

N. CLASS. 616.46209
CUTTER A491d
ANO/EDIÇÃO 2015

CENTRO UNIVERSITÁRIO DO SUL DE MINAS – UNIS/MG
BACHARELADO EM ENFERMAGEM
ANA FLÁVIA AMBARO

**DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O AUTOCUIDADO POR PESSOAS
COM DIABETES *MELLITUS***

**Varginha
2015**

Registro: 12345
Data: 10/10/15

ANA FLÁVIA AMBARO

**DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O AUTOCUIDADO POR PESSOAS
COM DIABETES MELLITUS**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem do
Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS/MG
como pré-requisito para obtenção do grau de bacharel
pela Banca Examinadora, composta pelas seguintes membros:

Assinatura: _____

Orientadora: Prof.ª Ma. Aline Neves Oliveira

**DIFICULDADES ENCONTRADAS DURANTE O AUTOCUIDADO POR PESSOAS
COM DIABETES MELLITUS**

Trabalho apresentado ao curso de Enfermagem do
Centro Universitário do Sul de Minas-UNIS MG como
pré-requisito para obtenção do grau de bacharel, sob
orientação da Prof.ª Ma. Aline Neves Oliveira.

**Varginha
2015**

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que através de minha fé sempre me deu forças para superar os obstáculos nunca me desamparando. Aos meus professores, que não mediram esforços para compartilhar os seus conhecimentos sempre prestando um ensinamento dedicado e incentivador. A minha orientadora querida Aline Neves Oliveira pela sua dedicação e paciência me auxiliando e incentivando durante todo o trabalho mostrando que sou capaz de superar minhas dificuldades. Aos meus colegas sempre presentes, mas em especial Pedro Paulo, Camila, Ludmila, Elivânia, Sirleida Valéria e Lorrane, meu muito obrigado!

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível.”

- Charles Chaplin

RESUMO

Este estudo aborda Diabetes *Mellitus* (DM), uma condição crônica de grande importância que deve ser controlada a fim de evitar complicações futuras. O objetivo deste trabalho foi conhecer as principais dificuldades encontradas durante o autocuidado por pessoas com DM. Tratou-se de uma revisão integrativa da literatura com busca nos bancos de dados da BVS por meio dos descritores controlados (DECS/MESH): Diabetes *Mellitus*; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde. Na primeira busca foram identificados 161 artigos, e após aplicação dos critérios inclusão e exclusão, 80 deles foram selecionados. Na segunda etapa por meio de leitura analítica de títulos e resumos, 23 foram selecionados e nove compuseram a amostra final. Após análise dos artigos, é possível afirmar que as dificuldades estão relacionadas à situação financeira, à adesão ao hábito de vida saudável, à compreensão de como se desenvolve essa patologia, as maneiras de administrar as medicações e a insulina. Diante das dificuldades encontradas, o autocuidado se torna um foco a ser estimulado e apoiado pelos profissionais de saúde, pois ele é a essência para uma vida saudável e livre de complicações, almejada por todas as pessoas com condições crônicas.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Autocuidado. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This study deals with Diabetes Mellitus (DM), a chronic condition of great importance that should be controlled in order to avoid future complications. The purpose since work was to know the main difficulties encountered during the self-care for people with diabetes. This was an integrative review of the literature search in the VHL databases through controlled descriptors (DECS / MESH): Diabetes Mellitus; Self-care; Primary Health Care. In the first search identified 161 articles, and after applying the inclusion and exclusion criteria, 80 of them were selected. In the second stage by means of analytical reading of titles and abstracts, 23 were selected and nine made up the final sample. After analyzing the articles, it is clear that the difficulties are related to the financial situation, with adherence to healthy living habit, the understanding of how this disease develops, the ways of administering medications and insulin. In the face of difficulties, self-care becomes a focus to be encouraged and supported by health professionals, because it is the essence for a healthy life free of complications, desired by all people with chronic conditions.

Keywords: *Diabetes Mellitus. Self-care. Primary Health Care.*

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	Aspectos gerais do Diabetes <i>Mellitus</i>	12
2.2	A importância do autocuidado.....	13
2.3	O papel do serviço primário de atenção à saúde no incentivo ao autocuidado.....	15
3	MATERIAL E MÉTODO.....	19
3.1	Método.....	19
3.1.1	Técnicas.....	19
3.2	Desenho.....	19
3.3	Amostra Literária.....	19
3.4	Aspectos Éticos.....	20
4	RESULTADOS.....	21
5	DISCUSSÃO.....	24
5.1	Principais dificuldades encontradas em pessoas com Diabetes <i>Mellitus</i>	24
5.2	Importância do autocuidado apoiado para controle do Diabetes <i>Mellitus</i> tipo dois.....	26
6	CONCLUSÃO.....	29
	REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem como tema o Diabetes *Mellitus* tipo dois (DM) e as dificuldades encontradas pelas pessoas com essa doença durante o autocuidado. Diante disso, tem-se como objetivo geral conhecer quais são as principais dificuldades encontradas durante o autocuidado por pessoas com DM e objetivos específicos compreender o significado de DM e todo processo de adoecimento crônico, compreender o significado do autocuidado e articular conceitos, buscando as principais dificuldades encontradas durante o autocuidado.

Tem como hipóteses se as pessoas com DM encontram dificuldades durante o autocuidado relacionadas à alimentação, automedicação, incluindo a aplicação de insulina subcutânea e o desenvolvimento de atividade física, atreladas à falta de conhecimento necessário para compreensão da doença que colocam em cheque o risco para complicações e agravos. Assim a questão norteadora embasa-se em conceituar quais são as dificuldades encontradas por pessoas com DM durante o autocuidado.

O DM é considerado uma doença crônica, é um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento (MINAS GERAIS, 2013).

As doenças crônicas são caracterizadas por apresentarem evolução lenta, terem um tempo de duração maior que três meses e apresentam diversas causas, que incluem estilo de vida, hereditariedade, fatores fisiológicos e ambientais (MENDES, 2012).

Os países em desenvolvimento tendem a expressar mais este problema, seja pelo rápido envelhecimento de sua população, ou pelo aumento da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, que resulta em maior risco de desenvolvimento da doença (MINAS GERAIS, 2013).

As consequências humanas, sociais e econômicas são muito negativas visto que são quatro milhões de mortes por ano relacionadas ao DM e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006).

De acordo com a SBD (2014), em 1985 era estimado que houvesse 30 milhões de adultos com DM, em 1995 esses números aumentaram para 135 milhões, em 2002 chegou a 173 milhões e espera-se chegar a 300 milhões em 2030.

