

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

GUILHERME FERNANDES CANTUÁRIA

**FRAGMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES
DIABÉTICOS ACERCA DE SUA DOENÇA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA HELIODORA
FELIZ DO MUNICÍPIO DE HELIODORA- MINAS GERAIS**

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2015

GUILHERME FERNANDES CANTUÁRIA

**FRAGMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES
DIABÉTICOS ACERCA DE SUA DOENÇA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA HELIODORA
FELIZ DO MUNICÍPIO DE HELIODORA- MINAS GERAIS**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2015

GUILHERME FERNANDES CANTUÁRIA

**FRAGMENTAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES
DIABÉTICOS ACERCA DE SUA DOENÇA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA HELIODORA
FELIZ DO MUNICÍPIO DE HELIODORA- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo – Orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em ____/____/2015

Dedico este trabalho aos meus pais e à minha irmã.

Mãe, seu cuidado e dedicação se tornaram minha esperança para seguir.

Pai, sua presença significou a certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que se mostrou. Seu fôlego de vida foi meu sustento e me deu coragem para questionar realidades e traçar novas possibilidades.

À orientadora e professora Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo, pelo espírito empreendedor na tarefa de multiplicar seus conhecimentos, que me possibilitou a concretização deste trabalho.

À minha família, pela sua capacidade de acreditar e investir em mim. Valeram a pena toda a distância, as renúncias... Valeu a pena esperar... Hoje colhemos juntos os frutos do nosso empenho!

“Tornamo-nos grandiosos não por vencer cada jornada, mas sim, por nunca desistir de ser um lutador!”

(Arlindo Cabral)

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que você conquista.”

(Aldo Novak)

RESUMO

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família vêm sendo um desafio para a equipe de saúde. Para tanto, como em qualquer doença crônica, deve considerar a prestação de um plano de cuidados que envolva pacientes, família e profissionais de saúde, de modo que através da soma de esforços promova a educação em saúde desse trinômio e uma maior autonomia ao paciente no seu autocuidado. A educação em saúde é parte imprescindível ao tratamento do paciente diabético, uma vez que o conhecimento acerca da doença é a base para o desenvolvimento de ações para o autocuidado. Sendo assim, este trabalho apresenta uma proposta de educação em diabetes através de um projeto de intervenção que tem por objetivo transformar a fragmentação do conhecimento dos pacientes diabéticos sobre sua realidade biológica e psicossocial em conhecimento real para autonomia de vida. Este projeto de intervenção se justifica pelo impacto negativo que a fragmentação do conhecimento acerca da Diabetes Mellitus causa sobre a própria condição e sobre a vida do indivíduo.

Descritores: Diabetes. Atenção a Saúde. Educação em saúde.

ABSTRACT

The comprehensive care to patients with diabetes and their families has been a challenge for the health team. In order to deal with it, as with any chronic disease, we should consider coming up with a Patient care plane, involving patients, families and health professionals, in a way that, by adding efforts, it will promote health education of this triad and greater autonomy to the patient in their self-care. Health education is an essential part of the treatment of diabetic patients, since the knowledge about the disease is the basis for the development of actions for self-care. The highest level of knowledge about the disease and its complications is related to improved quality of life, reduction of the hypoglycemic attacks, fewer hospital admissions, improved metabolic control and greater acceptance of the disease. Thus, this work presents a proposal for diabetes education through an intervention project that aims to turn the fragmentation of knowledge of diabetic patients about their biological and psychosocial reality, real knowledge for independent living. This intervention project is justified by the negative impact that defragmentation of knowledge about diabetes mellitus causes on the condition itself and the life of the individual.

Key words: Diabetes. Health Care. Health Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVO.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.1 Diabetes mellitus e suas repercussões.....	18
5.2 A família e a doença crônica.....	19
5.3 Ações de educação em saúde sobre diabetes mellitus.....	19
5.4 Conhecimento dos pacientes com diabetes mellitus acerca da doença.....	20
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	36

1 INTRODUÇÃO

Histórico da criação do município de Heliadora

Em 1740 instalou-se um garimpo onde hoje se situa a cidade de São Gonçalo do Sapucaí, tendo entre seus grandes mineradores um confidente da Inconfidência Mineira, Inácio José de Alvarenga Peixoto (marido de Bárbara Heliadora), proprietário de muitas lavras dessa região. Após sua morte e confisco de seus bens, Bárbara Heliadora administrou as minerações até sua morte. Em 1870, José Vieira da Silva fundou junto à fazenda dos Coqueiros o povoado de Santa Isabel dos Coqueiros, elevado a distrito em 1874, passando a denominar-se Heliadora, em 1923. O município é criado em 1948 com o nome de Senador Lemos, mas, em 1953 lhe é restituído o nome de Heliadora (IBGE, 2010a).

Descrição atual do município

O município de Heliadora possui uma população de 6.121 habitantes e ligeiramente com predomínio de homens, 3.117, segundo o censo de 2010. Da população geral, 5.424 pessoas declararam-se católicas, 416 evangélicas e 53 espíritas. A população estimada para o ano de 2014 foi de 6.455 pessoas, com uma densidade demográfica de 39,76 hab/km². A população alfabetizada, ainda de acordo com o último censo, contava com 4.994 pessoas, mas em relação aos idosos prevalecem em grande parte de analfabetos (IBGE, 2010b).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) ficou em 2010 (IBGE, 2010c), em torno de 0,657, mantendo a tendência de elevação, porém permanecendo um dos mais baixos da região. Relaciona-se ao IDHM um menor nível de escolaridade, mesmo entre os jovens. Outro indicador importante é o Produto Interno Bruto (PIB), constando 79 milhões e 663 mil reais em 2012, com *per capita* em torno de 12 mil e 865 reais. Os valores de rendimento nominal médio mensal dos domicílios particulares, rural e urbano, foram de R\$1.634 reais e R\$1.412 reais, respectivamente, o que proporcionou, *per capita*, 426,00 e 408,00 reais, respectivamente. O subemprego, como o trabalho temporário em época de

colheitas de café, é um dos fatores responsáveis pela pobreza. A atividade predominante neste município é a rural. Para a percepção da pobreza, foi calculado para o município o Índice de Gini de 0,40 em 2003. Quanto mais próximo de zero, maior a igualdade “ideal” – todas as pessoas com exatamente a mesma situação financeira –, e ao contrário, mais próximo de 1 (um), maior a desigualdade “ideal” – uma pessoa com todas as riquezas, e todas as outras sem riquezas. Comparando, encontra-se com um índice melhor que o 0,52 atual brasileiro (IBGE, 2010d).

