

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL
PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

CELIA PEREIRA DE ARAUJO

Campos Gerais - Minas Gerais

2011

CÉLIA PEREIRA DE ARAÚJO

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL PARA
PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Daniele Falci de Oliveira

Campos Gerais – Minas gerais

2011

CÉLIA PEREIRA DE ARAÚJO

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL PARA
PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO EM UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Daniele Falci de Oliveira

Banca examinadora

Prof.^a Daniele Falci de Oliveira (orientadora)

Prof. Thais Lacerda e Silva

Aprovada em Belo Horizonte, 28/04/2012

Aos meus pais:

*Homero Pereira de Araújo (in memoriam), “pequeno grande homem”,
admirável e saudoso pai; Maria Terra de Araújo, mãe, avó, bisavó,
mulher forte e presente na vida da família.*

A DEUS, que me fortaleceu e guiou nessa empreitada!

Às minhas queridas filhas, Amanda e Caroline, que considero presentes de DEUS, pela presença em minha vida!

Ao meu querido genro, Gilberto, pelo apoio nas horas solicitadas!

À minha querida irmã, Cida, pelo apoio, dedicação e carinho a mim e minhas filhas!

À minha sobrinha Isabela, pelo carisma e carinho!

Aos companheiros de muitos anos de caminhada, minha segunda família, equipe do PSF Caensa!

À minha tutora Erika de Fátima Pereira!

À minha orientadora, Daniele Falci de Oliveira, pela preciosa colaboração na orientação do meu projeto!

RESUMO

O *Diabetes Mellitus* (DM) é uma doença complexa, de alta morbimortalidade, cujo tratamento e controle requerem a cooperação de diferentes saberes e profissionais com estreito vínculo com a pessoa portadora de diabetes. Quando não tratado, ou mesmo se o paciente não consegue um controle adequado, desencadeiam-se complicações graves, entre as quais podemos citar o Pé Diabético, que é causado por alterações neuropáticas e/ou vasculares. O Pé Diabético pode evoluir para amputações, o que implica em altos custos, tanto para o Sistema de Saúde quanto para a família, além de sérias repercussões para a vida do paciente. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) desempenha importante papel no manejo do diabetes e deve lançar mão de estratégias de educação em saúde, as quais podem ampliar as possibilidades do portador de DM a desenvolver práticas de autocuidado, sendo este primordial na prevenção de complicações. Diante da alta prevalência de portadores de DM com alterações neuropáticas e/ou vasculares com risco para Pé Diabético na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Caensa, aliado à elevada incidência de amputações de membros inferiores (MMII) por complicações nos anos de 2010 e 2011, o presente projeto teve como objetivo a elaboração de uma proposta de intervenção tendo como foco a promoção de educação em saúde para esses pacientes, com o intuito de diminuir ou mesmo evitar a incidência de complicações e/ou amputações. O plano de ação está delineado em oficinas educativas envolvendo equipe multidisciplinar (enfermeira, médico, fisioterapeuta, psicóloga, nutricionista, educadora física, auxiliar de enfermagem e Agente Comunitário de Saúde), para abordagem de temáticas relativas ao processo saúde-doença, ao desenvolvimento pessoal e social, de maneira a incentivar a participação ativa, a autonomia e a autoestima neste grupo alvo.

Palavras-chave: Pé Diabético, Educação em Saúde, Saúde da Família, Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

The *Diabetes Mellitus* (DM) is a complex disease with a high mortality rate in which treatment and control require the cooperation of different knowledge fields and professionals with a close bond with the person that carries diabetes. When the patient is not treated or do not get the proper control, serious complications are unchained, such as the “Diabetic Foot” which is caused by neuropathic and/or vascular alterations. The “Diabetic Foot” may advance into amputation, which involves high costs either to the Health System or to the family, not to mention serious effects in the patient’s life. The Family Health Strategy plays an important role handling the diabetes and must take hold of strategies on health education which may increase the possibilities of the carrier of MD to develop self-care practices making the prevention of complications fundamental. In face of the high prevalence of MD with neuropathic and/or vascular alterations with tendencies to develop the Diabetic Foot in the area covered by the Family’s Heath Team Caensa, allied to the high rates of amputation of the lower members during the years of 2010 and 2011, this project had the objective to create a proposition of intervention focusing the promotion of health education to these patients, with the intention to lower or even avoid the occurrence of complications and/or amputations. The plan of action is presented in educative workshops including a multidisciplinary team (nurse, doctor, physiotherapist, psychologist, nutritionist, physical instructor, nurse assistant and ACS) to approach the subjects involved in the process health-disease, in the social and personal development, in order to encourage the active participation, the autonomy and the self-steam in this target group.

Key-words: Diabetic Foot, Health Education, Family Health, Multi-professional Team.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 Característica do pé neuropático e pé isquêmico	16
Quadro 2 Proposta de ações para o enfrentamento e ou resolução dos nós críticos relacionados ao DM e às complicações do Pé diabético, à serem implantadas pela Equipe de Saúde da Família Caensa	28
Quadro 3 Planilha para acompanhamento da Oficina “Autocuidado”	29
Quadro 4 Planilha para acompanhamento da Oficina “Dietas saudáveis”	29
Quadro 5 Planilha para acompanhamento da operação “Vamos nos mexer”	30

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CEABSF - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

DCCT – Diabete Control and Complications Trial

DM - *Diabetes Mellitus*

DVP - Doença Vasculiar Periférica

ESF - Equipe de Saúde da Família

MA - Micro área

MMII - Membros Inferiores

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

ND - Neuropatia Diabética

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

SciELO – Scientific Eletronic Library Online

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	13
3 OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivo específico	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	16
5.1 Pés diabético e as úlceras	16
5.2 Educação em saúde	19
5.3 Perspectiva do autocuidado em <i>diabetes mellitus</i>	21
5.4 Atribuições dos membros da ESF	22
5.5 Equipe multidisciplinar	25
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Caracterização do problema	27
6.2 Plano de Ação	27
6.3 Gestão do plano	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

O ritmo acelerado do processo de envelhecimento da população, juntamente com hábitos alimentares inadequados, obesidade e sedentarismo, são fatores que contribuem para os crescentes níveis de incidência e prevalência do diabetes (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE, 2003).