O DM é um grupo desigual de distúrbios metabólicos que têm em comum a hiperglicemia, resultado na falha do mecanismo de produção e/ou ação da insulina. Atualmente a categorização do DM é baseada na etiologia e não no tratamento, portanto não é

classificada mais como DM insulino dependente e não insulino dependente, e sim como DM tipo um, DM tipo dois, outros tipos específicos de DM e DM gestacional (SBD, 2014).

No DM do tipo um, as células betas pancreáticas produtoras de insulina são destruídas por um processo autoimune e, conseqüentemente, os pacientes produzem pouca ou nenhuma insulina requerendo injeções desse hormônio para controle dos níveis glicêmicos. É caracterizado por início agudo, geralmente antes dos 30 anos de idade (SEBIN et al., 2014).

Já no DM tipo dois, as pessoas apresentam sensibilidade diminuída à insulina e funcionamento prejudicado das células beta, resultando em produção inadequada de insulina. Este tipo de DM afeta cerca de 90 a 95% das pessoas que possuem essa doença, ocorrendo com maior frequência em pessoas com mais de 30 anos e obesas, embora sua incidência venha aumentando de forma rápida nas pessoas mais jovens devido à crescente obesidade em crianças, adolescentes e adultos jovens (SMELTZER; BARE, 2009).

O DM, caso não seja adequadamente tratado, pode desencadear complicações agudas e crônicas. As principais complicações agudas são a cetoacidose diabética, hipoglicemia e o coma hiperosmolar, já as complicações crônicas incluem alterações na microcirculação, acarretando neuropatia e retinopatia e na macrocirculação que pode levar a neuropatias, doença vascular periférica, cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular (PASCOLLOTO; ALBERTON; FRIGERI, 2012).

A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo um e em cinco a sete anos na do tipo dois, os adultos com diabetes têm risco duas a quatro vezes maiores de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumáticas, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (BRASIL, 2006).

Entre os fatores de prevenção para o DM, destacam-se a prioridade para a alimentação saudável e para a prática regular de atividade física, a fim de controlar da obesidade, a hipertensão arterial sistêmica, a dislipidemia e o sedentarismo (MINAS GERAIS, 2013).

Justifica-se que atualmente, as informações são muito acessíveis à maioria das pessoas seja por rádio, televisão, internet, telefones celulares e a ampliação do acesso aos serviços de saúde. Porém, se observa que apesar de terem conhecimentos, as pessoas têm dificuldades de mudanças de hábitos.

As pessoas com DM sabem que se trata de uma doença que não possui cura e que deve ser controlada com medicamentos, mudanças em sua rotina e cuidados da equipe de saúde,

mas elas ainda têm dificuldades em aderir ao autocuidado, que é essencial para prevenir complicações.

Os profissionais de saúde, os governantes e a sociedade em geral sabem que as doenças crônicas, como DM, têm um grande impacto na sociedade, pois as complicações decorrentes da doença, como doença arterial coronariana, doença vascular periférica, acidente vascular encefálico, neuropatia diabética, amputação, doença renal crônica e cegueira, relacionam-se a elevados custos para o sistema de saúde, bem como à elevada morbimortalidade, redução da expectativa de vida, perda de produtividade no trabalho e aposentadoria precoce (MINAS GERAIS, 2013).

Contudo, na prática dos serviços de saúde, ainda é observado um número elevado de pessoas com alguma complicação por essa doença, o que torna tão relevante o desenvolvimento de novas pesquisas sobre as dificuldades encontradas pelas pessoas durante o autocuidado.

O enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, necessita desvendar quais estratégias deverão ser modificadas, a fim de programar as ações de estímulo ao autocuidado e, assim, contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas com DM.

Assim, é de suma importância que as pessoas desenvolvam o autocuidado, uma atividade reguladora que concede às pessoas executar, por si sós, as ações que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar. O autocuidado é considerado um componente integral das doenças crônicas e da conservação de um nível aceitável de funcionalidade e é a chave para os cuidados com a doença e para melhoria e bem-estar (GALVÃO; JANEIRO, 2012).

Diante do exposto, verificou-se a importância de desenvolver uma pesquisa com o tema o DM tipo dois, e as dificuldades encontradas pelas pessoas com essa doença durante o autocuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Aspectos gerais do Diabetes *Mellitus*

As doenças crônicas são de origem múltipla, especificadas por início progressivo, de prognóstico habitualmente indeterminado, podem ser de longa ou duração incerta e causam, na maioria das vezes, incapacidades. O curso clínico pode mudar ao longo do tempo devido aos episódios agudos e, assim, as intervenções devem incluir a mudança de estilo de vida e uso de tecnologias leves, leves-duras e duras e um processo de cuidado consecutivo que objetivem o controle, mas não a cura (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

O DM é uma desordem metabólica de etiologia diversa definido por hiperglicemia e alterações no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras decorrente de falha da secreção e/ou produção de insulina que leva aos sintomas agudos e às complicações crônicas considerando-se como uma doença de risco (BRASIL, 2013).

Esta patologia desenvolve-se quando o pâncreas não tem capacidade de produzir insulina suficiente ou então quando o organismo não tem capacidade de usar de forma eficaz a insulina que produz. Na DM tipo um, muitas vezes denominada com insulino dependente, há completa ausência de produção de insulina, dada a destruição das células β em resultado a uma resposta autoimune associada. A DM tipo dois, que é a mais comum, caracteriza-se pela disfunção das células β produtoras da insulina ou então pela resistência do organismo a insulina produzida (FERREIRA; CARRILHO; CARRILHO, 2014, pág. 15).

Os dois problemas principais relativos à insulina no DM são a resistência a esse hormônio e sua secreção prejudicada. A resistência à insulina refere-se a uma sensibilidade tissular diminuída à insulina já que a insulina liga-se a receptores especiais nas superfícies celulares onde se inicia uma série de reações envolvidas no metabolismo da glicose. Essas reações intracelulares mostram-se diminuídas, tornando a insulina menos efetiva na estimulação da captação da glicose pelos tecidos e na regulação da liberação da glicose pelo fígado (SEBIN et al., 2014).

Então, para superar a resistência à insulina e evitar o acúmulo de glicose no sangue, quantidades aumentadas de insulina devem ser secretadas a fim de manter o nível de glicose dentro da normalidade ou um pouco elevado. No entanto, quando as células beta não podem lidar com a demanda aumentada de insulina, o nível de glicose se eleva e há o desenvolvimento do DM (SMELTZER; BARE, 2009).

Segundo Minas Gerais (2013), no Brasil o Ministério da Saúde, por meio do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico),

constatou que no ano de 2011, das 27 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de DM foi de 5,6%, sendo maior em mulheres (6,0%) do que em homens (5,2%). Tendo em vista que este estudo incluiu apenas os casos de diagnóstico de DM realizado por médico e que a proporção de DM não diagnosticado em diversos países no mundo está entre 30% e 60%, tais cifras adquirem aspecto ainda mais alarmante.

