

**FACULDADE PATOS DE MINAS – FPM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ADRIENE DE ASSIS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO DIABETES
MELITTUS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**PATOS DE MINAS – MG
2016**

ADRIENE DE ASSIS

**ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO DIABETES
MELITTUS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Artigo apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Graduado em Enfermagem pela Faculdade Patos de Minas.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Betânia Eneida de Morais Silva

**PATOS DE MINAS – MG
2016**

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que permitiu que tudo isso acontecesse ao longo de minha vida e não somente nestes anos como universitária, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

A minha orientadora Betânia pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Agradeço a todos os professores por me proporcionarem o conhecimento não apenas racional, mas a manifestação do caráter e afetividade da educação no processo de formação profissional, por tanto que se dedicaram a mim, não somente por terem me ensinado, mas por terem me feito aprender.

Obrigada meus pais, minha filha e meu marido, que nos momentos de minha ausência dedicados ao estudo superior, sempre fizeram entender que o futuro é feito a partir da constante dedicação no presente! Obrigada! Primos e tias (o) pela contribuição valiosa. À minha família, por sua capacidade de acreditar em mim e investir em mim.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

A todos os meus colegas do curso de enfermagem, que de alguma maneira tornam minha vida acadêmica cada dia mais desafiante. Peço a Deus que os abençoe grandemente, preenchendo seus caminhos com muita paz, amor, saúde e prosperidade.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO FRENTE AO DIABETES *MELITTUS* NA ATENÇÃO BÁSICA

Adriene de Assis*

Betânia Eneida de Moraes Silva**

Resumo:

Diante da grande prevalência do diabetes, e das influências sobre os hábitos de vida do paciente e suas potenciais complicações, há necessidade da ampliação da atenção primária a saúde e as atribuições da enfermagem dentro deste contexto, tornam-se imprescindíveis às ações de saúde para a busca da melhoria da qualidade de vida do diabético. No paciente diabético, no âmbito da atenção básica, o enfermeiro pode atuar em orientações e cuidados com os pés e a pele de forma global, monitorando frequente a pressão arterial e glicemia, acompanhando a realização de atividades físicas, além de atividades em grupo. Tratou-se de um estudo exploratório de revisão bibliográfica, pesquisados em bases científicas com datas compreendidas entre 2000 e 2014. Com o presente trabalho, pretendeu-se reconhecer os aspectos gerais do Diabetes mellitus, bem como identificar o papel do enfermeiro na atenção primária como promotor de melhoria da qualidade de vida do paciente com diabetes. Nesse sentido, observou-se a importância do enfermeiro inserido nessa vertente de saúde, em que pode atuar como profissional de grande valia nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.

Palavras-chave: Enfermagem. Atenção Básica. Qualidade de Vida. Diabetes *Mellitus*.

Abstract:

Given the high prevalence of diabetes, and the actual influences on the patient's habits and potential complications, the expansion of primary health care and nursing duties, it is essential to health actions for the pursuit of quality improvement diabetic life. In the diabetic patient, in the context of primary care, nurses can work in guidelines and foot care and skin globally, frequent monitoring of blood pressure and blood glucose monitoring of physical activities, in addition to group activities. This was an exploratory study of literature review, researched on scientific bases dated between 2000 and 2014. With this work, it was intended to recognize the general aspects of diabetes mellitus and to identify the role of nurses in primary care as promoter improve the quality of life for patients with diabetes.

Key words: Nursing. Primary Care. Quality of Life. Diabetes *Mellitus*.

*Discente do Curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas – FPM.

**Enfermeira, Mestre em Promoção de Saúde pela UNIFRAN/SP, Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade Patos de Minas – FPM.

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, no Brasil, a epidemiologia das doenças sofreu uma nítida transição, das doenças transmissíveis para as não-transmissíveis, ocorreu inversão dos grupos etários mais acometidos pelas situações saúde-doença dos mais jovens para os mais idosos e a transformação de uma situação em que a morbidade predomina sobre a mortalidade, indicando a presença das doenças crônicas, como o diabetes, hipertensão arterial e outros (SCHRAMM et al., 2004).

O diabetes mellitus (DM) é um distúrbio abrangente que compromete o metabolismo glicêmico, proteico e lipídico das células. Está relacionado a um defeito insulínico, podendo ser devido à resistência ou deficiência da secreção do hormônio, ou associação entre ambos, resultando em hiperglicemia crônica (ROBBINS; COTRAN, 2010).