O *diabetes mellitus* (DM) é um dos problemas de saúde mais importantes da atualidade se destacando por ser uma doença crônica de alta morbidade e mortalidade, principalmente entre os idosos e que se caracteriza por uma série de complicações, dentre as quais se destaca o pé diabético (DULLIUS; RAMÓN, 2003).

O pé diabético constitui-se em uma das complicações do *diabetes mellitus* e guarda relação com o tempo de duração desta doença (SCHEFFEL et al, 2004.). Se esta condição clínica não é controlada, o tratamento radical para os danos consequentes do pé diabético é a amputação, resultando em sequelas que incluem alterações posturais, dos hábitos de vida e principalmente da imagem corporal.

De acordo com Smeltzer e Bare (2002), aproximadamente 50% a 75% das amputações de membros inferiores são realizadas em pessoas com diabetes e acredita-se que até 50% dessas amputações são passíveis de prevenção, desde que os pacientes sejam ensinados sobre medidas de cuidados preventivos com os pés e pratiquem esses cuidados de forma diária (autocuidado). Brasileiro et al (2005), por sua vez, acredita que ações em saúde efetivas no cuidado com os pés, visando à prevenção do pé diabético, podem evitar 44% a 85% das amputações nos pacientes portadores de DM.

Uma das estratégias que auxilia na diminuição dos índices de complicações nos portadores de diabetes mellitus é a educação em saúde. A educação é um processo ativo que busca auxiliar as pessoas a compreender melhor sua doença, contribuindo para o seu empoderamento, aliviando medos e ansiedades além de ajudá-las a enfrentar positivamente sua condição, melhorando sua autoestima pelo aumento da efetividade do tratamento que proporcionará ao paciente manter um bom controle e conseqüentemente reduzir o número de complicações (FREITAS; SANTANA, 2002).

A Equipe de Saúde da Família (ESF), responsável pelo levantamento epidemiológico, planejamento e implementação de ações e medidas preventivas, além do diagnóstico de novos casos, tratamento e controle da doença contemplando uma abordagem integral ao indivíduo portador de DM, tem um papel fundamental nesta estratégia juntamente com outros profissionais de saúde devidamente capacitados (BRASIL, 2000).

A autora, enfermeira, inserida no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) desde 2002, como integrante da ESF Caensa, no município de Alfenas/MG, acompanhando as mudanças no processo de trabalho da equipe frente aos desafios apresentados ao longo dos anos, vivenciou, através de sua inserção no Curso de Especialização Em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), um dos melhores acontecimentos de sua vida profissional, e que lhe provocou mudanças importantes em sua maneira de agir frente à responsabilidade que um enfermeiro assume na equipe. O módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde”, em especial, proporcionou-lhe a reflexão acerca de como ocorria o processo de trabalho em sua ESF e como este poderia ser modificado.

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Caensa está implantada próximo ao centro de Alfenas, no tradicional bairro Nossa senhora Aparecida, cujo nome deve-se ao fato de ter crescido em torno de uma igreja dedicada a Nossa Senhora Aparecida, segunda igreja católica a ser construída na cidade, na década de 1940, vinda a ser uma das mais bonitas da cidade. O bairro possui ruas asfaltadas e boa infraestrutura de rede de água, esgoto e transporte coletivo. Também fazem parte da área adscrita da ESF Caensa os bairros Jardim Elite e Vila Godoy. A área é heterogênea, dividida em 07 microáreas (MA) contrastantes. No entorno encontra-se duas microáreas (MA1 e MA2), consideradas de risco, onde predomina a população de baixa renda e escolaridade, maior índice de desempregados, maior número de hipertensos e diabéticos. A principal fonte de renda dessa população são as safras de cana-de-açúcar, café e batata. Nas MA 3, 4 e 7 encontramos uma população de escolaridade e renda média. Na MA5 e MA6 está a população de maior escolaridade e nível econômico, onde predomina a população com adesão aos planos de saúde. Não há Associação de bairro e Conselho Local de Saúde observando assim pouca participação da população no que diz respeito às ações de saúde realizadas na referida área de abrangência. Com uma população de cerca de 3.000 pessoas, a ESF Caensa tem cadastrados 173 portadores de diabetes, sendo que desses, 60 são conhecidamente pacientes com alguma alteração neurológica e/ou vascular, ou seja, com risco para desenvolver pé diabético. Dentre os pacientes diabéticos cadastrados, oito possuem diagnóstico de Pé diabético.

Ao realizar o Diagnóstico Situacional da área, pode-se identificar com mais clareza os principais problemas que deveriam ser enfrentados e de que maneira seria possível planejar as ações de intervenção. Dentre esses, destacou-se o aumento significativo de casos de amputações por complicação por Pé diabético (de 2002 a 2009, registrou-se apenas 01 caso; de 2010 a 2011, ocorreram 5 casos) e um óbito, o que fez com que este problema passasse a

se tornar prioridade, pela sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Após levantamento de alterações neuro vasculares nos membros inferiores (MMII) em pacientes diabéticos da área, através de busca ativa, viu-se a necessidade de implementação de uma estratégia que provocasse uma mudança no comportamento desses indivíduos, com ênfase no autocuidado.

2 JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento deste estudo justifica-se pela alta prevalência de portadores de DM cadastrados na ESF Caensa e que apresentam alguma alteração neuropática e/ou vascular, com risco para desenvolver o pé diabético e relataram desconhecimento sobre o assunto. Em avaliação realizada em 117 portadores de DM, no período de novembro de 2010 a julho de 2011, como parte da realização do Diagnóstico Situacional proposto pelo módulo “Planejamento e avaliação das ações em saúde” do CEABSF, foram identificados e categorizados por risco de desenvolver complicações (baixo, moderado e alto) cerca de 68 pacientes. A avaliação seguiu um roteiro que incluiu anamnese, avaliação estrutural, dermatológica, circulatória e de sensibilidade, utilizando o Monofilamento Semmes-weisten de 10g. Este processo reforçou a necessidade da equipe desenvolver ações de educação dos portadores de DM, voltada para o autocuidado, com o objetivo de diminuir ou mesmo evitar novos casos de amputação de membros.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar uma proposta de intervenção tendo como foco a promoção de educação em saúde para portadores de DM da área de abrangência da ESF Caensa visando estimular o autocuidado com o intuito de diminuir ou mesmo evitar a incidência de complicações que resultem em amputações de membros.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar revisão da literatura técnico científica sobre o manejo do DM;
- Propiciar a sensibilização da equipe de saúde, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde, sobre a importância do acompanhamento da condição de saúde dos portadores de DM e do desenvolvimento de ações de prevenção de complicações.

