

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JULIANA LOUREIRO DA SILVA

**A ATENÇÃO BÁSICA NA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO DIABETES
MELLITUS SOB O ENFOQUE DA TEORIA DE OREM.**

FLORIANÓPOLIS

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JULIANA LOUREIRO DA SILVA

**A ATENÇÃO BÁSICA NA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO DIABETES
MELLITUS SOB O ENFOQUE DA TEORIA DE OREM.**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas Não-Transmissíveis do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Dra Juliana Balbinot Reis Girondi

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **A ATENÇÃO BÁSICA NA REDUÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS SOB O ENFOQUE DA TEORIA DE OREM** de autoria do aluno **JULIANA LOUREIRO DA SILVA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – **Área Doenças crônicas Não- Transmissíveis**.

Profa. Dra. Juliana Balbinot Reis Girondi

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu esposo Bernardo de Queiroz Rodrigues com muito amor, admiração, carinho e muita gratidão, por ter estado a todo o tempo ao meu lado, me apoiando com suas palavras de incentivo e estímulo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao soberano Deus pela força e sustentação no decorrer desta jornada de curso.

Ao corpo docente, coordenação, direção pela oportunidade de aprender um pouco mais e por ter me proporcionado a oportunidade de desenvolvimento e aperfeiçoamento profissional.

A minha família, mãe, avó, pelo apoio e palavras, mesmo que distante, nos momentos difíceis.

A minha orientadora, Juliana Balbinot Reis Girondi, que em pouco tempo de contato, me incentivou, e me deu sugestões de melhoria para o desenvolvimento de meu trabalho. mesmo que por pouco tempo

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 10 |
| 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 14 |
| 2.1 Teoria do Autocuidado | 17 |
| 2.2 Teoria do Déficit do Autocuidado | 17 |
| 2.3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem | 17 |
| 3. MÉTODO | 18 |
| 4. RESULTADO E ANÁLISES | 25 |
| 4.1 A relação entre a tecnologia de cuidado e a Teoria de Orem | 25 |
| 4.2 Avaliação física e social | 25 |
| 4.3 História pregressa | 26 |
| 4.4 História familiar | 27 |
| 4.5 Requisitos do Autocuidado | 27 |
| 4.5.1 Requisitos universais | |
| 4.5.2 Requisitos de desenvolvimento | 29 |
| 4.5.3 Requisitos de desvios de saúde | 30 |
| 4.6 Planejamento da assistência | 31 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 32 |
| APÊNDICE | 33 |
| REFERÊNCIAS | 36 |

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1. Análise de dados emitidos pelo SIS-HIPERDIA/ DATASUS _____22

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1. Cronograma de elaboração do TCC _____ 21

QUADRO 2. Consolidado por microárea da análise dos prontuários de diabéticos na UBS
_____ 24

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Número de diabéticos cadastrados por tipo no Estado de Mato Grosso do Sul
MS _____ 12

TABELA 2. Correlação dos instrumentos utilizados e seus conteúdos para elaboração do TCC
_____ 21

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1. Classificação do número de diabéticos cadastrados no município de Ladário-MS _____12

GRÁFICO 2. Estimativa de crescimento da população ladarense _____23

GRÁFICO 3. Série Histórica do número de Internações para Tratamento de DM _____23

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) representa uma das principais causas de morbimortalidade pelo grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis, não só no espaço geográfico brasileiro, mas em todo o mundo. Estima-se que no Brasil o número de indivíduos com DM é de 12.054.827, conforme divulgado pela Sociedade Brasileira de Diabete (IBGE, 2010). Portanto, atualmente essa situação se apresenta como um desafio para a sociedade brasileira, pela sua elevada prevalência e ônus financeiro demandado, um grave problema de saúde pública.

Segundo o Ministério da Saúde (2013), as causas que contribuem para o aumento da incidência e prevalência do DM em todo o mundo são o aumento da expectativa de vida da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, hábitos alimentares e estilos de vida inadequados, além da obesidade. Estes fatores, devido as suas variadas dimensões, levam a uma maior complexidade com relação abordagem dessa doença.

Neste contexto, a Atenção Básica ganha um papel de destaque, como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), com ações e serviços regidos pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ainda, a Estratégia de Saúde da Família, dentro da estrutura do SUS, no que diz respeito à Rede de Atenção à Saúde, constitui uma Estratégia Prioritária que visa à expansão e consolidação da Atenção Básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

É notável a contribuição e o importantíssimo papel da Atenção Básica nas ações de promoção, prevenção e controle das complicações que podem ser ocasionadas pelo DM. Os princípios e diretrizes de operacionalização que regem esta política prevê a descentralização da assistência; corresponsabilização; resolutividade das necessidades de saúde; estabelecimento do vínculo para construções de relações de confiança entre cliente e profissional; integralidade; interdisciplinaridade e; a participação do cliente na organização e orientação das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2006).

O Hiperdia, é uma das ferramentas implementadas na Atenção Básica que visa gerir o cuidado aos portadores de DM e Hipertensão Arterial de forma contínua e de qualidade, resultando no controle destes agravos e de suas complicações. Sendo assim, consiste em um sistema informatizado alimentado com dados fornecidos pelas equipes atuantes nas unidades

básicas de saúde do SUS que cadastra e acompanha os clientes com DM em uma determinada região. (MINISTÉRIO DA SAÚDE/ DATASUS, 2001).

De acordo com dados extraídos deste sistema de informação, o Estado de Mato Grosso do Sul apresenta atualmente um total de 37.712 diabéticos cadastrados pelas Unidades Básicas de Saúde, sendo esta disposição apresentada conforme tabela abaixo:

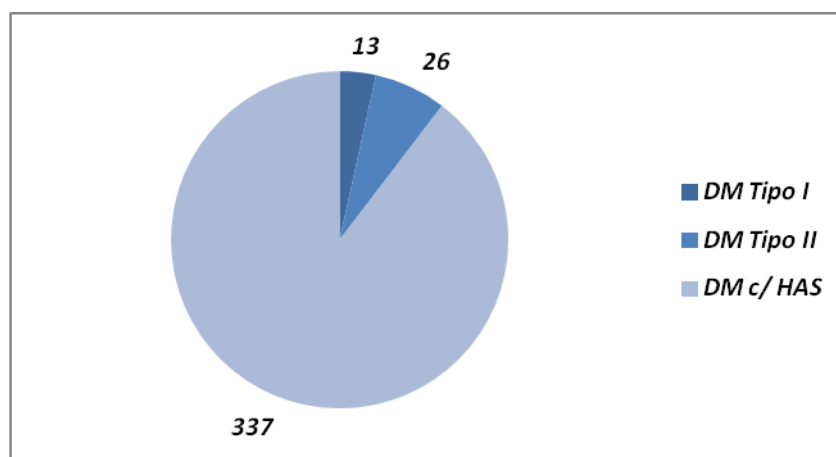
Tabela 1: Número de diabéticos cadastrados por tipo no Estado de Mato Grosso do Sul- MS

| UF | TOTAL | N de diabéticos | | | | N de diabéticos c/ Hipertensão | |
|----|-------|-----------------|------|---------|------|--------------------------------|-------|
| | | Tipo I | | Tipo II | | Masc. | Fem. |
| | | Mas. | Fem. | Masc. | Fem. | | |
| MS | 37712 | 763 | 925 | 2000 | 2467 | 10723 | 20834 |

