



**FACULDADE DINÂMICA DO VALE DO PIRANGA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO
AMBIENTE – PROCISA**

**ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES *MELLITUS* NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONVERSÇÕES EM TORNO DO AUTOCUIDADO E DO *CUIDADO DE
SI* DE MICHEL FOUCAULT – UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE.**

MÁRCIA MARIA SILVEIRA

PONTE NOVA

2019

MÁRCIA MARIA SILVEIRA

**ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA: CONVERSÇÕES EM TORNO DO AUTOCUIDADO E DO CUIDADO DE
SI DE MICHEL FOUCAULT – UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
EM SAÚDE.**

Dissertação apresentada à Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga – FADIP –, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, sob orientação do Professor Rodrigo Siqueira Batista.

PONTE NOVA

Agosto/2019

MÁRCIA MARIA SILVEIRA

ATENÇÃO À PESSOA COM DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: CONVERSÇÕES EM TORNO DO AUTOCUIDADO E DO CUIDADO DE SI DE MICHEL FOUCAULT – UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE.

Dissertação apresentada à Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga – FADIP –, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ensino de Ciências da Saúde e do Meio Ambiente.

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Doutor Rodrigo Siqueira Batista – FADIP – Orientador

Prof. Dr. Luiz Gustavo Santos Cota - FADIP – Membro titular interno

Profa. Dra. Bruna Soares Lima Rodrigues - FADIP – Membro titular interno

Prof. Dr. Tiago Ricardo Moreira - UFV – Membro titular externo

Profa. Dra. Lindisley Ferreira Gomides – FADIP – Membro suplente

Ficha Catalográfica

À minha família, principalmente ao meu querido esposo, que esteve sempre ao meu lado. À minha mãe e Vó Maria que, mesmo em outro plano, me acolheram no colo.

Ao meu Pai Herói, que tornou tudo possível.

AGRADECIMENTOS

Ao meu querido parceiro e orientador Prof. Dr. Rodrigo Siqueira Batista, por sua dedicação e sabedoria, imprescindíveis para a construção deste trabalho, pelo seu abraço fraterno e sorriso no rosto em todos os momentos.

Ao querido Prof. Dr. Luiz Gustavo Santos Cota, pelo carinho, paciência e apoio nos momentos mais complicados.

À querida Profa. Dra. Tania Toledo de Oliveira, sem palavras para agradecer todo o carinho e a ajuda, fundamentais para superar várias dificuldades.

À querida Profa. Mestre Júnia Leonne, pelo estímulo constante que me permitiram chegar até aqui.

Aos caríssimos professores do mestrado, com os quais aprendi muito.

Aos professores que compuseram minhas bancas de qualificação e de defesa dessa dissertação.

Aos queridos colegas de mestrado, sempre presentes nas horas do sufoco.

Aos funcionários da FADIP/PROCISA, especialmente à parceira Gisele Graciano de Oliveira.

LISTA DE ABREVIATURAS

DM	Diabetes Mellitus
SDP	Síndrome do Pé Diabético
APS	Atenção Primária à Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
IDF	International Diabetes Federation
QV	Qualidade de Vida
DAP	Doença Arterial Periférica
IWGDF	Grupo de Trabalho Internacional sobre a Orientação do Pé Diabético
PND	Polineuropatia Diabética
UPD	Úlcera do Pé Diabético
ITB	Índice tornozelo-braço
NP	Neuropatia Periférica
DAOP	Doença Arterial Obstrutiva Periférica
ADA	Associação Americana de Diabetes
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
AVC	Acidente Vascular Cerebral

RESUMO

O diabetes mellitus (DM) é uma condição que afeta milhões de pessoas no mundo, sujeitas a diferentes complicações, incluindo a Síndrome do Pé Diabético (SDP), a qual abrange alterações neurológicas e vasculares predispondo à ocorrência de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos. Dada tal magnitude em termos clínicos e de saúde pública, torna-se essencial que os profissionais de saúde que atuam nos diferentes níveis de assistência – especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) – estejam capacitados para o desenvolvimento de ações de cuidado ao DM, com o objetivo de minimizar o desenvolvimento da SPD, com suas graves consequências, dentre as quais a amputação. Para tanto, foi necessário investigar o conceito de cuidado que é bastante polissêmico. Contexto que provavelmente tem justificado a existência de díspares práticas do cuidar. A análise consistiu na apreciação dos resultados obtidos, à luz das concepções de Michel Foucault, das quais as concepções que mais tem influenciado a prática do cuidado é a sua teoria de *cuidado de si*. Assim, um dos principais propósitos deste trabalho foi, portanto, analisar criticamente e problematizar tal noção e o conceito de autocuidado para, em um segundo momento, buscar o diálogo entre as duas concepções. Para alcançar os objetivos propostos, surgiu a aposta na construção de um caminho formativo com a finalidade de demonstrar a importância dos processos de educação permanente no cuidado integral aos indivíduos portadores de Diabetes Mellitus (DM) e tornar mais eficaz e efetiva a assistência prestada pelos profissionais das equipes da ESF. Com isso, será possível o acesso destes profissionais a uma capacitação qualificada, incorporada ao processo de construção de competências para o atendimento na ESF, além de trazer a problematização das situações vivenciadas pelas equipes como uma aposta na qualidade da assistência, servindo de ponte para possibilitar adesão do portador de DM ao tratamento, autoconhecimento e autocuidado. Apresentar os conceitos atuais do DM e SPD, enfatizando a esfera da ESF, através da aposta na formação profissional à luz das concepções a cerca do *cuidado de si* de Michel Foucault, por conseguinte, é o escopo do presente trabalho.

Palavras chave: Diabetes Mellitus. Síndrome do Pé Diabético. Amputação. Autocuidado. Cuidado de Si. Educação. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Diabetes mellitus (DM) is a condition that affects millions of people worldwide, subject to different complications, including Diabetic Foot Syndrome (PPS), which covers neurological and vascular changes predisposing to infection, ulceration and / or destruction. of deep tissues. Given such magnitude in clinical and public health terms, it is essential that health professionals working at different levels of care - especially in Primary Health Care (PHC) - are trained to develop care actions for DM, in order to minimize the development of SPD, with its serious consequences, including amputation. Therefore, it was necessary to investigate the concept of care that is very polysemic. Context that probably has justified the existence of disparate practices of care. The analysis consisted of an appreciation of the results obtained, in the light of Michel Foucault's conceptions, of which the conceptions that have most influenced the practice of care is his theory of self-care. Thus, one of the main purposes of this work was, therefore, to critically analyze and problematize this notion and the concept of self-care to, in a second moment, seek the dialogue between the two conceptions. In order to achieve the proposed objectives, a bet was created on the construction of a formative path in order to demonstrate the importance of continuing education processes in comprehensive care for patients with diabetes mellitus (DM) and make the care provided by professionals more effective and effective. of the FHS teams. Thus, it will be possible for these professionals to have access to qualified training, incorporated into the process of building competencies for care in the FHS, as well as bringing the problematization of the situations experienced by the teams as a bet on the quality of care, serving as a bridge to enable patient adherence to treatment, self-awareness and self-care. Presenting the current concepts of DM and SPD, emphasizing the sphere of the FHS, through the focus on vocational training in light of the conceptions about self care of Michel Foucault, therefore, is the scope of the present work.

Keywords: Diabetes Mellitus. Diabetic foot syndrome. Amputation. Self care Education. Family Health Strategy.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 O PÉ DIABÉTICO	16
1.2 O CONCEITO DE <i>CUIDADO DE SI</i> EM MICHEL FOUCAULT	18
1.3 O AUTOCUIDADO NO DM E O CONCEITO DE <i>CUIDADO DE SI</i> : APROXIMAÇÕES	20
1.4 PROBLEMATIZAÇÃO	22
1.5 JUSTIFICATIVA	23
1.6 QUESTÃO NORTEADORA	19
1.7 HIPÓTESE	24
1.8 OBJETIVOS	24
1.8.1 Objetivo geral	24
1.8.2 Objetivos específicos	25
2 MÉTODOS	26
2.1 REVISÃO DA LITERATURA	26
2.2 REFLEXÃO FILOSÓFICA SOBRE AUTOCUIDADO E <i>CUIDADO DE SI</i>	27
2.3 ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE FORMAÇÃO	28
2.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	28
3 CAPÍTULO II – O CUIDADO AO ENFERMO COM PÉ DIABÉTICO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	29
3.1 INTRODUÇÃO	29
3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS	30
3.3 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA	32
3.3.1 Doença Arterial Periférica	34
3.3.2 Neuropatia Periférica (NP)	35
3.3.3 Infecção	36
3.3.4 Alterações articulares	37
3.4 ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO	
3.5 TRATAMENTO	39
3.6 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO PACIENTE EM RISCO DE DESENVOLVER SDP	40

3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
4 CAPÍTULO III – O <i>CUIDADO DE SI</i> E A ATENÇÃO AO ENFERMO COM PÉ DIABÉTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: LEITURAS FOUCAULTIANAS	50
4.1 INTRODUÇÃO	50
4.2 ABORDAGEM DO USUÁRIO COM PÉ DIABÉTICO NA APS: O AUTOCUIDADO EM QUESTÃO	52
4.3 O CONCEITO DE <i>CUIDADO DE SI</i> EM FOUCAULT	54
4.4 O AUTOCUIDADO NO DIABETES <i>MELLITUS</i> E O CONCEITO DE <i>CUIDADO DE SI</i> : APROXIMAÇÕES	56
4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
5 CAPÍTULO IV - O DIABETES E O CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO	63
5.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE	65
5.2 METODOLOGIA	66
5.2.1 Parte 1 - A preparação	67
5.2.2 Parte 2 – Realização da oficina com uma sugestão de roteiro de atividades	68
5.2.3 Parte 3 - Desenvolvimento da oficina	68
5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
6 DISCUSSÕES	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	76
REFERÊNCIAS	78

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) pode ser conceituado, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017, p. 19), como “um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo”. A condição mórbida, apesar do avanço do conhecimento na área da saúde e das políticas implementadas no Brasil e no mundo, ainda representa um grande desafio para os governos e as sociedades.

A classificação do DM baseia-se no processo de adoecimento que leva à hiperglicemia, distinguindo-se duas categorias distintas, denominadas como DM tipo 1 e DM tipo 2. Os dois tipos são antecidos por um período de homeostase atípica da glicose, à medida que a doença progride: enquanto o DM tipo 1 se apresenta com deficiência completa ou quase absoluta de insulina, o DM tipo 2, particularmente, mostra-se de maneira muito heterogênea. Por isso, uma classificação minudenciada da doença tornaria mais fácil a identificação de indivíduos com maior risco de desenvolver complicações – principalmente a Síndrome do Pé Diabético (SPD) – ajustando a escolha de regimes terapêuticos de forma personalizada (ZANINELLI, 2018). Além disso, o DM caracteriza-se por um conjunto de distúrbios com variados graus de resistência à insulina, diminuição da sua excreção e elevação da produção de glicose (POWERS, 2016).

O DM representa uma das principais causas de morbimortalidade no Ocidente. Sua prevalência aumenta com a idade, embora possa ser diagnosticada também em faixas etárias mais jovens (SBD, 2015). Segundo dados do Ministério da Saúde (2017), o DM tipo 1, em geral, tem início súbito, acometendo principalmente crianças e adolescentes, mas atingindo também adultos. Na maioria dos casos, o quadro de hiperglicemia é grave, podendo evoluir rapidamente para cetoacidose, sendo essencial, então, o uso de insulina para prevenir tal condição. O DM tipo 2 é considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e um problema de saúde pública, caracterizando-se pela deficiência relativa de insulina. A hiperglicemia ocorre paulatinamente, permanecendo a condição mórbida assintomática por vários anos (BRASIL, 2013).

No Brasil, a ocorrência média de DM na população com mais de 18 anos é de 5,2%, representando 6.399,187 de pessoas com tal diagnóstico. O número de

hospitalizações e óbitos pela enfermidade no Sistema Único de Saúde (SUS) aumentou 10% entre 2008 e 2011, passando de 131.734 hospitalizações para mais de 140 mil (Visentin et al., 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o DM é uma doença que tem um impacto econômico bastante significativo na sociedade (WHO, 2016). Calcula-se que as despesas de saúde decorrentes da moléstia e de suas complicações nas Américas estarão próximas de US\$ 800 bilhões em 2040. Os altos custos se devem ao fato de a doença ser complexa, com múltiplas repercussões em vários sistemas orgânicos e profundas implicações na qualidade de vida das pessoas (WHO, 2016).

O DM do tipo 2 corresponde a cerca de 90% dos casos, equivalendo a 8,3% da população adulta, independentemente do gênero. Nos anos de 2012 e 2013, a doença apresentou uma mortalidade de 1,5 a 5,1 milhões de pessoas por ano, sendo então a 8ª causa de morte no mundo (TAO et al, 2015). De acordo com a International Diabetes Federation (IDF), em 2017, no mundo, foram 4 milhões de mortes por DM, sendo 209.717 adultos entre 20 e 79 anos na América do Sul e México, correspondendo a 11% de todas as causas de morte nesses países.

Ressalta-se que o gasto total anual dispendido com o DM mundialmente está estimado em U\$65,2 milhões, sendo U\$10,7 milhões empregados em gastos diretos e U\$54,4 milhões em gastos indiretos com as implicações que a doença provoca no organismo (MILLER, 2019). Em torno de 44,9% delas ocorreram em pessoas com menos de 60 anos, sendo metade delas no Brasil (IDF, 2017). No ranking global de gastos com DM, o Brasil é o 6º país do mundo; entretanto, quando se leva em conta o gasto *per capita*, o país não se encontra entre os dez países com maior investimento médio por doentes com DM (IDF, 2017).

Discutir formas de prevenção para a enfermidade – cujo impacto, em termos individuais e coletivos, é incontestável – vem se tornando cada vez mais essencial, uma vez que se percebe a crescente prevalência e associação com outros fatores agravantes. Por conta disso, o DM é um problema de saúde considerado *Condição Sensível* à Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, trata-se de um agravo à saúde que não deveria chegar ao nível da atenção terciária, visto que se trata de uma entidade nosológica que poderia ser resolvida por meio de ações efetivas da atenção primária (PEREIRA, 2014).

Deve ser destacado, nesse contexto, que a APS representa um espaço de

“cuidado à saúde mais próximo dos usuários do SUS, considerando a territorialização como ponto de partida e lócus de proximidade entre usuários e equipe de saúde” (MOTTA; SIQUEIRA-BATISTA, 2015), correspondendo ao primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde, usualmente representado pelos serviços ambulatoriais direcionados a responder às necessidades de saúde mais comuns de uma população. Suas formas de operacionalização assumiram, desde o início do século XX, os contornos econômicos, políticos e culturais dos diferentes contextos, épocas e atores sociais envolvidos (PORTELA, 2017).

Evidências demonstram que o cuidado adequado ao enfermo com DM na APS evita hospitalizações e mortes em decorrência de complicações (ALFRADIQUE, 2009). De fato, o DM, como outras doenças crônicas não transmissíveis, necessita de serviços de saúde organizados, que ofereçam atenção integral, conduzida por equipe multiprofissional capacitada, sendo essenciais políticas de saúde estruturadas para que tal cenário se concretize (WHO, 2016).

Esses dados são relevantes para evidenciar que o DM não é exclusivamente um problema de saúde mundial – pelo seu efeito na mortalidade, a morbidade e a qualidade de vida –, mas um grande problema para as economias nacionais. Os vários tratamentos para a moléstia e para suas complicações são a “causa” da maioria desses gastos, tornando o tratamento da enfermidade um dos mais caros – em muitos países do mundo – gerando os mais altos custos para os sistemas de saúde (ZHANG, 2017).

O estilo de vida do indivíduo com DM, compreendendo fatores como sedentarismo, alimentação, controle da glicemia e adesão ao tratamento, interferem nas complicações dele decorrentes. Desse modo, é muito importante o controle da glicemia, a qual, mantendo-se elevada, poderá ocasionar complicações agudas, como cetoacidose diabética, coma hiperosmolar não-cetótico e hipoglicemia, destarte as complicações crônicas, como as microvasculares (neuropatia periférica, retinopatia e nefropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (FONSECA, 2019).

Estima-se que, em nível global, a prevalência do DM seja em torno de 120 milhões de indivíduos e que de 4 a 10% deles desenvolvem lesões nos pés, com destaque para uma de suas complicações mais graves e epidemiologicamente relevantes complicações do DM: a SPD (FONSECA, 2019).

Compreender os diferentes matizes do DM – e de suas complicações,

especialmente o pé diabético – e descobrir a importância do autocuidado representam um dos aspectos mais importantes no tratamento do enfermo. Isso porque com o entendimento acerca da doença, o foco passa a ser a Qualidade de Vida (QV) – entendida como um conceito que conglomerar e transcende o próprio conceito de saúde, composto por diversos campos: o físico, o psicológico, o ambiental, dentre outros. Isso porque alude ao entendimento do indivíduo acerca de sua condição de vida frente às doenças e suas consequências, ou seja, como a moléstia afeta sua situação de vida útil (CRUZ, 2018).

A QV tem sido definida como o entendimento do indivíduo a respeito de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores em que vive e em relação aos seus propósitos, expectativas, padrões e preocupações (PANZINI, 2017) e a prevenção de suas complicações (BOLSONI, 2012).