4 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura técnico-científica sobre aspectos conceituais, diagnósticos e alternativas de atuação/intervenção do Diabetes Melitus, nos bancos de dados: Bireme, Scielo, Google acadêmico e Biblioteca do Ministério da Saúde.

A elaboração do Plano de Ação/intervenção teve como base os estudos selecionados na revisão da literatura, registros obtidos do Diagnóstico Situacional realizado na área de abrangência da ESF Caensa em 2010 e também o Módulo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família “Planejamento e avaliação das ações em saúde”, disponível na Plataforma Ágora.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Pé Diabético e as úlceras

Uma das complicações mais devastadoras do portador de DM é o Pé diabético. Segundo o Ministério da Saúde (2001), este vem sendo responsável por 50 a 70% das amputações não-traumáticas. No Brasil, a taxa de incidência de amputações de membros inferiores (MMII) relacionada ao diabetes foi de 180/100.000 pacientes, representando um risco de ocorrência 100 vezes maior entre os diabéticos. Além disso, a amputação implica em altos custos de hospitalização, além de afastamento do trabalho, curativos, efeitos sociais e emocionais e reabilitação (DULLIUS; RAMÓN, 2003).

A neuropatia diabética (ND) atua como um dos fatores para o desenvolvimento de úlceras nos pés, através da insensibilidade e, principalmente, quando associada a deformidades. Quando associadas à doença vascular periférica (DVP) e infecção, as úlceras comumente estão presentes em torno de 20% das lesões, levando o paciente diabético a risco de amputação e até de vida (BRASIL, 2001).

O pé diabético possui alteração de sensibilidade, presença de hiperemia, edema, deformidades, feridas com ou sem secreção e/ou gangrena que são sinais que podem ajudar no diagnóstico da complicação (FIDELIS, 2003). Lesões que no início são simples ferimentos podem evoluir para ulcerações e infecção, causando destruição de tecidos, com alterações neurológicas e vasculares periféricas em MMII, podendo ocorrer amputações (MILMAN et al, 2001).

De acordo com a Linha Guia Saúde do Adulto Hipertensão e Diabetes os fatores de risco para ulcerações são:

- Neuropatia: insensibilidade/deformidade;
- Histórico de úlcera nos pés e ou amputação não traumática;
- Nefropatia diabética;
- Baixa acuidade visual;
- Uso de calçados desconfortáveis, inadequados;
- Calos, bolhas, fissuras, rachaduras, unhas encravadas, micoses;
- Fatores que predisõem para doença vascular periférica: tabagismo, hipertensão arterial, dislipidemia (MG, 2007).

As principais alterações clínicas neuropáticas e vasculares do “pé diabético”, facilmente detectadas ao exame físico, são enumeradas na tabela abaixo:

Quadro 1 – Características do Pé neuropático e Pé isquêmico

PÉ NEUROPÁTICO	PÉ ISQUÊMICO
Hipotrofia dos pequenos músculos dorsais	Pele fina brilhante
Acentuação do arco	Cianose
Proeminência dos metatarsos	Unhas atrofiadas
Dedos em garra/ dedos em martelo	Ausência de pelos
Calos	Rubor postural
Vasodilatação dorsal	Palidez à elevação
Pele seca / rachaduras	Pé “frio”
Pé “quente”	Ausência de pulsos (tibiais posteriores/ pediosos)

Fonte: Brasil 2002, p.82

A prevenção primária para úlceras de pés e amputação de extremidades, que são as complicações mais graves do DM, está relacionada em prevenir neuropatia e vasculopatia (BRASIL, 2006).

De acordo com os resultados dos estudos do *Diabete Control and Complications Trial DCCT* (DCCT), concluiu-se que um controle metabólico eficaz pode reduzir significativamente o desenvolvimento e a progressão das complicações do diabetes a longo prazo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

O Consenso Internacional sobre Pé Diabético, de maio de 1999, registra que “um programa de cuidados dos pés de pacientes diabéticos, que inclui a educação, exame regular do pé e categorização do risco, pode alcançar uma redução na ocorrência de lesões de pé em mais de 50% dos pacientes”. Este mesmo documento registra ainda que a adoção de estratégia que inclui a prevenção, educação de pacientes e profissionais de saúde, tratamento multidisciplinar de úlcera do pé e monitorização, pode reduzir a taxa de amputação de membros inferiores de 49% a 85%” (LOPES, 2003).

Assim, os pacientes portadores de DM devem ter cuidados diários com os MMII, que abrange:

- Inspeccionar os pés com o auxílio de um espelho para melhor visualização, ou solicite ajuda a um familiar;
- Observar qualquer sinal de pressão, cortes ou fendas entre os dedos, feridas ou qualquer mudança na cor habitual e na temperatura da pele dos seus pés, procurando o serviço de saúde;
- Lavar os pés todos os dias com sabão neutro e água morna;
- Manter a pele de seus pés hidratada e macia aplicando uma loção hidratante, exceto entre os dedos ou sobre feridas abertas ou rachaduras;
- Evitar andar descalço, mesmo em casa;
- Vestir sempre meias limpas, sem costura, preferindo as de lã ou algodão (absorvem melhor a umidade dos pés). Evitar meias que possuam elásticos, pregas, dobras ou costuras que incomodem. Cuidado para que não dobrem dentro do sapato; use-as do avesso se necessário;
- Calçar apenas sapatos confortáveis, de preferência de couro, sempre com meias;
- Sapatos novos devem ser usados aos poucos, todos os dias, alternando com os já usados;
- Cortar as unhas de forma reta;
- Não cortar calosidades nem unhas encravadas em casa. Solicite orientação para a equipe de saúde (BRASIL, 2001).