Sistema Municipal de Saúde

A cidade conta com cinco estabelecimentos de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), a saber: um Pronto Socorro, uma Unidade Básica de Saúde no modelo convencional e três na modalidade Estratégias Saúde da Família. Para os procedimentos de média e alta complexidade, depende do consórcio intermunicipal CISAMESP e do Hospital Samuel Libânio, ambos localizados na cidade de Pouso Alegre – MG. A referência é crucial para a continuidade na Atenção Básica à Saúde.

A Estratégia Saúde da Família Heliadora Feliz

A Unidade Heliadora Feliz situa-se em pleno centro da cidade e abrange uma população urbana de 2.065 pessoas. A estrutura física da unidade mantém-se improvisada em parte de uma Unidade Básica de Saúde, modelo convencional situada ao lado do ambulatório de especialidades que atende: cardiologia, pediatria, gineco-obstetrícia e clínica-geral. Nesta unidade também há uma pequena sala de procedimentos, para sutura, que ainda serve para realização de eletrocardiografia. A cozinha é de uso comum entre todos os funcionários da unidade, e localiza-se porta-a-porta com o pequeno consultório do médico da ESF em questão. O corredor é bem estreito, com bancos e cadeiras para a espera desconfortável para os pacientes, que, por sua vez, contribuem com suas conversas, para o ruído que, muitas das vezes, atrapalha a tranquilidade da consulta médica. O banheiro dos funcionários também está localizado ao meio do corredor, o que pode gerar certo constrangimento. A sala de enfermagem, a sala geral das atividades e a sala das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são mais bem estruturadas, mas ainda deixam a desejar.

Por vezes, é dúbia a privacidade da anamnese ou do relato do paciente dentro do consultório, separado por uma porta simples do corredor já citado. Aos pacientes com alguma dificuldade auditiva, é imperioso questioná-los em maior volume da voz, com prejuízo muitas vezes do sigilo. A equipe aguarda a transferência para uma estrutura melhor e definitiva que atenda às necessidades do trabalho e principalmente da população.

Vale lembrar que há mobilidade com o veículo fornecido pela Secretaria de Saúde de Heliadora, com motorista, pelo rodízio entre as equipes das ESF, para as atividades necessárias diárias de cuidados continuados em domicílio, como, por exemplo, a realização de curativos.

A equipe da ESF Heliadora Feliz é responsável pela vigilância de 440 hipertensos e 134 diabéticos, além de 13 gestantes atuais. O número de pessoas com 15 ou mais anos é de 1.648. A média mensal é de 400 atendimentos individuais, com praticamente metade dessas consultas médicas previamente agendadas.

Os casos de saúde mental também são atendidos rotineiramente, mas as consultas de pré-natal e pediatria/puericultura são realizadas pelos especialistas, uma resposta agradável e preferível pela população. Visitas domiciliares são realizadas semanalmente e conforme necessidades emergenciais.

A equipe é composta por cinco ACS, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e um médico. Há apoio da psicóloga e é esperada a chegada de uma nutricionista na equipe, aprovada em concurso público. O funcionamento da unidade se faz das 07:00 da manhã às 16:00 horas, com um intervalo de uma hora de almoço. Realiza a maior parte das atividades inerente à Atenção Primária à Saúde, sem ainda encontrar formas de adaptar o trabalho à demanda que não pode comparecer ao serviço neste horário habitual.

Atualmente está iniciando grupos de saúde mental, além dos grupos de hipertensos e diabéticos. O grupo de gestante acontece em outra unidade, para concentrar em uma única reunião o total de gestantes da cidade. Também já está em atividade o

grupo de caminhada semanal, com participação de membros de equipes de todas as equipes existentes no município.

A grande demanda de atendimento na unidade vem ocorrendo para os portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) o que, às vezes acarreta uma desorganização no processo de trabalho dos profissionais da unidade. Todas as melhorias implantadas vem nos mostrando que ainda existe uma fragmentação por falta de conhecimento dos pacientes, em especial dos diabéticos acerca de sua doença. Esta preocupação trouxe a responsabilidade de propor um plano de ação para contribuir na minimização deste problema no território da equipe de saúde

Heliadora Feliz.

2 JUSTIFICATIVA

Segundo Maia e Araújo (2002, p.566), “o *Diabetes mellitus* (DM) é uma doença crônica, grave, de evolução lenta e progressiva, que acomete milhares de pessoas em todo mundo, necessitando de tratamento intensivo e orientação médica adequada”.

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família vêm sendo um desafio para a equipe de saúde. Para ocorrer de modo eficaz, o cuidado ao diabético, como em qualquer doença crônica, deve considerar a prestação de um plano de cuidados que envolva pacientes, família e profissionais de saúde, de modo que seja possível, através da soma de esforços promoverem a educação em saúde desse trinômio e uma maior autonomia ao paciente (ZANETTI *et al.*, 2007).

Para Funnell *et al.* (2008) *apud* Pereira *et al.* (2012, p.479), “a educação em saúde é um das estratégias que pode contribuir para reduzir a prevalência de complicações em pessoas com DM”. “Educar os pacientes com DM pode ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle do dia a dia da sua condição” (DAVIES *et al.*, 2008 *apud* PEREIRA *et al.*, 2012, p. 479).