Ainda de acordo com Ministério da Saúde, cerca de 50% da população com DM não sabe que possui a doença e algumas vezes permanecem sem o diagnóstico até que se manifestem sinais de complicações (BRASIL, 2006).

As complicações do DM ocorrem por diversas causas, incluindo o descontrole, os fatores genéticos e o tempo de curso da doença. Essas complicações são microvasculares como a neuropatia diabética, nefropatia diabética e a retinopatia diabética e, macrovasculares com modificações nos grandes vasos que causam doenças vasculares periféricas, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico. A pessoa com DM que apresenta complicações vasculares tem o risco de morte três vezes maior, representando 80% de óbito a mais do que em indivíduos que não tenham doenças cardiovasculares (TSCHIEDEL, 2014).

Dentre as complicações do DM, está a cetoacidose que é uma complicação potencialmente letal, com índices de mortalidade entre 5 e 15% e pode ocorrer em intercorrências como infarto, acidente vascular encefálico ou infecção grave, em que há elevada produção de hormônios contra-reguladores. Outra complicação importante é a síndrome hiperosmolar, que refere-se a um estado de hiperglicemia grave (> 600 a 800 mg/dL), desidratação e alteração do estado mental na ausência de cetose (BRASIL, 2006).

Para Minas Gerais (2013), deve ser dada atenção especial aos olhos, pois a retinopatia diabética é uma complicação microvascular importante, sendo a principal causa de cegueira, na faixa etária de 20 e 74 anos, além de que outros tipos de oftalmopatia, como catarata e glaucoma que tendem a ser mais precoces e frequentes em pessoas com DM.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS) o Brasil mantém a 8ª posição com 4,6% com DM, e estima-se que ele passe para a 6ª posição em 2030 com 11,3%, esse aumento se relaciona ao estilo de vida do brasileiros e hábitos alimentares (SBD, 2013).

2.2 A importância do autocuidado

O autocuidado tem como finalidade o emprego de medidas do cuidado contribuindo para o desenvolvimento humano, é uma ação do indivíduo tomada pelo mesmo e conduzida

para um propósito. É uma atividade desenvolvida em situações concretas da vida em que o indivíduo se direciona para si mesmo ou para ajustar fatores que prejudicam seu próprio desenvolvimento, execução em benefício à vida, saúde e bem-estar (SILVA et al., 2008).

Tais ações têm uma grande importância, sendo indicadas em larga escala pela OMS, visto que ajuda a prevenir e controlar doenças crônicas beneficiando o desenvolvimento da pessoa, através da adesão ao tratamento e melhora da aceitação do esquema terapêutico, diminuindo possíveis agravos à saúde e incapacidades ligadas à doença crônica (GOMIDES et al., 2013).

As fases que incluem o adoecimento crônico permeiam a aceitação da doença, isso é, o primeiro momento que pode ser de negação e, com o passar do tempo, essa pessoa integra-se em seu contexto social e passa a cuidar de si mesmo (PACHECO, 2012).

Assim, de acordo com Ministério da Saúde as práticas de incentivo e desenvolvimento do autocuidado devem ser centradas na pessoa, na conversa e no processo de construção a partir da percepção de um plano de cuidados guiado por prioridades e por meio da troca de conhecimentos, entre o profissional e o usuário (BRASIL, 2013).

Ainda segundo o mesmo autor, deve-se buscar a compreensão das diferentes inseguranças de cada pessoa, conhecer as condições com o intuito de traçar um cuidado holístico. A pessoa deverá compreender que o cuidado será para toda a vida e, deverá juntamente com sua família, ter consciência de que a rotina de sua vida poderá mudar em alguns aspectos. Assim, o profissional de saúde deverá estimular a pessoa com DM a cuidar de si, traçando metas e realizando um atendimento bem elaborado e de forma humanizada (BRASIL, 2013).

Segundo Welfer e Leite (2005), dentre as dificuldades que as pessoas enfrentam diante do autocuidado destaca-se a necessidade de mudança nos hábitos de vida, este se torna um tabu na vida das pessoas, pois elas terão que traçar meios diferentes do habitual. A partir do diagnóstico da doença, haverá modificação na alimentação, a inclusão de medicamentos em horas certas e a prática de exercícios físicos, além de exames rotineiros.

Ataide e Damasceno (2006), constataram que a adesão da clientela ao tratamento do DM ainda é algo a ser conquistado. Isso porque, apesar de tantos esforços em maximizar essa adesão, as pessoas ainda têm dificuldades de incorporar ao cotidiano as atitudes de autocuidado, o que torna o estímulo bastante complexo tanto para o profissional de saúde como para os usuários, por ser difícil modificar estilos de vida e, mais ainda, mantê-los modificados.

Pereira et al. (2009) corroboram com essa idéia e afirmam que a partir da convivência em grupos de com pessoas com DM em um programa de educação em saúde, foi observado que a maior dificuldade para o autocuidado é encontrada no controle glicêmico.

Por outro lado, é comum no cuidado com essas pessoas, a exigência de comportamentos de autocuidado sem considerar os fatores que podem interferir nesse processo, muitas vezes levando os profissionais de saúde a disponibilizarem informações fora da realidade de quem vivência a doença (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006).

Ataíde e Damasceno (2006) descrevem, ainda a dificuldade relacionada à quebra da continuidade do atendimento, por meio do enfraquecimento do vínculo diante da troca rotineira de profissionais nas unidades de saúde, que contraria a conduta instituída no serviço público para facilitar o relacionamento terapêutico entre profissional e usuário.

O Ministério da Saúde (2006) também cita como importante essa relação colaborativa entre usuário e equipe com participação ativa da pessoa na consulta e a necessidade de criar oportunidades para que o usuário expresse suas dúvidas e preocupações, respeitando o papel central que ele tem no seu próprio cuidado, mas sempre reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.

A partir do momento que as pessoas assumem o papel de cuidar de si próprias, considera-se que elas verão a vida com um sentido amplo e com vontade de viver e, assim, passam a perceber que conviver com a doença é inevitável transcendendo o processo de aceitação e encontrando o amor próprio e a vontade de autocuidar-se sempre (TAVARES, 2005).

Assim, o autocuidado contribuiu para a melhoria da sua condição de vida gerando enfoques como a motivação, combinado com valores e metas que diariamente se tornam mais importantes e indispensáveis para a melhora da saúde e por uma vida melhor.