A equipe, e em especial o enfermeiro, deve garantir uma assistência integral ao paciente diabético, incluindo uma avaliação efetiva, planejamento de intervenções e metas e a validação dos resultados obtidos com o tratamento instituído. O processo de avaliação deve ser constante, levando-se em conta os resultados obtidos pelos pacientes, os instrumentos utilizados e o desempenho da equipe envolvida. Parâmetros ligados ao controle metabólico, à aderência, às complicações agudas e crônicas, incluindo a análise da mudança de hábitos e adaptação social devem ser utilizados no processo de avaliação (BRASIL, 2006).

As ações de educação em saúde para o diabético devem enfatizar:

- As consequências do DM não tratado ou mal controlado;
- A importância da alimentação saudável como parte do tratamento;
- Esclarecer sobre credices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento;
- Desfazer temores, inseguranças e ansiedade do paciente;
- Enfatizar os benefícios da atividade física;

- Orientar sobre hábitos saudáveis de vida;
- Ressaltar os benefícios da auto monitorização;
- Ensinar como o paciente e sua família podem prevenir, detectar e tratar as complicações agudas em casa, até chegar ao hospital ou ao posto de saúde mais próximo;
- Ensinar como detectar os sintomas e sinais de complicações crônicas, em particular nos pés;
- Ressaltar a importância dos fatores de riscos cardiovasculares (BRASIL, 2006).

A equipe multiprofissional envolvida deve desenvolver intervenções específicas de prevenção, como ênfase no cuidado às extremidades inferiores (GROSSI, 1998).

O paciente deve ser orientado a estar atento ao menor problema apresentado, procurando o serviço de saúde mais próximo quando sentir algum desses sinais ou sintomas: dores tipo câimbras nas pernas ao caminhar, pernas dormentes e frias, com coloração azulada ou pálida, ferida aberta em qualquer parte do pé, bolhas ou pé de atleta. Uma avaliação e tratamento precoces evitarão maiores complicações (CABRAL, 2004).

5.2 Educação em saúde

Na tentativa de proporcionar melhoria na qualidade de vida do diabético e prevenção das complicações, é necessário elaborar um plano assistencial que vise assistir e educar o cliente (GAMBA, 1991).

De acordo com a OPAS, 50% dos portadores de doenças crônicas não alcançam melhoras clínicas por múltiplos fatores, que vão desde a baixa aderência ao tratamento medicamentoso, até a dificuldade de mudança em seu estilo de vida (SILVA,2006). Em países em desenvolvimento a taxa de aderência ao tratamento é bem menor, em torno de 20%, e gera altos custos para a família, sociedade e Sistema de Saúde (OMS, 2003).

Sendo o DM uma doença crônica é preciso buscar estratégias proativas, planejadas de acordo com a realidade deste público, de forma a promover qualidade de vida e melhoria na saúde dos portadores de DM. Daí a relevância de se conhecer aspectos referentes ao autocuidado, no sentido de priorizar estratégias que possam colaborar no processo da educação em saúde (CHOMPRÉ, 1994).

A educação em saúde é uma forma concreta de demonstrar as várias possibilidades aos usuários, abandonando a premissa do caminho único, dos dogmas do saber na área de saúde.

Uma forma de adquirir esta autonomia nas relações profissional/clientela é através da possibilidade de uma educação diferenciada, na qual o paciente assume seu lugar como agente do processo, com poder de decisão, pelo próprio conhecimento que tem da realidade (COCCO, 1991).

Contudo, em doenças crônicas não transmissíveis, a realização ou não das ações de prevenção pelos pacientes dependem da percepção de seus sintomas, que na maioria das vezes é assintomático, de sua vontade e das possibilidades e modificações que a doença e seu tratamento impõem às suas vidas (CHOMPRÉ, 1994). Diante desta constatação, o autocuidado projeta-se como uma ferramenta importantíssima a ser incorporada na educação em saúde dos portadores de diabetes.

O conceito de autocuidado deve ser entendido como multidimensional, pois envolve o contexto sociocultural dos pacientes. Além disso, a concepção de saúde e o modo de enfrentar uma doença são formulados a partir de experiências pessoais, que, por sua vez, têm direta relação com valores e crenças que nos são passados ao longo de nossa existência (XAVIER; BITTAR; BORGES, 2009). Nesta perspectiva, a saúde envolve o corpo, atitudes, razões, sendo a forma pela qual um indivíduo manifesta sua existência. Envolve a comunicação com o mundo, ações, o querer saber fazer o bem a si mesmo e também aos outros. Desta maneira, o autocuidado faz parte do viver saudável, quando ele desenvolve ações dirigidas a si mesmo, ao ambiente, regulando seu próprio funcionamento relacionando-o com seus interesses na vida, integrando-o ao seu bem-estar (CADE, 2001; BUD et al, 2006).

O autocuidado é a prática de atividades pelos indivíduos, realizadas para seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, o bem-estar e a saúde (BUD et al, 2006). De acordo com Silva (2006), o autocuidado é um processo dinâmico, que envolve a vontade e a percepção das pessoas sobre sua doença. É necessário que os indivíduos entendam que o controle de sua doença traz benefícios para ele próprio, tornando o tratamento mais eficaz. Para esse processo é importante contar com o apoio dos profissionais de saúde, pois estes têm papel fundamental na obtenção de melhor saúde e qualidade de vida do portador de doença crônica, em especial o portador de DM.

Um efetivo processo de educação em saúde para o autocuidado em doenças crônicas requer que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre aspectos epidemiológicos psicossociais e fisiopatológicos da doença, bem como habilidades pedagógicas e capacidade de comunicar-se, de ouvir os outros, entender e também negociar com uma equipe de saúde multiprofissional (RODRIGUES et al, 2009).

É de conhecimento que as estratégias educativas centradas na transmissão de informação e conhecimento para as pessoas portadoras de DM é limitado, e exigem a incorporação de teorias que considerem o protagonismo dos sujeitos (BRASIL, 2009). Desta forma podem influenciar positivamente na mudança de comportamento dos portadores de DM, fazendo-os aderirem melhor a dietas e atividades físicas, por exemplo.