O projeto de intervenção se justifica pelo impacto negativo que a fragmentação do conhecimento acerca do *Diabetes mellitus* causa sobre a própria condição e sobre a vida do indivíduo. Por se tratar de uma doença crônica incurável, com potenciais prejuízos às próximas décadas de vida do paciente; exemplificados nas lesões irreversíveis típicas de órgãos e sistemas da fisiologia do paciente, gerando situações de custo oneroso aos cofres públicos no tratamento e reabilitação dessas formas avançadas da doença; por se tratar de desajuste da situação social dessas pessoas em sua comunidade e seio familiar e propiciando um estado biológico e psicossocial avesso ao conceito atual de saúde; por se tratar de todas essas possibilidades prevalentes na população brasileira é que se faz necessário um projeto de intervenção em nível de Atenção Primária à Saúde.

O fator crucial que necessita ser transformado para, de fato, permitir ao indivíduo a chance de continuar sua experiência de vida, é o autoconhecimento acerca de sua

condição, transpondo o aspecto biológico e alcançando o aspecto psicossocial em sua nova realidade no mundo. Felizmente, esse fator é possível por ser mutável, ainda que inerente a cada psique, a um custo mais propriamente humano – profissionais da saúde – e por esta razão um baixo custo, convergindo à atividade da intervenção para o âmbito mais exato do processo de trabalho do nível da Atenção Básica à Saúde. A autonomia criada pelo autoconhecimento é essencial à sustentação de toda uma vida em tratamento e controle dos agravos que afligem a condição humana.

Apesar do pequeno número de diabéticos cadastrados na unidade, sabe-se que certamente existem outros na comunidade sem diagnóstico, por desconhecimento dos sinais e sintomas da doença. A prevenção se faz por antecipação da instalação da doença em formas mais graves; reafirma-se a importância deste trabalho, para por meio de atividades educativas, ampliar os saberes da população sobre a doença *diabetes*. Foi comprovada que o conhecimento acerca da doença é a base para o desenvolvimento de ações para o autocuidado em *diabetes* (PEREIRA *et al.*, 2012).

3 OBJETIVO

Elaborar um Projeto de Intervenção para transformar a fragmentação do conhecimento dos pacientes diabéticos sobre sua realidade biológica e psicossocial em conhecimento real para autonomia de vida.

4 METODOLOGIA

O Projeto de Intervenção foi elaborado por meio do método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme as referências do módulo de Planejamento e Avaliação em Saúde e revisão de literatura sobre o problema.

O Planejamento Estratégico Situacional, a partir de seus fundamentos e método, propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo. Assim, possibilita a incorporação dos pontos de vista de vários setores sociais (incluindo a população) e que os diferentes atores sociais explicitem suas demandas, propostas e estratégias de solução, numa perspectiva de negociação dos diversos interesses em jogo. Essa participação enriquece o processo de planejamento, criando corresponsabilidade dos atores com a efetivação do plano de ação, dando mais legitimidade e viabilidade política ao plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.26).

Figueiredo (1990, p.132) diz que “a revisão de literatura é um tipo de investigação científica que tem como objetivo levantar, reunir, avaliar criticamente a metodologia da pesquisa e reunir e sintetizar os resultados de diversos estudos primários”.

Noronha e Ferreira (2000, p. 191) afirmam que “os trabalhos de revisão de literatura são estudos que analisam a produção bibliográfica em determinada área temática, dentro de um recorte de tempo, fornecendo uma visão geral sobre um tópico específico, evidenciando novas ideias e métodos”.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde por meio dos seguintes descritores:

Diabetes.

Atenção à Saúde.

Educação em Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 *Diabetes mellitus* e suas repercussões

Diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica, autoimune, caracterizada pela elevação de glicose no sangue (hiperglicemia), podendo ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina (produzido no pâncreas - células beta), cuja principal função é promover a entrada de glicose na célula. Sabe-se que a hiperglicemia crônica está associada a lesões da microcirculação e é uma das principais causas de insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular; desta forma, manter um bom controle da glicemia tem uma importante redução no risco de desenvolver tais complicações já citadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2003).

O DM é considerado um importante problema de saúde pública, em nível mundial e nacional, em virtude do aumento de sua prevalência, bem como pelas repercussões sociais e econômicas que acarreta, tais como comprometimento da produtividade, qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos, aposentadorias precoces, altos custos do tratamento para o serviço público e para os familiares e complicações decorrentes da própria doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Wild *et al.* (2004) *apud* Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014, p. 1) relatam que “em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030”.

“O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do *Diabetes* no Brasil evidenciou a influência da idade na prevalência de DM e observou incremento de 2,7% na faixa etária de 30 a 59 anos para 17,4% na de 60 a 69 anos, ou seja, um aumento de 6,4 vezes” (MALERBI; FRANCO, 1992 *apud* DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013-2014, p. 1).

5.2 A Família e a doença crônica

A proposta da Organização Mundial de Saúde para o atendimento de pessoas diabéticas pressupõe o envolvimento do paciente e sua família, das organizações de saúde e da comunidade no tratamento, uma vez que as ações de cuidado e educação em saúde com diabéticos devem agregar componentes familiares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

Segundo Potter e Perry (2004), o contexto familiar influencia fortemente o estado de saúde de cada indivíduo, e sendo assim, representa a unidade de cuidado ao paciente acometido por uma condição crônica. A literatura aponta ainda que o suporte familiar é requisito fundamental para a aquisição de orientações de saúde adequadas, no enfrentamento da doença como também para que o paciente diabético alcance o auto manejo de sua nova condição crônica (SANTOS *et al.*, 2005).

Vista por esse vértice, pacientes que recebem apoio familiar são aqueles que possuem mais conhecimento de sua enfermidade, têm maior adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso e ainda acatam as orientações sobre alimentação, apresentando melhor controle metabólico e redução das hospitalizações por diabetes.