2.3 O papel do serviço primário de atenção à saúde no incentivo ao autocuidado

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o conjunto de atuações de nível primário de assistência à saúde que oferece acesso no sistema para todas as necessidades do usuário, sendo caracterizada por um conjunto de ações de saúde, na esfera individual e coletiva que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a moderação e a conservação da saúde com propósito de oferecer uma atenção integral ao indivíduo (MENDES, 2012).

O Ministério da Saúde (2014) cita em seu art. 12, do capítulo III que a APS constitui-se como o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, desenvolvendo um papel chave na sua estruturação como ordenadora e coordenadora do cuidado, sendo responsável por realizar o cuidado integral e permanente da população que está sob sua responsabilidade e de ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado.

O mesmo autor refere ainda como sendo de competência de APS a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce as possíveis complicações decorrentes das doenças crônicas, além da realização de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças crônicas de maneira intersetorial e participativa da população, considerando os fatores de risco mais prevalentes na população. Cabe ainda o controle e o acompanhamento dos casos com destaque para ações que previnam as complicações de condições crônicas, por meio do incentivo ao autocuidado.

Dentro do contexto da APS, são traçadas linhas de práticas para que se desenvolva o cuidado. Essas práticas são desenvolvidas em equipe de forma democrática e para que todos participem, sendo direcionadas para a população. A APS assume responsabilidade sanitária e abrange todo território definido, considerando a dinamicidade existente (MENDES, 2012).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2011), o serviço de saúde deve estar organizado para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, que resolva a maioria dos problemas de saúde da população e/ou que minimize os danos e sofrimentos da população (BRASIL, 2011).

Nesse cenário, o enfermeiro tem um papel educativo muito importante pois ele desenvolve práticas educativas nas ações de cuidar, gerenciar e educar, auxiliando no cotidiano das pessoas que necessitam (DONADUZZI, 2009).

Considera-se que educar para o autocuidado não é uma tarefa fácil, pois depende, além da competência técnica do profissional, da vontade e interesse do usuário. Não havendo adesão à prática educativa e ao tratamento adequado, o autocuidado torna-se difícil e o controle glicêmico não será satisfatório (PEREIRA et al., 2009).

Com isso, a pessoa que necessita autocuidar-se tem que se permitir compreender o porque das necessidades das mudanças, para que ele possa cuidar de si e para que haja recuperação da sua saúde. Destaca-se aqui a importância do profissional enfermeiro, que deve orientá-lo quanto aos procedimentos a serem seguidos junto com uma equipe multidisciplinar, cada um traçando o cuidado em sua área, com um mesmo propósito o da manutenção da saúde da pessoa (WELFER; LEITE, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (2006) algumas ações são condutas e devem estar inseridas no cotidiano do trabalho de toda a equipe com o objetivo de garantir o fortalecimento do vínculo, a garantia da efetividade do cuidado, a adesão aos protocolos e a autonomia do paciente, como exemplo a visão de cuidado integral centrado na pessoa e a relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta.

Considera a participação do enfermeiro na prática educativa de fundamental importância. Além de ser a área de trabalho deste profissional, o enfermeiro, por meio da consulta de enfermagem, constrói um vínculo com os indivíduos, tornando a abordagem mais fácil e direta. As atividades em grupo, além de informativas, também se apresentam como momentos importantes de troca de experiências e apoio, além de serem momentos de descontração e lazer (PEREIRA et al., 2009).

Ainda conforme os autores acima, a prática de educação em saúde por meio de grupos contribui de maneira importante para o estímulo ao autocuidado. A atividade lúdica utilizada nos grupos operativos para trabalhar o tema sobre plano alimentar foi considerada positiva e estimulou a participação ativa de todos, que tiraram dúvidas e trocaram experiências durante os encontros, o que mostra a importância de inovar nas estratégias de educação que devem, ainda, ser condizentes com a realidade de cada usuário.

As informações oferecidas pelas estratégias de educação individual e em grupo poderão levar o sujeito a beneficiar-se com uma mudança de comportamento e a conscientização de que suas ações fazem a diferença no tratamento da doença (PEREIRA et al., 2009).

Assim, é importante que os profissionais de saúde negociem com a pessoa um plano individualizado de cuidado, com revisão periódica e que proporcione mudanças de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente e que sejam envolvidos os familiares nessa discussão e explicação do plano de cuidados do paciente, com a autorização prévia do paciente (BRASIL, 2006).

Para Ataíde e Damasceno (2006) é necessário implementar estratégias de cuidar que consigam romper com o atual modelo nos serviços de saúde e que levem em consideração os acontecimentos do cotidiano que possam interferir na adesão ao autocuidado.

Os profissionais de saúde também devem incentivar os usuários para se organizem em grupos de ajuda mútua, como grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, e sensibilizar para que participem das discussões sobre planejamento de ações

direcionadas ao DM na unidade, o que aumenta a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas próprias condições (BRASIL, 2006).

Além disso, é evidente a necessidade de capacitação das pessoas no autocuidado sendo imprescindível a parceria dos profissionais das outras áreas do conhecimento, pois a promoção da saúde das pessoas com DM não pode ser feita exclusivamente por profissionais de saúde, pois acredita-se que jamais se alcançará o autocuidado sem que se tenha essa participação intersetorial efetiva (ATAÍDE; DAMASCENO, 2006).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Método

Trata-se de uma revisão Integrativa da Literatura, que tem a finalidade de reunir e resumir resultados de pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, auxiliando no aprofundamento do conhecimento do tema investigado. A revisão integrativa é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, o que facilita seu uso na prática clínica, pois proporciona uma síntese do conhecimento que foi produzido e fornece subsídios para a melhoria da assistência à saúde (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3.1.2 Técnicas

A busca de artigos e publicações com aplicação de instrumentos para coleta de dados literários será empregada. Serão, ainda, utilizados os descritores controlados DECS/MESH: *Diabetes Mellitus*; *Autocuidado*; *Atenção Primária à Saúde*.

3.2 Desenho

Pesquisa nos bancos de dados da BVS por meio de descritores controlado (DECS/MESH) supracitados de agosto a outubro de 2015, análise e apresentação posterior dos artigos que abordam a temática, conclusão e síntese de conhecimentos.

3.3. Amostra Literária

Os artigos incluídos nesse estudo atenderam aos seguintes critérios: disponíveis na íntegra, publicados de 2005 a 2015, nos idiomas inglês, português e espanhol nos dados de bancos de dados da BVS, manuais e portarias do Ministério da Saúde;

Foram excluídas teses, dissertações, livros e demais publicações que não atenderam à seguinte questão norteadora: “Quais são as principais dificuldades e limitações encontradas por pessoas com DM durante o desenvolvimento do autocuidado”?