O DM configura-se como um problema de saúde pública em ascensão, apresentando elevada morbimortalidade e alto índice de complicações que geram consequências de cunho econômico, social e psicológico, além da diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus familiares (BARROS et al., 2012).

A doença associa-se a um amplo aumento da morbimortalidade (diminuição de 10 anos da expectativa de vida; acréscimo de 10 (dez) vezes no risco de amputação de membros inferiores e de 2 (duas) vezes no risco de doença arterial coronariana e AVC), geralmente secundário a macroangiopatia (70% dos pacientes com diabetes tipo II morrem devido a doença cardiovascular) e microangiopatia (nefropatia, retinopatia, neuropatia), além das complicações metabólicas agudas (coma hiperosmolar não cetótico, cetoacidose e hipoglicemia) (ADA, 2013).

Faria (2013) afirma que os pacientes diabéticos são, em sua maioria, dependentes de hipoglicemiantes orais ou insulina, bem como de dieta restrita e exercícios físicos minuciosamente ajustados. Por assim ser, a influência da doença sobre a sua qualidade de vida é amplamente significativa, sendo que a adaptação a ela exige uma gama de mudanças nos hábitos e no cotidiano destes indivíduos. Adaptar-se de maneira bem sucedida ao diabetes e a toda doença crônica inclui a percepção de que a quantidade e a qualidade da vida valem o esforço da luta.

Tornam-se imprescindíveis ações e programas que informem e conscientizem o diabético sobre a importância do conhecimento sobre sua condição como parte integral do tratamento. Assim, o enfermeiro surge como educador em saúde, reabilitador e minimizador de complicações, proporcionando um melhor convívio do paciente com a doença visando a uma melhor qualidade de vida (BARROS et al., 2012).

Trata-se de um estudo exploratório de revisão bibliográfica, pesquisados nas bases científicas Scielo, PUBMED, Portal Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, entre os anos de 2000 a 2014. Foram utilizados como descritores: cuidados de enfermagem, diabetes mellitus, promoção de saúde.

Considerando a grande prevalência de diabetes, bem como as influências sobre os hábitos do paciente e as potenciais complicações, a ampliação da atenção primária à saúde e as atribuições da enfermagem, torna-se imprescindível o estudo integral das ações de saúde para a busca da melhoria da qualidade de vida do diabético. Pretendeu-se reconhecer os aspectos gerais do Diabetes mellitus, bem como identificar o papel do enfermeiro na atenção primária como promotor de melhoria da qualidade de vida do paciente com diabetes.

2DIABETES MELLITUS

O diabetes mellitus corresponde a um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, sobretudo olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Resulta de defeitos de secreção e/ou ação da insulina causada por fisiopatologia específica, como, destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, entre outros. Com o aumento da incidência de obesidade, do aumento do envelhecimento populacional, da maior urbanização e da maior sobrevivência dos pacientes com diabetes mellitus, a doença, sobretudo do tipo 2, tem se tornado uma epidemia, com prevalência crescente em todo o mundo (DARNTON-HILL, 2004). Estima-se que, em 2025, haverá 11 milhões de pacientes com DM no Brasil (BRASIL, 2006).

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) apud Malerbi e Franco (1992), além dos fatores de citados supracitados, a idade é um grande fator influenciador sobre a prevalência de DM. O Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência do Diabetes no Brasil observou aumento de 2,7% entre 30 e 59 anos e 17,4% na faixa de 60 a 69 anos, constituindo-se num aumento de 6,4 vezes.

. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Existem ainda duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância a glicose diminuída. Essas categorias não são consideradas entidades clínicas, e sim fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCVs) (WHO, 2006).

Quando não há evidências de autoimunidade, sendo uma forma idiopática, o DM1 é referenciado como tipo 1B, o qual corresponde à minoria dos casos. Os indivíduos com essa forma de DM podem desenvolver cetoacidose e apresentam graus variáveis de deficiência de insulina (PUGLIESE, 2013). A LADA corresponde ao DM1 no adulto, com uma taxa de destruição das células beta mais lenta, em comparação às crianças.