5.3 Ações de educação em saúde sobre *diabetes mellitus*

A eficácia do tratamento não depende apenas da intervenção médica, o conhecimento, assim como a valorização dos valores e crenças do paciente sobre sua atual condição, influencia o processo, se tornando necessário o desenvolvimento de programas educativos, sobre a adoção de práticas do autocuidado, bem como o uso de uma linguagem apropriada pelo profissional para abordagem de diferentes temas (CARVALHO *et al.*, 2010).

“A assistência ao portador de *diabetes* envolve diferentes estratégias: consulta multiprofissional, tratamento medicamentoso, adoção de hábitos saudáveis e participação em grupos educativos” (CORDEIRO; SANTOS; TORRES, 2014, p.24).

A educação em diabetes pode ser desenvolvida de várias maneiras: dinâmicas de grupos, folhetos informativos, palestras para a população, visitas domiciliares, dentre outras (VIVOLO; FERREIRA; SUSTOVICH, 1993). Sabe-se que as atividades educativas devem ser apoiadoras e construtoras do saber, não somente um repasse de informações.

Estudos afirmam que idade avançada e baixo nível de instrução limitam o acesso às informações, uma vez que a compreensão dos pacientes frente às orientações repassadas pelos profissionais é menor. Assim, isso requer do profissional conhecimento sobre a clientela a quem serão fornecidas as orientações e habilidades para adaptar a linguagem de modo que se faça compreensível a esse público (CORDEIRO; SANTOS; TORRES, 2014).

De fato, antes de se planejar alguma ação visando à melhoria do atendimento aos pacientes diabéticos, é importante conhecer seu nível de entendimento sobre o próprio estado de saúde, bem como o conhecimento sobre o *diabetes mellitus* e suas complicações (DIAS *et al.*, 2010).

5.4 Conhecimento dos pacientes com diabetes *mellitus* acerca da doença

Oliveira *et al.* (2011) *apud* Cordeiro; Santos; Torres (2014, p. 27) afirma que “o conhecimento sobre sua doença é a base para se conseguir a prática correta do autocuidado, assim como a participação mais efetiva no tratamento, porém a aquisição do conhecimento não induz necessariamente à mudança de comportamento”.

Para que isto ocorra, “o profissional deve buscar a interação com o indivíduo a fim de favorecer o diálogo capaz de gerar um pensamento crítico a respeito da mudança de comportamento” (MEDEIROS; PIVETTA; MAYER *apud* CORDEIRO; SANTOS; TORRES, 2014, p. 27).

Aceitar a condição atual de saúde e suas reações negativas como, medo, raiva e necessidade de mudança de hábitos de vida são sentimentos que devem ser escutados e trabalhados pelos profissionais de saúde a fim de intervir em suas dúvidas e angústias, tranquilizando-os a respeito de seus medos e temores (CORDEIRO; SANTOS; TORRES, 2014). Por isso, é importante que o profissional oriente e explique melhor sobre o funcionamento da doença, uma vez que esta informação aumenta a adesão ao tratamento, a partir do momento que ele conhece as mudanças que estão acontecendo em seu corpo. Para Xavier, Bittar e Ataíde (2009), mais importante que transferir o conhecimento, é fornecer autonomia a esse paciente, abrindo espaço para a construção de suas próprias perspectivas.

Em uma pesquisa que abordou a fisiopatologia do diabetes, os participantes possuíam algum tipo de informação, mas não dominavam muitos conceitos e as relações entre eles e o autocuidado. Em outro estudo, o resultado foi semelhante, afirmando que a maioria dos pacientes apenas relatava que “diabetes é açúcar no sangue” (TORRES *et al.*, 2011).

Apesar de já existirem evidências de que a educação de pacientes diabéticos e seus familiares constitui um ponto fundamental na adesão ao tratamento, a maioria dos pacientes nos estudos já citados relata não haver recebido alguma informação ou palestra sobre *diabetes* por algum profissional de saúde, bem como algum tipo de material informativo e menos ainda participado de programas de educação sobre DM. Estudo que avalia o conhecimento do paciente sobre o *diabetes mellitus* indica que, após a intervenção educativa, esse melhorou significativamente (PERES; DAL POZ; GRANDE, 2006).

Estudo realizado no Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE) verificou o nível de conhecimento sobre o diabetes e suas complicações, com ênfase na retinopatia diabética, presente nos pacientes diabéticos. Como resultado, a maioria dos pacientes respondeu que não sabia o que era diabetes, metade deles não sabia quantos tipos existem e nem tampouco o seu próprio tipo e uma grande parcela não soube qual exame é utilizado para verificar o controle do diabetes. Dentre as complicações, as visuais são as mais relatadas; delas, a cegueira e a baixa da acuidade visual são as mais conhecidas. Do total de pacientes, somente

um terço já havia ouvido falar em retinopatia diabética e 77% não sabiam se eram acometidos ou não (DIAS *et al.*, 2010). Estes dados nos revelam uma importante defasagem no conhecimento sobre informações básicas a respeito da doença e suas complicações.

Pesquisadores de um Centro de Pesquisa e Extensão Universitária do interior paulista procuraram avaliar o conhecimento dos pacientes acerca da terapia medicamentosa em uso para o controle do *diabetes mellitus*, tendo como foco o conhecimento em relação ao uso da medicação, a dose, o horário, o número de comprimidos e o número de vezes ao dia. Do total de 55 pacientes, apenas 18 referiram corretamente à dose do medicamento, 22 tomavam os medicamentos em horários corretos e 56,5% dos participantes apresentaram déficit no conhecimento geral acerca do medicamento para o controle do DM (FARIA *et al.*, 2009).

Ao analisar os dados obtidos, verificou-se que, apesar de todas as recomendações e protocolos estabelecidos, os participantes deste estudo careciam de orientações mais efetivas. Esses dados convergem ainda com achados de outro estudo que comprovou que pacientes com pouca orientação acerca dos antidiabéticos orais usavam-nos de maneira inadequada, em prejuízo de seu controle glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003 *apud* FARIA *et al.*, 2009, p.616).