5.3 Perspectivas do autocuidado em DM

O Autocuidado na perspectiva da saúde ampliada tem gerado diversas discussões, pois muitos aspectos devem ser considerados em grupos específicos. Em portadores de patologias crônicas como o DM, por exemplo, um dos principais aspectos é a não adesão ao tratamento, tanto farmacológico como não farmacológico e o autocuidado é uma maneira de otimizar esse processo (BRASIL, 2009). De acordo com estudo realizado por Camargo-Borges e Japur; (2008), outro aspecto bastante importante a ser considerado é a realidade local e o cotidiano das pessoas, que faz das práticas de autocuidado algo mais complexo do que a simples adesão a uma terapêutica prescrita. O estudo, com o objetivo de descrever os sentidos do autocuidado com grupos comunitários, levantou alguns dos motivos que levam a não adesão ao tratamento: as pessoas sentem que não foram devidamente ouvidas pelos profissionais da saúde, não concordando com as condutas e não as seguindo por receio de não ser este o melhor tratamento; mau atendimento, falha no acolhimento, dificuldade de estabelecimento de vínculo com a equipe.

Portanto, a questão do autocuidado deve ser considerada em um contexto ampliado, na relação entre sistema de saúde, sociedade, profissionais e pessoas envolvidas, deixando assim de ser um problema de responsabilidade individual, como vem sendo mais frequentemente descrito (BRASIL, 2009).

De acordo com Cade; (2001), os próprios indivíduos julgam se a ação de autocuidado será benéfica para eles, e esse julgamento ocorre de acordo com as crenças internas e/ou externas, que são moldadas pela cultura em que vivem.

Diversos fatores influenciam direta ou indiretamente as possibilidades de autocuidado, sendo que os mais citados são a família, os amigos, a mídia e os profissionais de saúde. Sendo a família o principal meio de divulgação das práticas de saúde, ela tem um importante papel na sua manutenção entre seus membros e a comunidade, influenciando tanto no controle da doença quanto na adesão à terapêutica farmacológica e não farmacológica (BRASIL, 2009).

De acordo com Wang; Fensk; (1996), as pessoas com DM, que tiveram apoio de familiares e amigos, aderiram melhor às práticas de autocuidado e também relatam que avaliar os meios de apoio do paciente pode ajudar a identificar suas necessidades de assistência. Em outro estudo foi destacada a importância dos meios de comunicação como incentivadores da prática de autocuidado, por meio de divulgação de programação específica (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Entretanto, o profissional de saúde tem sido considerado a pessoa mais indicada para orientar a respeito das práticas de autocuidado que possam garantir a eficácia da adesão ao tratamento, mantendo o respeito às crenças individuais e não realizando a ação de informação baseada somente no conhecimento científico. O profissional de saúde deve ser flexível e atento aos fatores que possam influenciar a capacidade e a vontade do paciente de aprender sobre o diabetes, adaptando sua abordagem (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

5.4 Atribuições dos diversos membros da ESF

A Atenção Básica (AB) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, no âmbito individual e coletivo (BRASIL, 2006, p.45).

A portaria nº 648, de 28 de março de 2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece normas para sua organização assim como as responsabilidades dos gestores e as atribuições específicas dos profissionais que atuam nesse nível de atenção (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde implantou a Estratégia de Saúde da Família para reorganizar suas ações.

A assistência é prestada pelos profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios, o que retira o foco do atendimento hospitalar (BRASIL, 2006). Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade (BRASIL, 2006).

A equipe mínima de Saúde da Família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do diabetes. As atribuições da equipe no

cuidado integral ao portador de DM deve responder às peculiaridades locais, tanto do perfil da população sob cuidado, como do perfil da própria equipe de saúde.

A seguir, são descritas atribuições sugeridas a cada um dos membros da ESF no cuidado aos pacientes com diabetes segundo prescrições do Ministério da Saúde (2006).

a) Atribuições do Agente Comunitário de Saúde

- 1) Esclarecer a comunidade, por meio de ações individuais e /ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes, orientando-os sobre as medidas de prevenção;
- 2) Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física regular;
- 3) Identificar, na população adscrita, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e /ou médico;
- 4) Cadastrar em ficha de acompanhamento todos os pacientes diabéticos;
- 5) Estimular uma boa relação paciente/equipe.

b) Atribuições do Enfermeiro

- 1) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, estratificando risco de complicações, orientando mudanças no estilo de vida e tratamento não medicamentoso, verificando adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- 2) Realizar consulta de enfermagem com pessoas com risco maior para diabetes tipo 2, identificados pelos agentes comunitários, definindo claramente a presença do risco e encaminhando ao médico da unidade para rastreamento com glicemia de jejum quando necessário;
- 3) Desenvolver atividades educativas, por meio de ações individuais e/ou coletivas, de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade, desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com aos pacientes diabéticos;
- 4) Capacitar os ACS e os Auxiliares de enfermagem e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- 5) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer adesão aos grupos de pacientes diabéticos;

- 6) Programar, junto à equipe, estratégias para educação do paciente;
- 7) Solicitar, durante a consulta e enfermagem, os exames de rotina definidos como necessários pelo médico da equipe ou de acordo com protocolos ou normas estabelecidas pelo gestor municipal;
- 8) Orientar pacientes sobre automonitorização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina;
- 9) Encaminhar os pacientes portadores de diabetes para consultas com o médico da equipe de acordo com o risco estratificado para complicações;
- 10) Acrescentar, na consulta de enfermagem, o exame dos membros inferiores para identificação do pé em risco de desenvolver complicações neurovasculares; Realizar, também cuidados específicos nos pés acometidos e nos pés em risco;
- 11) Cumprir, de acordo com o plano individualizado de cuidado estabelecido junto ao portados de diabetes, os objetivos e metas do tratamento (estilo de vida saudável, níveis pressóricos, hemoglobina glicada e peso);
- 12) Organizar junto ao médico, e com a participação de toda a equipe de saúde, a distribuição das tarefas necessárias para o cuidado integral dos pacientes portadores diabetes;
- 13) Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde;
- 14) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências, de acordo com protocolo.

c) Atribuições do Auxiliar de Enfermagem

- 1) Verificar níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde.
- 2) Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividades física rotineira.
- 3) Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.
- 4) Proceder as anotações devidas em ficha clínica.
- 5) Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros), e solicitar sua manutenção quando necessário.