Assim, merece uma discussão particular, a Síndrome do Pé Diabético (SPD) ou simplesmente – Pé Diabético – que é considerado uma complicação onerosa e grave do DM e causa principal de amputação de membros não traumáticos em todo o mundo. Seu desenvolvimento se deve principalmente à evolução da neuropatia diabética, além da doença arterial periférica, acompanhadas ou não de deformidades ósseas, podendo estar acompanhadas por infecção grave (NIGI, 2018). Mundialmente, é considerada uma das mais sérias complicações do DM e a causa mais corriqueira de hospitalização em indivíduos diabéticos. A etiologia é complexa, pois tem natureza multifatorial (VOLMER-THOLE; LOBMANN, 2016).

A SPD foi identificada como a maior causa de morbidade entre pessoas diabéticas. Os problemas relacionados à doença vascular e neuropatia periféricas fazem com que a maior parte das lesões do pé diabético sejam assintomáticas. A presença de lesões não cicatrizantes evidencia o problema. Dessa forma, medidas profiláticas, compreendendo busca ativa pelo rastreamento sistemático do Pé Diabético, devem ser realizadas por equipe multidisciplinar, a fim de possibilitar o diagnóstico precoce de indivíduos diabéticos com alto risco de desenvolver o pé diabético (LIM et al, 2017).

Cabe lembrar que essas graves lesões podem ser evitadas com bom controle glicêmico, avaliação sistemática dos pés, uso de calçados apropriados, educação do doente e da equipe que presta assistência (MISHRA, 2017). De fato, recente estudo (2016), com dados coletados entre junho de 2012 e julho de 2014 – envolvendo cerca de 200 milhões de pessoas – fundamentado em uma grande coorte de

indivíduos diabéticos de vários centros do Brasil, com risco de desenvolver úlcera e amputação, demonstrou uma maior prevalência de neuropatia em comparação com a doença isquêmica na SPD, enquanto a doença isquêmica foi mais associada às amputações (PARISI, 2016).

A referida noção de autocuidado pode ser articulada ao conceito de *cuidado de si* – proposto por Michel Foucault nas obras **Hermenêutica do sujeito** e **História da Sexualidade: o cuidado de si** – o qual pode ser assim compreendido: “é preciso que te ocupes contigo mesmo, que não te esqueças de ti mesmo, que tenhas cuidado contigo mesmo” (FOUCAULT, 2010, p. 6). O estudioso emprega o texto de Platão, especificamente o diálogo entre Sócrates e Alcíbiades, evidenciando que Sócrates estimula os outros a ocuparem-se consigo mesmo, cuidando de si mesmos (BOLSONI, 2012).

A morbidade e a mortalidade da SPD podem ser atenuadas com ações educativas voltadas para a prevenção de agravos e manutenção da qualidade de vida. O desenvolvimento de uma proposta educacional – alicerçada nas noções de autocuidado e de *cuidado de si* – poderá facilitar o acesso à saúde a partir de uma perspectiva equânime, contribuindo para a compreensão da própria condição de saúde e de doença, possibilitando o atendimento das necessidades de prevenção, promoção e recuperação da saúde (ANDRADE, 2018).

De fato, a ideia de abordar as questões da educação em saúde para ações de cuidado dirigidas ao diabético no âmbito da APS/ESF pode fornecer uma maneira de problematizar – de forma ética – os diferentes aspectos do autocuidado. Essas questões relacionadas à educação em saúde são fundamentais para trabalhar as prioridades levantadas em cada equipe, envolvendo mudanças de paradigmas e percorrendo o campo social em todas as suas relações de vida (ALMEIDA, 2014; MITRE et al., 2008).

A educação é um processo metódico e interativo que tem como escopo específico subsidiar os sujeitos de ferramentas de compreensão, a fim de que consigam organizar informações e significados, introduzindo-os à sua estrutura cognitiva e ao patrimônio cultural coletivo. Portanto, o processo da educação deve ser capaz de motivar os indivíduos a promover a transformação em suas práticas de saúde na perspectiva da problematização e das necessidades reais das comunidades (VIDAL et al., 2014).

Dada a importância do DM e da SPD, torna-se imperativo facilitar a adesão

ao tratamento para o adequado acompanhamento dos doentes, além de estimular a participação dos indivíduos nas próprias ações de cuidado. A participação dos indivíduos na promoção da saúde gera a responsabilidade pelos seus costumes. Dessa forma, fica a cargo do indivíduo desenvolver atitudes saudáveis e organizar o seu cotidiano para garantir qualidade de vida. Por isso, a importância de levar o conhecimento e a capacitação para os profissionais que atuam nas equipes de ESF, com a finalidade principal de motivá-los e capacitá-los a envolver os doentes no tratamento, bem como nos cuidados de prevenção.

Pode-se notar que Oliveira e Siqueira-Batista (2018) observam que a promoção da saúde, como um dos pontos fundamentais da ESF, pode seguir ainda, em uma direção de captura biopolítica, aumentando a carga sobre doentes e familiares. Uma vez, que a ESF surgiu como uma das principais propostas de superação dos problemas originados no modelo biomédico, na expectativa de superar o modelo hegemônico, na prática dos princípios do SUS. Nespoli (2014), também sugere que, nesse sentido, no domínio da participação social ou dos mecanismos de gestão participativa do SUS, os indivíduos precisam se recriar para não compactuarem com o que se combate, e que acabam cultivando – por exemplo, a “racionalidade liberal, privatista em suas diversas facetas e práticas disciplinares e normalizadoras” (NESPOLI, 2014).

Validamente, a família, como núcleo da sociedade, passou a ser o propósito da atenção, destacando-se o espaço no qual ela vive. A ESF contém em si o risco de se estabelecer em um espaço de captura e de dominação – “na lógica da biopolítica, do biopoder e das modulações dos indivíduos – mais eficaz do que aqueles identificados nos hospitais. Poder-se-ia afirmar – a partir destas análises – que a ESF, está em um entre, na dobra, entre a biopolítica e o biopoder” (OLIVEIRA;SIQUEIRA BATISTA, 2018).

Em relação à doença, o fenômeno da transição epidemiológica, ou seja, as mudanças ocorridas no tempo nos padrões de morte, morbidade e invalidez, que caracterizam uma população específica em termos econômicos, representa uma importante carga, considerando tanto custos diretos para o sistema de saúde e para a sociedade, quanto indiretos, atribuíveis à mortalidade prematura e a incapacitações temporárias e permanentes decorrentes de suas complicações, principalmente o Pé Diabético (SBD, 2018).

A ESF considera um modelo de assistência centrado nas equipes de saúde,

mescladas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde, e organizada pelo governo municipal. A ESF trouxe, além disso, como capitais características estratégicas alterações nas formas de remuneração das ações de saúde, nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais e, desta forma, no processo de descentralização (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Com isso, será demonstrada a importância da formação dos profissionais das equipes de ESF, facilitando o acesso ao autoconhecimento e autocuidado do indivíduo diabético em relação à sua doença, visando à prevenção de complicações, principalmente porque o DM continua a representar um desafio para governos e sociedades, em razão do sofrimento, da incapacidade, da perda de produtividade e morte prematura (ROSA; SCHMIDT, 2008). A escolha da ESF no âmbito da APS justifica-se porque, apesar de ainda haver muito espaço para melhorias, as evidências são grandes de que a ESF é uma investida importante e eficaz para a organização da atenção primária à saúde no Brasil (MACINKO; MENDONÇA, 2018).

Com base nessas considerações preliminares, delinea-se o problema de pesquisa abordado na presente dissertação, em composição ao maior entendimento dos conceitos de (1) pé diabético e (2) cuidado de si (em Michel Foucault), os quais foram articulados em termos do (3) autocuidado no DM, de uma perspectiva de (4) formação dos profissionais da área da saúde, como se procurará delimitar preliminarmente a seguir.

1.1 O PÉ DIABÉTICO

Das complicações do DM, merece relevância a Síndrome do Pé Diabético (SPD) – ou, simplesmente, pé diabético – definida pela Organização de Saúde (OMS), no documento Consenso Internacional sobre Pé Diabético (2001, p. 10), da seguinte forma: "situação de infecção, ulceração ou também destruição dos tecidos profundos dos pés, associada a anormalidades neurológicas e doença vascular periférica, nos membros inferiores de pessoas com diabetes mellitus".

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2017), através das diretrizes 2017/2018, adota o conceito de pé diabético como a "infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos moles associadas a alterações neurológicas e vários graus de doença arterial periférica (DAP) nos membros inferiores" (SBD, 2017, p. 273).

As lesões dos pés, incluindo a SPD e as amputações, estão entre as

complicações mais complexas e de maior impacto socioeconômico do DM, segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016). Tais distúrbios – principalmente o pé diabético – têm uma incidência anual de 2%, sendo que o portador de diabetes apresenta um risco de 25% na evolução de úlceras nos pés durante a vida (BRASIL, 2016).

Os números são preocupantes ao se reconhecer que a proporção dos leitos hospitalares em emergências e enfermarias nos países em desenvolvimento é ocupada por indivíduos com SPD. Estima-se que 25% deles poderão desenvolver pelo menos uma úlcera do pé durante a vida (BAHIA, 2018). Entretanto, as evidências nacional e mundialmente sobre a epidemiologia e custos do pé diabético ainda são escassas. Sabe-se que os gastos com a saúde são cinco vezes maiores em indivíduos com DM e lesões no pé, quando comparados com doentes sem lesões nos pés, e estão diretamente relacionados às hospitalizações, além do tratamento e acompanhamento nas unidades de ESF (BAHIA, 2018).

Somado a isso, os dados são insuficientes ou inexistentes e falta organização do sistema, que apresenta baixa resolução, além de carência em termos da capacitação dos profissionais que atuam nas unidades de APS/ESF. No Brasil, estima-se que, para uma população de 7,12 milhões de indivíduos com DM tipo 2 (DM2), 484.500 apresentam lesões nos pés, 169.600 foram internadas por causas relacionadas a essa situação e foram procedidas 80.900 amputações, com evolução de 21.700 delas para óbito (SBD, 2018).

Como a lesão do pé diabético está associada à doença vascular periférica e à neuropatia periférica, geralmente combinadas, muitos casos de amputações de membros inferiores em indivíduos com SPD poderiam ser evitadas. Destarte, alguns pontos merecem maior atenção, como o enfoque na formação/capacitação dos profissionais envolvidos no cuidado das pessoas com DM, além do exame periódico dos pés dos doentes com DM, promovendo e estimulando o autocuidado.

Os enfermos com um alto risco de SPD podem ser prontamente identificados através de um exame clínico cuidadoso dos pés, estando a educação e o acompanhamento periódicos indicados nesses casos, ainda mais quando se sabe que a lesão do pé, associada à infecção, constitui uma ameaça para o membro – por exemplo, lesões de partes moles, artrites, osteomielites (BRASIL, 2016; GHERMAN, 2018) – e também para a vida (BRASIL, 2016; DUARTE, 2011).

A amputação de membros ocorre em 0,7% dos doentes com DM com menos

de dez anos de doença e em 2,4% dos doentes com DM com mais de dez anos, percentuais bastante significativos, especialmente ao se considerar que se trata de uma complicação irreversível com extremas implicações físicas, mentais e sociais.

Os dados brasileiros são semelhantes àqueles descritos em outros países. Um estudo de 2015, realizado na Alemanha, mostrou que a amputação do membro inferior é a última opção de tratamento (SPODEN, 2019). Em torno de 78% de todas as amputações dos membros inferiores no país estão relacionados ao DM. De 2009 a 2015, sua prevalência cresceu 1%, com taxas menores de amputações maiores (pé e perna) e maiores de amputações menores (dedos e parte do pé) (SPODEN, 2019).

Um estudo fundamentado no Grupo de Trabalho Internacional sobre a Orientação do Pé Diabético (IWGDF) 2015 – que versa sobre orientações de consenso internacional com base em evidências – destaca medidas cruciais no cuidado com o indivíduo portador de DM, especialmente para prevenção de úlceras nos pés, como uso de calçados adequados e adoção de medidas para prevenir e curar lesões nos pés, como (i) a prevenção de úlceras nos pés de doentes com DM em risco; (ii) o uso calçados adequados e cuidados para prevenir e curar lesões nos pés de doentes com DM; (iii) o diagnóstico precoce e o manejo das causas de lesões nos pés; (iv) o diagnóstico e tratamento de lesões com infecções do pé em doentes com DM; e (v) a pronta atuação no cuidado com as lesões em pé diabético (GHERMAN, 2018; SCHAPER, 2016).

Conjectura-se que o indivíduo diabético que se conhece tem maiores chances de não desenvolver complicações, uma vez que o autoexame dos pés pelo diabético – uma prática de autocuidado – evita problemas mais graves. Nesses termos, é possível articular o conceito (episteme) de *cuidado de si* foucaultiano à prática (práxis) de autocuidado para a prevenção do pé diabético. É preciso, portanto, criar alternativas e trabalhar intensamente para estimular a adesão da pessoa com DM ao autocuidado, ampliando e melhorando as formas de lidar com a enfermidade.

1.2 O CONCEITO DE *CUIDADO DE SI* EM MICHEL FOUCAULT

Não me pergunte quem sou e não me peça para permanecer o mesmo.

Michel Foucault

Michel Foucault (1926-1984) nasceu em uma família de médicos

reconhecidos socialmente. Frequentou instituições escolares conservadoras e religiosas. Formou-se primeiramente, em 1948, em filosofia, e, em 1949, em psicologia patológica. Em 1955, tornou-se diretor da Maison de France. Seu pensamento pode ser dividido em períodos, que envolvem temas aos quais ele mais se dedicou, dentre eles o saber, o poder e a sexualidade (YAZBEK, 2015). Filósofo, crítico literário, teórico social, filólogo e professor francês, é conhecido pelas teorias sobre a relação entre poder e conhecimento (PINA, s/d).

A vida intelectual de Foucault esteve diretamente ligada às atividades de ensino, tendo trabalhado em diferentes universidades. Entretanto, a fase mais produtiva como catedrático foram os 14 anos (1970-1984) em que esteve no Collège de France, período no qual ministrou cursos – aulas – em que expôs o progresso de seus trabalhos (VALEIRÃO, 2009).

De acordo com Bolsoni (2012), o pensador, em seus últimos anos de vida, enveredou no que ele mesmo chamou de época de ouro do *cuidado de si* (*epimeléia heautoû*). Avesso a um conjunto de práticas e métodos, que designa um sujeito moral – subserviente e impotente –, Foucault (2006, p. 12) desenvolveu tal tema na perspectiva de fazer o homem olhar para si mesmo:

(...) tentarei mostrar-lhes de que maneira este princípio de precisar ocupar-se consigo mesmo tornou-se de modo geral, o princípio de toda conduta racional, em toda forma de vida ativa que pretendesse, efetivamente, obedecer ao princípio da racionalidade moral. A inquietação a ocupar-se consigo mesmo alcançou, durante o longo brilho do pensamento helenístico e romano, uma extensão tão grande que se tornou, creio, um verdadeiro fenômeno cultural de conjunto.

Segundo Alexandre Freitas, (2010), a concepção do sujeito ético é ponderada como efeito das técnicas de si, que têm como objetivo a direção de uma vida bela, levando ao estudo das práticas de si e seu poder na criação de novas formas de vida. Isso aparece através de um pensamento, um cuidado, um olhar, uma inquietação com o que é pensado e sentido e, posteriormente, em atitudes sobre si mesmo, buscando a transformação do sujeito (TRINDADE, 2017; BOLSONI, 2012). De acordo com Foucault (2006, p. 109), “ocupar-se consigo não é pois, uma simples preparação momentânea para a vida; é uma forma de vida”.

O ponto comum entre a ética e o *cuidado de si* é o autocuidado, pois o sujeito que se conhece passa a ocupar-se de si e do seu próprio cuidado a partir da consciência que tem de si mesmo (BOLSONI, 2012). Foucault (2016, p. 116) chama

atenção para o novo “eu” a partir do cuidado de si, quando diz: “Tornarmo-nos o que nunca fomos, esse é, penso eu, um dos mais fundamentais elementos ou temas dessa prática de si”.

De acordo com o estudioso, o *cuidado de si* é a situação na qual o sujeito volta sua visão e seus atos para si mesmo, porém, não de uma forma egoísta ou narcisista, mas em uma ação para com o outro. Pode-se dizer, então, que o *cuidado de si* trata de um “duplo-retorno”: em um primeiro momento, um “retorno para si” e, posteriormente, um retorno para o outro e para o mundo. Contudo, isso proporciona o aparecimento de uma questão de cunho ontológico, pois o sujeito, ao retornar para si, confronta-se com sua atual condição. Inicialmente, imagina-se que ele se volta para si porque, em outro momento, encontrava-se em outro lugar diferente de si. “Portanto, que ‘outro lugar’ é esse em que o sujeito habita, ‘fora de si’, do qual deve retornar?” (GALVÃO, 2014, p. 3).

Foucault percorre vários caminhos interpretativos para procurar neles o momento em que o *cuidado de si* deixou de ser tão importante e o conhecimento de si ganhou grande relevância (BOLSONI, 2012). Isso porque, em algum momento, tais concepções começam a mudar e o *cuidado de si* se liberta até chegar em um princípio absoluto. A partir daí, cuidar de si passa a ser algo inerente à vida, independentemente da fase em que o indivíduo esteja, seja novo ou velho. “A ideia é cuidar de nós mesmos não quando ainda se é jovem nem para aprender a morrer; agora o cuidado de si é uma atitude frente à vida, um gesto contínuo. O cuidado de si permite vincular o sujeito à verdade” (TRINDADE, 2017, s/p).