“A informação clara e precisa ao paciente quanto à utilização dos medicamentos para o controle do *diabetes mellitus*, fornecida por profissionais de saúde qualificados, pode motivá-lo ao autocuidado e principalmente à adesão à terapia medicamentosa” (FARIA *et al.*, 2009, p.616).

Estudo realizado entre pacientes com diabetes internados em um hospital de grande porte no interior do Estado de São Paulo, mostrou que mais de um terço dos pacientes não soube referir o nome do medicamento utilizado para o controle do diabetes; 51,6% dos pacientes tomavam antidiabéticos orais em horário incorreto e 71% responderam de forma insatisfatória quanto à finalidade e propósito dos medicamentos utilizados. Esses resultados apontam que a falta de conhecimento em relação ao uso correto e racional dos medicamentos é um dos componentes que devem ser fortalecidos nos programas de educação em diabetes (GIMENES *et al.*

2006 *apud* FARIA *et al.*, 2009). A baixa escolaridade é relatada como fator que interfere na adesão ao tratamento medicamentoso, pois as drogas para o tratamento do diabetes são consideradas complexas e necessitam de compreensão do seu uso por parte dos pacientes (PACE *et al.*, 2006).

Como visto, assim como em todas as doenças crônicas, fornecer aos pacientes informações e educação em saúde é a melhor maneira de controlar o DM e prevenir suas complicações.

Foi comprovado que “o conhecimento sobre as características [...] do *diabetes mellitus* melhora sobremaneira a evolução da doença, pois leva à detecção precoce e à redução da velocidade de instalação das complicações crônicas” (SILVA, 2006 *apud* PEREIRA *et al.*, 2012, p.484).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção foi construído a partir dos dados do diagnóstico situacional realizado no território da unidade com a participação dos membros da equipe de saúde e a elaboração do plano de ação seguiu os passos preconizados no mesmo.

Plano de Ação

Primeiro e Segundo Passos – Identificação e priorização dos problemas

Inicialmente, serão classificados os problemas prioridades na Estratégia Saúde da Família Heliadora Feliz, considerando sua importância como diagnóstico essencial, o grau de urgência o qual deve ser analisado e a capacidade de enfrentamento dos pacientes frente a este diagnóstico.

Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Pouco entendimento da própria doença (Diabetes Mellitus).	Alta	9	Total	1
Problemas na adesão ao tratamento (hipertensos e diabéticos).	Alta	8	Parcial	2
Alcoolismo.	Alta	7	Parcial	3
Idosos negligenciados.	Alta	7	Parcial	4
Uso irresponsável de medicamentos controlados.	Alta	6	Parcial	5

Terceiro Passo – Descrição do problema

O *Diabetes Mellitus* é uma doença crônica incurável de grande impacto social. O tratamento efetivo para o controle dessa doença perpassa primeiramente pelo

entendimento que o indivíduo tem de si mesmo em sua nova condição, a consciência de que sua nova condição é duradoura e acarreta em riscos potenciais, e que sua forma de pensar a própria vida deve ser revista sempre em função desse fator intransigente que acompanhará o paciente *ad eternum*.

O que se percebe na rotina ambulatorial do cuidado continuado e principalmente na demanda espontânea são as consequências de um atendimento ao paciente voltado exclusivamente à doença e não centrado no paciente, relevando suas peculiaridades como um indivíduo exclusivo no meio social. O paciente passa anos e por vários profissionais de saúde sem que tome conhecimento efetivo da importância de sua nova condição. Cotidianamente aceita passivamente as prescrições que lhe são atribuídas sem que o conhecimento, ou pelo menos a mínima informação, acompanhe as mesmas. O paciente não se encontra envolvido no binômio doença-tratamento farmacológico, invertendo o modelo centrado na pessoa que deve nortear a Estratégia Saúde da Família. Os esforços da equipe são em vão quando não acrescentam o benefício mais importante para a vida do diabético, que é o autoconhecimento.

Todos os pacientes certamente continuam desamparados nessa questão, independentemente de sua idade, grau de escolaridade ou renda familiar. Não são satisfatórias as respostas acerca do conhecimento de sua conjuntura de saúde quando interrogados pelo médico no consultório ou outros membros da equipe, não estabelecendo relações de causa e consequência quanto aos fatores ou detalhes que lhe são perguntados ou informados no pouco tempo que há no consultório médico.

De modo geral, o paciente não apresenta a completude de conhecimento necessária para que possa realizar duradouramente o autocuidado e controle da doença por si mesmo, ainda que em posse das ferramentas – remédios, aparelhos de glicemia, orientações alimentares etc. – que o auxiliam. Ressalva-se o fato de que o paciente deve possuir o máximo das informações específicas, em qualidade e quantidade, de forma que ele estabeleça raciocínios que o auxiliarão na manutenção dos cuidados com sua doença e na terapêutica medicamentosa. Vale lembrar que muitas das

informações técnicas transmitidas aos pacientes não serão proveitosas ao indivíduo, nem mesmo necessárias.

Apresentam, de fato, informações simples “decoradas” pela repetição das mesmas por parte até mesmo dos profissionais de saúde, formando um conjunto fragmentado de conhecimento que não lhe serve na construção histórica de si e na sua jornada rumo aos objetivos da vida. Pelo contrário, essa fragmentação do conhecimento torna-se mais um obstáculo a impedir essa realização pessoal.