3.4 Aspectos Éticos

Esta pesquisa não foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois não envolve estudos com seres humanos, conforme preconizado pela portaria 499/2012. Cabe ressaltar que todas as obras incluídas têm sua fonte, autores e objetivos citados o que respalda a autoria e contribuição literária de cada um dos artigos.

4 RESULTADOS

A busca dos artigos ocorreu no período de agosto a outubro de 2015, por meio dos descritores controlados (DECS/MESH): Diabetes *Mellitus*; Autocuidado; Atenção Primária à Saúde, nos bancos de dados da BVS.

Na primeira busca foram identificados 161 artigos, e após aplicação de critérios de inclusão e exclusão, 80 deles foram selecionados. Na segunda análise 28 foram selecionados, sendo considerados 23 deles sendo que nove deles compuseram a amostra final, considerando o delineamento fiel do tema e a resposta à questão norteadora.

Dos artigos selecionados seis foram encontrados nos bancos de dados da Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), dois na Base de Dados de Enfermagem (BDEnf), um em Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Quanto aos idiomas, sete foram publicados em inglês e dois em português.

No que se refere ao ano de publicação, foram encontrados artigos do ano de 2009 à 2014. Nos artigos selecionados foram identificadas as dificuldades encontradas em pessoas com DM tipo dois como: alimentação, atividade física, uso de medicamento, dificuldade financeira, falta de compreensão na aplicação de insulina e de medicamentos. O quadro a seguir descreve as principais características encontradas nos artigos em ordem alfanumérica (A1-A9), contemplando autores, título, ano de publicação, objetivo, e metodologia empregada.

Código/ Autores/ Ano/ País de publicação	Título	Objetivo do estudo	Metodologia empregada	Principais dificuldades encontradas em pessoas com DM durante o desenvolvimento do auto cuidado
A1/HASSAN HA et al./2013/Canadá	Fatores que influenciam a aceitação de insulina em pacientes com Diabetes Mellitus tipo dois em uma clínica de cuidados de saúde primária.	Explorar os argumentos dos pacientes com DM tipo 2 para aceitar tratamento com insulina e os obstáculos iniciais de utilizar a insulina.	Qualitativo	Foram encontradas dificuldades durante a aplicação da insulina pois acham dolorosa e tem medo da auto aplicação.
A2/VRIES AD de et al/2013/Holanda	Autogerenciamento e suporte liderado pela enfermeira (SGS) na atenção primária de rotina : Projeto de um estudo de eficácia da implementação híbrida em pacientes diabéticos tipo 2 com problemas de funcionamento diário e sofrimento emocional : um protocolo de estudo.	Avaliar o processo e eficácia do SGS implementado como parte do tratamento para pacientes com DM tipo 2 nos quais serão abordados questões de investigação.	Qualitativo	Constatou que pessoas com DM tipo 2 e doenças emocionais como depressão e angústia tinham dificuldades de auto cuidar-se devido o seu problema.
A3/JOHNSON ST et al./2012/Canadá	Alimentação saudável e vida ativa para diabetes nas redes de atenção primária (HEALD-PCN): lógica, design, e avaliação de um ensaio clínico controlado pragmático para adultos com diabetes tipo 2.	Avaliar o comportamento na nutrição, fazer avaliações antropométricas com um grupo de pessoas sendo que um grupo contínuo com mudanças de hábitos e outras sem mudanças.	Qualitativo	Encontradas dificuldades quanto a alimentação saudável e estilo de vida.
A4/GHORB A et al./2011/Estados Unidos	A eficácia dos pares de saúde e coaching para melhorar o controle glicêmico em pacientes de baixa renda com diabetes: protocolo para um estudo randomizado controlado.	Avaliar a ação de treinadores pares em pacientes de renda baixa com DM descompensado usando a capacidade de auto gestão.	Estudo Randomizado	Mostrou que os pacientes com DM que são treinados e acompanhados sempre tem menos dificuldades em controlar do que os que não fazem acompanhamento.
A5/VADSTRUP ESet al./2009/Dinamarca	Intervenção no estilo de vida para pacientes diabéticos tipo 2 - protocolo de ensaio do Diabetes Copenhagen Projecto de Reabilitação.	Avaliar um novo programa de reabilitação com mudança de estilo de vida em um programa em um Centro de saúde na atenção primária.	Estudo Randomizado	Descontrole da glicemia devido a não aceitação de mudança de hábitos e atividade física para melhora do DM.

A6/TORRES HC; ROQUE C; NUNES C/2014/Belo Horizonte	Visita Domiciliar: uma estratégia de saúde de educação para o autocuidado em diabetes.	Visitar pacientes com DM para orientação de práticas do autocuidado.	Qualitativa	Dificuldade de compreensão das orientações por ser a maioria idosos e com nível de escolaridade baixo e assim uma maior dificuldade de adesão ao tratamento.
A7/FREUND T et al./2011/Alemanha	A atenção primária baseada na prática de gestão de cuidados para doentes crônicos(PraCMan):protocolo de estudo para um cluster ensaio clínico randomizado.	Determinar se uma intervenção de cuidados primários pode reduzir e evitar intimações por doenças crônicas.	Estudo Randomizado Controlado	Dificuldades que as pessoas com DM tem em aderir ao tratamento padrão que gera, diversas complicações graves que levam a intimações que podem ser evitadas.
A8/ARAÚJO MFM de et al./2012/Fortaleza	Prontidão para uma melhor gestão auto-gestão entre pessoas com diabetes <i>mellitus</i> .	Identificar o diagnóstico de enfermagem, prontidão para uma melhor gestão entre pessoas com DM tipo 2 que fazem tratamento farmacológico.	Estudo Transversal	Neste estudo observou uma maior dificuldades em pessoas que fazem uso de bebidas alcoólicas em aderir o tratamento.
A9/TORRES HC; ROQUE C; NUNES C/2013/Belo Horizonte	Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária.	Realizar uma experiência de forma educativa um monitoramento telefônico com pessoas com diabetes <i>mellitus</i> na atenção primária .	Estudo Descritivo	Foram detectadas dificuldades na dieta(falta de tempo,apetite,motivação e fator econômico) e dificuldade na prática de exercícios físicos(falta de animo,falta de tempo, problemas articulares e outros).

5 DISCUSSÃO

Após análise dos artigos selecionados e objetivando para uma melhor análise de discussão dos resultados foram elucidadas as categorias analíticas que estão escritas abaixo.

5.1 Principais dificuldades encontradas em pessoas com Diabetes Mellitus

As dificuldades relacionada ao autocuidado de pessoas com DM permeiam as crenças e conhecimentos diversos que impulsionam, ou não, a tomada de decisões condizentes com a saúde. As crenças, equívocos e imagens distorcidas dificultam o cuidado esperado e programado gerando complicações e embaraços prejudicando o processo de melhora. Diante a isso o entendimento total do DM se faz necessário para uma autoconfiança e realização de cuidados favoráveis a saúde (HASSAN et al., 2013).