- 6) Orientar pacientes sobre automatização (glicemia capilar) e técnica de aplicação de insulina.

d) Atribuições do médico

- 1) Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos alvos e comorbidades, visando à estratificação do portador de diabetes.
- 2) Solicitar exames complementares, quando necessário.
- 3) Tomar decisões terapêuticas e prescrever tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, conforme o caso.
- 4) Programa, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente.
- 5) Encaminhar às unidades de referências secundárias ou terciárias os pacientes diabéticos com complicações graves e refratários ao tratamento e aqueles que se encontram em estado de urgência ou emergência diabética.
- 6) Encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade de saúde.
- 7) Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico.
- 8) Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestante diabética e os que necessitam de consulta especializada. (oftalmologia, etc).

5.4.1 Equipe multidisciplinar

A inserção de profissionais como o fisioterapeuta, nutricionista, educador físico, assistente social, psicólogo e outros na AB, atuando em conjunto com a ESF na construção de uma rede de colaboração, com objetivo comum de melhoria da saúde da população é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção do diabetes e suas complicações (BRASIL, 2006; BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, com o principal objetivo de apoiar a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de

territorialização e regionalização em saúde. Deve também estar comprometido com a promoção de mudanças na atitude e na atuação dos profissionais da ESF, na atuação em ações de humanização do serviço, promoção, prevenção, reabilitação da saúde e cura, educação permanente, promoção da integralidade ações inter setoriais e interdisciplinares.

Atribuições comuns aos diversos membros do NASF

- 1) Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade as atividades, as ações e as práticas a serem adotadas em cada das áreas cobertas.
- 2) Identificar, em conjunto com as ESF e a comunidade, o público prioritário a cada uma das ações.
- 3) Atuar de forma integrada e planejada, nas atividades desenvolvidas pelas ESF e de Internação domiciliar, quando estas existirem, acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
- 4) Acolher os usuários e humanizar a atenção.
- 5) Desenvolver coletivamente, com vistas à intersetorialidade, ações que se integrem a outras políticas sociais, como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.
- 6) Promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões, por meio de organização participativa com os conselhos locais e/ou Municipais de Saúde.
- 7) Elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF por meio de cartazes, jornais, informativos, faixas, pôsteres e outros veículos de informação.
- 8) Avaliar, em conjunto com as equipes de SF e os Conselhos de Saúde, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos.
- 9) Elaborar e divulgar material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF.
- 10) Elaborar projetos terapêuticos, por meio de discussões periódicas que permitam a apropriação coletiva pelas ESF e os NASF do acompanhamento dos usuários, realizando ações multiprofissionais e transdisciplinares, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Caracterização do problema

Pé diabético é uma complicação que acomete principalmente pacientes idosos com mais de 10 anos de diagnóstico e que não mantêm suas taxas de glicose controladas devido à baixa ou não adesão à terapêutica instituída, aos maus hábitos e estilos de vida adotados, além do baixo nível de informação e conhecimento do problema.

Se esta condição clínica não é controlada, o tratamento radical para os danos consequentes do pé diabético é a amputação, resultando em sequelas que incluem alterações posturais, dos hábitos de vida e principalmente da imagem corporal.

A implementação de uma proposta de intervenção tendo como foco a promoção de educação em saúde para portadores de DM com enfoque no autocuidado possibilitará a esse paciente, que é o protagonista central desse processo, apoderar-se de conhecimentos que contribuirão para ajudá-lo a enfrentar de maneira positiva sua condição.

6.2 Plano de Ação da Estratégia de educação em saúde da ESF Caensa

O primeiro passo do projeto será a capacitação da equipe, em especial dos ACS, proporcionando a essa categoria a apropriação de conhecimentos que serão importantes para o sucesso do projeto. Os ACS desempenharão papel de extrema importância nessa estratégia, pois serão os responsáveis pelo convite e pela articulação da adesão dos pacientes aos grupos, além do acompanhamento sistemático dos mesmos nos domicílios.

A proposta de educação em saúde terá como grupo alvo todos os portadores de DM cadastrados na unidade, com foco inicial para os pacientes mais vulneráveis, ou seja, os que foram previamente avaliados e categorizados por risco.

Os grupos propostos pretendem abordar cerca de 20 pacientes em cada encontro no intuito de propiciar uma adequada comunicação entre os participantes (tanto a visual como a auditiva e a conceitual), facilitando a integração e interação entre os próprios membros do grupo.

Também estão previstas o desenvolvimento de oficinas de nutrição, que devem acontecer mensalmente, e tem por objetivo promover orientações aos portadores de DM sobre o processo de reeducação alimentar a fim de melhorar a qualidade de vida desse usuário por meio do acesso à uma alimentação saudável. As oficinas serão realizadas pela Nutricionista e

pretendem propiciar troca de experiência entre os participantes, com dinâmicas e mostras de culinária diet.

A Educadora física promoverá e fortalecerá a atividade física nos grupos de caminhada e ginástica localizada, incluindo uma avaliação física inicial dos portadores de DM. O objetivo dos exercícios é a otimização da capacidade funcional, controle do peso corporal e controle dos níveis glicêmicos, pois a prática dos exercícios físicos provoca a elevação da sensibilidade dos tecidos à insulina e, com isso a tolerância à glicose aumenta. Além disso, com o exercício físico há melhora da circulação periférica, deixando as pessoas mais dispostas, menos estressadas e conseqüentemente mais felizes (DULLIUS; RAMÓN, 2003).

O Fisioterapeuta promoverá exercícios específicos de fortalecimento e alongamento muscular, treino de equilíbrio, marcha (identificação e controle sobre os pontos de pressão formadores das feridas nos pés), educação na rotina de bons hábitos de posicionamento do corpo, objetivando uma melhoria na qualidade de vida e a diminuição dos casos de queixa de dores nas juntas e sensações desconfortáveis nas neuropatias (queimação, agulhadas e choques). Participará também da sensibilização da equipe.