Quarto Passo - Explicação do problema

Os maiores entraves à mudança desse fenômeno são relacionados principalmente ao modelo de atendimento realizado no serviço de saúde:

- Centrado na doença e não no paciente.
- Ao pouco tempo que se pode ofertar a cada paciente individualmente, sem procurar entender e repensar em conjunto com o profissional sua nova condição de vida e sem relacionar as novas soluções à sua condição de diabético.
- A errônea visão de homogeneidade sobre as próprias condições financeiras, sociais, familiares e gerais de vida de cada paciente, vistas dessa forma pelos profissionais, como uma única condição igualmente vivida por cada indivíduo.
- O baixo grau de escolaridade, baixo nível financeiro, desintegração familiar ou afrouxamento dos laços nucleares por diversos motivos, constituindo importante empecilho ao desenvolvimento do conhecimento nos pacientes mais idosos ou mais carentes do convívio social.
- Falta de táticas voltadas a esse problema de conscientização e melhora da adesão ao tratamento.

- Inconstância das modalidades de tratamento, com materiais, por vezes, reduzidos ou em falta nos estabelecimentos de suporte ao trabalho da equipe, como por exemplo, a farmácia pública.
- Dificuldade de vínculo e adesão ao tratamento específico, incluindo a abordagem multidisciplinar com outros profissionais, especialmente a nutricionista.
- Impossibilidades, temporárias ou definitivas, de mudança de estilo de vida, de comorbidades agravantes, de pensamento e cultura, de risco social, de condições de emprego e renda, de condições familiares e suas negligências, etc.

São fatores determinantes no problema em questão, e agravantes no modo de resolução. São, por vezes, causas primordiais de outras causas subsequentes que culminam no problema final, numa espécie de rede de problemas a ser desembaraçada pela equipe de saúde. São dificuldades maiores ou menores que impossibilitam cumprir os objetivos da Estratégia Saúde da Família, embora sejam elaborados constantemente esforços a fim de transpor esses obstáculos. Quando o paciente ou a família toda não é capaz, por qualquer motivo apresentado, de estabelecer o conhecimento necessário, a consequência mais grave se inicia com a manutenção da atenção voltada à doença e a dualidade doença-farmacologia, boicotando a expectativa de autonomia do paciente. É a inversão do modo de tratar e entender a dinâmica da doença e seu impacto na vida familiar e social. É a perpetuação da ignorância e consequências mórbidas – amputações, cegueira, insuficiência de órgãos... – à vida. A continuidade do defasado paradigma de Atenção à Doença.

Quinto Passo – Seleção dos “nós críticos”

“Nós críticos” são entendidos como problemas causais que diretamente afetam ou impactam em outros problemas e/ou no diagnóstico situacional, e que devem ser escolhidos na proporção que afetam o mais diretamente possível o problema

diagnosticado, tendo em vista a capacidade de ataque e resolução dos mesmos pelo alcance de intervenção da Estratégia Saúde da Família (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Foram os seguintes “nós críticos” apresentados como impeditivo para a resolução do problema:

- Pouca oportunidade de adquirir conhecimento.
- Renovação da visão de trabalho da equipe.
- Renovação do processo de trabalho da equipe.

Sexto Passo – Desenho das operações

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos	Recursos necessários
Pouca oportunidade de adquirir conhecimento.	Conhece-te a Ti Mesmo. Criar oportunidades de palestras e discussões, além de sanar dúvidas e reciclar as informações, criando meios de raciocínio e conhecimento por parte dos pacientes.	Obter o mínimo de real conhecimento necessário ao autocuidado e autonomia.	Reuniões ordinárias multidisciplinares com as populações adscritas, além de outras formas de entretenimento informativo possíveis.	Cognitivo: conscientização e adesão quanto às reuniões; conhecimentos compartilhados. Organizacional: organização da agenda, espaço físico, tecnologias, disposição dos Agentes Comunitários de Saúde (equipe e pacientes).
Renovação da visão de trabalho da equipe.	Remodelo de Visão. Repensar a visão e o modelo de Atenção em Saúde, agora centrado no paciente.	Mudança de paradigma da equipe da Estratégia Saúde da Família.	Educação continuada da própria equipe da ESF.	Cognitivo: conhecimento sobre a mudança de paradigma. Organizacional: reuniões de equipe voltadas a essa finalidade.
Renovação do processo de trabalho da equipe.	Remodelo de Trabalho. Repensar e iniciar a nova forma de modelo de Atenção.	Estabelecer o cuidado continuado específico desses pacientes.	Implementação da Estratificação de Risco e protocolos normativos.	Cognitivo: afinidade com o manejo seguindo a Estratificação e os protocolos. Organizacional: organização de agenda e tempo para o cuidado continuado específico. Político- Financeiro: relação estreita com Secretaria da Saúde no tocante aos exames, materiais de controle e recursos farmacológicos.

Sétimo Passo – Identificação dos recursos críticos

A equipe não deve perder de vista a escassez de recursos, sendo assim, deve criar meios de viabilizá-los.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Conhece-te a Ti Mesmo.	<p>Organizacional: reelaboração da agenda da equipe.</p> <p>Político: recursos físicos e materiais.</p>
Remodelo de Visão.	<p>Organizacional: reelaboração da agenda da equipe para instituir a continuidade da educação dos membros principalmente em reuniões, sem prejuízo das outras táticas e rotinas.</p>
Remodelo de Trabalho.	<p>Organizacional: adequação da agenda da equipe ao rigor dos protocolos para efetivo Cuidado Continuado.</p> <p>Político: colaboração coordenada com a Secretaria de Saúde para planejamento dos gastos em exames e materiais e recursos necessários ao tratamento.</p>

Oitavo Passo - Análise de viabilidade do plano

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator-controle	Motivação	
Conhece-te a Ti Mesmo.	Organizacional: Reelaboração da agenda da equipe;	Equipe da Estratégia Saúde da Família e NASF.	Favorável.	Articulação entre si e entrosamento da equipe com os profissionais do NASF e do poder público.
	Político: Recursos físicos e materiais.	Câmara de Vereadores, Prefeitura e Secretaria de Saúde.	Favorável.	
Remodelo de Visão.	Organizacional: reelaboração da agenda da equipe.	Equipe da Estratégia Saúde da Família.	Favorável.	Não é necessária.
Remodelo de Trabalho.	Organizacional: adequação da agenda ao rigor dos protocolos do cuidado continuado;	Equipe da Estratégia Saúde da Família e NASF.	Favorável.	Articulação multidisciplinar da ESF com os profissionais do NASF. Apresentar o processo de trabalho adequado às autoridades para reciprocidade.
	Político: colaboração com a Secretaria de Saúde para planejamento dos gastos.	Secretaria de Saúde.	Indiferente.	