Vries et al. (2013) afirmam que pacientes com doenças crônicas são mais susceptíveis a ter problemas psicossociais do que a população em geral. Os problemas como angústia ou depressão dificultam que o usuário consiga viver bem com a doença pois causam implicações influenciando e desmotivando a seguir estilo de vida.

Além disso, o nível de escolaridade e a idade avançada dificultam a compreensão quanto às orientações oferecidas pelo profissional de saúde. Dessa forma, há uma maior dificuldade no tratamento prejudicando e causando o descontrole da doença, o que destaca a necessidade do profissional ter habilidades na linguagem, construindo diálogos de forma clara e objetiva (TORRES; ROQUE; NUNES, 2014).

Ademais, o avançar da idade pode configurar uma dificuldade potencial para o autocuidado visto que a maioria das pessoas acima dos 60 anos possuem pouco conhecimento sobre a doença, acreditando que o DM refere-se somente ao excesso de açúcar no sangue devido a ingestão de muito doce o que ressalta a importância do desenvolvimento da educação em saúde, abordando temas como a alimentação e os exercícios físicos (TORRES; ROQUE; NUNES, 2014).

A inclusão da insulina no tratamento de pessoas com DM é vista como uma dificuldade em potencial. Hassan et al. (2013) ressaltam que o uso da insulina denota maior gravidade da patologia pelas pessoas com DM, o que limita a motivação para seu uso, salientando a necessidade da orientação quanto ao uso e os efeitos da insulina a fim de minimizar essas dificuldades.

O uso da insulina ainda é um tabu entre as pessoas com DM pois eles vivenciam dificuldades durante a aplicação, preferindo o uso da medicação oral por considerar de fácil administração não precisando de ajuda para tomá-lo. Esses fatores geram dificuldades fazendo que o tratamento que deveria se tornar um hábito rotineiro se torne um transtorno de vida (HASSAN et al., 2013).

O uso de álcool e tabaco também é responsável por potencializar as dificuldades em aderir ao tratamento, causando assim limitações diárias. Por isso, a Sociedade Brasileira de Diabetes e a *American Diabetes Association* recomendam que os profissionais de saúde devem orientar as pessoas com DM para que abandonem tais práticas a fim de contribuir para o controle dos índices glicêmicos (ARAÚJO et al., 2012).

Ainda que a mudança de estilo de vida e uma alimentação saudável ajudem na melhora do DM, as pessoas apresentam dificuldades em adaptar-se a um novo estilo de vida, considerando que a alimentação passará a ser regrada e alguns alimentos deverão ser evitados. Os autores afirmam que esse tipo de dificuldade é encontrada na maioria das pessoas com DM (JOHNSON et al., 2012).

Para potencializar as ações de autocuidado, é preciso conhecer a condição patológica. De acordo com os artigos incluídos nesta revisão, os usuários que apresentam baixo conhecimento sobre o DM consideram o autocuidado falho por parte dele expressando certa angústia diante da realização de atividades físicas e dieta, relatando que não conseguem participar de atividades educativas nas unidades de saúde (TORRES et al., 2013).

Assim, algumas estratégias educativas de incentivo ao autocuidado devem ser desenvolvidas. Por meio de treinamentos para o autocuidado pode-se melhorar os resultados e dificuldades de pessoas com DM, visto que muitos deles não conseguem manter o índice glicêmico em níveis normais prejudicando também a pressão arterial e o colesterol (GHOROB et al., 2011).

Uma das estratégias compreende a telemedicina e a telenfermagem. Através de um monitoramento telefônico, realizado por profissionais de saúde, se observou que as dificuldades em relação à dieta incluem a falta de apetite, o fator econômico, a motivação e a falta de tempo. Em relação às atividades físicas, as dificuldades permeiam os problemas cardíacos, a falta de tempo e os problemas articulares o que coloca em evidência possíveis riscos de complicações (TORRES et al., 2013).

Vadstrup et al. (2009) apontam efetividade dos grupos de aconselhamento sobre controle glicêmico e perda de peso em relação a aconselhamentos individuais, já que todos os

usuários apresentavam dificuldades que poderiam ser compartilhadas nos grupos, por meio da troca de experiências. Individualmente as pessoas com DM sentem-se intimidadas em compartilhar dúvidas o que pode ser solucionada nas conversas e reuniões de grupo.

Cabe ressaltar que as dificuldades em aderir ao tratamento geram diversas complicações que poderiam ser evitadas, como as internações hospitalares que geram diversas consequências como as infecções, mudança de habitat e reclusão da vida social, considerando a pré-disposição a este processo as pessoas com DM (FREUND et al., 2011).

Os mesmos autores afirmam que a adesão ao tratamento e a aceitação da doença configuram passos cruciais para obter melhoras derrubando as dificuldades, os anseios e principalmente potencializam a qualidade de vida. Afirmam, ainda, que as complicações se tornam cada vez mais frequentes em pessoas que não desenvolvem o autocuidado, o que destaca a importância de desenvolver estratégias de incentivo e motivação, individuais e coletivas.

Assim, conhecer os sentimentos dos usuários perante ao processo patológico, criar metas e incentivar a superação das dificuldades encontradas torna-se imprescindível para melhoria da qualidade de vida, o que deixa evidente a importância das atividades educativas (TORRES et al., 2013).

5.2 Importância do autocuidado apoiado para controle do Diabetes *Mellitus* tipo dois

O autocuidado é considerado como tópico de grande importância para o controle do DM, entretanto os usuários enfrentam falta de tempo e os problemas financeiros que afetam o padrão de autocuidado. Destaca-se, então, a importância da criação de estratégias para ultrapassar essas barreiras a partir da realidade vivenciada (TORRES et al., 2013).

O DM é uma doença crônica que exige assistência constante e sistemática, medicamentos em horários padronizados, atividades físicas, alimentação saudável e exames periódicos que passaram a fazer parte da rotina do usuário. Sendo assim, desenvolver o autocuidado é primordial sendo que o vínculo e a escuta qualificada pelos profissionais de saúde são substanciais para sanar dúvidas e conduzir esses cuidados (ARAÚJO et al., 2012).

Os artigos incluídos neste estudo, corroboram que as estratégias de visitas domiciliares são de grande relevância, onde o profissional de saúde leva medidas educativas que permitem a aproximação do usuário e o conhecimento de suas condições socioeconômicas

proporcionando um cuidado dentro da realidade de cada pessoa com DM (TORRES; ROQUE; NUNES, 2014).