O DM2 corresponde a 90% a 95% dos casos de diabetes. Associada, na maior parte das vezes, ao sobrepeso ou obesidade, inatividade física, alimentação inadequada, envelhecimento e ainda um componente genético mal definido (CHEN et al., 2011). Pode ocorrer cetoacidose, porém essa condição é rara, a não ser quando se associa a outras situações como infecções. Geralmente é diagnosticado após os 40 anos, mas pode ocorrer em qualquer faixa etária. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado.

Não é fácil conhecer a incidência de DM tipo 2 (DM2) em grandes populações, sendo que é necessário seguimento por alguns anos, com medições periódicas de glicemia capilar diariamente jejum, e pôs refeições principais.. O DM2 é considerada uma doença com evolução insidiosa, enquanto que o DM tipo 1 (DM1) possui aparecimento agudo, com manifestações iniciais abruptas. O DM2 ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários (glicemia de jejum alterada e tolerância a glicose diminuída) (ADA, 2013).

Os critérios para diagnósticos de DM são descritos como sendo: poliúria, polidipsia, perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl qualquer hora do dia e/ou glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (7mmol/l) e/ou glicemia de 2 horas pós-prandial de 75 g de glicose > 200 mg/dl (ADA, 2013).

O tratamento do paciente diabético deve ser pautado no cuidado integral e longitudinal, incluindo o incentivo às mudanças de estilo de vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas.

O DM1 deve ter sua terapêutica associando-se MEV e insulino terapia desde o diagnóstico, sendo que a secreção do hormônio é nula. Vale ressaltar que a insulina é essencial para a manutenção da vida do diabético tipo 1.

O tratamento do DM2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, incluindo uma alimentação equilibrada, prática regular de exercícios físicos, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006).

Dependendo dos níveis de glicemia, o DM2 necessitará de tratamento farmacológico e até mesmo de insulino terapia para controle metabólico. A meta para o tratamento da hiperglicemia em adultos é alcançar $HbA1c < 7\%$. As metas glicêmicas correspondentes são: glicemia de jejum entre 70 – 130 mg/dL e pós-prandial abaixo de 180 mg/dL. Metas mais flexíveis ($HbA1c < 8\%$ vêm sendo estabelecidas para certos grupos de pacientes, como os idosos (ADA, 2013)

2.1 Complicações e a Qualidade de Vida do Paciente Diabético

O diabetes não tratado efetivamente induz ao aparecimento de complicações agudas e crônicas que interferem diretamente sobre a qualidade de vida do paciente. Como complicações agudas destacam-se a hipoglicemia, a cetoacidose diabética e o estado hiperglicêmico hiperosmolar. As complicações crônicas podem ser vasculares e neuropáticas. As vasculares se dividem em microvasculares, como a retinopatia e a nefropatia e macrovasculares, como a cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica.

Estima-se que após 15 anos do surgimento do DM, 2% dos indivíduos acometidos apresentarão cegueira, 10%, problemas visuais graves, 30% a 45%, algum grau de retinopatia, 10% a 20%, de nefropatia, 20% a 35%, de neuropatia e 10% a 25%, de doença cardiovascular (FARIA et al., 2013).

O DM tem a capacidade de alterar a função de vários tipos celulares, incluindo as endoteliais, as musculares lisas e as plaquetas. “Embora todas as células em um portador de diabetes estejam expostas à hiperglicemia, o dano hiperglicêmico se limita àqueles tipos celulares que desenvolvem hiperglicemia intracelular, como as células endoteliais” (ANTÃO et al, pág. 14- 16, 2013).

Por assim ser, as doenças cardiovasculares associadas ao DM possuem como principal mecanismo fisiopatológico, a aterosclerose, e incluem a doença coronária, o acidente vascular cerebral e a doença arterial periférica, as quais se associam à mortalidade de 50 a 80% da população diabética, além de serem mais graves e mais precoces, se comparados aos pacientes não diabéticos (MONTEIRO et al., 2007).

A doença coronariana é a principal causa de morbimortalidade, tendo maior ocorrência em pacientes do DM1, levando-os a apresentarem angina instável e infarto agudo do miocárdio (IAM) silencioso com maior frequência, assim como mais complicações pós-IAM, como insuficiência cardíaca e neuropatia autonômica cardíaca, devido ao acometimento difuso das coronárias (VIANA e RODRIGUEZ, 2011).