1.3 O AUTOCUIDADO NO DM E O CONCEITO DE *CUIDADO DE SI*: APROXIMAÇÕES

Conforme destacado anteriormente, Michel Foucault (2006) chama a atenção para a necessidade de olhar para si mesmo, retornar a si, preocupar-se com suas atitudes para consigo e com o outro. Utiliza, para isso, o simbolismo da navegação para tecer o sentido empregado na expressão “retorno a si mesmo” e, como em tal metáfora, o escopo é chegar no ponto de partida, onde encontra segurança e proteção de tudo. Ou seja, se queremos chegar à origem, é porque o caminho é perigoso e só vivenciando essa experiência, mesmo que traumática, se alcança o ponto de chegada (BOLSONI, 2012).

É preciso ir em direção ao eu como quem vai em direção a uma meta. E esse não é mais um movimento apenas dos olhos, mas do ser inteiro que deve dirigir-se ao eu como único objetivo. Ir em direção ao eu é ao mesmo tempo retornar a si: como quem volve ao porto ou como um exército que recobra a cidade e a fortaleza que a protege (FOUCAULT, 2006, p. 262).

Esse conceito de Foucault – o *cuidado de si* – pode ser articulado ao de autocuidado, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003) e definido como a forma do indivíduo estabelecer e manter a própria saúde, prevenindo e vivendo com as doenças. O termo *epimeléia heautoû* não constitui apenas uma inquietação, mas um conjunto de tarefas que envolve um trabalho na relação do indivíduo consigo mesmo. Na conjuntura de uma cultura de si, o tempo destinado a voltar-se para si mesmo é de suma importância. Esse período deve ser ocupado por exercícios, afazeres e atividades diversos.

O *cuidado de si* pode ser, então, composto por análises (matinais e vespertinas), atividades de memorização de princípios, cuidados com o corpo, preocupações com a saúde, atividade física moderada, satisfação das necessidades, meditações, leituras, registros e, ainda, “conversas com um confidente, amigo, guia ou diretor de alma” (GRABOIS, 2011, p. 3).

A fim de promover transformações nos portadores de DM com relação ao cuidado com sua própria saúde, é fundamental que sejam formuladas estratégias efetivas por meio da educação em saúde. Por isso, importante se faz destacar o que foi documentado pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018): (1) Reduzir as barreiras entre indivíduos com diabetes, seus familiares, comunidades e profissionais de saúde; (2) Capacitar a equipe multiprofissional e o indivíduo com diabetes para o autocuidado; (3) Melhorar os resultados clínicos; (4) Prevenir ou retardar o diabetes e suas complicações agudas e crônicas; (5) Proporcionar qualidade de vida.

O alcance desses objetivos está intimamente relacionado à educação e à motivação desse indivíduo, que deverá estar apto a fazer “escolhas adequadas diante de diversas situações, a fim de que ele desenvolva comportamentos de autocuidado e solucione os problemas mais comuns do dia a dia” (SBD, 2017-2018, p. 132).

Assim, percebe-se que o *cuidado de si* se inicia com uma atitude, uma forma de se colocar no mundo, de agir, de interagir e de enxergar as coisas (SILVA, 2009).

Com efeito, tal conceito foucaultiano, articulado à noção de autocuidado, se reflete diretamente em criar no sujeito, doente diabético, uma visão real, crítica, ativa, comprometida, envolvida de se conhecer e poder se cuidar, não somente aprendendo a fazer o autoexame de seus membros inferiores, mas percebendo os efeitos da doença em seu corpo e sabendo como programar um cuidado específico para diminuir o impacto da doença.

Além disso, é um convite para o autoconhecimento e a responsabilização de cada pessoa frente ao próprio problema, com destaque para as ações de refletir e de exercitar. Há uma grande potência entre o *conhece a ti mesmo*, quando se busca uma verdade, e o *cuidado de si*, no qual há o exercício da verdade (TRINDADE, 2017). Compreendendo tal questão, o *cuidado de si* se transforma em um *fio condutor* da existência, um princípio maior que todos, um exercício constante de enxergar-se e perceber-se (LUCENA, 2014).

1.4 PROBLEMATIZAÇÃO

A preocupação com a difusão de conhecimentos referentes à saúde da população existe há mais de um século e tinham a finalidade de controlar as epidemias que assolavam o país. Em 1920, apareceu a expressão “educação sanitária”, com o objetivo de propagar hábitos de higiene, tendo como base que o indivíduo era o principal causador da doença (Donato, 2000).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), implantadas nos anos 2000 para os cursos de graduação em saúde e reformuladas por Marina L. Villardi, Eliana G. Cyrino e Neusi A. N. Berbel (2014), buscam a formação dos profissionais de saúde balizada pelo Sistema Único de Saúde, atuando com qualidade na promoção da saúde, na prevenção da doença, de forma a atender às necessidades sociais na saúde. A ideia é abandonar o modelo obsoleto e rígido de ensino, baseado em um currículo formado por disciplinas que não conversam entre si, centralizado no professor, trazendo novos conceitos filosóficos, políticos e metodológicos constituindo as habilidades fundamentais aos profissionais de saúde (KRUZE; BONETTI, 2004).

Para isso, utilizaram uma proposta problematizadora para a educação no âmbito da Saúde, através da metodologia da problematização com o arco de Maguerez, que incita a potencialidade social, política e ética dos alunos, que são

motivados a vivenciar a realidade de forma efetiva identificando as prioridades levando a um processo criativo que envolve ação–reflexão–ação num contexto da realidade vivenciada, na perspectiva de transformá-la (Berbel, 2012b). A metodologia da problematização, esperada nas alterações curriculares nos cursos de graduação nacionais, é amparada no referencial teórico de Paulo Freire (1980; 1996; 2005), abalizado pela busca das transformações da sociedade pela prática social, cultural e política (Borille et al., 2012).

A educação problematizadora, segundo Paulo Freire (2005), possibilita desenvolver a ideia de que os indivíduos são “seres além de si mesmos” protagonizando a construção de um futuro melhor, protagonizando o seu viver, num movimento de busca permanente. Busca-se a construção de saberes significativos por meio da interação com a comunidade: aprendizagem e transformação de todos os envolvidos no processo.

1.5 JUSTIFICATIVA

O processo da educação deve ser capaz de motivar os indivíduos a promover a transformação em suas práticas de saúde na perspectiva da problematização e das necessidades reais das comunidades (VIDAL et al., 2014). É imperativo facilitar a adesão ao tratamento dos doentes, de um ponto de vista do autocuidado, de modo a estimular sua participação autônoma, reconhecendo a promoção da saúde como uma *afirmação da vida* e não como uma captura na lógica do controle (OLIVEIRA; SIQUEIRA-BATISTA, 2018).

A participação dos doentes na promoção da saúde traz consigo a responsabilidade por seus costumes, ficando a cargo do indivíduo desenvolver atitudes saudáveis e organizar o seu cotidiano para garantir qualidade de vida (VIDAL, 2015). Por isso a importância de levar o conhecimento e a capacitação para os profissionais que atuam nas equipes de APS/ESF, com a finalidade de qualificar esses profissionais para o cuidado integral – baseado no respeito à autodeterminação – aos indivíduos diabéticos, não deixando somente a cargo do paciente e seus familiares o ônus do cuidado.

O assunto é relevante principalmente porque um estudo do Global Burden of Disease (GBD) mostrou que a carga representada pelo DM terá maior impacto (em termos de sistema de saúde e sociedade) nos países em desenvolvimento.

Com base nessas considerações preliminares, objetivou-se neste estudo (i) realizar uma revisão de literatura sobre o pé diabético, (ii) articular a discussão acerca do autocuidado do diabético ao âmbito do *cuidado de si* de Michel Foucault e (iii) criar uma proposta de capacitação dirigida, através de ações de educação, para os profissionais das equipes de ESF, através de oficinas que poderão ser realizadas nas unidades de APS/ ESF, com o objetivo de proporcionar a construção de saberes na saúde.

1.6 QUESTÃO NORTEADORA

A partir das considerações ora apresentadas, foi construída a seguinte pergunta norteadora para o desenvolvimento do estudo: É possível articular os conceitos de autocuidado e *cuidado de si* proposto por Foucault para a proposição de ações de formação, enfocando o cuidado ao enfermo com pé diabético, para os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família?

1.7 HIPÓTESE

A hipótese do presente estudo pode ser assim enunciada: É possível articular o conceito (episteme) de *cuidado de si* foucaultiano à prática (práxis) de autocuidado para a prevenção do pé diabético, através de uma proposta de educação problematizadora, considerando o caminho da ação-reflexão-ação, na perspectiva de promover a reflexão das equipes da APS/ESF sobre a própria prática de cuidado.

1.8 OBJETIVOS

1.8.1 Objetivo geral

Elaborar uma proposta capaz de articular o conceito (episteme) de cuidado de si foucaultiano à prática (práxis) de autocuidado para a prevenção do pé diabético, através de um produto final que incida sobre a educação das equipes da APS/ESF.

1.8.2 Objetivos específicos

- Revisar os principais aspectos do pé diabético, caracterizando seus elementos etiológicos, epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e profiláticos;
- Investigar o conceito de *cuidado de si* de Michel Foucault e correlacioná-lo ao debate sobre autocuidado, na perspectiva da prevenção do pé diabético;
- Elaborar uma proposta de capacitação dirigida à equipe multidisciplinar na identificação dos fatores de risco e no reconhecimento do pé diabético, dirigido à sua prevenção, com base na teoria da problematização.

2 MÉTODOS

O estudo foi dividido em três partes: (1) *Revisão de literatura*, abordando aspectos epidemiológicos, fatores predisponentes, clínica, diagnóstico, profilaxia e terapêutica do pé diabético; (2) *Reflexão filosófica*, dirigida à concepção de *cuidado de si* de Michel Foucault, articulando-a ao autocuidado para prevenção do pé diabético; (3) *Elaboração de uma proposta de capacitação*, dirigida às equipes multiprofissionais da APS.

2.1 REVISÃO DA LITERATURA

Realizou-se revisão bibliográfica sobre o tema nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando os seguintes descritores presentes no DeCS (<http://decs.bvs.br/>): “Pé Diabético”, “Atenção Primária à Saúde” e “Saúde da Família”. Eles foram combinados em “estratégias de busca”, conforme demonstrado na tabela 1, a qual também contém o número de citações obtidas em cada base de dados.

Tabela 1 - Súmula da busca bibliográfica

ESTRATÉGIA DE BUSCA*	PUBMED**	LILACS	SCIELO
“Pé Diabético” AND “Atenção Primária à Saúde”	106	82	102
“Pé Diabético” AND “Saúde da Família”	78	17	69
TOTAL	184	99	171

* Data limite da busca: 30 de junho de 2019.

** No PubMed, os descritores foram utilizados em inglês (“Diabetic Foot” AND “Primary Health Care”; “Diabetic Foot” AND “Family Health”).

Fonte: Elaboração da autora (2019).

Após a leitura dos resumos/textos, foi possível categorizá-los nos seguintes temas: caracterização e avaliação funcional de portadores de DM; capacitação para o autocuidado e fatores associados à aderência ao tratamento e prevenção na atenção primária; e pé diabético: aspectos epidemiológicos, etiologia e fisiopatologia, aspectos clínicos e diagnóstico, tratamento, organização do cuidado ao doente em risco de desenvolver SPD.

Quanto aos critérios de escolha dos artigos, foram consideradas as referências que tiveram como objetivo de estudo a abordagem do pé diabético em

termos dos cuidados primários à saúde. Os textos selecionados foram lidos e subsidiaram a organização do primeiro artigo que compõe os resultados.

2.2 REFLEXÃO FILOSÓFICA SOBRE AUTOCUIDADO E *CUIDADO DE SI*

A metodologia usada para criação deste capítulo foi a leitura e o fichamento das obras **Hermenêutica do sujeito** e **História da Sexualidade: o cuidado de si**, analisados a partir de teóricos que estudam Michel Foucault e o conceito ora abordado. A importância da análise dos conceitos foucaultianos é transformar ideias espontâneas que a pesquisadora apresentou ao longo desta pesquisa em teoria melhor formulada. Na realidade, cabe adotar uma atitude filosófica: a que consiste em tomar pra nós mesmos os pensamentos de outros, de forma que a leitura filosófica dos textos não seja primeiramente um meio de conhecimento, mas base para reflexão (FOLSCHEID; WUNENBURGER, 2006).

É importante substituir as opiniões (*doxa*, conforme a caracterização de Platão) imediatas e livrar o trabalho de posições preconcebidas e de crenças pessoais em prol do conhecimento (*episteme*). Mergulhar nos textos filosóficos é a condição necessária para uma cultura filosófica pessoal:

Disso resulta que os 'conhecimentos' filosóficos não são conhecimentos ordinários que poderíamos "aprender", sem penetrá-los e ser por eles penetrados, tal como se preenche um espírito ignorante com conteúdos puramente exteriores (FOLSCHEID; WUNENBURGER 2006).

A escolha de Foucault diz respeito, em concordância com Yazbek (2016), às análises das relações de poder empreendidas pelo autor e, também, à atenção dada aos métodos de subjetivação avaliados em si mesmos, ou seja, à forma como os indivíduos tomam por incumbência a gestão deles próprios, bem como a construção e a importância de si mesmos como sujeitos. Dessa forma, não se descarta o poder, mas ele é entendido no sentido de assegurá-lo não apenas como poder sobre o outro, mas, do mesmo modo, como poder sobre si. Afinal, para a prática greco-romana do *cuidado de si*, este consistia em formar uma relação si para consigo integral, autosuficiente e capaz de produzir a transformação do sujeito que incide na felicidade que se tem consigo mesmo (CANDIOTTO, 2010).

O empreendimento de analisar a concepção de *cuidado de si* de Foucault foi

articulado às discussões sobre o autocuidado na atenção à pessoa com pé diabético, com o fito de construir os referenciais teóricos necessários à elaboração de uma oficina de formação dirigida aos trabalhadores que atuam no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Propõe-se que esses profissionais, uma vez capacitados, se empoderem e promovam as discussões e ações necessárias para o aprimoramento do autocuidado dos doentes diabéticos atendidos nas unidades de ESF.

2.3 ELABORAÇÃO DA PROPOSTA DE FORMAÇÃO

Como produto desta dissertação, foi proposta a *I Oficina de Formação para Profissionais da APS sobre autocuidado no Pé*, com o objetivo proporcionar oportunidades para a construção de saberes relacionados ao DM e suas complicações – com foco na SPD –, da mesma forma que praticar o conhecimento e a reflexão acerca das questões sensíveis à APS, possibilitando a constituição de competências para o trabalho nesse nível de atenção. Além disso, objetivou-se exercitar o reconhecimento e a argumentação acerca dos problemas de saúde vivenciados na atenção básica, principalmente os cuidados com a prevenção da SPD.

2.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados na forma de três capítulos, organizados de acordo com o material produzido a partir da observância da descrição metodológica apresentada: *O cuidado ao enfermo com pé diabético no âmbito da Atenção Primária à Saúde* (capítulo 1); *O cuidado de si e a atenção ao enfermo com pé diabético na Atenção Primária à Saúde: leituras foucaultianas* (capítulo 2); e a proposta de capacitação dirigida aos profissionais envolvidos no cuidado ao doente diabético na Atenção Primária a Saúde: *O DM na ESF – Como lidar com esse mal*. (capítulo 3).

O último é o produto educacional estruturado, visando atingir à proposta indicada anteriormente.

3 CAPÍTULO I – O CUIDADO AO ENFERMO COM PÉ DIABÉTICO NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Fico admirado com o fato de a sociedade pagar uma fortuna para um cirurgião tirar a perna de uma pessoa – mas nada para salvá-la!

(George Bernard Shaw)

Resumo

O diabetes mellitus (DM) é uma condição que afeta milhões de pessoas no mundo, sujeitas a diferentes complicações, incluindo a Síndrome do Pé Diabético (SPD), a qual abrange alterações neurológicas e vasculares predispondo à ocorrência de infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos. Dada tal magnitude em termos clínicos e de saúde pública, torna-se essencial que os profissionais de saúde que atuam nos diferentes níveis de assistência – especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) – estejam capacitados para o desenvolvimento de ações de cuidado ao DM, com o objetivo de minimizar o desenvolvimento da SPD, com suas graves consequências, dentre as quais a amputação. Apresentar os conceitos atuais da SPD, enfatizando a esfera da APS, por conseguinte, é o escopo do presente artigo, que pretendeu demonstrar que estabelecimento de programas e projetos que abordem a dificuldade de acesso em todos os níveis de atenção, privilegiem a educação dos profissionais de saúde e dos doentes e seus familiares e estabeleçam um fluxo distinto, em todos os níveis dos sistemas de saúde, é uma solução viável para a redução das internações e amputações de diabéticos com complicações e risco de desenvolver a SPD.

Palavras chave: Pé Diabético. Amputação. Prevenção.

Abstract

Diabetes mellitus (DM) is a condition that affects millions of people worldwide, subject to different complications, including Diabetic Foot Syndrome (PPS), which encompasses neurological and vascular abnormalities predisposing to infection, ulceration and / or destruction of deep tissues. Given such magnitude in clinical and public health terms, it is essential that health professionals working at different levels of care – especially Primary Health Care (PHC) – are trained to develop DM care actions, in order to minimize the development of SPD, with its serious consequences, including amputation. Presenting the current concepts of SPD, emphasizing the sphere of PHC, therefore, is the scope of this article, which aimed to demonstrate that the establishment of programs and projects that address the difficulty of access at all levels of care, prioritize the education of health professionals and patients and their families and establish a distinct flow at all levels of health systems, It is a viable solution for reducing hospitalizations and amputations of diabetic patients with complications and risk of developing SPD.

