamento? \_\_\_\_\_

APENDICE E- AUTORIZAÇÃO DE USO DE VOZ E IMAGEM

Eu \_\_\_\_\_, portador (a) da  
 Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_ e do CPF nº  
 \_\_\_\_\_, residente à Rua \_\_\_\_\_, bairro  
 \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_,  
 autorizo o uso de minha imagem e voz, no trabalho sobre título  
 \_\_\_\_\_,  
 produzido pelos alunos do curso de \_\_\_\_\_, semestre \_\_\_\_\_,  
 turma \_\_\_\_\_, sob orientação do(a) Professor(a)  
 \_\_\_\_\_. A presente autorização é concedida a  
 título gratuito, abrangendo o uso da imagem e voz acima mencionadas em todo território  
 nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão de minha vontade, declaro que autorizo o uso acima descrito  
 sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos e assino a presente autorização em 02  
 (duas) vias de igual teor e forma.

Juazeiro do Norte, CE \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Cedente

## **ANEXOS**



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
**SAÚDE**

DIRETORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

**Declaração de Anuência da Instituição  
Co-participante**

Eu, Maria Elisabete Sobreira Honorato , **RG: 6254272, CPF: 04692328460, Coordenadora das Equipes de Saúde da Família**, declaro ter lido o projeto intitulado **Enfrentamento familiar do paciente diabético** de responsabilidade do pesquisador(a) **Ana Paula Ribeiro de Castro CPF: 73623997315 e RG: 94220030044** e que uma vez apresentado a esta instituição o parecer de aprovação do CEP do Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, autorizaremos a realização deste projeto nesta **Secretária Municipal de Saúde – Salgueiro, CNPJ: 10.233.967/0001-77**, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **(Resolução CNS 466/12 ou Resolução CNS 510/16)** . Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

ATENCIOSAMENTE,

  
 Maria Elisabete Sobreira Honorato

**Coordenadora das ESF**

**Salgueiro, 18 de novembro 2019**