Fonte: Datasus/ SISHIPERDIA, acessado em 02/02/2014

O município de Ladário possui um total de 376 portadores de DM cadastrados neste programa. Este total representa 1,78% da população, parecendo ocorrer subcadastramento de diabéticos, devido ao número de prontuários encontrados nas unidades de clientes com diagnóstico médico de DM. Estes são classificados conforme categoria disposta no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Classificação do número de diabéticos cadastrados no município de Ladário-MS



Fonte: Datasus/ SISHIPERDIA

Com base nestes dados, verifica-se a necessidade de ampliar a utilização deste sistema de informação no gerenciamento do cuidado ao cliente diabético para prevenção de complicações potenciais, visto a observância de um número maior de diagnósticos médicos de DM no município, comprovado pelo número elevado de prontuários nas unidades básicas.

Diversas iniciativas vêm sendo empregadas no município, na tentativa de ampliar o acompanhamento dos indivíduos diabéticos pelos membros da equipe, reduzindo desta forma as morbidades hospitalares como, por exemplo:

- cadastramento porta a porta nas microáreas da população com diagnóstico de Diabetes;
- educação em saúde desenvolvidas por meio de rodas de conversa com a participação do enfermeiro, médico, agentes comunitários e técnico de enfermagem;
- consultas médicas e de enfermagem nas microáreas com distribuição das medicações de acordo com prescrição médica seguido por orientações quanto a importância do tratamento medicamentoso associado a mudanças nos hábitos de vida;
- parceria com outros programas de saúde como o Programa de Saúde do Idoso com o café da manhã saudável, onde há a participação de um endocrinologista, psicóloga, agentes comunitários de saúde, enfermeiro e técnico de enfermagem com procedimentos de mensuração de glicemia capilar e verificação da pressão arterial, visando identificar fatores de risco para o desenvolvimento desta doença crônica.

Apesar da execução destas atividades, ainda há casos de descompensações glicêmicas que acabam por gerar morbidades hospitalares pela instalação de quadros agudos e/ou crônicos.

Conforme verificado no Sistema de Informação Hospitalar - SUS (SIH-SUS), em 2011, 2012 e 2013, foram verificados, respectivamente, um total de 21, 22 e 17 Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) de indivíduos residentes em Ladário para tratamento do Diabetes Mellitus. Estes números representam um percentual de 5,6%, 6% e 4,5% dos munícipes que possuem a doença.

As informações demonstram que as estratégias desenvolvidas pelas equipes de Atenção Básica do município estão sendo efetivas, mas ainda se faz necessário a elaboração de uma ferramenta que oriente os profissionais no estabelecimento do perfil de risco para

prevenir complicações da doença e que auxilie, concomitantemente, na elaboração de um plano de cuidados.

A justificativa para a elaboração deste instrumento consiste, principalmente na inexistência de um produto tecnológico que subsidie o enfermeiro e equipe no gerenciamento do risco para complicações da DM. Este recurso tecnológico se faz necessário, tendo em vista inúmeros fatores relacionados a esta Doença Crônica:

- o crescente aumento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, em especial o Diabetes Mellitus;
- a relevância da doença no cenário da saúde pública brasileira com suas variadas dimensões, o que torna sua abordagem complexa;
- exiguidade, no nível básico de padronização da assistência ofertada ao diabético;
- importância como instrumento de suporte nas tomadas de decisão quanto ao plano terapêutico a ser implementado, tomando por base a realidade local e os fatores de risco identificados;
- o ônus elevado das internações por complicações do Diabetes, bem como, o surgimento de morbidades hospitalares associadas a não efetividade do tratamento e/ou acompanhamento implementado.

Diante do exposto, a relevância da proposta está na possibilidade de redução das complicações do Diabetes no município de Ladário, e consequentes internações hospitalares pelo melhor gerenciamento do risco de complicações ocasionadas por esta doença, bem como a implementação de uma política mais voltada para a promoção e prevenção favorecida por uma avaliação sistematizada das demandas de autocuidado.

A inexistência de um instrumento voltado para Atenção Primária, baseado nos achados epidemiológicos e nos determinantes sociais, com enfoque na abordagem integral ao portador de Diabetes, considerando os aspectos biopsicossociais, dificulta a elaboração de um plano terapêutico orientado, baseado nos fatores de risco observados, sendo esta a proposta da Política de Humanização, por meio da Clínica Ampliada. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O Objetivo geral do estudo é Implantar um instrumento de gerenciamento de risco ao portador de DM na Estratégia de Saúde da Família.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para fundamentação teórica do trabalho e direcionalidade na explicação dos resultados encontrados, optou-se por adotar um referencial teórico. O objetivo da Teoria nada mais é fundamentar os resultados científicos e explicar as relações entre as diversas variáveis encontradas, por meio de sistemas propostos que resumem todo o conhecimento existente, estimulando, a partir deste, novas pesquisas, fornecendo orientação e ímpeto (POLIT DF; BECK CT; HUNGLER BP, 2004).

Ainda com relação a aplicação de teorias em pesquisas científicas realizadas, esta proporciona uma maior amplitude da visão do profissional que decide adotar um referencial teórico em seus estudos, auxiliando-o no processo do conhecimento necessário para o aperfeiçoamento da prática profissional.

Portanto, para abordagem deste tema, decidiu-se utilizar a Teoria Geral de Orem, visto que, na assistência aos clientes diabéticos deve ser dada maior ênfase nas ações de prevenção das complicações, sem prejuízo das ações assistenciais, estimulando a autonomia do cliente em todo processo terapêutico, aumentando sua responsabilidade nos resultados da assistência oferecida, o que não exime os profissionais de saúde de suas devidas responsabilidades.