Keywords: Diabetic foot. Amputation. Prevention

3.1 INTRODUÇÃO

A síndrome do pé diabético (SPD), ou simplesmente pé diabético, é uma das complicações mais presentes nos doentes portadores de Diabetes *Mellitus* (DM). Caracteriza-se, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Diabetes (SPD), como a entidade clínica de base etiopatogênica neuropática, agravada pela hiperglicemia constante, na presença ou não de doença arterial periférica (DAP), com traumatismo prévio, que produz ulceração do pé (SPD, 2016). Existem dois tipos: o neuropático,

que ocorre em 65% dos casos, e o neuro-isquêmico, respondendo pelos 35% restantes (DUARTE, 2011).

Os efeitos das complicações constituem um sério problema para os doentes com DM, com a ocorrência de lesões crônicas e infecções graves e de difícil tratamento, bem como de amputações de membros inferiores (BRASIL, 2013), além de alta taxa de mortalidade, queda na qualidade de vida, aumento no tempo de permanência das internações hospitalares, ocasionando elevadas taxas de absenteísmo e aposentadorias precoces (BRASIL, 2013; OLIVEIRA, 2017).

Úlceras do pé, infecções graves e de difícil tratamento e amputação como consequências da neuropatia diabética e / ou doença arterial periférica (PAD) são comuns e representam uma das maiores causas de morbidade e mortalidade em pessoas com DM. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado dos pés de enfermos com risco de lesões e amputações podem minimizar a ocorrência dessas complicações (ADA, 2017), as quais podem adquirir contornos dramáticos na vida dos indivíduos com DM (BRASIL, 2013).

O Consenso Internacional sobre a SPD, nascido dos trabalhos do Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético (International Working Group on the Diabetic Foot, IWGDF), descreve a condição mórbida como um desafio para profissionais e gestores da saúde, principalmente por ser o DM uma doença crônica grave, caracterizada por distúrbios metabólicos que compartilham o fenótipo da hiperglicemia, sendo seus principais fatores a secreção reduzida de insulina, menor utilização e maior produção de glicose (POWERS, 2014).

Com base nessas considerações, o objetivo do presente artigo é discutir o impacto do pé diabético, considerando-se que se trata de uma das mais graves e potencialmente incapacitantes complicações do DM, que pode ser evitado com adequados cuidados no nível da Atenção Primária à Saúde (APS).

3.2 ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Estima-se que 371 milhões de pessoas entre 20 e 79 anos, em todo o mundo, apresentem DM, mas que 50% delas desconheçam o diagnóstico (NASCIMENTO, 2016). A prevalência na América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e cogitada para 40 milhões em 2030. O Brasil ocupa a 4ª posição mundial com maior prevalência de DM (13,4 milhões de pessoas), o que corresponde a,

aproximadamente, 6,5% da população (NASCIMENTO, 2016).

A neuropatia diabética sensório-motora está incluída em cerca de 30% dos doentes hospitalizados com DM e em 20% da população total de diabéticos detectáveis na cidade de Stuttgart, na Alemanha (LOBMANN, 2015). Dados do Consenso Internacional sobre o Pé Diabético em 2011 mostram que, em determinadas regiões, índices tão elevados, como de 70 a 90%, são descritos. Os números são muito significativos em vários países desenvolvidos e menos desenvolvidos.

A SPD é a principal causa de internações prolongadas, correspondendo a 25% das admissões hospitalares nos Estados Unidos da América, elevando os custos para 28 mil dólares a cada admissão por ulceração; e na Suécia, 18 mil dólares em casos sem amputação e 34 mil dólares nos casos que evoluem para amputação. No Brasil, teoriza-se que para uma população de 7,12 milhões de indivíduos com DM tipo 2, 484.500 terão úlceras, 169.600 serão hospitalizados e 80.900 terão um membro amputado, dos quais 21.700 evoluiriam para o óbito (SBD, 2017).

O estudo EURODIALE (The European Study Group on Diabetes and Lower Extremity Project) (2005), envolvendo 14 centros europeus (10 países) e 1.232 indivíduos diabéticos, entre 2003 e 2004, seguindo as diretrizes do International Working Group on the Diabetic Foot IWGDF, revelou que 77% dos enfermos com SPD cursaram com cicatrização em um ano, independentemente de amputação; 5% passaram por amputação maior (acima do tornozelo); 18% sofreram amputação menor (55% nos dedos, 34% em raio e 11% no médio pé), com 6% dos casos evoluindo para óbito. Dos enfermos com DM, 79% apresentavam polineuropatia diabética (PND), 50% tinham DAP com isquemia importante em 12% (definida por índice tornozelo-braço [ITB] < 0,5) e apenas 22% apresentavam úlcera do pé diabético (UPD) clássica de região plantar no pé (SBD, 2018).

Um estudo observacional de 2017 com enfermos recrutados entre dezembro de 2014 e junho de 2016, em um total de 15.992 doentes com DM 2, realizado em 38 países, incluindo o Brasil, mostrou que a carga global de complicações microvasculares e macrovasculares é menor nos doentes naqueles avaliados e tratados precocemente. Tais informações mostram uma oportunidade para a modificação agressiva de fatores de risco precoces, particularmente em regiões com alta prevalência de complicações (KOSIBOROD et al., 2018).

Em suma, aproximadamente 40 a 60% de todas as amputações não traumáticas dos membros inferiores são realizadas em doentes com diabetes e 85% das amputações dos membros inferiores relacionadas à enfermidade são precedidas de uma úlcera no pé. Além disso, quatro entre cinco úlceras em indivíduos diabéticos são precipitadas por trauma externo, sendo a prevalência de uma úlcera nos pés de 4 a 10% da população diabética (SANTOS, 2013).

3.3 ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

A etiologia da SPD é multifatorial, mas está intimamente relacionada à neuropatia periférica e à doença vascular periférica (DVP) em portadores de DM. Das suas complicações, as úlceras e as amputações de extremidades, principais desenlaces da SPD, são algumas das mais graves e de maior impacto socioeconômico, com alta incidência na população brasileira (BRASIL, 2013). Ressalta-se também que a idade do doente, a existência de lesão prévia nos membros inferiores, a presença de neuropatia periférica (NP), neuropatia sensório-motora diabética, além de neuropatia autonômica, são fatores de risco claros para o desenvolvimento de uma lesão pertencente ao espectro da SPD (LOBMANN, 2015).

Há distintos fatores contribuintes para o desenvolvimento de SPD, incluindo (i) história prévia de lesão ou amputação; (ii) pressão no pé, que pode estar associada ao uso de calçados inadequados ou mesmo a presença de calosidades e presença de objetos estranhos nos calçados; (iii) edema periférico; (iv) problemas sociais e econômicos, que impactam na percepção de si mesmo e do processo de adoecimento; (v) idade do indivíduo; e (vi) polineuropatia diabética sensitivo-motora (VOLMER; NOOR, 2015). De acordo com dados epidemiológicos, a neuropatia isolada é responsável por cerca de 50% dos casos de SPD, enquanto em 35%, úlceras nos pés desenvolvem-se como uma combinação de neuropatia e angiopatia. Os pés, casos estejam submetidos a condições de isquemia, estão propensos a lesões e infecções. Considera-se também os danos de pele normalmente inofensivos, relacionados a andar descalço ou ao corte inadequado das unhas, principalmente nos indivíduos idosos com visão reduzida e / ou retinopatia (VOLMER e LOBMANN, 2016).

É importante lembrar que entre as úlceras crônicas do pé, a cicatrização

ocorre em aproximadamente 15% dos doentes com DM (ANDREWS, 2015). Muitos fatores contribuem para a diminuição da cicatrização de feridas em diabéticos, sendo eles os mesmos que causam as lesões, sem contar que o tratamento atualmente empregado para as úlceras do pé diabético não cicatrizadas não é adequado, pois um número significativo de doentes segue para amputação. (ANDREWS, 2015).

Há, ainda, dois elementos envolvidos no desencadeamento da neuropatia no diabético: o vascular, na qual a microangiopatia leva à isquemia, causando lesão do nervo, e o bioquímica, quando o aumento de substâncias tóxicas como sorbitol e frutose acarretam lesão no nervo (CAIAFA, 2011). Observa-se na figura 1 a cadeia de fatos que pode levar à SPD.

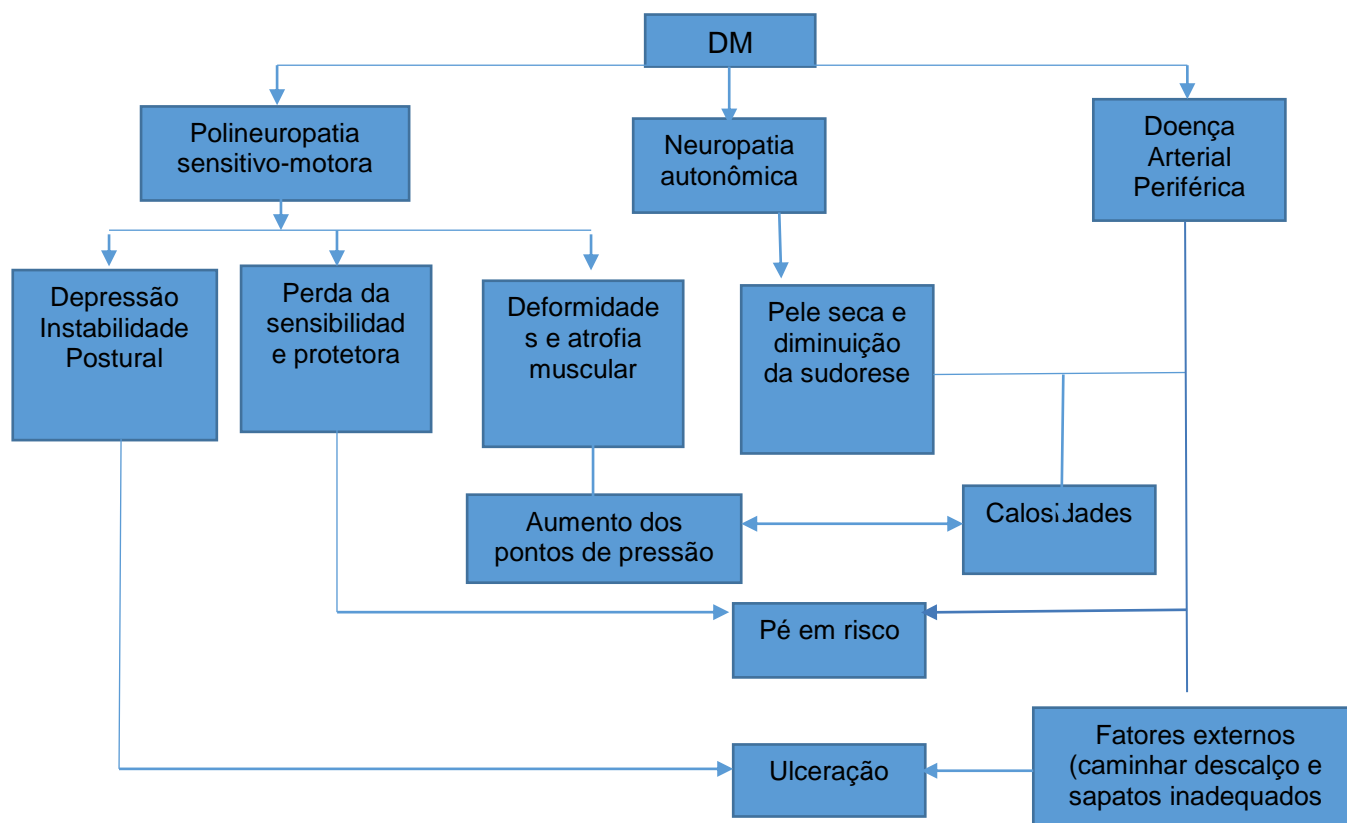


Figura 1: Fisiopatologia da Síndrome do Pé Diabético (SPD)
Fonte: SBD, 2017, p. 275.

Os principais fatores de risco para ulceração dos pés, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), são Polineuropatia Diabética (PND), deformidades, traumas, Doença Arterial Periférica (DAP), histórico de úlceras e amputação, doença renal pelo diabetes, retinopatia, condição socioeconômica, indivíduo que mora sozinho e falta ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde. A partir desses dados,

denomina-se tríade de ulceração a presença de (i) PND, (ii) deformidades e (iii) trauma (63%), sendo que a presença da isquemia (35%) é um fator associado à amputação (SBD, 2017).

3.3.1 Doença Arterial Periférica

A doença arterial periférica (DAP) relacionada ao DM é, em sua maioria, infrainguinal e atinge 50% dos doentes, sendo de cinco a dez vezes mais encontradas nesses indivíduos que em não diabéticos (SBD, 2017). Estudos epidemiológicos sugerem que os lipídios e as lipoproteínas podem, em particular, contribuir para a DVP, assim como para a hipertensão. Além disso, o tabagismo e a hiperglicemia também são fatores de risco preditivos significativos (NOOR, 2015). Em síntese, a DAP no DM é comumente associada à rápida evolução.

Seus mecanismos fisiopatológicos são intrincados e multifatoriais. Alguns fatores que normalmente estão aumentados no DM, tais como produtos finais de glicação (AGEs), estresse oxidativo, inflamação e aterotrombose, são capitais para o desenvolvimento de DAP. Entretanto, o entendimento da sua fisiopatologia ainda é bastante restrita e requer estudos adicionais (YANG et al, 2016). Destaca-se ainda que 25 a 50% dos doentes podem não apresentar manifestações – ou apresenta-las de modo atípico –, 30% queixam-se de claudicação intermitente e 20% cursam com formas mais graves, evoluindo para doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) e isquemia crítica (SBD, 2017).

Importante lembrar que a neuropatia autonômica pode ser responsável por sinais e sintomas de acometimento cardiovascular, como hipotensão postural, tonteiras, síncope e morte súbita. Além disso, a lesão da inervação simpática dos membros inferiores, conhecida como auto-sympatectomia do diabético, é responsável por alterações do tônus vascular (CAIAFA, 2011).

Múltiplas alterações no metabolismo do DM aumentam o risco de aterogênese. A elevação da atividade pró-aterogênica nas células da musculatura lisa da parede dos vasos e da agregação plaquetária, somados ao aumento de fatores pró-coagulantes, da viscosidade sanguínea e da produção de fibrinogênio, são alguns dos mecanismos. Essas anomalias vasculares podem se apresentar antes mesmo do diagnóstico de DM (NOOR, 2015).

3.3.2 Neuropatia Periférica (NP)

A neuropatia periférica no DM é uma das principais causas de lesão nos pés. Até 66% dos doentes com diabetes encara neuropatia periférica nas extremidades inferiores. Existem vários outros fatores responsáveis pelo aparecimento de neuropatia, como a neuropatia prévia, irregularidades no metabolismo dos ácidos graxos, ativação da proteína via quinase-C, produção de fator de crescimento neural e produção de anticorpos para tecido neural (NOOR, 2015).

O sistema nervoso periférico (SNP) é usualmente acometido pelo DM, com o surgimento de neuropatia periférica simétrica das extremidades, podendo afetar tanto a função motora quanto a sensorial. As principais neuropatias associadas ao DM são polineuropatia sensorimotora simétrica distal, polineuropatia sensorial distal aguda grave, neuropatia autonômica, caquexia neuropática diabética, neuropatia hipoglicêmica, neuropatia induzida pelo tratamento (neurite de insulina), polirradiculopatia, dentre outras (RUSSELL, 2014). As formas mais comuns da enfermidade são as de neuropatia somática e autonômica.

A patogênese dessas alterações – coligidas sob a terminologia neuropatia diabética – é complexa. Alguns dados estabeleceram ligação evidente entre o controle glicêmico prejudicado, neuropatia e retinopatia, destacando-se que a hiperlipidemia e a hiperglicemia podem ser determinantes na patogênese da neuropatia diabética (RUSSELL, 2014).

Dados da SBD de 2016 revelam que a prevalência da neuropatia diabética alcança níveis elevados com a evolução temporal da doença, chegando geralmente a frequências de 50% de lesão neuropática em diferentes grupos de enfermos, analisados nos âmbitos nacional e internacional. Entretanto, essa prevalência pode aumentar significativamente e atingir valores próximos a 100% de acometimento quando se utilizam métodos diagnósticos de maior sensibilidade, como os testes eletrofisiológicos (SBD, 2015-2016).

De acordo com Vinik et al (2013), os fatores causais da NP abrangem hiperglicemia persistente, insuficiência microvascular, estresse oxidativo e nitrosativo, neurotropismo defeituoso e mediação autoimune e destruição nervosa. Entretanto, a NP é um conjunto heterogêneo de condições com etiopatogenia muito variada, sugerindo diferenças nos mecanismos patogênicos para as diferentes apresentações. Descobrir o ponto comum dos processos patológicos é o primeiro

passo para alcançar a forma apropriada de intervenção.

Neuropatia periférica diabética (DPN) ocorre como consequência de dano sensorial, de nervos autonômicos e motores e pode apresentar-se com diversos sinais e sintomas. Fundamental se faz que seu diagnóstico seja o mais precoce possível. Neuropatia de fibras pequenas pode se desenvolver em indivíduos com intolerância à glicose (IGT), em particular aqueles que desenvolvem Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2), sendo recomendado, por isso, que enfermos com neuropatia periférica sejam avaliados para dismetabolismo da glicose (AZMI, 2019).

Na neuropatia motora ocorrem alterações da capacidade do corpo de coordenar movimentos e surge a deformidade do pé, Pé de Charcot, dedos de martelo e garras. Ela leva também à atrofia nos músculos do pé e a alterações na anatomia dos pés, causando osteomielite, além de perda de sensação de proteção, que ocasiona as lesões decorrentes de fatores externos como calçados mal ajustados, exposição ao calor e ferimentos. Já a neuropatia autonômica leva à predisposição para fissuras e desenvolvimento de infecção (NOOR, 2015).