O trabalho da Psicóloga nos grupos terá como objetivo promover a educação em DM visando melhoria na autoestima e no autocuidado, através de informações de aspectos preventivos e trabalhando questões quanto a importância da aceitação, adesão e manutenção do tratamento. E também, estimular relações interpessoais e aspectos motivacionais.

O Médico discorrerá sobre o DM, tratamento, controle, esclarecimentos de dúvidas, com o objetivo de aumentar o conhecimento da equipe e pacientes sobre a doença, suas formas de prevenção, tratamento e também sobre as possíveis complicações.

A enfermeira coordenará a equipe e a organização dos grupos, além de realizar as oficinas com o tema “os cuidados com os pés”, juntamente com a Técnica de enfermagem.

As oficinas educativas acontecerão quinzenalmente e os grupos operativos, semanalmente, intensificando-se as caminhadas, que deverão ocorrer três vezes na semana.

Quadro 2 – Proposta de ações para o enfrentamento e ou resolução dos nós críticos relacionados ao DM e às complicações do Pé diabético, a serem implantadas pela Equipe de Saúde da Família Caensa.

Nó crítico	Operação	Resultados Esperados	Produtos esperados	Recursos necessários	Responsáveis
Baixo nível de informação acerca da problemática pé diabético por parte da equipe	Oficinas para Sensibilizar a equipe a respeito da problemática;	ACS capacitados e sensibilizados acerca da importância de se estimular o autocuidado nos portadores de DM para prevenção de complicações, mantendo um acompanhamento sistemático durante as visitas domiciliares (VD).	Capacitação dos ACS e demais integrantes da ESF.	Bom conhecimento do tema e de estratégias pedagógicas e de comunicação; Planejamento da agenda.	Enfermeira, Médico, Fisioterapeuta.
Desinformação do portador de DM acerca do pé diabético e de ações de prevenção.	“Oficina Autocuidado” (Fornecer orientações, fortalecer vínculos e despertar o autocuidado no paciente diabético).	Cerca de 60 % dos portadores de diabetes mais informados e conscientes do autocuidado para manutenção da sua saúde e prevenção de complicações.	Oficina de educação em saúde para o diabético, de forma sistematizada e Grupo operativo específico para diabéticos enfatizando exercícios para MMII.	Bom conhecimento do tema e de estratégias pedagógicas e de comunicação; Articulação intersetorial; Planejamento da agenda e local adequado para as atividades.	Fisioterapeuta, Psicóloga, Enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS (busca ativa e convite).
Portadores de DM com estilos de vida e hábitos pouco saudáveis.	Ações para estimular mudanças de hábitos e estilos de vida: 1-Oficina “Dietas saudáveis” 2- Operação “Vamos nos mexer!”	Portadores de diabetes mais informados e conscientes da importância da adoção de hábitos saudáveis.	Oficina de nutrição (alimentação saudável); Incentivar maior participação e aderência dos portadores de DM aos Grupos operativos desenvolvidos pela equipe.	Organizar os encontros; Bom conhecimento do tema e de estratégias pedagógicas e de comunicação; Articulação Inter setorial e grupal, parcerias.	Fisioterapeuta, Educadora física, Nutricionista, Enfermeira.

Fonte: Planejamento e avaliação das ações em saúde, 2010, p.68.

6.3 Gestão do Plano

Uma gestão eficiente do plano deve coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias.

O plano de ação deve ser examinado periodicamente em relação ao objetivo geral, aos objetivos específicos e às atividades propostas, como um meio de determinar o progresso e fazer os ajustes necessários. É importante manter um plano de controle de cumprimento das ações do projeto, para assegurar que os recursos sejam utilizados de maneira eficaz e que o planejado se realize dentro do limite dos tempos fixados.

Planilhas de acompanhamento do desenvolvimento do projeto

Também são propostas algumas planilhas para o acompanhamento e avaliação da implantação do plano de ação.

Quadro 3 - Planilha para acompanhamento da Oficina “Autocuidado”

Operação: Oficina Autocuidado					
Coordenação: Enfermeira					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justif.	Novo prazo
Capacitação dos ACS	Fisioterapeuta	1 mês	Projeto já elaborado		
Oficina de educação em saúde para os diabéticos	Fisioterapeuta, Psicóloga, médico e enfermeira.	12 meses	Projeto em fase de planejamento		
Avaliação: após 3, 6 e 12 meses do início do projeto					

Fonte: Planejamento e avaliação das ações em saúde, 2010, p.76.

Quadro 4 - Planilha para acompanhamento da Oficina “Dietas saudáveis”

Operação: Dietas saudáveis

Coordenação: Enfermeira

Produto	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justif.	Novo prazo
Oficina de Nutrição	Nutricionista.	06 meses	Projeto em andamento		

Avaliação: após 3 e 6 meses do início do projeto

Fonte: Planejamento e avaliação das ações em saúde, 2010, p.76.

Quadro 5 - Planilha para acompanhamento da Operação “Vamos nos Mexer”

Operação: “Vamos nos mexer” Coordenação: Enfermeira					
Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justif.	Novo prazo
Fortalecimento dos Grupos Operativos (Caminhada, Postura , 3ª idade, Ginástica localizada)	Fisioterapeuta Educadora física	12 meses	Projeto já iniciado		

Avaliação: após 3, 6 e 12 meses

Fonte: Planejamento e avaliação das ações em saúde, 2010, p.76.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde com ênfase ao autocuidado revela-se como uma poderosa estratégia de prevenção e controle diante das complicações do diabetes, em especial do Pé diabético e suas consequências, dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família.

Com a pesquisa bibliográfica delineou-se uma proposta de intervenção, com a intenção de trazer mais conhecimento e informações a respeito da complicação, tanto para o paciente diabético, quanto para os profissionais que são responsáveis pela sua saúde, dimensionando a importância de estratégias de educação em saúde focada no autocuidado como instrumento de prevenção.