Nono Passo – Elaboração do plano operativo

Operações	Responsável – Gerente de Operação	Prazo
Conhece-te a Ti Mesmo.	Equipe da ESF, principalmente profissionais de curso superior.	Início em um mês.
Remodelo de Visão.	Médico e Enfermeira da Equipe.	Imediato.
Remodelo de Trabalho.	Equipe da ESF.	Início em um mês.

Décimo Passo – Gestão do plano

Operação: <u>Conhece-te a Ti Mesmo.</u>			
Coordenação: Equipe da ESF.			
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Providência do espaço físico.	Enfermeira da ESF.	1 mês.	Providenciado junto à Câmara de Vereadores.
Providência de recursos audiovisuais.	Enfermeira da ESF.	1 mês.	Providenciado junto à Secretaria de Saúde.
Comunicação à população específica e aos interessados.	Equipe da ESF, principalmente Agentes Comunitárias de Saúde.	1 mês.	Iniciado e em andamento.
Associação com equipe multiprofissional do NASF.	Médico e Enfermeira.	3 meses.	Aguardando início.

Operação: <u>Remodelo de Visão</u>			
Coordenação: Equipe da ESF			
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Reuniões educativas sobre a ESF.	Médico.	Imediato.	Iniciado, mensal a princípio.
Reuniões educativas sobre aspectos das doenças comuns.	Médico e Enfermeira.	1 mês.	Aguardando início.

Operação: Remodelo de Trabalho			
Coordenação: Equipe da ESF e do NASF			
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual
Adequação de horário de cuidado continuado do Hiperdia.	Médico e Enfermeira.	1 mês.	Aguardando início.
Solicitação de profissional nutricionista para apoio à ESF.	Enfermeira.	Imediato.	Solicitado. Aguardando tempo-resposta.
Apresentação do Processo de Trabalho às autoridades.	Médico e Enfermeira.	2 meses.	Aguardando início.
Estabelecimento de rotina programada do cuidado continuado na questão dos recursos e materiais do tratamento.	Médico e Enfermeira.	3 meses.	Aguardando início (Aguardando pré-requisitos).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O elevado número de casos de diabetes associado à complexidade de seu tratamento como a restrição alimentar, utilização de medicações e complicações decorrentes dessa doença (tais como retinopatia, neuropatia, cardiopatia, pé neuropático dentre outras) ressaltam à necessidade da implementação de programas educativos à população, oferecendo suporte através dos serviços públicos de saúde.

Vários são os estudos que demonstraram que os pacientes, apesar de terem acompanhamento multidisciplinar, ainda apresentam baixo nível de conhecimento sobre DM e suas complicações, e que este está diretamente relacionado ao seu grau de escolaridade. Já foi comprovado que o grau de escolaridade pode ser considerado fator determinante da eficácia de um programa educativo, em pacientes diabéticos, que necessitam de adquirir determinados conhecimentos para desenvolver seu autocuidado. Desta forma, faz-se necessário planejar uma atuação que facilite a compreensão do paciente diabético frente às informações que serão fornecidas, além do uso de uma comunicação clara e objetiva e métodos adequados, somando-se os conhecimentos que ele já possui aos que serão incorporados, mudando sua forma de lidar com a doença e vivendo de uma maneira mais saudável.

Sabemos que o processo de educação em saúde proporciona maior aquisição de conhecimentos que envolvem habilidades como práticas corporais, dietéticas e terapêuticas que visam à melhora do controle metabólico e qualidade de vida. As práticas educativas reconhecem a importância do uso de novas estratégias de ensino que valorizem a autonomia do paciente com diabetes e ao mesmo tempo, promova a tomada consciente de decisões, tornando-os auto gestores de sua saúde.

Espera-se que este projeto ofereça subsídios para se repensar as estratégias de educação em saúde sobre diabetes *mellitus* e suas complicações e o reconhecimento por parte dos profissionais de saúde das deficiências das

orientações fornecidas por eles através do processo convencional da educação para o autocuidado.

REFERÊNCIAS

CAMPOS; F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. Ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO, T. H. *et al.* Capacitação de profissionais da atenção primária à saúde para educação em Diabetes Mellitus. **Acta Paul Enferm.** v. 23, n. 6, p. 751-756, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307023868006.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2015.

CORDEIRO, P.M.C.S.; SANTOS, L.M.; TORRES, H.C. Visita domiciliária: estratégia educativa em saúde para o autocuidado em diabetes. **Acta Paul Enferm.** v. 27, n. 1, p. 23-28, 2014. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/3070/307030418006.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2015.

DAVIES, M.J. *et al.* Effectiveness of the diabetes education and self-management for ongoing and newly diagnosed (DESMOND) programme for people with newly diagnosed type 2 diabetes: cluster randomised controlled trial. **British Medical Journal**, Leicester, v.336, n. 7642, p. 1-11, 2008. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18276664>. Acesso em 03 de dez. 2015.

DIAS, A.F.G. *et al.* Perfil epidemiológico e nível de conhecimento de pacientes diabéticos sobre diabetes e retinopatia diabética. **Arquivo Brasileiro de Oftalmologia**, v. 73, n. 5, p. 414-418, 2010. Disponível em: <http://repositorio.unifesp.br/handle/11600/5957?show=full>. Acesso em 03 de dez. 2015.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2013-2014), 2014. Disponível em: <http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2015.

FARIA *et al.* Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 22, n. 5, p. 612-617, 2009. Disponível em: <http://producao.usp.br/handle/BDPI/3552>. Acesso em 03 de dez. 2015.