A neuropatia da polineuropatia diabética PND é a principal causa intrínseca às lesões do pé no portador de DM. Como principal sintoma tem-se a diminuição da sudorese nos pés, ocasionando grande ressecamento da pele, aumentando o risco de rachaduras. Ulcerações estão relacionadas a cerca de 85% das amputações dos membros inferiores. Dessa maneira, o diagnóstico precoce do PND torna-se muito importante (BRINATI, 2017).

3.3.3 Infecção

As complicações de extremidades inferiores são um problema bastante significativo para a saúde pública, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, devido a taxa de prevalência de amputações de 50%, além disso, os amputados e os não amputados, necessitam de serviços e cuidados médicos de longa duração. (SANGLARD, 2018)

As taxas de morbidade e mortalidade das complicações relativas ao DM podem ser significativamente reduzidas através de procedimentos de vigilância sólidos e no momento adequado. Os procedimentos de triagem estão indicados para todos os doentes com DM, contudo muitos indivíduos não chegam a receber uma assistência apropriada (POWERS, 2016).

Os sintomas iniciais do pé diabético são inflamação e aumento significativo de volume, devido ao acúmulo de líquido nas articulações dos ossos subjacentes, vermelhidão e aumento da temperatura local, deformidades dos dedos, pé plano, úlceras crônicas abertas através da pele e instabilidade conjunta, além de aumento da temperatura local. (SANGLARD, 2018).

Quando se fala de infecção na SPD, se faz necessário falar da osteomielite que consiste numa inflamação do osso causada por um organismo infeccioso, e é um problema de difícil resolução. Seu estudo e acompanhamento dependem, da idade do enfermo, a cronicidade da infecção e a via de disseminação (foco hematogênico ou adjacente), além do estado imunológico e vascular do mesmo e da área afetada. É difícil, mas necessário, diferenciar a artropatia neuropática da osteomielite. Esta última geralmente envolve um único osso subjacente sendo que a artropatia neuropática tende a envolver múltiplos ossos do pé. (MANDELL et al, 2017).

Apesar das medidas preventivas, a ulceração e a infecção do pé são comuns e representam um problema sério. Por causa da patogênese multifatorial das úlceras das extremidades inferiores, o controle das lesões que é multidisciplinar, e com frequência exige especialista em ortopedia, cirurgia vascular, endocrinologia, podiatria e infectologista. A úlcera infectada é um diagnóstico clínico e com frequência resulta de múltiplos microorganismos, podendo evoluir para gangrena gasosa. Predominaram *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* e bastonetes gram-negativos: *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis* e *Enterobacter* sp. Há diferenças entre os tipos de lesão, como é o caso do predomínio de 70,66% de bastonetes gram-negativos isolados das lesões de membros inferiores; na SPD, a espécie mais frequente foi *Staphylococcus aureus*, seguida pela *E. coli* e *P. aeruginosa*; entretanto, na úlcera de estase venosa, predominou a *Pseudomonas aeruginosa*, seguida por *S. aureus* e *Enterobacter* sp. (FERNANDES, 2007; HARRISON, 2016.).

3.3.4 Alterações articulares

Relacionada ao espectro da SPD está a Neuroartropatia de Charcot ou Pé de Charcot, uma complicação do DM cujos principais aspectos incluem “destruição e desarranjo da arquitetura osteoarticular do pé e tornozelo levando a luxações,

fraturas e deformidades” (LIMA, 2016, p. 2). Os mecanismos fisiopatológicos são a neuropatia periférica e autonômica, bem como a resposta inflamatória local excessiva aos traumas. Na presença dessa alteração, o encaminhamento para especialistas deve ser o mais precoce possível, a fim de evitar complicações mais graves, melhorando, com isso, os resultados da abordagem do problema (PAPANAS, 2013).

O DM não é a única, mas é a principal causa da neuroartropatia de Charcot, que pode ser classificada como pé de Charcot, pé de Charcot agudo, quando há sinais inflamatórios, e pé de Charcot inativo, quando os sinais inflamatórios estão ausentes (PAPANAS, 2013; NÓBREGA, 2015).

3.4 ASPECTOS CLÍNICOS E DIAGNÓSTICO

Os principais achados clínicos dos enfermos com SDP são: i) Sensoriais: queimação, pontadas, agulhadas, formigamentos, dormência, dor que varia de leve a forte intensidade (principalmente a noite), sensação de frio, câibras. É importante lembrar que a ausência de dor pode traduzir a perda progressiva da sensibilidade dolorosa; ii) Motores: atrofia da musculatura intrínseca do pé e deformidades como: dedos em martelo, dedos em garra, hálux valgo, pé cavo, proeminências ósseas, calosidades e úlcera plantar; iii) Autonômicos: ressecamento da pele e fissuras, hiperemia, hipertermia, edema e alterações ungueais (BOULTON, 1996)

A presença da neuropatia resulta na perda da sensibilidade térmica e dolorosa, levando a episódios de traumas e ulcerações. O surgimento de processos infecciosos e a irrigação dos membros inferiores comprometida contribuem para a evolução da gangrena. Frequentemente, a pessoa com DM apenas percebe a lesão em um estágio avançado, o que dificulta o tratamento e colabora para a elevada incidência de amputações (SANTOS, 2011).

O diagnóstico da NDP é caracterizado por Azmi e colaboradores (2019) com a expressão *too little too late* (“tão simples e tão tardio”). Os autores também afirmam, com base nas recomendações do Consenso de Toronto e da Associação Americana de Diabetes (ADA), que o diagnóstico deve ser estabelecido o mais precocemente possível; ademais, o monitoramento da neuropatia periférica diabética é fundamental. Os documentos recomendam que basta a presença de pelo menos um sintoma ou sinal de neuropatia – e ou de alteração neurofisiologia – para o

diagnóstico de NPD, o que deve implicar em tratamento o mais precocemente possível (AZMI et al., 2019).

A presença de gangrena na lesão inicial aumenta as chances de amputação em 1,4 vezes em relação à sua ausência (SANTOS, 2011). A falta de sensibilidade ao monofilamento, além da ausência dos pulsos tibial posterior e pedioso entre os doentes de alto risco, mostra probabilidade de amputação de 1,7 vezes quando comparados aos de baixo risco. A ausência de sensibilidade ao diapasão também foi estatisticamente significativa ($p=0,05$), indicando que esse aspecto clínico durante o exame físico leva à probabilidade de amputação de 1,6 vezes mais que na sua presença (SANTOS, 2011).

A pesquisa de neuropatia periférica deve ser realizada pelo menos anualmente, com o teste com monofilamento de 10g aplicando pressão em pontos específicos do pé, indicados no próprio monofilamento. A ocorrência de úlcera neuropática em doentes com teste do monofilamento normal é extremamente rara e, nesses casos, a etiologia é quase que certamente isquêmica (NETO, s/p).

3.5 TRATAMENTO

Na presença de ulceração nos pés, os cuidados devem ser instituídos de forma mais precoce possível, o que deve abranger o tratamento da infecção. Diminuição do apoio do membro afetado, curativo adequado da lesão e encaminhamento à atenção especializada são medidas prioritárias e urgentes. Alguns fatores podem indicar necessidade de hospitalização, como úlcera profunda com risco de acometimento ósseo ou articular; febre ou fatores sistêmicos adversos; celulite (> 2 cm ao redor da úlcera); isquemia severa; ou dificuldades de acompanhamento adequado no domicílio (BRASIL, 2013). Uma declaração de consenso da American Diabetes Association ADA identificou seis intervenções com eficácia demonstrada nas feridas do pé diabético: eliminação de sobrecarga; desbridamento; curativo das feridas; uso apropriado de antibioticoterapia; revascularização e amputação limitada. (HARRISON, 2016. p. 101).

A fisiopatologia da úlcera do pé diabético e da infecção do tecido mole geralmente se deve à neuropatia, ocorrência de traumas e doença oclusiva da artéria periférica concomitantemente. Quando a infecção do pé se desenvolve e o tecido abaixo da fáscia já está comprometido, o tratamento recomendado é

antibioticoterapia sistêmica no ambiente hospitalar, teste da perfusão do ramo arterial e debridamento cirúrgico do tecido infectado. Busca-se com o tratamento a cura e alta hospitalar com referência para acompanhamento na APS (BANDYK, 2019). Nos casos de infecção grave, como úlcera profunda exsudativa e infectada, celulite, gangrena ou necrose extensa, osteomielite, bacteremia ou toxicidade sistêmica, a hospitalização do indivíduo deve ser imediata.

Na presença de osteomielite, o tratamento pode se estender por até seis semanas, podendo ser acompanhado por desbridamento cirúrgico. As estratégias para a assistência da pessoa com DM com lesão ulcerada em membros inferiores precisam ser traçadas para garantir acompanhamento adequado. Por isso, os profissionais devem estar atentos à capacidade para o autocuidado e à rede de cuidado do doente, além dos cuidados específicos para essa complicação (BRASIL, 2013).

O tratamento para a SPD deve se iniciar o mais precoce possível, aos primeiros sinais de problema. Desta forma, o tratamento profilático pode reduzir o desenvolvimento de lesões mais graves. Surgindo uma lesão, o cuidado deve ser o mais efetivo e eficiente possível para o doente com o pensamento e atenção voltados para o leito da ferida. (BRAUN, L. R. et al, 2014).

Um estudo de Bezerra et al (2018) relativo à adesão à terapêutica medicamentosa mostrou um grande desafio para serviços de saúde, considerando que o sucesso do tratamento depende da interação entre três pilares: fatores sociais, inerentes ao doente e relacionados aos profissionais de saúde.

3.6 ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AO INDIVÍDUO EM RISCO DE DESENVOLVER SDP

A história natural do DM tipo 1 e tipo 2 é caracterizada pelo advento de complicações crônicas. O risco de desenvolver complicações crônicas graves é muitas vezes superior quando comparado a pessoas sem diabetes – 30 vezes para cegueira, 40 vezes para amputações de membros inferiores, duas a cinco vezes para infarto agudo do miocárdio (IAM) e duas a três vezes para acidente vascular cerebral (AVC) (BRASIL, 2016).

A estimativa de que a quase totalidade dos cuidados diários imprescindíveis

ao tratamento do DM são realizados pela própria pessoa enferma – ou por seus familiares –, impõe substantivo desafio aos profissionais de saúde em estabelecer um processo eficaz de educação em saúde, para a promoção de ações de autocuidado (GROSSI, 2009). Nesse sentido, a SBD relaciona vários itens fundamentais na prevenção de SPD, como programa de educação continuada para indivíduos com DM e seus cuidadores; equipes dos níveis terciário e secundário e, principalmente, da atenção básica (nível primário); sistema eficiente e efetivo de identificação de indivíduos em risco de SPD; medidas para redução do risco de UPD; estruturação dos serviços para o cuidado crônico, dentre outros, de modo a estabelecer, gradativamente, uma rede integrada para atendimento de doentes com DM com risco de desenvolver SPD (SBD, 2017).

Além das equipes, a abordagem educativa de pessoas com DM para prevenção da SPD e estabelecimento de um cuidado diário adequado dos membros inferiores é capital para evitar internações desnecessárias e amputações (BRASIL, 2013). Dessa forma, o desenlace favorável da prescrição dos cuidados depende do profissional conseguir adaptar a sua atuação às necessidades específicas de cada doente atendido. As orientações recebidas dos profissionais de saúde, associada ao eficiente prosseguimento do atendimento, é o que define o sucesso ou não da adesão aos regimes farmacológicos.

Constitui uma das funções da equipe de APS realizar o rastreamento da sua população com DM a fim de organizar as necessidades para a abordagem da SPD. De posse dos dados, pode estruturar-se para atender à demanda desse agravo. É fundamental, ainda, a garantia de acesso à avaliação regular e organizada dos pés das pessoas com DM (BRASIL, 2016). A atenção dispensada a elas, sobretudo as com o tipo 1, deve ser feita pela atenção especializada, com garantia da manutenção do cuidado na APS. A equipe precisa conhecer essa parcela da população e sustentar a comunicação com os outros níveis de atenção (BRASIL, 2013).

Analisar as altas taxas de morbimortalidade relacionadas ao DM, prevenir a doença e evitar suas complicações deve ser prioridade para a saúde da população. A APS deve priorizar a atenção aos fatores de risco, principalmente o sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares ruins. Para tanto, faz-se necessária a busca ativa, a identificação, o acompanhamento e tratamento de indivíduos com alto risco de desenvolver DM (prevenção primária), a identificação de novos casos não

diagnosticados de DM (prevenção secundária) e o tratamento e ampliação do acompanhamento de doentes já diagnosticados, com a finalidade de prevenir complicações (prevenção terciária) (BRASIL, 2006).

Importante ressaltar, ainda, que há a prevenção quaternária, que se traduz pela “ação tomada para identificar o paciente em risco de ‘supermedicalização’, para protegê-lo de nova invasão médica e sugerir a ele intervenções que sejam eticamente aceitáveis” (JAMOULLE, 2013, p. 1). Além de alcançar essas medidas e atender a questões éticas, filosóficas e técnicas da associação à prática médica, cabe citar que o

desenvolvimento extraordinário da arte de curar, calcada na relação médico-paciente, em sabedoria prática e em contextualização existencial, que o aperfeiçoamento da prática do cuidado permite desenvolver. Este foi o motivo provável pelo qual o conceito de prevenção quaternária foi desenvolvido operacionalmente pelos médicos especialistas contemporâneos que se propõem a cuidar das pessoas longitudinalmente - os Médicos de Família e Comunidade – ou seja, propõe-se resgatar e desenvolver a antiga medicina geral, ou clínica generalista, que permite ao mesmo profissional a experiência de cuidar de um conjunto de pessoas com diversos tipos de problemas de saúde, ao longo de grande tempo (TESSER, 2009, p. 9).

Como se sabe, controlar a glicemia consiste em um desafio, pois tal questão está relacionada à mudança de hábitos e à quebra de paradigmas culturais. O compartilhamento de relatos das experiências exitosas e incremento de ações de educação permanente entre as pessoas que convivem com DM é fundamental para que sejam revistas as ações e os cuidados voltados à doença (SANTOS, 2007). As medidas devem envolver não só os doentes, mas todos os profissionais relacionados ao processo.

Para alcançar o sucesso no cuidado, a equipe multidisciplinar deve dar prioridades às pessoas com DM, identificando precocemente dados capazes de revelar os fatores de risco maiores para complicações. Os fatores agravantes para as dificuldades de sucesso no tratamento adequado de DM são, na maioria das vezes, falha no controle metabólico, falta de informações e dificuldade de adesão ao tratamento recomendado, além do tratamento incorreto de lesões neuroisquêmicas e sinais súbitos de isquemia periférica. Esses problemas são de fácil resolução se tomadas medidas a serem desenvolvidas por todos os profissionais da equipe, principalmente pelo agente comunitário de saúde (ACS), que deverá priorizar as visitas de acordo com a necessidade (BRASIL, 2016).

3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM pode ser uma doença avassaladora, principalmente porque o metabolismo atípico da glicose e a ocorrência de outros transtornos metabólicos produzem graves efeitos patológicos sobre os diferentes sistemas corporais. Dentre as complicações mais expressivas da doença estão as anormalidades vasculares e as lesões que afetam a inervação periférica. Além do sofrimento humano que as complicações relacionadas à doença causam nas pessoas com DM e nos seus familiares, os custos econômicos são enormes, visto que incluem os cuidados de saúde, a perda de rendimentos, a perda de produtividade e aqueles associados às oportunidades perdidas para o desenvolvimento econômico (SPD, 2015).

O pé diabético é uma complicação com fisiopatologia complexa e de elevada prevalência, dependendo de educação em todos os níveis de assistência e interações multidisciplinares para sua prevenção e controle de ações de saúde simples. O estabelecimento de programas e projetos que abordem a dificuldade de acesso em todos os níveis de atenção privilegiam a educação dos profissionais de saúde e dos doentes e seus familiares e estabeleçam um fluxo distinto, em todos os níveis dos sistemas de saúde, é uma solução viável para a redução das internações e amputações de diabéticos com complicações e risco de desenvolver a SPD.

A APS é o âmbito mais acertado para o acompanhamento integral da pessoa com DM, sendo ela “o nível de atenção mais próximo da população e é responsável pelo cuidado longitudinal, integral e coordenado de sua população de referência” (BRASIL, 2016, p. 16). De fato, a APS deve ser capaz de solucionar mais de 80% dos problemas de saúde de sua população adstrita, já que é a porta de entrada do indivíduo no sistema de saúde. Para alcançar essa meta, deve incluir em sua rotina, dentre várias outras ações, a atenção cuidadosa com os pés das pessoas com DM (BRASIL, 2013). É de responsabilidade da sua equipe, com atuação participativa dos seus gestores, a identificação precoce e pontual da demanda para o exame do pé diabético, a partir do diagnóstico eficiente da sua população com diagnóstico de DM (BRASIL, 2016).