Acredita-se que a adoção dessa estratégia poderá levar o paciente portador de DM a compreender a necessidade do autocuidado e estimular mudanças no seu comportamento objetivando um melhor controle da doença, o que proporcionará uma melhoria da sua qualidade de vida e redução dos riscos de complicações.

REFERÊNCIAS

BRASILEIRO, J. L.; et al. **Pé diabético**: aspectos clínicos. Porto Alegre, 2005. 11p. Disponível em: <<http://www.jvascbr.com.br/05-04-01/05-04-01-11/05-04-01-11.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2011.

BRASIL. Ministério da saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**: Hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Brasília, 2002. 102p. Disponível em: < <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>>. Acessado em: 21 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde**. Brasília, 2006. 56p. Disponível em: < <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abcad16.pdf> >Acessado em: 21 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em diabetes Mellitus**/ organizadoras: Elza Berger Salema Coelho, Fátima Büchele, Maria Cristina Marino Calvo. - Florianópolis: SEAD/UFSC, 2009.127 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica- Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUD, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado em enfermagem. **Texto Contexto Enfem**, Florianópolis, v. 15 (esp.), p. 152-7. 2006.

CABRAL, E. C. C. **Esquema para os cuidados dos pés**. 2004. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 12 jun. 2011.

CADE, N.V. **Teoria do déficit de autocuidado de Orem aplicada em hipertensas**. Ribeirão Preto, 2001. 8p. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000300007> Acesso em: 12 nov. 2011.

CAMPOS, F.C.C ; FARIA H.P. ; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFGM – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed. 2010. 114p.

CAMARGO-BORGES, C.; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando os sentidos do autocuidado. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.1, n. 17, p.64-71. 2008.

CHOMPRÉ, R. R. **Autocuidado**: necessidade ou responsabilidade? Salvador, 1994. 8p. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=3613&indexSearch=ID>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

_____. **Consenso internacional sobre pé diabético**. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.google.com.br/search?q=_____.+Consenso+internacional+sobre+p%C3%A9+diab%C3%A9tico.+Grupo+de+Trabalho+Internacional+Sobre+P%C3%A9+Diab%C3%A9tico.+Minist%C3%A9rio+da+Sa%C3%BAde%2C+Bras%C3%ADlia%2C+2001.&rls=com.microsoft:pt-br:IE-SearchBox&ie=UTF-8&oe=UTF-8&sourceid=ie7&rlz=117ADFA_pt-BR&redir_esc=&ei=1VPQTsO7CIndgQfNrPWsDQ>. Acesso em: 24 nov. 2011.

COCCO, M. I. M. **A ideologia do enfermeiro**: prática educativa em saúde coletiva. Campinas, 1991. 6p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a13.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

DULLIUS, J. RAMÓN, F. Atividades Físicas é Parte do Tratamento para Diabéticos: mas quem é o profissional que a deve prescrever. **Revista Digital de Educación Física y Deportes**, Buenos Aires, v. 9, n. 60, mai. 2003.

FIDELIS, C. Pé Diabético, 2003. **Angiologia e cirurgia Vasculuar. Guia ilustrado**. 2003. Páginas? Disponível em: www.lava.med.br>. Acesso em: 08 out. 2011.

FREITAS, M. C. D.; SANTANA, M. E. Implementação de estratégias de ensino-aprendizagem à família de paciente crônico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.55, n.2, p. 146-150, mar/ abr. 2002.

GAMBA, M. A. A importância da assistência de enfermagem na prevenção, controle e avaliação a pacientes portadores de diabetes com neuropatia e vasculopatia. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v.2, n.4, p. 7-19, 1991.

GONÇALVES, L. A. O. **Educação terapêutica para diabéticos**: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. São Paulo, 2011. 9p. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700086>>. Acesso em: 18 out.2011.

GROSSI, S. A. A. Prevenção de úlceras nos membros inferiores em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.32, n.4, p.377-85, dez. 1998.

LOPES, C. F. **Projeto de assistência ao pé do paciente portador de diabetes melito**. Porto Alegre, 2003. 4p. Disponível em:<www.jvascbr.com.br/03-02-01/03-02-01-79/03-02-01-79.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2010.

MILMAN et al. **Pé Diabético**: avaliação da evolução e custo hospitalar de pacientes internados no conjunto hospitalar de Sorocaba. São Paulo, 2001. 5p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302001000500007&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 out. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto**: hipertensão e diabetes. Belo Horizonte, 2007. 198 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília, 2003. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMC_CCH_02.01_por.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=359059&indexSearch=ID>. Acesso em: 05 nov. 2011.

PACE, A.E. et al. **O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus**. Ribeirão Preto, 2003. 7p. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16540.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

_____. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da saúde, Governo federal, 2002.

RODRIGUES, F. F. L. et al. **Conhecimento e atitudes: componentes para a educação em diabetes**. Ribeirão Preto, 2009. 6p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-11692009000400006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 18 nov. 2011.

ROSEMBERG, C.;PETERS, A.L. Instruções ao paciente. In: DAVIDSON, M. B. **Diabetes mellitus**: diagnóstico e tratamento. 4ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Revinter; 2001. 72 p.

SALCEDO-ROCHA, A. L. et al. **Domínio cultural do autocuidado em pacientes diabéticos tipo 2 com e sem controle glicêmico no México.** São Paulo, 2008. 9p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200010> Acesso em: 24 nov. 2011.

SCHFFEL, R. S. et al. Prevalência de complicações micro e macrovasculares e seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev.Assoc.Méd.Bras.**, v.50n.3, p.263-7, 2004. 4p. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n3/21656.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

SILVA, C.A.B. **A Educação no tratamento das doenças crônico-degenerativa.** Fortaleza, 2006. 2p. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=40819401>>. Acesso em: 24 nov. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus:** diretrizes da SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_SBD_2007.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2012.

SMELTZER, S. C.; BARE, B.G. Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus. In: BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap. 37, p.933-983.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D.B.; ATAÍDE, M.B.C. **Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática.** Florianópolis, 2009. 7p. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072009000100015&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 out. 2011.

WANG, C.Y, FENSK, M.M. Self-Care of adults with non-insulin-dependent diabetes mellitus: influence of family and friends. **The Diabetes Educator**, v. 22, p. 465-470, 1996.