FIGUEIREDO, N. Da importância dos artigos de revisão de literatura. **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, v. 23, n. 1, p. 131-135, jan./dez. 1990. Disponível em: http://www.brapci.inf.br/_repositorio/2011/09/pdf_6245ece57c_0018790.pdf. Acesso em 03 de dez. 2015.

FUNNELL, M. M. *et al.* National Standards for Diabetes Self-Management Education. **Diabetes Care**. Alexandria, 31, p. S97-S104, supplement 1, 2008. Disponível em: http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S97.extract#. Acesso em 03 de dez. 2015.

GIMENES, H.T. *et al.* O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Ciências Cuidar da Saúde**, v. 5, n. 3, p. 317-325, 2006. Disponível em: <http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/download/5034/3254>. Acesso em 03 de dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Informações sobre o histórico do Município de Heliadora. IBGE Cidades, 2010a. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=312920>. Acesso em 03 de dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Informações sobre o Município de Heliadora. IBGE Cidades, 2010b. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/cartograma/mapa.php?lang=&coduf=31&codmun=312920&idtema=118&codv=v01&search=minas-gerais|heliadora|sintese-das-informacoes->. Acesso em 03 de dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Informações sobre o Índice de Desenvolvimento Humano do Município de Heliadora. IBGE Cidades. 2010c. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312920&idtema=118&search=minas-gerais|heliadora|C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm->. Acesso em 03 de dez. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA. Informações sobre o Produto Interno Bruto do Município de Heliadora. IBGE Cidades, 2010d. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312920&idtema=134&search=minas-gerais|heliadora|produto-interno-bruto-dos-municipios-2012>. Acesso em 03 de dez. 2015.

MAIA, F. F. R.; ARAÚJO, L. R.. Projeto “Diabetes Weekend” – Proposta de Educação em Diabetes Mellitus Tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v.46, n.5, p.566-573, Outubro 2002. Disponível em: www.scielo.br/pdf/abem/v46n5/13403.pdf. Acesso em 03 de dez. 2015.

MALERBI, D.; FRANCO, L.J.; the Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30 a 69 years. **Diabetes Care**, v. 15, n. 11, p. 1509-1516, 1992. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1468278>. Acesso em 03 de dez. 2015.

MEDEIROS, P.A.; PIVETTA, H.M.; MAYER, M.S. Contribuições da visita domiciliar na formação em Fisioterapia. **Trabalho Educ Saúde**, v. 10, n. 3, p. 407-426, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462012000300004&script=sci_arttext. Acesso em 03 de dez. 2015.

NORONHA, D.P.; FERREIRA, S.M.S.P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B.S.; CENDÓN, B.V.; KREMER, J.M. **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: UFMG, 2000, p. 191-198.

OLIVEIRA *et al.* Diabetes mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Rev Bras Enferm.** v. 64, n. 2, p. 301-337, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n2/a13v64n2.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília (DF): Organização Mundial de Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2015.

PACE, A. E. *et al.* Knowledge on diabetes mellitus in the self-care process. **Rev Latino Americana Enferm.** v. 14, n. 5, p. 728-734, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692006000500014&script=sci_arttext. Acesso em 03 de dez. 2015.

PEREIRA, D. A. *et al.* Efeito de intervenção educativa sobre o conhecimento da doença em pacientes com diabetes mellitus. **Rev Latino Americana de Enferm.** v. 20, n. 3, p. 478-485, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000300008&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em 03 de dez. 2015.

PERES, E. M; DAL POZ, M. R. D; GRANDE, N. R. Visita domiciliar: espaço privilegiado para diálogo e produção de saberes. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, p. 208-213, abr./jun, 2006. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v14n2/v14n2a09.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2015.

POTTER, P.A.; PERRY, A.G. Cuidado nas famílias. In: POTTER, P.A.; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem.** 5. Ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2004 p. 117-129.

SANTOS, E.C.B. *et al.* O cuidado sob a ótica do paciente diabético e seu principal cuidador. **Revista Latino Americana de Enfermagem.** v. 13, n. 3, p. 397-406, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000300015&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em 03 de dez. 2015.

SILVA, C. A. B. A educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, v. 19, n. 4, p. 195-196, 2006. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40819401.pdf>. Acesso em 03 de dez. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003. Disponível em: http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/55--Consenso_diabetes.pdf. Acesso em 03 de dez. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro:

Diagraphic; 2006. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/atualizacao_diabetes2006.pdf.
Acesso em 03 de dez. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Informações sobre Diabetes Mellitus e suas complicações. 2003. Disponível em:
<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>. Acesso em 03 de dez. 2015.

TORRES, H. C. *et al.* Intervenção visando os conhecimentos, atitudes e práticas educativas do autocuidado em diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm.** v. 24, n.4, p. 67-75, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000100006&script=sci_arttext&tling=pt. Acesso em 03 de dez. 2015.

VIVOLO, M.A.; FERREIRA, S.R.G.; SUSTOVICH, C. Experiência com colônia de férias para jovens diabéticos: Proposta com educação e aperfeiçoamento profissional. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 37, p. 64-68, 1993. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/unifesp/resources/prod-2551>. Acesso em 03 de dez. 2015.

WILD, S. *et al.* Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1047.full>. Acesso em 03 de dez. 2015.

XAVIER, A.T.F.; BITTAR, D.B.; ATAÍDE, M.B Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 18, n. 1, p. 124-130, 2009. Disponível em:
http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3487/art_XAVIER_Crenças_no_a_uto cuidado_em_diabetes_implicacoes_para_2009.pdf?sequence=1. Acesso em 03 de dez. 2015.

ZANETTI, M. L. *et al.* Progress of the patients with diabetes mellitus who were managed with the staged diabetes management framework. **Acta Paul Enferm.** v. 20, n. 3, p. 338-344, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000300016>. Acesso em 03 de dez. 2015.