Esta Teoria de Enfermagem, desenvolvida por uma teórica que apresentou em seus postulados suas concepções sobre enfermagem, foi escolhida pois acredita-se que auxiliará a equipe de Atenção Básica no processo de reorganização da assistência oferecida ao portador de Diabetes no sistema público de saúde por possuir como características intrínsecas a sistematização do ensino do autocuidado. A visão de Dorothéa Orem, no contexto da Atenção Básica, ajuda o indivíduo para o autocuidado, quando este não tem condições de suprir seus próprios requerimentos e sua proposta de se estabelecer uma interação e cliente através de sua teoria do autocuidado, parece ser coerente com as diretrizes e metas do Programa de Saúde da Família (ASSMAN ET AL, 2005).

Na concepção de Orem o cuidado é próprio da ação positiva que tem uma prática e um caminho terapêutico, visando manter a vida e a promoção do funcionamento normal do ser humano. O cuidado ajuda no crescimento e no desenvolvimento, prevenção, controle e cura das enfermidades e processos danosos (LEOPARDI MT, 2006).

A Teoria Geral de Orem é construída por constructos teóricos: a Teoria do Autocuidado, a Teoria das Deficiências do Autocuidado e a Teoria de Sistemas de Enfermagem (LEOPARDI MT, 2006).

2.1 Teoria do Autocuidado

Orem conceitua o Autocuidado como a prática de atividades que as pessoas desempenham para fins de seu próprio benefício, no sentido de manter benefício, a vida, a saúde e o bem-estar (OREM, 1991).

São três os requisitos de autocuidado apresentados por Orem: Universais, de desenvolvimento e por desvio de saúde. Nessa Teoria, se a demanda de Autocuidado terapêutico excede a capacidade do autocuidado do indivíduo, caracteriza-se o déficit de autocuidado no qual se insere a atuação da enfermagem (SANTOS, ID; SARAT, CNF, 2008).

Orem (1991) diz que fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo afetam direta e indiretamente na sua capacidade de manter e promover o autocuidado. No caso, do diabético não é diferente, pois diversos fatores interferem no controle metabólico de um indivíduo, afetando positivamente ou negativamente seu estado de saúde.

Os requisitos Universais podem ser descritos como aqueles necessários a vida, no sentido de manter e/ou satisfazer as necessidades humanas básicas – manutenção da estrutura e funcionamento orgânico e bem-estar geral (OREM, 1991).

Ainda, sobre os requisitos de desenvolvimento, estão relacionados aos estágios de vida do ser humano e com os fatores que interferem no seu desenvolvimento (OREM, 1991).

Já os requisitos de desvio de saúde relacionam-se a distúrbios funcionais, genéticos, diagnósticos e medidas terapêuticas (OREM, 1991).

2.2 Teoria do Déficit do Autocuidado

Já o constructo da Teoria das Deficiências do Autocuidado pode ser entendida como a necessidade de satisfazer alguma necessidade básica correlacionada com a capacidade de desempenho de forma efetiva destas medidas de cuidado para satisfação das necessidades. Foster & Jansen (1993) diz sobre este aspecto que " [...] as habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida como de autocuidado[...]".

Refletindo sobre este aspecto, esta teoria infere-se ao desequilíbrio - que pode ser de ordem estrutural, física, psíquica ou até mesmo orgânica – entre as demandas e a incapacidade do indivíduo em satisfazê-la.

A responsabilidade e autonomia do cliente na assistência, parece estar implicitamente bem clara nas concepções de Orem. Esta afirma que, na identificação de déficits para o autocuidado, estabelece-se um Plano terapêutico, que envolve responsabilidades do enfermeiro, paciente e demais membros da equipe de saúde na busca da satisfação destas necessidades (OREM, 1991).

De acordo com Orem (1991) há cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; guiar o outro; apoiar o outro (fisicamente e psicologicamente) e; ensinar o outro. Sendo assim e, considerando estes métodos os membros da equipe de saúde atuante na Atenção Básica, pode se utilizar de qualquer um destes para oferecer assistência com autocuidado, promovendo o ensino e o desenvolvimento pessoal do outro.

2.3 Teoria dos Sistemas de Enfermagem

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, também de Orem, considera três aspectos de autocuidado: o totalmente compensatório, o parcialmente compensatório e o sistema de apoio e educação. Estes estão relacionados com o limite de capacidade que um cliente tem em realizar seu autocuidado e no grau de interferência do profissional enfermeiro na realização deste.

No sistema totalmente compensatório o indivíduo é incapaz de desenvolver o autocuidado, sendo o enfermeiro, no caso desta teoria, que vai atuar nas limitações do cliente, conseguindo o autocuidado do mesmo, através da compensação de sua incapacidade para o autocuidado, através do apoio e da proteção oferecida (TORRES GV; DAVIM RMB; NÓBREGA MML, 1999).

No caso em que o cliente consegue executar algumas medidas do autocuidado, mas, ainda assim, o enfermeiro necessita desenvolver ações de suporte de cuidado tem-se um sistema parcialmente compensatório. Segundo Torres, Davim e Nóbrega (1999), o enfermeiro efetiva algumas medidas de cuidado pelo cliente, compensando suas limitações, atendendo o cliente conforme o exigido.

Já no aspecto apoio-educação, o cliente consegue aprender as medidas de autocuidado terapêutico, desenvolvendo estas atividades apreendidas. O enfermeiro, nesse aspecto, promove o indivíduo a um ser com capacidade de se autocuidar (TORRES GV; DAVIM RMB; NÓBREGA MML, 1999).

Sendo assim, diante dos constructos expostos, a elaboração de um instrumento baseado nas concepções, constructos e ideologias de Orem, auxiliarão os profissionais no abarcamento de informações necessárias para um planejamento terapêutico individualizado/ singular, correspondendo ao perfil de risco de cada diabético para o estabelecimento de complicações desta doença crônica.

2. MÉTODO

Para melhor atender aos objetivos propostos, optou-se por uma Tecnologia de Cuidado, onde o produto do estudo é um recurso tecnológico. Trata-se de uma Tecnologia de cuidado, onde o enfermeiro faz uso de técnicas, procedimentos e habilidades na assistência dispensada ao cliente, de modo que possa colaborar na melhoria de sua qualidade de vida.

O estudo foi desenvolvido na cidade de Ladário, localizado na região Centro-Oeste e pertencente ao Estado de Mato Grosso do Sul. A cidade conta com uma população total de 21.106 habitantes (IBGE/ 2012). Faz parte da quarta região de saúde (Corumbá) do Estado, mas com total independência na execução de suas atividades. Mais especificamente, o desenrolar do estudo ocorreu na Unidade Básica de Saúde Érico do Valle Loaiza. A mesma fica localizada na área urbana da cidade e possui sob sua responsabilidade atualmente 5.338 pessoas. É considerado um enclave do município de Corumbá, localizado a 421Km da capital do estado e a 1435Km da capital Federal, sendo sua divisa o Rio Paraguai. Quanto às características físicas desta região, possui um clima quente, com episódios de chuva em algumas épocas do ano. Apesar de estar dentro de um outro território, possui preservada suas características sociais e econômicas, encontra-se, ainda, em processo de desenvolvimento.