Educar sobre a importância do autocuidado se faz necessário, pois as pessoas com DM acreditam que somente tratamento medicamentoso é suficiente para controlar os níveis glicêmicos e que as atividades físicas e a alimentação saudável não são necessárias. Através de grupos educativos e individuais acredita-se na possibilidade de mudança para essa visão, atendendo positivamente ao tratamento (VADSTRUP et al., 2009).

O serviço de saúde que oferece treinamentos para o autocuidado, ajudam o usuário com as medicações criando planos de ação para melhoria do autocuidado que facilitam o entendimento por parte das pessoas com DM ao cuidado (GHOROB et al., 2011).

Além disso, a prática de cuidados primários amenizam muito as complicações das doenças crônicas, e para um autocuidado eficaz cabe o seguimento de práticas educativas, como a participação em de grupos educativos, válidos para melhorar o conhecimento da doença e por em prática tudo que aprendeu, evitando assim internações desnecessárias que geram índices altos de internações por DM (FREUND et al., 2011).

Desenvolver o autocuidado é uma tarefa complexa tanto para quem vivência como para quem estimula, pois precisa ter conhecimentos, habilidades e valores, adotar a metodologia dialógica para estimular o usuário e atingir excelência do cuidado. Sendo assim o atendimento domiciliar pode melhorar o conhecimento do indivíduo sobre a doença favorecer mudança com hábitos alimentares, atividade física melhorando os índices glicêmicos (TORRES; ROQUE; NUNES, 2014).

A alimentação saudável e práticas de atividades físicas permanecem nos pilares de autocuidado sendo incluídas nas políticas de saúde e nos cuidados necessários para eficácia do tratamento. Cabe ressaltar que o autocuidado deve ser estimulado ainda para a prevenção do DM por meio da modificação do estilo de vida com melhorias nos riscos metabólicos (JOHNSON et al., 2012).

As preocupações e crenças dos pacientes com DM devem ser respeitadas desde que não afetem a prática do cuidado. A experiência e os conhecimentos dos profissionais de saúde devem compor explicações para tirar dúvidas quanto ao autocuidado e o tratamento do DM, melhorando e propagando hábitos de vidas saudáveis (HASSAN et al., 2013).

Assim, o serviço primário de atenção à saúde desenvolve um papel primordial no incentivo e apoio ao autocuidado, por meio de estratégias para alcançar resultados na educação das pessoas com DM, voltadas para o controle do DM e, assim, para prevenção de

complicações, colaborando na promoção da qualidade de vida (TORRES; ROQUE; NUNES,2014).

6 CONCLUSÃO

Essa revisão integrativa elucidou as dificuldades encontradas durante o autocuidado por pessoas com DM, sabendo-se que as doenças crônicas têm ganhado um importante espaço dentre as condições patológicas contemporâneas no Brasil, fato que se deve à rotina e aos hábitos das pessoas.

Deste modo, os artigos incluídos neste estudo ressaltam as necessidades de mudanças de hábitos alimentares, prática de atividades físicas e reorganização do estilo de vida. Os idosos acima de 60 anos se destacam por maior índice de dificuldade de autocuidado, principalmente com relação ao processo patológico e uso de medicações em domicílio, fatos que estão atrelados às condições sociais e alfabetização precária.

O DM sendo uma condição multifatorial que frequentemente está relacionado a hábitos de vida e conhecimentos, se torna uma incumbência bastante complicada tanto para o profissional que estimula quanto para o usuário que desenvolve, sendo necessário um bom entrosamento entre usuário e profissional, causando impactos positivos.

A inserção de atividades físicas, medicamentos padronizados e mudança na alimentação assustam pois antes o que não era necessário passou a ser uma prioridade na vida de pessoas com DM. A mudança de hábitos pode confundir e gerar sinais de negatividade, bem como complicação da condição de saúde.

O desconhecimento para o autocuidado e a desmotivação para exercer atividades saudáveis requerem do sistema de saúde um conjunto de ações priorizando os grupos de riscos e medidas socioeducativas permanentes. A ausência desses fatores pode gerar um maior índice de complicações pelo DM, aumentando as internações evitáveis que geram altos custos para saúde mundialmente. Cabe ressaltar que os métodos para controle do DM são acessíveis para todos, bastando a compreensão e a determinação de cuidados controlando fatores prejudiciais.

Sendo assim elementos como a prática do autocuidado apoiado torna-se a base de cuidados substancial para ajudar nas doenças crônicas que tem que ser controladas com tratamento medicamentoso e hábitos de vida saudável para alcançar resultados satisfatórios.

As práticas de atendimento em grupo e individuais fundamentam-se devido a troca de informações e destaca-se pelas experiências vividas por pessoas com DM, ajudando na educação em saúde a fim de diminuir as complicações, pois através de informações enriquecedoras as pessoas com DM evoluem seu aprendizado melhorando seu cuidado.

A APS tem um papel fundamental no processo de incentivo, cuidado, manutenção das intervenções propostas e implementadas, que ofertam maior estabilidade do processo patológico, minimizando os danos e as sequelas que surgem através da evolução da doença. Deste modo, as visitas domiciliares são de grande importância, pois os profissionais de saúde podem adentrar-se na casa do usuário e observar aspectos a serem melhorados, analisando e classificando pontos positivos os quais facilitam a prestação de cuidado.

A educação em saúde atua como mediadora na tomada de decisão do usuário apontando dados para autocuidar-se e para obtenção de decisões racionais para melhora da qualidade de vida. As pessoas com DM devem ser motivadas por meio de ações abrangentes reforçadas pelos profissionais de saúde, em aspecto multidisciplinar.

Visto que as pessoas convivem com crenças, mitos e medos, atrapalhando o cuidado para si mesmo, o profissional de saúde deve sanar quaisquer dúvidas esclarecendo o que está fora da realidade, justificando e ampliando a visão das pessoas com DM para um cuidado com resultados. Nesse sentido, o enfermeiro é essencial na prestação de cuidados, ele é elo entre usuário e serviço de qualidade ofertado e através dele várias estratégias são desenvolvidas e colocadas em prática oferecendo apoio total e eficaz para melhorar a qualidade de vida de pessoas com DM.

A literatura reconhece que é necessário supervisionar e conduzir prática do autocuidado dos usuários ofertando conhecimentos atualizados sobre o DM, boa comunicação, percepção e escuta, competência de negociação com os indivíduos planejando a redução de problemas ao atendimento de qualidade para atingir a educação em forma efetiva.