A doença arterial periférica, na maioria das vezes aparece de forma mais súbita e apresenta-se mais difuso e distalmente, nas artérias de membros inferiores, quando comparada aos pacientes não-diabéticos. É causa da insuficiência arterial, sendo o principal fator relacionado à evolução de úlceras. Ocorre em 8% dos pacientes no momento do diagnóstico; 15% após 10 anos e 42% após 20 anos do DM (SIQUEIRA et al., 2007).

Os rins são amplamente prejudicados pela hiperglicemia prolongada, sendo uma condição grave, pois uma diminuição crescente da função renal leva ao acometimento de essencialmente todos os outros órgãos. O declínio renal envolve uma gama de fatores, como os hemodinâmicos, concentração plasmática dos produtos finais de glicolisação avançada e disfunção endotelial (VIANA; RODRIGUEZ, 2011).

A nefropatia diabética é uma complicação crônica microvascular que conduz à insuficiência renal crônica, com macroalbuminúria ou proteinúria persistente. Afeta cerca de 10 a 40% dos diabéticos, sendo a mais importante causa de insuficiência renal terminal em pacientes que iniciam hemodiálise. Outras condições associadas a esta síndrome são: dislipidemia, diminuição da taxa de filtração glomerular (TFG) e aumento da morbimortalidade cardiovascular (PASQUALOTTO et al., 2012).

De acordo com Martins (2009), a neuropatia sensitivo-motora crônica é a principal forma de neuropatia diabética. É insidiosa e a importância do diagnóstico se deve às suas sequelas, com destaque para ulceração, artropatia de Charcot e amputação. As manifestações clínicas incluem dor tipo fisgada, pontada, câibra, dormência e anestesia. Há também a perda sensorial com distribuição em bota, ascendente, que, por vezes, num estágio mais avançado, acomete os membros superiores (luva). Pode haver declínio ou perda dos reflexos motores e, em casos mais graves, perda da propriocepção. Ocorrem também pés secos e quentes com presença de calosidade plantar.

Segundo Pasqualotto et al., (2012) a retinopatia diabética (RD) é uma das principais causas de cegueira irreversível, ocorrendo opacificação do cristalino e alterações dos vasos retinianos. Os sinais mais precoces da RD são os microaneurismas. Com o passar do tempo, há um acréscimo das hemorragias intrarretinianas em número e tamanho, as quais são acompanhadas por exsudatos algodonosos ou moles e ambos representam isquemia do tecido retiniano.

Segundo MARTINS (2009), o diabetes e suas complicações comprometem a produtividade e a qualidade de vida dos indivíduos, considerando-se a dor e ansiedade geradas pelo aparecimento progressivo das complicações, além das intensas mudanças do estilo de vida.

A Organização Mundial de Saúde, por meio do The WhoqolGroup (1995, pag. 9), conceituou Qualidade de Vida (QV) como "a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".

Avaliar a QV do portador de DM é notório, adequando assim suas práticas e mantendo a vida do paciente com a mínima interferência decorrente da afecção.

Segundo Seidl e Zannon (2004), há um gradativo interesse da Saúde Pública quanto à avaliação da QV, sendo que essa funciona como indicador da eficácia e impacto de determinados tratamentos, servindo como meio de aprimoramento dos indicadores da saúde do país.

O paciente diabético deve ser tratado de maneira holística, sendo que todos os âmbitos de sua vida sofrem inúmeras alterações. É fundamental, portanto, que, na relação com estes pacientes, a visão assistencial seja integral, haja vista a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

30 ENFERMEIRO FRENTE AO DIABETES *MELLITUS*

O atendimento do enfermeiro na atenção básica tem que se pautar em dois pontos principais na promoção à saúde e na prevenção das doenças, não seria diferente no caso específico do Diabetes Mellitus, a orientação à comunidade com vista à mudança de hábitos de vida que são prejudiciais à saúde, a educação permanente para os profissionais a respeito do tema, o incentivo a prática de atividades físicas regulares são de grande importância para a redução das patologias, em especial a tratada neste estudo.