A Unidade de saúde escolhida para a realização do estudo possui sua planta física composta por 01 consultório de enfermagem, 01 consultório médico, 01 sala de vacinas, 01 recepção, 01 sala de procedimentos, 01 sala de reuniões, 01 refeitório e 02 sanitários.

Os participantes do estudo foram o enfermeiro da unidade, odontologista, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem recepcionista, Auxiliar de Serviços Diversos (ASD) e os Agentes Comunitários da Unidade (ACS). O profissional médico não participou dos estudos, visto que, parte dos médicos que atuam na cidade são militares que permanecem apenas durante 01 ano no local e, comumente, necessitam fazer viagens que levam alguns dias, sendo substituídos por outros médicos durante este período.

A proposta foi a construção de um instrumento para assistência ao portador de Diabetes que visa auxiliar na mensuração da potencialidade do indivíduo para o desenvolvimento de complicações que poderiam advir da cronicidade desta doença e, na elaboração de um plano terapêutico individualizado.

Apesar de trata-se de uma atividade prática, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para formalização do trabalho a ser executado, porém o mesmo não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), não sendo utilizados, portanto, dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida). Este termo constava dos seguintes itens: os objetivos; procedimentos; metodologias; especificação da inexistência de risco; livre arbítrio para desistir a qualquer momento de sua participação no trabalho, não sendo por isso penalizado por tal desistência; plano de acompanhamento ao sujeito do estudo, visando protegê-lo de possíveis consequências decorrentes dos procedimentos do tal; local, data e assinatura dos sujeitos; assinatura do autor do trabalho e seu telefone de contato para quaisquer dúvidas. Este foi assinado em duas vias, após leitura e esclarecimento, ficando uma via com o autor e outra com o profissional participante.

Este instrumento seria utilizado pelo profissional médico ou enfermeiro nas consultas mensais que são agendadas, bem como nas visitas domiciliares ao indivíduo diabético adstrito na área, caso este não realize seu acompanhamento na unidade de saúde. O mesmo instrumento constituiria um novo documento a ser anexado ao prontuário do cliente. Mensalmente, um gráfico de cores, correspondentes a probabilidade de complicações por ocasião da DM, seria realizado para uma melhor visualização, mapeamento de risco e traçado do perfil epidemiológico das microáreas.

O desenvolvimento do plano de trabalho deu-se início a partir de setembro/ 2013, após o terceiro encontro presencial com os tutores regionais do Curso de Especialização Linhas de Cuidado em Enfermagem Doenças Crônicas Não Transmissíveis. A partir daí, reuniões foram desenvolvidas, para a elaboração conjunta da nova tecnologia de cuidado direcionada ao cliente diabético, visto a necessidade de uma abordagem diferenciada a este grupo da população. O desenrolar do trabalho, se deu mediante as seguintes etapas descritas no quadro abaixo:

Quadro 1. Cronograma de elaboração do TCC

| CRONOGRAMA | | |
|-------------------|--|----------------------|
| ETAPAS | DESCRIÇÃO | PERÍODO/2013 |
| ETAPA I | Apresentação do trabalho a equipe e objetivos | Setembro |
| ETAPA II | Coleta de dados | Setembro/Outubro |
| ETAPA III | Análise dos dados com base nos três constructos de Orem | Novembro |
| ETAPA IV | Apresentação da análise realizada à equipe com posterior discussão. | Novembro |
| ETAPA V | Elaboração do recurso tecnológico baseado nos três constructos de Orem com participação de toda equipe | Dezembro/ janeiro |
| ETAPA VI | Apresentação da proposta de implantação do instrumento de cuidado | Fevereiro |

Para a construção do estudo, algumas ferramentas foram fundamentais, sendo, portanto, analisadas cuidadosamente a fim de nortear a elaboração do recurso tecnológico proposto. A tabela abaixo, cita as ferramentas e correlaciona-as ao conteúdo analisado:

Tabela 2. Correlação dos instrumentos utilizados e seus conteúdos para elaboração do TCC

| INSTRUMENTO | CONTEÚDO |
|---|---|
| Sistema de Informação: SISHIPERDIA, TABNET (SIA-SUS, SIH), IBGE, | Número de diabéticos cadastrados no município por sexo, tipo e patologia concomitante (Hipertensão Arterial); Número de habitantes no município de Ladário; Procedimentos hospitalares do SUS por local de residência-MS; |
| Ficha de acompanhamento de Diabéticos – Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB)* | Número de diabéticos cadastrados por microárea, complicações ocasionadas pela doença, medicações utilizadas. |

| | |
|----------------------|---|
| <p>Prontuários**</p> | <p>Os prontuários foram analisados a fim de verificar os clientes diabéticos acompanhados na unidade (observou-se que nem todos são cadastrados no SISHIPERDIA) com diagnóstico médico de DM, bem como as complicações mais prevalentes e internações ocasionadas pelas mesmas.</p> |
|----------------------|---|

*A partir da análise optou-se por não considerar as informações contidas nas fichas B-DIA, pois as mesmas encontravam-se desatualizadas.

** Os prontuários foram utilizados apenas para embasamento, norteamto e traçado do perfil epidemiológico da população ladarense com relação às complicações da DM. Os dados analisados não foram utilizados no estudo por questões meramente éticas, uma vez que o projeto não foi submetido a nenhum Comitê de Ética e Pesquisa.

As ferramentas foram analisadas pelo autor do trabalho e as informações consolidadas discutidos em equipe a partir de uma apresentação realizada.

Figura 1. Análise de dados emitidos pelo Sis-Hiperdia/ DATASUS

Número de Diabéticos, Hipertensos e Diabéticos com Hipertensão por sexo, tipo e risco

Agrupar por UF
 Agrupar por Município

Período: de 01/1999 até 12/2013
 Seleção a UF: MS
 Seleção a Dires:
 Seleção o Município: JARRGUARI, JARDIM, JATEI, JUTI, LADARIO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
 * Número de Diabéticos, Hipertensos e Diabéticos com Hipertensão por sexo, tipo e risco
 Agrupado por Município, período de 01/1999 até 12/2013
 UF:MS