Assim, os estudos e pesquisas que abordem os diversos aspectos do adoecimento crônico, são de grande importância. As estratégias e ações de estímulo de autocuidado devem ser inseridas por meio de práticas educativas abrangentes, com o objetivo prevenir complicações e potencializar a qualidade de vida de pessoas com DM.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M. F. M. de. et al. Readiness for enhanced self-health management among people with diabetes mellitus. **Acta Paulista Enferm**, v. 25, n. 1, 133-39, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a23.pdf>>. Acesso em: 15 de Oct. 2015.
- ATAÍDE, M. B. C; DAMASCENO, M.M.C. Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. **Rev. Enferm. UERJ**, v.14,n.4,p.518-23,2006. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a05.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Caderno de Atenção Básica, n.16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para cuidado de pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidados prioritários**. Brasília: 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doencas_crônicas.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus**. Caderno de Atenção Básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 25 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a estratégia saúde da família (ESF) e o programa de agentes comunitários de saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20 out. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Redefine a rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no âmbito do sistema único de saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 30 out. 2015.
- DONADUZZI, J. C. **Ações educativas de enfermeiras em estratégias de saúde da família**. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS: 2009. Disponível em: <http://cora.ufsm.br/ppgenf/Disset_2009/DISSERT_JOANITA_CECHIN_DONADUZZI.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- FERREIRA, M.M; CARRILHO, E; CARRILHO, F. Diabetes Mellitus e sua influência no sucesso do tratamento endodôntico: um estudo clínico retrospectivo. **Rev. Cient. Ordem dos Médicos**, v.27,n.8,p. 15-22,2014. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/2089/3874>> . Acesso em: 29 mai. 2015.

- FREUND, T. et al. Primary care practice-based care management for chronically ill patients (PraCMan): study protocol for a cluster randomized controlled trial [ISRCTN56104508]. *Trials*, v. 12, p. 163, 2012. Disponível em: <<http://www.trialsjournal.com/content/12/1/163>>. Acesso em: 13 de Sep. 2015.
- GALVÃO, M. T.R.L. S.; JANEIRO, J.M.S.V.O. autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. *Rev.Min.Enferm*, v. 17, n. 2, p. 225-30, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593>>. Acesso em: 01 abr. 2015.
- GHOROB, A. et al. The effectiveness of peer health coaching in improving glycemic control among low-income patients with diabetes: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*, v. 11, p. 208, 2011. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/208>>. Acesso em: 01 de Sep. 2015.
- GOMIDES, D.S. et al. Autocuidado das pessoas com diabetes mellitus que possuem complicações em membros inferiores. *Acta Paulista de Enferm*, v.23, n.3, p.289-93, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n3/14.pdf>>. Acesso em: 01 mar. 2015.
- HASSAN, H. A. et al. Factors influencing insulin acceptance among type 2 diabetes mellitus patients in a primary care clinic: a qualitative exploration. *BMC Family Practice*, v. 14, p. 164, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4231611/?tool=pubmed>>. Acesso em: 11 de Oct. 2015.
- JOHNSON, S. T. et al. Healthy eating and active living for diabetes in primary care networks (HEALD-PCN): rationale, design, and evaluation of a pragmatic controlled trial for adults with type 2 diabetes. *BMC Family Practice*, v. 12, p. 455, 2012. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/455>>. Acesso em: 30 de Ago. 2015.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1.ed. Brasília: All Type Assessoria Editorial Ltda, 2012.
- MENDES, K. D; SILVEIRA, R. C. C. P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Rev. Texto Contexto Enfermagem*, v.17, n.4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 28 mai. 2015.
- MINAS GERAIS. Departamento de Atenção Básica (Org). **Conteúdo técnico da linha-guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica**. 3. ed. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2013.
- PASQUALOTTO, K.R; ALBERTON, D; FRIGERI, H.R. Diabetes mellitus e Complicações. *Rev. Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins*, v. 1, n. 4, 2012. Disponível em: <<http://revista.uft.edu.br/index.php/JBB/article/view/385/267>>. Acesso em: 20 mar. 2015.
- PEREIRA, F.R.L. et al. Promovendo o Autocuidado em Diabetes na Educação Individual e em Grupo. *Rev.Ciência Cuid.Saúde*, v.8, n.4, p.594-99, 2009. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/9686/5353>>. Acesso em: 10 mai. 2015.

- SEBIN, D.R. et al. Diabetes Mellitus: mudança no estilo de vida. **Rev. Universo da Enferm**, v. 3, n. 1, p.13-8, 2014. Disponível em: <http://novavenecia.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2014/06/universo_enf_05.pdf>. Acesso em: 04 mai. 2015.
- SILVA, I.J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.3, p.697-703, 2009. Disponível em: <<http://file:///C:/Users/Ciente/Downloads/40411-47844-1-PB.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus**. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. v.3, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p.1160-1161.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES(SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014: epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus**. Rio de Janeiro: Gen/Grupo Editorial Nacional, 2014. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2015.
- TAVARES, M. F. L. Promoção de saúde: a negação da negação. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 5, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2005000500041&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 mai. 2015.
- TORRES, H. C; ROQUE, C; NUNES, C. Visita domiciliar: estratégia educativa para o autocuidado de clientes diabéticos na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 19, n. 1, p. 89-93, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v19n1/v19n1a15.pdf>>. Acesso em: 03 de out. 2015.
- TORRES, H. C. et al. Monitoramento telefônico como estratégia educativa para o autocuidado das pessoas com diabetes na atenção primária. **Rev. Ciênc. enferm**, v. 19, n. 1, p. 95-105, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000100009>. Acesso em: 21 de set. 2015.
- TSCHIEDEL, B. Complicações crônicas do diabetes. **Rev. Científica da Sociedade Brasileira de Endocrinologia**, v. 102, n.4, p.7-11, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0047-2077/2014/v102n5/a4502.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.
- VADSTRUP, E. S. et al. Lifestyle intervention for type 2 diabetes patients: trial protocol of The Copenhagen Type 2 Diabetes Rehabilitation Project. **BMC Family Practice**, v. 9, p. 166, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/166>>. Acesso em: 10 de Sep. 2015.
- VRIES, A. V. D. de. et al. Integrating nurse-led Self-Management Support (SMS) in routine primary care: design of a hybrid effectiveness-implementation study among type 2 diabetes patients with problems of daily functioning and emotional distress: a study protocol. **BMC Family Practice**, v. 14, p. 77, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3699365/?tool=pubmed>>. Acesso em: 19 de Sep. 2015.

WELFER,M;LEITE,M. T. Ser portador de diabetes tipo 2: cuidando-se para continuar vivendo.**Rev. Elet. Ciencia Médica**,v.15,n.3,2005.Disponível em:<<http://file:///C:/Users/Cliente/Downloads/1561-5640-2-PB.pdf>>. Acesso em: 25 mar.2015.