O profissional de enfermagem deve desenvolver atividades educativas no intuito de aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e comunidade, procurar colaborar para a adesão do paciente ao tratamento proposto e solicitar os exames determinados pelo protocolo do Ministério da saúde. Quando não existirem intercorrências, o tratamento deve ser conservador, sem alteração da medicação. Em toda oportunidade deve-se realizar a avaliação do “Pé Diabético”, o controle da glicemia capilar, além de avaliar os exames solicitados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

É importante salientar para o paciente que o Diabetes Mellitus, não tem cura, e, portanto, o tratamento inclui várias abordagens, como a orientação à mudança dos hábitos de vida, educação para saúde, atividade física e se necessário, medicamentos. Assim, é função do Enfermeiro, além de capacitar sua equipe de na execução das atividades, realizar as consultas de Enfermagem, identificando os fatores de risco e de não adesão, possíveis intercorrências no tratamento e encaminhar ao médico quando necessário (FAEDA; LEON, 2006)

Cabe aos profissionais de saúde estarem atentos à identificação das pessoas com risco para o diabetes mellitus: emagrecimento rápido, aqueles com histórico familiar da doença, obesidade, doença cardiovascular, sedentarismo, exames de glicemia alterado e intensificar as ações para promover o seu controle, entre os já diagnosticados. É do conhecimento do profissional enfermeiro que a família tem papel fundamental em ambas as situações tanto no diagnóstico como na adesão ao tratamento. Assim, os profissionais de enfermagem têm reconhecido a importância do significado da família na saúde e bem-estar de cada um de seus membros, bem como também de sua influência sobre a doença (PACE et al, 2003).

A classificação de risco do paciente que possuem diabetes, também é uma função do enfermeiro, deve ser realizada logo após o diagnóstico da doença e durante as consultas subsequentes com o médico e enfermeiro.

Considerando o volume de complicações que a patologia acarreta, o olhar dos profissionais tem que ser ampliado e integral, sabidamente estes pacientes devem ter acompanhamento com especialistas para atender sua complexidade. Contamos na rede assistencial de Minas Gerais, com o Hiperdia Minas, realizar o encaminhamento dos usuários e o acompanhamento também se torna uma responsabilidade dos enfermeiros.

O Hiperdia Minas encontra-se ancorado na prática de novas diretrizes clínicas, especialmente pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família. Elaborou-se uma linha-guia baseada na abordagem populacional dessas condições crônicas, as quais foram estratificadas e, a partir disso, determinou-se toda a organização da assistência, ou seja, as competências da Atenção Primária a Saúde (APS), as atribuições dos seus profissionais e a atenção programada a esses usuários. Os objetivos gerais dos Centros Hiperdia são: reduzir a mortalidade e as complicações preveníveis por hipertensão arterial, diabetes mellitus, doença cardiovascular e doença renal crônica e melhorar a qualidade de vida dos usuários com essa condição na população coberta (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2010).

Atenção especial deve ser dada a questão do pé diabético, as perdas da sensibilidade vibratória e tátil estão diretamente relacionadas à neuropatia diabética, que causa uma lesão neurológica que compromete todo o sistema nervoso periférico, assim é recomendado que sejam intensificados os esforços na avaliação

sistemática dessas pessoas, visando à manutenção das medidas de prevenção (ANDRADE et al, 2010).

O Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (2001), exalta a importância dos profissionais de saúde no processo de análise e exame periódico dos pés, que quase sempre é negligenciado, apesar das claras diretrizes e recomendações. Exames incompletos nos pés são relatados em até 50% dos pacientes que se submeteram a amputações.

Para o enfermeiro estimular o autocuidado no paciente com diabetes é primordial, estar atento aos fatores que podem prejudicar este autocuidado também deve fazer parte da rotina dos profissionais, alguns destes fatores são: a idade avançada, o sexo e o estilo de vida, crenças e valores, além da condição econômica e de saúde no geral (OCHOA-VIGO et al, 2006).

Após compreender todos os aspectos inerentes ao diabetes, o enfermeiro deve ser capaz de convocar uma visão multiprofissional para tratar integralmente o paciente diabético. O profissional enfermeiro, nesse sentido, deve coordenar a equipe e se tornar articulador da rede de cuidados.

4CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde o surgimento da enfermagem como ciência, o profissional enfermeiro foi visto como um assistente no nível de atenção secundária e terciária, centralizado nas áreas curativas e reabilitadoras. Diante do crescimento e da importância da atenção básica, existe uma tentativa de reorganização da prática da atenção primária à saúde em novas bases, substituindo o modelo tradicional e levando a saúde para mais perto da família para, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros. Nesse sentido, observou-se a importância do enfermeiro inserido nessa vertente de saúde, em que pode atuar como profissional de grande valia nas ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e educação em saúde.