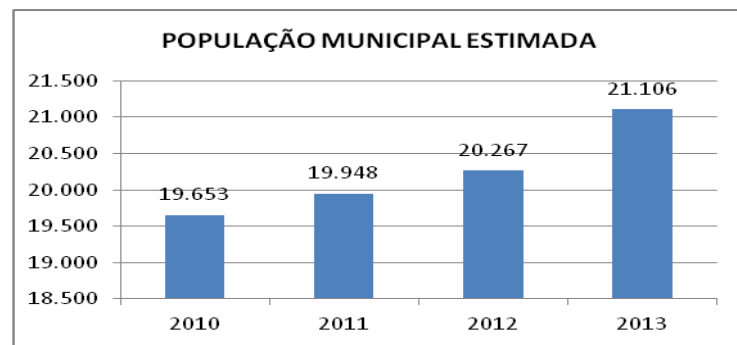
| Código | Município | Nº de Diabéticos | | | | Nº de Hipertensos | | | Nº de Diabéticos com Hipertensão | | | |
|--------------|-----------|------------------|----------|----------|----------|-------------------|------------|------------|----------------------------------|------------|-----------|------------|
| | | Total | Tipo 1 | | Tipo 2 | | Total | Masc | Fem | Total | Masc | Fem |
| 5005202 | LADARIO | 39 | 6 | 7 | 9 | 17 | 843 | 298 | 545 | 337 | 87 | 250 |
| Total | | 39 | 6 | 7 | 9 | 17 | 843 | 298 | 545 | 337 | 87 | 250 |

Página de Resultados: 1

Através do SIS-Hiperdia, sistema de cadastro e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, obteve-se informações sobre o número de cadastrados no município de Ladário, tabulando-os conforme a classificação do tipo de Diabetes e a presença de Hipertensão, sendo divididos em: indivíduos portadores de Diabetes Tipo I, Tipo II e indivíduos portadores de diabetes e hipertensão, conforme na figura 1.

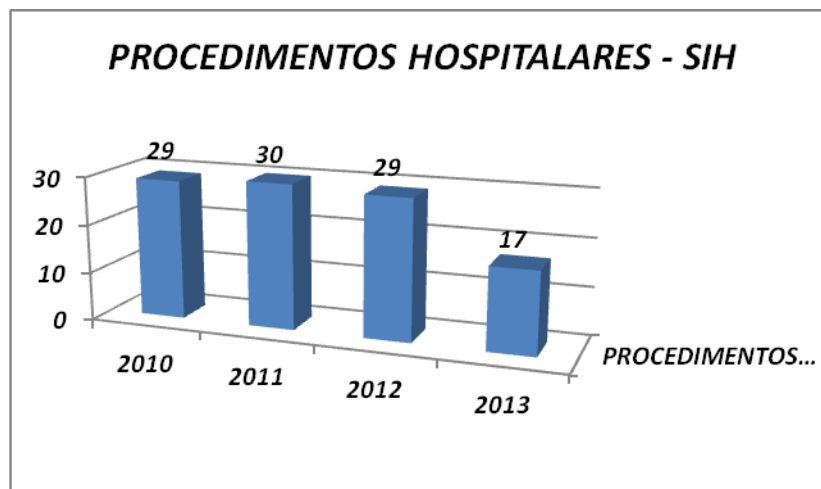
Já para análise de cunho demográfico e hospitalar, optou-se pela elaboração de um gráfico que melhor elucidasse as informações encontradas:

Gráfico 2. Estimativa de crescimento da população ladarense



Fonte: TABNET, IBGE, 2014

Gráfico 3. Série Histórica do número de Internações para Tratamento de Diabetes mellitus



Fonte: TABNET, SIH/SUS, 2014

No SIH-SUS, tabulou-se o número de procedimentos hospitalares. Para subsidiar a análise destas informações hospitalares considerou-se o período de janeiro a setembro dos anos de 2010, 2011 e 2013.

Para análise das informações contidas nos prontuários, elaborou-se um quadro com objetivo de consolidá-las:

Quadro 2: Consolidado por microárea da análise dos prontuários de diabéticos na UBS

| NÚMERO DE PRONTUÁRIOS NA UNIDADE POR SEXO | | PRONTUÁRIOS CADASTRADOS NO SISHIPE RDIA | HISTÓRIA DE COMPLICAÇÕES POR DM REGISTRADAS | HISTÓRIA DE INTERNAÇÃO POR COMPLICAÇÕES DA DM | DIABÉTICOS CADASTRADOS/ INTERNAÇÕES POR MICROÁREA | | | | | |
|--|-------------|--|--|--|--|-----------|------------|-----------|-----------|-----------|
| | | | | | I | II | III | IV | V | VI |
| FEM | MASC | | | | 35 | 24 | 63 | 17 | 37 | 27 |
| 144 | 59 | 78 | 67 | 43 | 09 | 07 | 05 | 00 | 12 | 10 |

Fonte: UBS Érico do Valle Loiza, 2013

As principais complicações relatadas no prontuário foram a Retinopatia, Neuropatia e complicações cardiovasculares. Percebeu-se que, a maioria dos prontuários não possuíam um histórico de saúde conciso que pudesse ser utilizado no traçado do risco de internação por complicações da DM.

4. RESULTADOS/ ANÁLISES

4.1 A relação entre a Tecnologia de cuidado e a teoria de Orem

O portador de doenças crônicas exige dos profissionais que atuam em qualquer nível estrutural da Rede de Atenção à saúde (RAS) um cuidado sistematizado, bem como uma RAS estruturada e menos complexa que atenda aos princípios e diretrizes do SUS na assistência a saúde. Sendo assim, surge a necessidade da estruturação de um recurso tecnológico que colabore para uma assistência de qualidade prestada ao cliente diabético.

Portanto, o modelo de assistência de atenção à saúde, foi desenvolvido nos moldes de Orem, tomando por base estudos desenvolvidos que apontam as vantagens da aplicação deste referencial teórico na assistência a clientes diabéticos, tornando-se um facilitador no processo de planejamento para uma assistência de enfermagem ampla e efetiva a nível domiciliar e da equipe multidisciplinar (TITUS; PORTER, 1989).

O instrumento foi desenvolvido, considerando alguns aspectos teóricos deste modelo como: fatores que afetam direta e/ou indiretamente a saúde do indivíduo, requisitos universais, de desenvolvimento e de desvios da saúde. Para o estabelecimento do plano de gerenciamento de risco foram definidos itens como fatores condicionantes de saúde que afetam direta ou indiretamente a saúde do cliente diabético, o sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e Sistema de apoio-educação.

4.2 Avaliação Física e social

A avaliação física é de fundamental importância para auxiliar o profissional na detecção precoce de potenciais complicações que podem ser ocasionadas pela DM. A questão da avaliação física foi incluída como um dos fatores condicionantes de saúde, visto que, para manutenção da saúde orgânica, é necessário uma perfeita sintonia fisiológica entre os sistemas do corpo.

Este item foi incluso neste instrumento de gerenciamento do risco de complicações para DM, pois acredita-se que a avaliação física é uma etapa relevante no processo de planejamento da assistência prestada pelo enfermeiro, pois busca investigar sinais e sintomas

que sugerem anormalidades e alterações no processo saúde-doença (SANTOS, VEIGA, ANDRADE, 2011).