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Jonas Rangel. O intelectual e a atitude crítica em Foucault: elementos para repensar o papel do educador. **Kínesis**, v. VI, n. 11, p. 238-254, jul. 2014.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. **The Journal Of Clinical And Applied Research And Education**, v. 40, n. 1, jan. 2017.
- ANDRADE E.O.; GIVIGI L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. The ethics of self-care as a way of creating possibles for work in Health. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 67-76, 2018.
- ANDREWS, K. L.; HOUDEK, M. T.; KIEMELE, L. J. Manejo de feridas em úlceras crônicas do pé diabético: Do básico à medicina regenerativa. **Prosthetics and Orthotics International**, v. 39, n. 1, p. 29-39, 2015.
- AZMI, S. et al. An update on the diagnosis and treatment of diabetic somatic and autonomic neuropathy. **F1000Research**, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.12688/f1000research.17118.1>>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- BAHIA, Luciana. **O alto custo do pé diabético no Brasil**. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2018. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/ultimas/1609-o-alto-custo-do-pe-diabetico-no-brasil>>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- BANDYK, DF (2019). **O pé diabético**. Seminários em Cirurgia Vascular. University of California – San Diego, La Jolla, CA. 10.1053 / j.semvascsurg.2019.02.001.
- BEZERRA, G.C. et al. Avaliação do risco para desenvolver pé diabético na atenção básica. **Revista Estima**, v. 16, 2018.
- BOLSONI, Betania Vicensi. *O cuidado de si e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora*. ANPED Sul – Seminario de Pesquisa em Educação da Região Sul, 9, 2012.
- BOULTON, A. J. M. et al. Exame Abrangente do Pé e Avaliação de Riscos: Um relatório da Força Tarefa do Grupo de Interesse de Cuidados com os Pés da Associação Americana de Diabetes, com o endosso da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos. **Diabetes Care**, v. 31, n. 8, p. 1679-1685, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n. 36).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016

CAIAFA, J.S et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. **J Vasc Bras**, v. 10, n. 4, p. 1-32, 2011.

_____. Atenção integral ao portador de Pé Diabético. **J Vasc Bras**, v. 10, n. 4, suplemento 2, 2011.

CRUZ, D. S. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 973-989, 2018

DUARTE, N; GONÇALVES, A. Pé diabético. **Revista Angiologia e Cirurgia Vascular**, v. 7, n. 2, jun. 2011.

FONSECA, K. P. **Complicações do Diabetes Mellitus**. International Journal of Health Management, Ed. 1, 2019.

FOLSCHEID; Dominique; WUNENBURGER, Jean-Jacques. **Metodologia filosófica**. 31. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. **A Hermenêutica do Sujeito**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GHERMAN, Diana et al. Histopathological changes in major amputations due to diabetic foot – a review. **Rom J Morphol Embryol**, v. 59, n. 3, p. 699-702, 2018.

GRABOIS, P. Sobre a articulação entre *cuidado de si* e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à Antiguidade. **Revista Ensaios Filosóficos**, v. III, abr. 2011.

GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria (Org.). **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. São Paulo: SBD, 2009.

INTERNATIONAL Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

JAMOULLE, M. Belem. Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 12., 2013. Wonca world Prague. Disponível em: <<http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000435.pdf>>. Acesso em 01 jul. 2019.

KOSIBOROD et al. Vascular complications in patients with type 2 diabetes: prevalence and associated factors in 38 countries (the DISCOVER study program). **Cardiovasc Diabetol**, v. 17, n. 150, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12933-018-0787-8>>. Acesso em: 15 jun. 2019.

KUMAR, V. et al. **Patologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 928 p.

LIM, J. Z. M. et al. (2017). Prevenção e tratamento de úlceras do pé diabético. **Jornal da Royal Society of Medicine**, v. 110, n. 3, p. 104-109, 2017.

LIMA, D. P. Vieira. Neuroartropatia de Charcot do Pé Diabético: Identificação, Tratamento Conservador e Prevenção de Complicações. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 11, n. 2, p. 51-61, 2016.

LIPSKY, B. A et al. Diretriz de Prática Clínica da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas de 2012 para o Diagnóstico e Tratamento de Infecções do Pé Diabético. **Clinical Infectious Diseases**, v. 54, n. 12, 2012.

LOBMANN R. Neuropathie und diabetisches Fußsyndrom. **Internist** v. 56, n. 5, p. 503-12, 2015.

LUCENA, Maria Angélica Gazzana de. **As práticas de si e o cuidado de si no fazer do profissional de saúde**: uma leitura a partir de Michel Foucault. 2014. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2014.

MACIEL; Auterives Junior. Resistência e prática de si em Foucault. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 01-08, jun. 2014.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912014000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2019.

MANDELL, J.C. et al (2017). **Osteomielite do membro inferior: fisiopatologia, imagem e classificação, com ênfase na infecção do pé diabético**. **Radiologia de Emergência**, 25 (2), 175–188. doi: 10.1007 / s10140-017-1564-9

MILLER, Karl. 1º Encontro de Líderes em Cirurgia Bariátrica - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), 03/2019. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/numero-de-pessoas-com-diabetes-tipo-2-devera-triplicar-em-17-anos>>. Acesso: 01 jul. 2019.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

MISHRA, S. C. et al. **Pé diabético**. **BMJ**, 2017.

NASCIMENTO, Osvaldo José Moreira do; PUPE, Camila Castelo Branco; CAVALCANTI, Eduardo Boiteux Uchôa. Neuropatia diabética. **Rev. Dor.**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 46-51, 2016.

NIGI, L. et al. “Combater as úlceras do pé diabético”. **O Diabetologista: Um Rei Criador da Luta**. Seminários em Cirurgia Vascular, 2018.

NOOR, S et al. Diabetes & Metabolic Syndrome. **Clinical Research & Reviews**, v. 9, p. 192–199, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2015.04.007> 1871-4021/ 2015 Diabetes India>. Acesso em: 15 mar. 2019.

NOBREGA, Marta Barreto de Medeiros et al. Risk factors for Charcot foot. **Arch. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 59, n. 3, p. 226-230, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-39972015000300226&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2019.

OLIVEIRA, Irene Lopes Vieira Alves da Cunha et al. Estratégia Saúde da Família e o imperativo da vida saudável: capturas biopolíticas e sociedades de controle – ou sobre a crítica de Foucault e Deleuze. **Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 89-104, 2018.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães; VENCIO, Sérgio (Orgs.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OPAS/OMS), World Health Organization 2016. Global report on diabetes.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial [Internet]. Brasília (DF): OMS, 2003.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Int Rev Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 263-282, jun. 2017.

PAPANAS, N. Etiology, pathophysiology and classifications of the diabetic Charcot foot. **Diabetic Foot & Ankle**, v. 4, 2013, 4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3402/dfa.v4i0.20872>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PARISI, M. C. R. et al. (2016). Características basais e fatores de risco para úlcera, amputação e neuropatia grave em pé diabético em risco: o estudo BRAZUPA. **Diabetologia e Síndrome Metabólica**, v. 8, n. 1, 2016.

PEDROSA, Hermelinda (Org.). Consenso Internacional sobre Pé Diabético/ Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 331-342, out. 2014.

PINA, Cíntia. **Michel Foucault: Guia Estudo**. Disponível em: <<https://www.guiaestudo.com.br/michel-foucault>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

POWERS. C.A. Diabetes Mellito: diagnóstico, classificação e fisiopatologia. In **Medicina Interna de HARRISON**. V. 1. 19. ed. 2016. p. 9524.

RUSSELL, J. W.; ZILLIOX, L. A. Neuropatia Diabética. **CONTINUUM: Aprendizagem ao Longo da Vida em Neurologia**, v. 20, p. 1226-1240, 2014.

SANGLARD, M. L. et al. **Diabetes mellitus: amputação como consequência de sua complicação**. IV Seminário Científico da FACIG e II Jornada de Iniciação Científica da FACIG –2018

SANTOS, I. C. R. V. et al. Pé Diabético: Apresentação Clínica e Relação com o Atendimento na Atenção Básica. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 393-400, abr./jun. 2011.

SANTOS, V. et al. Factors associated with diabetic foot amputations. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 37-45, mar. 2015.

SANTOS, R. V. et al. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3007-3014, out. 2013.

SCHAPER, N. C. et al. Prevention and management of foot problems in diabetes: a Summary Guidance for Daily Practice 2015, based on the IWGDF Guidance Documents. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, v. 32, p. 7-15, 2016.

SILVA, I. J. Cuidado, autocuidado e *cuidado de si*: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018)**. São Paulo: Editora Clannad, 2018.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA (SPD). **Diabetes: Factos e Números**. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 12/2016. Disponível em: <<http://www2.spd.pt:8080/?p=957>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SPODEN, M.; NIMPTSCH, U.; MANSKY, T. Amputation rates of the lower limb by amputation level – observational study using German national hospital discharge data from 2005 to 2015. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, 2019.

TAO, Z.; SHI, A.; ZHAO, J. Perspectivas Epidemiológicas do Diabetes. **Cell Biochemistry and Biophysics**, v. 73, n.1, p. 181-185, 2015.

TRINDADE, Rafael. **Foucault – Conhecimento de si e cuidado**. S/d. Disponível em: <<https://razaoinequada.com/2016/11/27/foucault-conhecimento-e-cuidado-de-si/>>. Acesso em: 01 set. 2017.

VALEIRÃO, Kelin. **Foucault na educação**: ferramentas analíticas para a práxis educacional hoje. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2009.

VINIK, A. I. et al. Neuropatia diabética. **Clínicas de Endocrinologia e Metabolismo da América do Norte**, v. 42 n. 4, p. 747-787, 2013.

VIDAL, S. V. **Bioética, educação e estratégia saúde da família: entre a *práxis* e *Paidéia***. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva). 2014. 177 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.

VISENTIN, A.; MANTOVANI, M. F.; CAVEIÃO, C. et al. Autocuidado de usuários com diabetes tipo 1 em uma unidade básica de saúde. **Rev enferm UFPE.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 991-8, mar. 2016.

VOLMER-THOLE, M.; LOBMANN, R. Neuropatia e Síndrome do Pé Diabético. **Revista Internacional de Ciências Moleculares**, v. 17, n. 6, p. 917, 2016.

YAZBEK, Andre Constantino. A ética do *cuidado de si* na filosofia de Michel Foucault: notas sobre a hermenêutica do sujeito. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, n. 28, 2016

ZANINELLI. Daniele. Nova classificação propõe 5 tipos de diabetes; veja as diferenças. Colunista, Endocrinologista. 2018. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/nova-classificacao-propoe-5-tipos-de-diabetes-veja-as-diferencas>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ZHANG, P.; GREGG, E. Carga econômica global do diabetes e suas implicações. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 5, n.6, p. 404-405, 2017.

4 CAPÍTULO II – O CUIDADO DE SI E A ATENÇÃO AO ENFERMO COM PÉ DIABÉTICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: LEITURAS FOUCAULTIANAS

Resumo

Considerando a magnitude em termos clínicos e de saúde pública da Síndrome do Pé Diabético, torna-se essencial que os profissionais de saúde que atuam nos diferentes níveis de assistência – especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS) – estejam capacitados para o desenvolvimento de ações de cuidado ao DM, com o objetivo de minimizar o desenvolvimento da SPD, com suas graves consequências, dentre as quais a amputação. Além disso, o conceito de cuidado é bastante polissêmico, contexto que provavelmente tem justificado a existência de díspares práticas do cuidar. Uma dessas concepções que mais tem influenciado a prática do cuidado é a da teoria de *cuidado de si* de Michel Foucault. O principal propósito deste trabalho é, portanto, analisar criticamente e problematizar tal noção e o conceito de autocuidado para, em um segundo momento, buscar o diálogo entre as duas concepções.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus*. Síndrome do Pé Diabético. Autocuidado. Educação em Saúde. Prevenção

Abstract

Considering the clinical and public health magnitude of Diabetic Foot Syndrome, it is essential that health professionals working in different levels of care - especially in Primary Health Care (PHC) - are qualified to develop actions. care to DM, with the objective of minimizing the development of SPD, with its serious consequences, including amputation. Moreover, the concept of care is very polysemic, a context that probably has justified the existence of disparate practices of care. One of these conceptions that has most influenced the practice of care is that of Michel Foucault's theory of self-care. The main purpose of this paper is therefore to critically analyze and problematize this notion and the concept of self-care in order, in a second moment, to seek dialogue between the two conceptions.

Keywords: Diabetes *Mellitus*. Diabetic Foot Syndrome. Self-care. Health education. Prevention

4.1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM), a despeito dos avanços científicos e da organização das políticas de saúde em diferentes níveis, ainda representa um grande desafio para o governo e para a sociedade – em razão da carga de sofrimento, da incapacidade, perda de produtividade e da morte prematura vinculadas à enfermidade (ROSA; SCHMIDT, 2008) – sendo uma das principais causas de morbimortalidade no Ocidente. Sua prevalência com a idade, embora venha se tornando mais prevalente também na adolescência.

A classificação do DM baseia-se no processo de adoecimento que leva à hiperglicemia, distinguindo-se duas categorias, denominadas tipo 1 e tipo 2. Ambos são antecidos por um período de homeostase atípica da glicose à medida que a doença progride: enquanto o DM tipo 1 se apresenta com deficiência completa ou

quase absoluta de insulina, o DM tipo 2, particularmente, mostra-se de maneira muito heterogênea e uma classificação minudenciada da doença tornaria mais fácil a identificação de doentes com maior risco de desenvolver complicações – principalmente a síndrome do pé diabético (SPD) – ajustando a escolha de regimes terapêuticos de forma personalizada (ZANINELLI, 2018). Além disso, a condição mórbida pode ser caracterizada por um conjunto de distúrbios com variados graus de resistência à insulina, diminuição da sua excreção e elevação da produção de glicose (POWERS, 2016).

A OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) e a OMS (Organização Mundial da Saúde) consideram que o DM tem um impacto econômico bastante significativo nas sociedades e governos. Calcula-se que as despesas de saúde da moléstia e das suas complicações, nas Américas, estarão próximas de US\$ 800 bilhões em 2040. Os altos custos se devem ao fato de a doença ser complexa, uma vez que tem repercussões em vários órgãos e tecidos.

O DM é um problema de saúde considerado condição sensível à Atenção Primária à Saúde, ou seja, evidências demonstram que o manejo adequado desse problema, nesse nível de atenção, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009). Ademais, em comparação à população não diabética, os diabéticos apresentam elevados índices de morbidade e mortalidade, com redução na expectativa de vida, em consequência das complicações da doença (FORTI, 2006). Esse desfecho pode ser atenuado com ações educativas voltadas para prevenção de agravos e manutenção da qualidade de vida, além de redução de riscos. Nesse sentido, como para outras doenças crônicas não transmissíveis, o adequado cuidado à pessoa com DM dependerá, necessariamente, de serviços de saúde organizados que ofereçam atenção integral, com a participação de uma equipe multiprofissional capacitada. Para que isso ocorra, é fundamental que haja interesse político e políticas de saúde que possibilitem acesso aos serviços essenciais (OPAS/OMS, 2016).

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2014, a prevalência global de DM foi estimada em 9% entre os adultos acima de 18 anos; e em 2012, cerca de 1,5 milhões de mortes foram causadas diretamente pela moléstia, sendo mais de 80% delas ocorridas em países de baixa e média renda. A OMS estima que o diabetes seja a sétima causa de morte em 2030 (incluir referência).

Segundo balanço do Ministério da Saúde (2013), o diabetes foi responsável por mais de 470 mil mortes no Brasil entre 2000 e 2010. O número saltou de 35,2 mil pessoas para quase 55 mil pessoas nesses dez anos, alavacando a taxa de mortalidade de 20,8 para 28,7 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2013).

Como referido anteriormente, relembramos os conceitos de autocuidado, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde e definido como a forma do indivíduo estabelecer e manter a própria saúde, prevenindo e convivendo com as doenças. Não é simplesmente uma atitude egoísta e isolada. Na conjuntura de uma cultura de si, deve-se destinar um tempo para si mesmo. Esse período deve ser ocupado por exercícios, afazeres e atividades diversos. Dessa forma, o cuidado de si pode ser composto de análises (matinais e vespertinas), atividades de memorização de princípios, cuidados com o corpo, preocupações com a saúde, atividade física moderada, satisfação das necessidades, meditações, leituras, registros e ainda “conversas com um confidente, amigo, guia ou diretor de alma” (GRABOIS, 2011, p. 3). Assim, “E a meta da prática de si é o eu. Somente alguns são capazes de si, muito embora a prática de si seja um princípio dirigido a todos” (FOUCAULT, 2006, p. 156). Outro traço significativo desta mudança perpassa o significado do conhecimento sobre si, em que “o cuidado de si não mais se determina manifestadamente na forma única do conhecimento de si” (FOUCAULT, 2006, p. 104).

Desta forma, o objetivo deste capítulo é, sob a perspectiva de Foucault, é pensar que o mais extraordinário dos cuidados que se deve ter consigo próprio é um olhar cuidadoso sobre o corpo e a alma, através de ações constantes sobre seu próprio ser, ou seja, é basilar aceitar para si próprio o papel e as maneiras de um vigilante, controlando tudo o que se passa com seu corpo e ao seu redor, sem se descuidar de nada. (BOLSONI, 2012).

4.2 ABORDAGEM DO USUÁRIO COM PÉ DIABÉTICO NA APS: O AUTOCUIDADO EM QUESTÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um exemplo de atenção à saúde, efetivado pelo Ministério da Saúde, relacionando-se, intimamente, à promoção da saúde e atenção plena à saúde partindo da prevenção, diagnóstico, tratamento, chegando até a reabilitação dos doentes (MOTTA e SIQUEIRA-BATISTA, 2015).

A ESF contribui grandemente para a organização da Atenção Primária à Saúde (APS) e para o pleno desenvolvimento, no âmbito dos serviços, dos princípios doutrinários que legitimam Sistema Único de Saúde (SUS): i) a universalidade que é a garantia de direito à saúde para TODOS de forma indiscriminada; ii) a integralidade, que consiste em atuações continuadas para a garantia da promoção, proteção, tratamento e reabilitação; e iii) a equidade, que busca tratar as diferenças buscando a igualdade. Além de todos os princípios organizativos (SIQUEIRA, 2015; BRASIL, s/p).