Acredita-se que uma das competências gerais dos enfermeiros, assim como dos demais profissionais da saúde, na atenção básica em saúde, a partir da qual ultrapassa o modelo individualista consoante ao novo modelo de saúde, definido nas políticas públicas do país é atuar na promoção de saúde dos pacientes assim como

auxiliar nas práticas cotidianas para que o mesmo possa promover seu autocuidado. No paciente diabético, o enfermeiro pode atuar em orientações e cuidados com os pés e a pele de forma global, monitoramento frequente da pressão arterial, acompanhamento da realização de atividades físicas, orientações nas atividades em grupos e colaborar na construção de um plano de cuidados juntamente com uma equipe multiprofissional.

Encorajar e capacitar toda a rede social do indivíduo, proporcionando conhecimento, principalmente para a família do portador do diabetes também pode se tornar uma tarefa do enfermeiro, todos devem estar atentos quanto à alimentação e possíveis sinais de alerta para que o acompanhamento do diabético seja integral.

REFERÊNCIAS

ADA – American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. 2013; (supplement1) 36:S11-66.

ANTÃO, J. Y. F. L., et al. Complicações do diabetes mellitus: uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro. **E-ciência**, v.1, n.1, out. pág. 14-16, 2013.

BARROS, M. F. A. et al. Impacto de intervenção fisioterapêutica na prevenção do pé diabético. **Fisioterapia Movimento**, Curitiba, v. 25, n. 4, p. 747-757, out./dez. 2012.

BRASIL. Portaria No 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 Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 29 mar. 2006.

CHEN, L.; MAGLIANO, D. J.; ZIMMET, P. Z. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus- present and future perspectives. **Nat Rev Endocrinol**, v. 8, n. 4, p. 228-36, nov. 2011.

DARNTON-HILL, I.; NISHIDA C, JAMES, W.P. A life course approach to diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. **Public Health Nutr**, v. 7, p. 101-121, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/nutrition/publications/public_health_nut2.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2015.

FAEDA, A.; LEON, C.G.R.M. Assistência de enfermagem a um paciente portador de Diabetes Mellitus. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, v. 59, n. 6, p. 818-821, nov./dez. 2006.

FARIA, H. T. G. et al. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 47, n. 2, p. 348-354, abr. 2013.

Grupo de Trabalho Internacional Sobre Pé Diabético. Consenso Internacional Sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal; 2001.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE MINAS GERAIS. Hiperdia Minas, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/gripe/page/353-hiperdia-minas-sesmg>>. Acesso em: 08 set. 2015.

MARTINS, M. A. et al. **Clínica Médica: doenças endócrinas e metabólicas, doenças ósseas, doenças reumatológicas**. Vol. 5, Barueri, SP: Manole, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à Hipertensão**

Arterial e Diabetes Mellitus: Hipertensão Arterial e diabetes Mellitus. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2001.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R.A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, p.67-75. 2007. Sup. 1.

OCHOA-VIGO, K. TORQUATO, M.T. SILVÉRIO, I.A.S.; QUEIROZ, F.A. PACE, A. E. QUEIROZ, F.A. Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 3, p. 296-303, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a07v19n3.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2015.

PACE, A.E; NUNES, P.D.; OCHOA-VIGO, K. O Conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de Diabetes Mellitus. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 312-319, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16540.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2015.

PASQUALOTTO, K. R. et al. Diabetes mellitus e Complicações. **Journal of Biotechnology and Biodiversity**, v. 3, n. 4, p. 134-145, nov. 2012.

PUGLIESE, A. The multiple origins of Type 1 diabetes. **Diabetic Medicine**, v. 30, n. 2, p. 135-146, fev. 2013.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S. **Patologia**: base patológicas das doenças. 8. ed, Rio de Janeiro, Elsevier, 2010.

SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SEIDL, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/27.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2015.

SIQUEIRA, A. F. A. et al. Doença cardiovascular no diabetes mellitus: análise dos fatores de risco clássicos e não-clássicos. **Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 257-267, mar. 2007.

VIANA, M. R.; RODRIGUEZ, T. T. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. **Revista Ciências médicas e biológicas**, Salvador, v.10, n.3, p.290-296, set./dez. 2011.

WHO – World Health Organization. Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: Report of a WHO/IDF consultation. Geneva: WHO, 2006.