Com uma avaliação física minuciosa e dirigida especificamente para o portador de DM, fica mais fácil detectar as necessidades e limitações do indivíduo em desempenhar medidas de cuidado, bem como as capacidades em desenvolver o autocuidado. Além disso, o exame físico faz parte do chamado processo de enfermagem que constitui um sistema para determinar por que a pessoa precisa de cuidados, planos de cuidados, implementação dos cuidados (SANTOS & SARAT, 2008).

Os fatores sociais também podem interferir na adesão ao tratamento diabetológico, bem como no estabelecimento do plano terapêutico. Em estudos realizados se verifica bem a relação entre o social e o controle desta doença. As ações de saúde estão além de meras prescrições, julgamentos e raciocínios clínicos. A saúde é produto da interferência de um conjunto de fatores- orgânicos, psicossociais, socioeconômicos e espirituais - que intervêm direta ou indiretamente no indivíduo e na coletividade, favorecendo ou desfavorecendo a manutenção e recuperação de seu estado de saúde (PEREIRA, 2003). Ou seja, aspectos como condição financeira, familiar e as interrelações ambientais influenciam na capacidade das pessoas manterem-se saudáveis.

A Educação em Saúde como uma prática social e inerente a todos os níveis de complexidade, porém, mais intrínseca ao nível de atenção básica, é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário, particularmente no que se refere às doenças crônicas. Mas o processo de capacitar este cliente, deve levar em consideração nível de escolaridade, aspectos econômicos, percepções, conhecimentos, contexto familiar e comunitário do indivíduo. Isto porque os aspectos educativos em saúde, influenciam a qualidade de vida, melhoram a relação existente entre profissional – cliente e os ambientes físicos e sociais (SILVA, et al., 2009).

Sendo assim, quando se fala em gerenciamento de risco, aspectos sociais e econômicos devem ser considerados, objetivando, sobretudo, promover o autocuidado do cliente, de modo que este possa manter sua qualidade de vida de acordo com sua posição assumida na sociedade.

4.3 História pregressa

Conhecer a história pregressa do indivíduo diabético é de extrema importância para o planejamento de uma assistência que promova a autonomia dos sujeitos na realização de suas atividades de autocuidado. O Ministério da saúde (2013) diz que o objetivo da consulta de enfermagem é conhecer a história pregressa do paciente (...), avaliar o potencial para o autocuidado e avaliar as condições de saúde.

Na proposta tecnológica apresentada considerou-se fundamental as seguintes observações: número de gestações e abortos, visto que a gravidez é fator de risco para o desenvolvimento de complicações da doença e para ocorrência de Diabetes Gestacional; o número de internações, o motivo destas e as cirurgias realizadas a fim de avaliar o perfil de risco do portador de DM durante o seu acompanhamento. Considera-se para fins de avaliação, episódios de Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico e intercorrências metabólicas anteriores como cetoacidose, hiper e hipoglicemia.

4.4 História Familiar

É de suma importância durante a entrevista com o cliente, indagá-lo sobre o histórico familiar do mesmo, visto que algumas doenças crônicas, possuem correlação com aspectos genéticos, além de ser considerado pelo Ministério da Saúde (2013) como aspecto relevante da história clínica da pessoa com DM. A hereditariedade constitui uma fator de risco não-modificável para o acometimento da DM.

Diante disto, as informações relativas a aspectos hereditários subsidia o profissional no planejamento das atividades a serem desenvolvidas com o cliente diabético a fim de prevenir complicações da doença. Tanto este aspecto como os outros ajuda a equipe a entender o porquê de algumas limitações na satisfação de suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. Em contrapartida, o conhecimento da relação familiar do cliente por parte do profissional de saúde é de suma importância, pois permite que haja um aumento da consciência sobre as relações da “queixa” com a vida. Além disso, a inclusão de um membro familiar na formulação do planejamento terapêutico, fortalece a rede de apoio familiar para a continuidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008), auxiliando-o na satisfação de

algumas necessidades e prevenindo, conseqüentemente, complicações ocasionadas por distúrbios metabólicos provenientes da DM.

4.5 Requisitos do Autocuidado

4.5.1 Requisitos Universais

Dentre os requisitos universais analisados estão as necessidades fisiológicas, de segurança, sociais, de estima/ autorealização.

Com relação as necessidades fisiológicas verificou-se a capacidade do indivíduo portador da Diabetes de se alimentar sozinho, de maneira adequada e saudável, bem como proceder, sem a utilização de técnicas, as eliminações vesico-intestinais.

Um bom funcionamento fisiológico do corpo é fundamental para manutenção de níveis glicêmicos adequados e na prevenção de complicações por esta doença. E quando o cliente, sozinho, não conseguir manter estas funções de maneira adequada, é identificado um déficit de autocuidado, necessitando, portanto, de intervenção terapêutica por parte da equipe de saúde.

As necessidades de segurança dizem respeito ao conhecimento que o cliente tem da doença, sendo capaz de reconhecer os sinais e sintomas de descompensações glicêmicas e de adotar medidas que promovam a estabilização do quadro clínico. Caso este não consiga, por si mesmo, identificar indícios que podem levar a distúrbios metabólicos, seja por déficits psíquicos, sociais e/ ou físicos é necessário o estabelecimento de estratégias que promovam a prevenção de complicações ocasionadas pela Diabetes como, por exemplo, a inserção de um terceiro neste planejamento que auxiliará o indivíduo na promoção deste cuidado, dando ênfase ao denominado Projeto Terapêutico Singular.

Para Merhy (1999), o Projeto Terapêutico Singular constitui um instrumento que visa atender ao usuário em suas demandas objetivas e subjetivas, tendo como objetivo promover a autonomia e se apropriar de seu processo de cuidado. Ou seja, a promoção da autonomia do usuário parte de um conjunto de ações cooperativas, coletivas e interdisciplinares que visa modificar o processo de adoecimento do indivíduo.

As necessidades sociais referem-se à capacidade do indivíduo desenvolver uma boa relação terapêutica com a equipe de saúde, participando de grupos e encontros que promovam troca de experiências e ajuda terapêutica no desenrolar da doença. É imprescindível o fortalecimento do vínculo equipe X usuário, pois contribui na oferta de uma visão mais ampliada de seu processo patológico, oferecendo conhecimento, motivação que irão auxiliá-lo a vencer desafios impostos pela doença, além da adoção de hábitos de vida mais saudáveis e adesão a terapêutica planejada (SOCIEDADE BRASILEIRA CARDIOLOGIA, 2009).