A APS efetiva e eficiente para doentes com DM geralmente está relacionada a um número de internações hospitalares em declínio, principalmente porque o DM é considerado a maior condição isolada relacionada a internações não eletivas (WOLTERS, 2017). Recentemente, realizou-se estudo sobre os fatores associados ao risco de ulceração do pé em indivíduos com diabetes numa Unidade Básica de Saúde de um município do estado do Paraná (TESTON, 2017). O pé com risco à ulceração foi identificado em 35,2% da população estudada. Uma porcentagem significativa das pessoas com risco de desenvolver SPD apresentavam fatores de risco modificáveis, como o corte das unhas e a utilização de calçados inadequados, presença de micose, calos, rachaduras e pele ressecada. Desta forma, torna-se imprescindível a reorganização do planejamento da assistência pela ESF e na efetividade de práticas de educação continuada em saúde (TESTON, 2017). Ademais, é importante que os profissionais de saúde adotem e valorizem a o exame dos pés além de orientações teóricas e práticas, sobre os cuidados necessários com os doentes com risco de desenvolver SPD.

Um estudo transversal realizado por Lilian Gomes e Autran Junior em 2017 apresentou um perfil típico para o pé com alto risco de SPD, caracterizado por idade avançada, longo tempo de doença e alterações decorrentes do comprometimento sensorio-motor e vascular. Os dados reforçam a importância de realizar o exame dos pés e calçados, além de orientar para o autocuidado e a prevenção de complicações nos pés das pessoas com DM nas consultas de rotina. Esforços não podem ser poupados para estruturar ações sistematizadas de educação em saúde (GOMES, 2018).

Recente investigação – desenvolvida nas Estratégias de Saúde da Família de um município do sul de Santa Catarina, em 2017 – levantou os fatores que interferem diretamente na prática do autocuidado necessárias para controle

metabólico e prevenção de complicações. Os resultados mostram que um bom controle glicêmico e que o cuidado adequado com os pés, além de prevenir os traumas podem também diminuir os riscos de desenvolver a SDP e consequentes amputações (HOEPERS, 2018). De modo similar, outro estudo publicado em 2019 – uma revisão integrativa – mostra que o exame físico sistematizado foi a recomendação mais mencionada entre os artigos, além do uso de sapatos adequados, o uso de meias de algodão, hidratação, corte das unhas, alimentação adequada e prática de atividade física (SANTOS, 2019).

Assumindo o conceito de saúde da OMS, entende-se que para o alcance do autocuidado é necessário que haja primeiramente o autoconhecimento. Autocuidado seria o entendimento de que saúde tem uma dimensão pessoal que se anuncia durante uma vida, da forma que cada ser humano tem de criar seu próprio curso em direção ao mais completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1948). Pra isso a pessoa precisa ser livre e capaz de administrar os distintos aspectos do seu corpo.

Para alcançar essa meta é necessário que um trabalho de educação em saúde leve às transformações do desenvolvimento e do empoderamento das pessoas, com o propósito de promover o caminho para uma consciência crítica em torno dos fatores que podem interferir positiva ou negativamente na evolução da enfermidade. Desde esta perspectiva, considerando – com Boaventura de Souza Santos (2018) – que “todo o conhecimento científico visa constituir-se num novo senso comum” e, principalmente, que “todo o conhecimento é autoconhecimento”, deve-se atentar para que as ações educativas possam ser capazes de ampliar a construção do conhecimento do diabético sobre o próprio processo saúde-doença, tornando-o autoconhecimento, ponto de partida para a adoção de uma práxis de autocuidado (SANTOS, 2019), alinhada à perspectiva foucaultiana do cuidado de si, como se comentará nas duas próximas seções.

4.3 O CONCEITO DE *CUIDADO DE SI* EM FOUCAULT

O conceito de cuidado de si elaborado pelo filósofo francês Michel Foucault (1926-1984), especialmente nas obras *Hermenêutica do sujeito* e *História da Sexualidade: o cuidado de si*. Inicialmente, no caminho filosófico de Foucault, o cuidado de si é pensado a partir da ideia de governamentalidade, abordada desde 1978. A partir daí, indica-se que o cuidado ético de si é a condição do governo

político do outro. Portanto, primeiramente desenvolve-se a hipótese de que a expressão “cuidado de si” surge na obra de Foucault como consequência da ideia de governamentalidade (CANDIOTTO, 2010). Com efeito, na visão do pensador:

[...] o cuidado de si tem um objetivo, uma justificação precisa: trata-se de ocupar-se consigo a fim de poder exercer o poder ao qual se está destinado, como se deve, sensatamente, virtuosamente. [...] o cuidado de si tem como forma principal, senão exclusiva. O conhecimento de si: ocupar-se consigo é conhecer-se. (FOUCAULT, 2006, p 102)

Desde este ponto de vista, o cuidado de si refere-se, em última análise, à necessidade de “cuidar-se para bem cuidar da cidade, governar-se para governar os outros” (GRABOIS, 2011) de modo a desempenhar um “papel ‘claramente instrumental’, “a relação de si para consigo passa, portanto, pela ‘mediação da cidade” (GRABOIS, 2011). O posicionamento de governar-se acena para a questão da liberdade, ou da “prática racional da liberdade”, de acordo com o ponto de vista do próprio autor: Ademais, há clara vinculação com

[...] a preocupação com a liberdade foi um problema essencial, permanente, durante os oito grandes séculos da cultura antiga. Nela temos toda uma ética que girou em torno do cuidado de si e que confere à ética antiga sua forma tão particular. Não digo que a ética seja o cuidado de si, mas que, na Antiguidade, a ética como prática racional da liberdade girou em torno desse imperativo fundamental: ‘cuida-te de ti mesmo (FOUCAULT, 2004, p. 268).

Um dos pontos interessantes, destacado no presente excerto, é o retorno de Foucault aos textos antigos, gregos e romanos. De fato, “o cuidado de si constituiu, no mundo greco-romano, o modo pelo qual a liberdade individual – ou a liberdade cívica, até certo ponto – foi pensada como ética” (FOUCAULT, 2004, p. 267).

Em algum momento, isso começa a mudar e o *cuidado de si* se liberta até chegar a um princípio geral incondicionado. Cuidar de si passa a ser algo inerente à vida, independentemente da fase da vida em que o indivíduo esteja, seja novo ou velho. A ideia é cuidar de si mesmo não quando ainda se é jovem nem para aprender a morrer; agora o *cuidado de si* é uma atitude frente à vida, um gesto contínuo. O *cuidado de si* permite vincular o sujeito à verdade (TRINDADE, 2016). Essa composição permite que se proponha uma ética do cuidado de si, o qual pode ser compreendido como um conjunto de regras de existência que o sujeito dá a si mesmo de forma livre, um estilo de vida que leva estética da existência. O cuidado

de si não está relacionado ao isolamento do sujeito, mas ao retorno para si mesmo, o que leva à ação (GALVÃO, 2015).

Para o filósofo, o cuidado de si é tido como um dever fundamental, com procedimentos relacionados de forma criteriosa, como askesis, “conjunto de práticas pelas quais o indivíduo pode obter, assimilar a verdade, e transformá-la em um princípio de ação permanente” (TRINDADE, 2018). Trata-se, em última análise, da ação sob diferentes formas, realizadas a fim de deter o domínio sobre si.

Seu objetivo é a liberdade, como prática que se sobrepõe a toda escravidão. O panorama traçado por Foucault leva a pensar que a ética do cuidado de si produz um modo de viver que não se baseia na observância acrítica de códigos morais, mas que se fundamenta em práticas pautadas nas vontades e nos desejos dos sujeitos. O objetivo é agir com liberdade, em busca da relação consigo mesmo, não permitindo que as paixões dominem o ser, levando-o a ser escravo de si (PIONER, 2011).

4.4 O AUTOCUIDADO NO DIABETES *MELLITUS* E O CONCEITO DE *CUIDADO DE SI*: APROXIMAÇÕES

Considera-se que autocuidado é o entendimento de que saúde tem uma dimensão pessoal que se anuncia durante uma vida, da forma que cada ser humano tem de criar seu próprio curso em direção ao mais completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1948). Para isso, o sujeito precisa ser livre e capaz de administrar as alterações de seu corpo, se adaptando ao meio a fim de atuar de forma prática, buscando medidas de autocuidado em geral.

O cuidado de si é, então, percebido como um dever fundamental, com procedimentos elaborados de modo cuidadoso, como askesis (exercícios); é a prática sob diferentes formas, realizadas a fim de deter o domínio sobre si, isto é, para se constituir como sujeito virtuoso e temperante, o sujeito estabelece uma relação de si para consigo de dominação – obediência. Seu objetivo é conseguir a liberdade, entendida como uma prática que supera toda escravidão (FOUCAULT, 2006, p. 394).

Michel Foucault (1985, p. 62) defende que o cuidado com o corpo enquanto executor de uma ação está realizando um exercício que deve ser praticado por todos sem preocupações como,

o medo do excesso, a economia do regime, a escuta dos distúrbios, a atenção detalhada ao disfuncionamento, a consideração de todos os elementos (estação, clima, alimentação, modo de vida) que podem perturbar o corpo e, através dele, a alma. (FOUCAULT, 1985, p. 62).

Dessa forma, pode-se entender que a prática de si traz ao sujeito uma responsabilidade sobre o seu corpo e sua alma (BOLSONI, 2012). Assim sendo, “tornarmo-nos o que nunca fomos, esse é, penso eu, um dos mais fundamentais elementos ou temas dessa prática de si” (FOUCAULT, 2006, p. 116).

O ponto de partida para Foucault (2006, p. 446) é focar no “conhecimento de si”, como destaca: “Ocupar-se consigo não é, pois, uma simples preparação momentânea para a vida; é uma forma de vida”. A ideia desse pensamento é buscar o olhar do homem para si mesmo, retornar a si. “Cuidar de si” é preocupar-se com suas próprias atitudes para consigo e com o outro. Ocupar-se consigo, em termos do autocuidado de um doente com DM – por exemplo: 1) escolha cuidadosa dos calçados; 2) inspeção diária dos pés para uma identificação precoce de uma adaptação inadequada ao calçado ou pequenos traumatismos; 3) praticar a higiene diária dos pés, a fim de manter a integridade umidade da pele; 4) evitar o autotratamento das alterações nos pés, bem como cometer atos inseguros (p. ex, andar descalço; 5) procurar atendimento imediato com um profissional de assistência à saúde em caso de anormalidades (HARRISON, 2016, p.100).

Desse modo, enquanto se estimula o sujeito – a se conhecer, se aceitar, se localizar no contexto, se amar a ponto de querer se cuidar e se preservar, de uma perspectiva autônoma, livre – serão maiores as probabilidades de evitar as complicações mais graves e a natureza incapacitante dos distúrbios decorrentes de suas complicações (ABD, 2007). Compartilhar relatos de experiências, no contexto das ações de educação em saúde entre as pessoas que convivem com DM, é fundamental para que se possa repensar as ações exercidas e os cuidados direcionados à doença (SANTOS, 2007).

É possível, a partir desses breves apontamentos, considerar seriamente a composição entre os conceitos de autocuidado e cuidado de si, pois, este último se inicia com uma atitude, uma forma de se colocar no mundo, de agir, de interagir, de enxergar as coisas, o que se reflete diretamente em criar no sujeito, doente diabético, uma visão real, crítica, ativa, comprometida, envolvida de se conhecer e

poder cuidar de si mesmo, não somente aprendendo a fazer o autoexame de seus membros inferiores, mas sabendo os reais efeitos da doença grave em seu corpo e como ele pode ser atingido. Com isso, saberá programar um cuidado específico para diminuir o impacto da doença sobre ele mesmo. As ideias de Foucault são um convite para o autoconhecimento e a responsabilização de cada doente frente ao seu problema pessoal.

4.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A complexidade e a gravidade do DM e das suas complicações – seja pelo auto custo do tratamento, pela ocorrência de complicações graves com grande potencial de serem evitadas – impõe que sejam (re) pensados os modos segundo os quais devem ser articuladas as ações de orientação e de autocuidado, na condução desses usuários do sistema de saúde. O cuidado no manejo dos pés da pessoa com DM é complexo, e exige uma estreita relação de parceria entre a equipe multiprofissional, doentes e familiares, assentado sobre o pressuposto da integralidade do cuidado. Por outro lado, foi possível destacar que o empoderamento das pessoas diabéticas é plenamente viável, através da organização do sistema de saúde começando pela porta de entrada preferencial que é a APS/ESF, usando-se medidas e tecnologias apropriadas.

A equipe deve ser qualificada, principalmente, para identificar os doentes com risco iminente de desenvolver complicações, além de ser capaz de interromper a cadeia que várias vezes culmina em amputações, cujo impacto definitivo, na qualidade de vida destes doentes, não pode ser minimizado.

O presente ensaio foi balizado na prática do cuidado de si, conforme proposição de Foucault, através da leitura de trechos das suas obras já citadas. Nesse sentido, o cuidado de si é uma atitude ligada ao exercício da política, à forma de encarar as coisas, de se ver no mundo, de interagir com o outro e consigo mesmo, de se modificar e se transformar. Isso leva o sujeito a pensar sobre seu modo de ser e agir, tornando-se, com isso, responsável pelo cuidado com ele mesmo. De outra forma, o autocuidado é vinculado à saúde humana, à necessidade de fazer o bem a si mesmo e aos outros. Ele é a realização de ações dirigidas a si mesmo e suas ações constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício, com o propósito de

manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Em última análise, o texto representa uma primeira tentativa de aproximação de conceitos – aplicáveis a um problema da vida “real”, o pé diabético –, mas, ainda distante compreensão aprofundada do *cuidado de si* e do autocuidado. A intenção foi realizar uma preliminar exploração de tais conceitos, a fim de compreender como eles podem influenciar na prevenção, ou mesmo na redução, dos danos provocados nos indivíduos portadores de DM.

Espera-se, face ao exposto, contribuir para formação dos profissionais das equipes de APS, através do produto educacional proposto na sequência, possibilitando uma visão ampliada no que se refere à assistência às pessoas com DM, levando-se em conta os fatores desencadeantes de complicações com foco na SPD, que possui a maioria de suas causas com possibilidade de serem evitadas.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BOLSONI, Betania Vicensi. O *cuidado de si* e o corpo em michel foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora. IX ANPED Sul – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Carga do diabetes *Mellitus* tipo 2 no Brasil **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 62 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOME DO MATERIAL. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em:

21 jun. 2019

BRINATI, L. M. et al. Prevalência e fatores associados à neuropatia periférica em indivíduos com diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 347-255, 2017.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. esp., p. 152-157, 2006.

CANDIOTTO, C. Ética e política em Michel Foucault. **Rev. Trans/Form/Ação**, Marília, v. 33, n. 2, p. 157-176, 2010.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouveia; PITITTO, Bianca de Almeida. **Capítulo 1 - Aspectos epidemiológicos do Diabetes Mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-Mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

FORTI, A. Loureiro R; GUSMÃO, A; TEIXEIRA, L. Diabetes *Mellitus* – Classificação e Diagnóstico. In: VILAR, L. **Endocrinologia clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 539-548.

FOUCAULT, Michael. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo): Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. "A ética do cuidado de si como prática da liberdade". In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

GALVÃO, B. A. **A ética em Michel Foucault: Do *cuidado de si* à estética da existência**. **Revistas Eletrônicas da PUCRS**, 2014. Disponível em: <www.pucrs.br>. Acesso em: 22 out. 2017.

GOMES, L. C.; JÚNIOR, A. J. S. Fatores favoráveis ao pé diabético em usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 57, p. 5 -12, jul./set., 2018.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes *Mellitus*. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 235-243, set. 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/814/583>>. Acesso em: 22 out. 2017.

HOEPERS; N. J. et al. Autocuidado das pessoas com Diabetes Mellitus tipo II em Estratégia de Saúde da Família. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 8, n. 2, jul. 2018.

LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-

207, jun. 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200196&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MUCHAIL, S. T. **Foucault, mestre do cuidado**: textos sobre hermenêutica do sujeito. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

OLIVEIRA, N. F. et al. Diabetes *Mellitus*: desafios relacionados ao Diabetes *Mellitus*: desafios relacionados ao autocuidado abor autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 301-307, mar./ abr. 2011.

OLIVEIRA, M.N. et al. Evolution of self-care for diabetic foot prevention and clinical examination of the feet in a diabetes mellitus reference center. *J. Health Biol. Sci.* 2017 Jan-Mar; 5(3): 265-271.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 3. ed. Trad. Fernando Volkmer. New York: McGrawHill Company, 1980.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27 [2]: 255-276, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000200005>

ROSA, Roger dos Santos; SCHMIDT, Maria Inês. Diabetes *Mellitus*: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131-134, jun. 2008 .

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 8ª ed. São Paulo. Cortez, 2018

SANTOS, K. L. A. et al. Prevenção do pé diabético: uma revisão integrativa. **Diversitas Journal**, v. 4, n. 1, p. 73-90, 2019.

SANTOS, M. A. et al. Grupo operativo como estratégia de atenção integral ao diabético. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 241-247, 2007.

SILVA, K. L et. al. Educação em Enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo et al. (Bio) ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. *Saude soc.* São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes Mellitus**: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

TESTON, E. F. et al. Fatores de risco para ulceração no pé de indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017.

WOLTERS, R. J.; BRASPEN, J. C. C.; WENSING, M. Impacto da atenção primária nas taxas de internação hospitalar para pacientes com diabetes: uma revisão sistemática. **Pesquisa de Diabetes e Prática Clínica**, v. 129, p. 182-196, 2017.