Incentivar a participação do cliente diabético em reuniões terapêuticas, ou quando este não consegue integrar-se aos grupos, seja por questões físicas, psíquicas, sociais, de trabalho, é importante a criação de espaços alternativos com o usuário, profissionais e família a fim de traçar o perfil de risco para complicações da DM.

Já as necessidades de estima/ auto-realização é satisfeita quando o cliente diabético participa conjuntamente com toda equipe de saúde na elaboração de seu plano terapêutico, na perspectiva da Clínica Ampliada. Além disso, é a partir daí que são verificadas, pelo binômio cliente X profissional, os potenciais para o autocuidado, bem como as Demandas para o autocuidado.

4.5.2 Requisitos de Desenvolvimento

Os requisitos de desenvolvimento referem-se a capacidade de adaptação do indivíduo a sua nova condição que, no contexto atual, é um processo patológico caracterizado pelo DM. A aceitação da doença é imprescindível para a implementação do autocuidado, bem como na prevenção de complicações ocasionadas pela DM.

A não aceitação desta doença crônica por um indivíduo consiste no acometimento de todo o sistema fisiológico, em algumas situações com consequências irreparáveis, gerando uma desarmonia progressiva no sistema orgânico e limitações no potencial de vida do diabético, não existindo nenhuma área de sua vida que não possa ser afetada.

Sendo assim, é fundamental que o profissional conheça a adesão deste cliente ao plano terapêutico, regularização da realização de exames médicos, o conhecimento da doença pelo cliente e sua capacidade em implementar os cuidados planejados.

Diante disto, é fundamental um envolvimento harmonioso entre pacientes, família e profissionais de saúde, buscando um equilíbrio biológico, psicológico e social do indivíduo (ANTÔNIO, 2010), incluindo outros atores sociais quando o indivíduo não conseguir satisfazer os cuidados necessários e inerentes ao tratamento diabetológico.

4.5.3 Requisitos de desvios de saúde

Os requisitos classificados por Orem como “desvios de saúde” dizem respeito a instabilidades hemodinâmicas, físicas ou psíquicas decorrentes de agravos que acometem a saúde, no contexto em questão, uma doença crônica. Quando o indivíduo exerce sua capacidade para o autocuidado, a acentuação dos episódios de instabilidade decorrentes destes agravos tende a minimizar.

No caso da DM, torna-se necessário conhecer o desenrolar deste processo patológico no cliente, visto que, trata-se de uma doença crônica de grande magnitude e repercussões físicas, psíquicas e sociais. Sendo assim, para elaboração do instrumento de gerenciamento de risco, buscou-se investigar descompensações glicêmicas, metabólicas, presença de infecções dermatológicas e alterações em outros sistemas orgânicos, acreditando que estas informações possam contribuir para identificar as exigências terapêuticas demandadas. Sobre isso, Polit & Hungler (1995) afirmam que a capacidade que um indivíduo tem para cuidar de si próprio é denominada intervenção de autocuidado. Dessa forma, uma assistência de qualidade a fim de prevenir riscos advindos da DM, resume-se em um único objetivo que é auxiliar os portadores desta doença tratável, porém, incurável, a satisfazerem suas próprias exigências terapêuticas do autocuidado, no modelo de Orem.

4.6 Planejamento da Assistência

O planejamento da assistência apoia-se na investigação das necessidades demandadas pelo indivíduo e na autocapacidade deste para satisfazê-las. Para isto, os requisitos de autocuidado investigados são levados em consideração no gerenciamento de risco das complicações ocasionados pela DM.

Para a elaboração do planejamento terapêutico e gerenciamento dos riscos identificados, utilizou-se da Teoria dos Sistemas proposto no Modelo de Orem, dividida em três sistemas de Enfermagem orientadores, já classificados e denominados: Sistemas Totalmente Compensatório, quando o indivíduo mostra-se incapaz de implementar medidas de autocuidado; Parcialmente compensatório, quando o cliente executa parcialmente as medidas de autocuidado, necessitando de terceiros que o auxiliem; sistema de apoio educação, quando o profissional identifica um risco e auxilia, com ações de educação em saúde, o indivíduo a desempenhar as medidas de autocuidado que, por sua vez, mostra-se capacitado para tal.

Sendo assim, trata-se de uma análise das necessidades do cliente concomitante a sua capacidade de resolubilidade, compensando a incapacidade com a delegação de funções, inserção de outros profissionais na satisfação destas, bem como apoio e educação. Ou seja, a função premente de quem planeja é fazer com que o portador de Diabetes seja um agente capaz de se autocuidar.

Para fins de avaliação, fica a proposta de um mapeamento territorial da área de abrangência, atualizado e divulgado trimestralmente, onde constará o perfil de risco da população adstrita para o desenvolvimento de complicações advindas do DM. Este perfil de risco será traçado, levando em consideração os fatores de risco identificados a partir do instrumento de gerenciamento proposto.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o referencial teórico adotado mostrou-se de grande valia para o alcance do objetivo pretendido, tornando-se um eixo orientador no processo de elaboração do instrumento que visa o gerenciamento do risco de complicações ocasionadas pela DM, adequando-se, de certa forma, ao planejamento da assistência e a problemática referida no estudo.

Dessa forma, a construção deste instrumento de trabalho, auxiliará o profissional que atua na Atenção Básica a identificar as reais incapacidades do portador de Diabetes para resolução de seus problemas e distúrbios orgânicos que poderá levar a complicações advindas desta doença crônica. Além disso, o mapa de risco demarcado por microáreas, baseado na investigação dos fatores determinantes e nos requisitos de autocuidado, subsidiará no traçado de ações em saúde pela equipe, visando a prevenção e a promoção da saúde, com aumento da qualidade de vida que promovam uma melhor qualidade de vida para o diabético.

Cabe ressaltar, o aperfeiçoamento constante deste instrumento, com o incremento de itens que se fizerem necessários, de acordo com a mudança do perfil epidemiológico da região, a fim de subsidiar uma assistência mais sistematizada e fundamentada, visando, sobretudo, a prevenção baseada no gerenciamento de risco.

APÊNDICE 1**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO PARA O RISCO DE COMPLICAÇÕES DO DIABETES MELLITUS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE _____

DATA ___/___/___ NOME: _____

ENDEREÇO _____ ÁREA: ___ MICROÁREA: _____

FATORES CONDICIONANTES DE SAÚDE****Informações gerais***

Data de Nascimento: ___/___/___ Idade: ___ Sexo: Fem() Masc ()

Estado civil: _____ Etnia: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Queixas principais: () alterações dermatológicas () cefaléias () tonturas () sangramentos () dor torácica () tosse () dispnéia () dor () edema () cianose de extremidades () disfagia () pirose () náuseas () vômitos () diarreia () constipação () distúrbios urinários () tremores () lipotímia () distúrbios imunológicos.

Descrição das queixas: _____

****Avaliação Física e social***

Peso: ___ Altura: ___ Perímetro Abdominal: ___ IMC: ___ PA: ___X___ FC: ___ Temp: ___

Pratica exercício físico? Sim() Não() Frequência? _____ Tabagista? Sim () Não ()

Etilista? Sim() Não() Outros tipo de droga? _____

Faz uso de medicamentos? _____ Co-morbidades? _____

Nível de escolaridade? _____ Trabalha no momento? Sim () Não ()

Ocupação: _____ Renda mensal? Até 01 salário() Mais de 01 salário mínimo ()

Tipo de residência? _____ N de pessoas residentes no domicílio: _____

Outros aspectos físicos e sociais observados e relatados: _____

****História progressa***

N de gestações? ___ Abortos () Sim () Não N de abortos? ___ N de filhos vivos: _____

Diabetes Gestacional () Sim () Não N de partos normais: ___ Partos cesáreos: _____

Fez uso de alguma medicação: _____

Internações pregressas? Sim () Não () Motivo: _____

Realização de cirurgias? Sim () Não () Tipo? _____

Observações _____

***História Familiar**

Diabetes () Hipertensão Arterial () Câncer () Outras doenças cardiovasculares () distúrbios metabólicos

Outros: _____

Descrição de relações familiares: _____

REQUISITOS DO AUTOCUIDADO

REQUISITOS UNIVERSAIS

***Necessidades Fisiológicas**

Tipo de alimentação que costuma ser ingerida? Quantas refeições são feitas no dia? Quantidade e qualidade?

Apresenta-se nutrido ou desnutrido ao exame à inspeção e palpação?

Dependente para a prática da alimentação? Se sim, tipo de via em que a dieta é administrada?

Eliminações vesicais e intestinais presentes? Regularidade? Coloração e quantidade?

***Necessidades de Segurança**

É capaz de reconhecer os sinais e sintomas de hipoglicemia e/ou hiperglicemia?

Adota medidas para prevenção de complicações (tipo de calçado, lesões em membros inferiores, cuida da dieta, adere aos regimes terapêuticos prescritos)?

***Necessidades sociais**

Participa dos trabalhos desenvolvidos na unidade com o grupo de diabéticos?

Mantêm boa convivência/ relacionamento com a equipe de saúde que o acompanha?

Tipos de relacionamentos/ interação social?

***Necessidades de estima/ auto-realização?**

Contribui na elaboração e na implementação do planejamento terapêutico da Diabetes Mellitus?

Possui capacidade para o Autocuidado ou Demanda para o Autocuidado (riscos para complicações do Diabetes Mellitus)? _____

REQUISITOS DE DESENVOLVIMENTO

Últimos exames realizados? Período? Resultado?

Adere ao planejamento terapêutico prescrito e comparece aos agendamentos de consultas/ exames?

Possui capacidade para o Autocuidado ou Demanda para o Autocuidado (riscos para complicações do Diabetes Mellitus)? _____

REQUISITOS DE DESVIOS DE SAÚDE

Nos últimos dias aconteceu algum descontrole metabólico (episódios de hiperglicemia e/ou hipoglicemia? Qual a conduta adotada? Houve internação?

Piora da visão nos últimos dias? () sim () Não

Infecções Dermatológicas? Descrição _____

Lesões em membros inferiores? Causa? Período de acometimento?

Possui capacidade para o Autocuidado ou Demanda para o Autocuidado (riscos para complicações do Diabetes Mellitus) _____

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA

* SISTEMA TOTALMENTE COMPENSATÓRIO: _____

* SISTEMA PARCIALMENTE COMPENSATÓRIO: _____

*SISTEMA APOIO-EDUCAÇÃO: _____

REFERÊNCIAS

- OREM, D.E. **Nursing: concepts of practice**. 4ª ed. St. Louis (MU): Mosby, 1991.
- LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na saúde**. Santa Maria (RS): Palloti, 2001.
- POLIT, D.F; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos de coleta de dados**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, cap.8, p.163-198.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N 648/GM de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a Organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.
- ASSMAN, A; ALVES, K.L; FERREIRA, N; FRANK, S. **Prática junto aos idosos, familiares e/ou cuidadores usuários da unidade local de saúde da Trindade, baseada na Teoria do Autocuidado de Orem: relatório da prática assistencial apresentado à disciplina de enfermagem assistencial aplicada**. Florianópolis, 2005.
- SANTOS, I; SARAT, C.N.F. **Modalidades de aplicação da Teoria do Autocuidado de Orem em comunicações científicas de enfermagem brasileira**. Revista de Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(03): 313-8.
- POLIT, D.F; BECK, C.T; HUNGLER. B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução de Ana Thorell. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. P. 142-52.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica Ampliada, equipe de referência e projeto Terapêutico Singular**. 2ª ed. Brasília, 2008.
- SANTOS, N; VEIGA, P; ANDRADE, R. **Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro**. Revista Brasileira de Enfermagem. Vol.64, N° 2. Brasília, Mar./Abr, 2011.
- FOSTER, P.C; JANSSENS, N.P.D.E.O. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap.7, p. 90-107.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia para o cuidado com Doença crônica: Diabetes Mellitus**. Caderno de Atenção Básica N° 36. Brasília, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Gestão clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Atenção Básica. SISHIPERDIA.** Disponível em < <http://hiperdia.datasus.gov.br/> >. Acesso em 02/02/2014.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Disponível em < <http://www.cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=EN&lista=uf&coduf=50&idtema=119&codv=V01> > acessado em 02/02/2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Aguda.** V.93, n.3, p. 3-7, 2009.

SILVA, I.J. et al. **Cuidado, autocuidado e cuidado de si; uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem.** Rev. Esc. Enferm. USP. Vol.43 N° 3. São Paulo. Set, 2009

ANTONIO, P. **A Psicologia e a Doença Crônica: intervenção em grupo na Diabetes Mellitus.** Psicologia, Saúde & Doença. Vol.11, N° 1. Lisboa, 2010.

MERHY, E.E. **Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos.** Ver. De saúde Coletiva, 1999. 10 (5): 13-17.

PEREIRA, A.L.F. **As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde.** Cad. Saúde Pública. 2003; 19 (5): 1527-34.

TORRES, G.V; DAVIM, R.M.B; NÓBREGA, M.M.L. **Aplicação do processo de enfermagem baseado na Teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida.** Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão Preto (SP), 1999; 7(2), p. 47-53.

TITUS, S; PORTER, P. **Orem's theory applied pediatric residential treatment.** Pediatr Nurs. Vol.15, n.15, p.465-8, 1989.