5 CAPÍTULO IV – O DIABETES E O CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE EDUCAÇÃO

Resumo

O presente artigo propõe um modelo de Oficina de Formação para profissionais que atuam nas ESF, com o propósito de criar um espaço de oportunidades para um aprendizado dialogado, reflexivo e argumentativo. A ideia é que esse modelo seja trabalhado em módulos, de forma sistematizada, de acordo com as necessidades da equipe, como uma proposta que apresenta uma visão perspectiva, sempre voltada para novas problematizações. Neste estudo, objetivou-se demonstrar a importância dos processos de educação permanente no cuidado integral aos doentes portadores de Diabetes Mellitus (DM) e tornar mais eficaz e efetiva a assistência prestada pelos profissionais das equipes da ESF. Com isso, será possível o acesso dos profissionais a uma capacitação qualificada, incorporada ao processo de construção de competências para o atendimento na ESF, além de trazer a problematização das situações vivenciadas pelas equipes como uma aposta na qualidade da assistência, servindo de ponte para possibilitar adesão do doente ao tratamento, autoconhecimento e autocuidado.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Educação Continuada. Educação em Saúde.

Abstract

This paper proposes a Training Workshop model for professionals working in the FHS, with the purpose of creating a space of opportunities for dialogic, reflective and argumentative learning. The idea is that this model is systematically worked on modules, according to the needs of the team, as a proposal that presents a perspective view, always focused on new problematizations. This study aimed to demonstrate the importance of continuing education processes in comprehensive care for patients with diabetes mellitus (DM) and make more effective and effective assistance provided by professionals of the FHS teams. With this, it will be possible for professionals to access qualified training, incorporated into the process of building competencies for care in the FHS, in addition to bringing the problematization of situations experienced by teams as a bet on the quality of care, serving as a bridge to enable patient adherence to treatment, self-awareness and self-care..

Keywords: Primary health care. Continuing Education. Health education.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil orienta-se – e reorganiza-se –, há 25 anos, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo principal de incrementar ações voltadas aos cuidados integrais ao indivíduo e à coletividade, em um território previamente delimitado. O trabalho nas unidades de ESF baseia-se nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Um dos principais meios para alcançar tal objetivo é a educação permanente, envolvendo todos os atores do processo, através da criação de grupos educativos, com espaço para intercâmbio e discussão coletiva problematizadas entre profissionais da equipe e comunidade (VIDAL, 2014).

Organizar e estruturar os novos arquétipos de atenção à saúde exige sacrifícios em várias extensões do sistema de saúde. Pode-se destacar a importância de remodelagem dos métodos de trabalho em saúde, que determina, cada vez mais, a conjunção de vários saberes e ocupações. Nessa conjuntura, a formação dos profissionais em saúde é fundamental para uma atuação eficiente e envolvida com a saúde de indivíduos de seu território ou área adscrita (BISPO, 2017).

De acordo com Fortuna (2013), alguns autores assinalam que, conforme a tradição, nos grupos educativos, a maior parte das informações tem foco na doença e são transmitidas de forma não dialogada. Além disso, falta infraestrutura, apoio e comprometimento dos gestores. Ainda segundo o estudioso, para se alcançar uma educação efetiva, integral e eficiente na ESF, muitos paradigmas precisam ser revistos.

Desse modo, destaca-se a Educação Permanente em Saúde (EPS), uma forma de aprendizagem no trabalho, sendo estratégica para as equipes de saúde, como garantia de participação de vários atores e seus vários saberes (FORTUNA, 2013).

A ideia é abandonar o modelo obsoleto e rígido de ensino, baseado em um currículo formado por disciplinas que não conversam entre si, centralizado no professor, trazendo novos conceitos filosóficos, políticos e metodológicos constituindo as habilidades fundamentais aos profissionais de saúde (KRUZE; BONETTI, 2004). Para isso, utilizaram uma proposta problematizadora para a educação no âmbito da Saúde, através da metodologia da problematização com o arco de Magueréz, que incita a potencialidade social, política e ética dos alunos, que são motivados a vivenciar a realidade de forma efetiva identificando as prioridades levando a um processo criativo que envolve ação–reflexão–ação num contexto da realidade vivenciada, na perspectiva de transformá-la (BERBEL, 2012b). A metodologia da problematização, esperada nas alterações curriculares nos cursos de graduação nacionais, é amparada no referencial teórico de Paulo Freire (1980; 1996; 2005), abalizado pela busca das transformações da sociedade pela prática social, cultural e política (BORILLE et al., 2012).

A educação problematizadora, segundo Paulo Freire (2005), possibilita desenvolver a ideia de que os indivíduos são “seres além de si mesmos” protagonizando a construção de um futuro melhor, protagonizando o seu viver, num

movimento de busca permanente. Busca-se a construção de saberes significativos por meio da interação com a comunidade: aprendizagem e transformação de todos os envolvidos no processo.

Estimular a pergunta, a reflexão crítica sobre a própria pergunta, o que se pretende com esta ou com aquela pergunta em lugar da passividade em face das explicações discursivas do professor, espécie de respostas a perguntas que não foram feitas. [...]. A dialogicidade não nega a validade de momentos explicativos, narrativos, em que o professor expõe ou fala do objeto. O fundamental é que o professor e alunos saibam que a postura deles, professor e alunos, é dialógica, aberta, curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou enquanto ouve. O que importa é que professor e alunos se assumam epistemologicamente curiosos (FREIRE, 1996, p. 96).

De acordo com Afonso Scocuglia (2014), pode-se considerar, que a maior herança freiriana para a educação dos indivíduos do século XXI, quando se apregoa “os pilares da aprendizagem ao longo da vida”, está concentrado em suas propostas político-epistemológicas. Segundo Scocuglia, para Freire, o principal se inicia com a “pesquisa do universo vocabular”, com a problematização da realidade dos discentes, com a multiplicidade das ações de construção da leitura antecidas pela análise dos problemas do mundo e de cada indivíduo, entre outras questões.

5.1 A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Segundo a Política Nacional de Educação Permanente do Ministério da Saúde (2009), as mudanças são possíveis através da imersão nos problemas reais, ou seja, a problematização. Na metodologia de trabalho, tal problematização considera as necessidades de crescimento da capacidade dos profissionais e da população e as mudanças no panorama da saúde (BRASIL, 2009).

A educação permanente pode ser caracterizada com a produção e transformação dos saberes em comunhão com os processos de trabalho e população envolvida, o que fortalece o Sistema Único de Saúde (SUS) (SIQUEIRA, 2009).

Nesse caminho, várias ações de saúde são desenvolvidas para alavancar a educação permanente dos trabalhadores de saúde, como se vê nos programas Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS (BRASIL, 2003). Com isso, pode-se organizar um circuito de educação permanente, projetado por instituições

públicas superiores de educação, em convênio com o Ministério da Saúde e habilitadas pelo Ministério da Educação, com a disponibilização de educação de qualidade a distância. Assim, o profissional da área da saúde tem a possibilidade de acesso a cursos livres, capacitações e até pós-graduações (BRASIL, 2013a).

Desse modo, no campo da educação permanente deseja-se, portanto, a transformação de um profissional de saúde que seja capaz “de acolher, escutar, criar vínculos e conseqüentemente, esteja capacitado a prestar cuidados tanto ao indivíduo quanto à comunidade” (VIDAL, 2014).

5.2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nas oficinas ora propostas neste estudo fundamenta-se na problematização. Parte-se do princípio de que o aluno/participante é o protagonista de sua própria aprendizagem, sendo capaz, por isso, de transformar sua realidade, dividindo experiências com os outros participantes e facilitadores. É uma ideia de aprendizagem produtora de reflexões, que leva o aluno/participante, partindo da identificação de problemas, a encontrar soluções contextualizadas. Dessa forma, o “professor” não é o dono do saber, mas o facilitador do processo ensino/aprendizagem.

O produto final, resultante desse processo, consiste na realização – e avaliação – uma oficina de formação em saúde na Estratégia Saúde da Família, trazendo para o campo da práxis as questões problematizadas anteriormente. É importante destacar uma particularidade do material produzido: ele é atemporal. Desse modo, pode ser facilmente utilizado a qualquer momento em qualquer serviço de saúde, de acordo com sua necessidade. Poderá, dessa forma, contribuir para o desenvolvimento de programas de capacitação dos profissionais das equipes da APS/ESF. Pode-se dizer, então, que o uso objetivo desse material em programas ou cursos de sensibilização e capacitações trará maior segurança aos doentes portadores de DM com risco de desenvolver a SPD na APS/ESF.

Os objetivos da oficina são, assim, sensibilizar e capacitar profissionais de saúde que atuam na APS/ESF no cuidado aos doentes portadores de DM com risco de desenvolver a SPD e promover a parceria entre os profissionais das equipes multidisciplinares.

Seu público-alvo são os profissionais de saúde que atuam na APS/ESF no

cuidado aos doentes portadores de DM com risco de desenvolver a SPD e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que participarão de oficinas com uma carga horária mínima de 12 horas, dividida em três momentos de quatro horas cada para cada módulo, podendo ser desenvolvida em dois dias seguidos.

Para tais atividades, o local escolhido deve ser amplo, permitindo a realização de plenárias e acomodação de pequenos grupos, que devem ser formados por até seis pessoas. Deve contar com área para alimentação e banheiros, de forma que todos se sintam à vontade e não precisem sair do ambiente do evento, tornando mais fácil o cumprimento do horário.

Além disso, importante indicar os materiais que deverão ser disponibilizados para os participantes, como quadro para anotações, datashow, papel e caneta, aparelhagem de som e todas as ferramentas necessárias para uma apresentação adequada, sem imprevistos. Deve-se indicar uma pessoa que ficará responsável por montar, conferir o funcionamento e guardar o material ao final do treinamento.

O roteiro para a oficina, que prevê quatro tipos de atividades: trabalhos em grupo; discussões em plenária; sistematização: aulas expositivas (ou vídeos); e avaliações (pré-teste, pós-teste e avaliação final do evento).

5.2.1 Parte 1 - A preparação

É necessário que haja um facilitador na oficina, que terá o papel de agente motivador, ponderando e respeitando as diferenças individuais. O facilitador deve ainda ser capaz de contribuir para que o pensamento, a reflexão e as discussões ocorridas no percurso dos trabalhos, que têm como objetivo um produto final realizado com o esforço coletivo. Assim, deve evitar passar informações prontas, devendo trazer questões problematizadoras que retratem a realidade dos participantes, promovendo, dessa forma, maior participação e interesse. Ao final dos trabalhos, deverão ser feitos os registros formais, que servirão de documento comprobatório do treinamento, devendo ser assinado por todos os participantes e posteriormente arquivado.

5.2.2 Parte 2 - Realização da oficina com uma sugestão de roteiro de atividades

A proposta de oficina ora apresentada foi desenhada para equipes de saúde. O número de participantes poderá ser modificado a critério dos organizadores. Contudo, é preciso considerar que um grupo muito pequeno pode não ser estimulante e um muito grande pode ser pouco produtivo ou de difícil controle. Entre os atores da oficina estão os profissionais das ESF e os facilitadores dos grupos, das plenárias, das aulas expositivas e o circulante (opcional).

A avaliação da sensibilização e capacitação dos profissionais da ESF deve ser parte complementar do processo de ensino/aprendizagem, estando presente em todos os momentos do desenvolvimento da oficina. Não deve haver uma preocupação com nota.

As formas de avaliação são o pré e pós-teste, que têm a finalidade de avaliar o conhecimento prévio e o conhecimento adquirido durante a oficina de capacitação; e a avaliação final, que objetiva orientar a organização das oficinas posteriores, sempre que houver um novo tema a ser abordado/trabalhado. Além disso, elas oferecem elementos para o planejamento das ações e seu desenvolvimento.

5.2.3 Parte 3 - Desenvolvimento da oficina

O produto proposto está apresentado por atividades e pode ser desenvolvido como forma de educação continuada:

No primeiro momento, haverá acolhimento do grupo com proposta de apresentação de expectativas para a capacitação, utilizando-se a exposição dialogada. Na preleção inicial foi feita contextualização da proposta da oficina: O DM na ESF – Como lidar com esse mal, através de uma aula expositiva.

Na segunda fase haverá a exposição do filme “BROKEN”, Retrato de maneira realista o convívio diário com o diabetes tipo 1 sob a ótica de uma menina de 11 anos. Em seguida houve uma pausa para o almoço.

O segundo momento iniciar-se-á com aplicação e avaliação do pré-teste que serve para avaliação dos participantes acerca do conhecimento prévio. Em seguida uma reflexão coletiva sobre questões relacionadas aos cuidados com o doente diabético através do filme “BROKEN” e apresentação em plenária dos resultados

obtidos sobre as questões anteriormente levantadas. Haverá uma pausa para o café.

O terceiro momento iniciar-se-á com uma aula expositiva sobre Síndrome do Pé Diabético e outra aula expositiva sobre Autocuidado e *Cuidado de si* – Conversações. Em seguida será aplicado o pós-teste e com sua consequente avaliação e a identificação dos participantes, através de assinatura em livro de ata, onde será descrito o treinamento na capacitação servindo de registro formal para possíveis auditorias/fiscalização. Culminando com a avaliação coletiva e encerramento.

Quadro 1 - Oficina sobre Diabetes *Mellitus* para ESF

DURAÇÃO	CONTEÚDO	METODOLOGIA
1º MOMENTO		
30 min	Conhecendo o grupo e suas expectativas sobre o treinamento.	Exposição dialogada/apresentação em dupla.
10 min	Pactuando o contrato de convivência.	Exposição dialogada.
40 min	Contextualizando a proposta da oficina: O DM na ESF – Como lidar com esse mal.	Aula expositiva.
15 min	Pausa para o café.	
2 horas	Retrato de maneira realista o convívio diário com o diabetes tipo 1 sob a ótica de uma menina de 11 anos.	Exibição do filme BROKEN.
90 min	Pausa para o almoço.	
2º MOMENTO		
35 min	Aplicação e avaliação do pré-teste.	Exposição dialogada.
1 hora	Diabetes e Síndrome do Pé Diabético. O que fazer? Como fazer?	Problematização em grupo do filme BROKEN e levantamento de questões sobre os cuidados com o doente diabético.
30 min	Diabetes e Síndrome do Pé Diabético. O que fazer? Como fazer?	Apresentação em plenária, dos resultados do estudo sobre as questões levantadas.
15 min	Pausa para o café.	
3º MOMENTO		
1 hora	Síndrome do Pé Diabético.	Aula expositiva.
1 hora	Auto cuidado e <i>Cuidado de si</i> – Conversações.	Aula expositiva.
15 min	Pausa para o café.	
1 hora	Pós-teste e avaliação.	
30 min	Avaliação coletiva e encerramento.	

Fonte: Elaboração da autora (2019).

5.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Existe concordância entre José Bispo e Cinira Fortuna de que a educação permanente em saúde, desenvolvida com as equipes, possibilita não somente a aprendizagem dos grupos educativos, como fornece elementos para a análise e reflexão a respeito de suas próprias relações e de seu processo de trabalho. Esse estudo possibilita o avanço do conhecimento científico quanto ao processo de educação permanente em saúde de forma transformadora (BISPO, 2017; FORTUNA, 2013).

A composição entre saúde e educação se pauta tanto nas ações dos serviços de saúde quanto na gestão e cultura das instituições. Destarte, torna-se um desafio praticar o processo ensino-aprendizagem pautado em ações crítico-reflexivas. É necessário, assim, buscar propostas de educação permanente em saúde, envolvendo todos os atores que participam do processo do cuidado, conforme destaca Selma Vidal (2013, p. 128): “A criação de novas estratégias para a estruturação do serviço e da educação dos profissionais da saúde tem que se alicerçar com o cuidado e atenção”.

O presente artigo apresenta uma proposta de oficina de formação para os profissionais da ESF como uma maneira de estruturar um atendimento diferenciado, comprometido, de acordo com os princípios doutrinários do SUS.

REFERÊNCIAS

BENFATTI, Carlos Alberto. **O pluralismo metodológico e a formação bioética do médico: Conversações sobre o ensino de graduação**. Rio de Janeiro: UFRJ, UFF, UERJ, FIOCRUZ, 2015.

BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação continuada e apoio matricial: formação, experiência e práticas dos profissionais de saúde nos Centros de Apoio à Saúde da Família e nas equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília – DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **O que é UNA-SUS**. 2013a. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/node/5>>. Acesso em: 24 maio 2013.

COSTA et al. Evaluation of continuing education of family health strategy teams for the early identification of suspected cases of câncer in children. **BMC Medical Education**, v. 17, n. 155, 2017.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Educação continuada na estratégia de saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 990-997, ago. 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Cortez, 1996.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

SCOCUGLIA, A. C. C. Paulo Freire e a pedagogia da pesquisa. **EJA EM DEBATE**, Florianópolis, ano 3, n. 4. jul. 2014.

SIQUEIRA-BATISTA Rodrigo; SCHRAMM, Fermin. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya. **Sen. Cien Saude Colet**, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

VIDAL, Selma Vaz, et al. A bioética e o trabalho na estratégia saúde da família: uma proposta de educação. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 372-380, set. 2014.

6 DISCUSSÃO

A trajetória da presente dissertação se iniciou com a delimitação de um problema – é possível articular o conceito (*episteme*) de cuidado de si foucaultiano à prática (*práxis*) de autocuidado para a prevenção do pé diabético, através de uma proposta de educação problematizadora, considerando o caminho da ação-reflexão-ação, na perspectiva de promover a reflexão das equipes da APS/ESF sobre a própria prática de cuidado. A partir dessa caracterização preliminar, passou-se ao arcabouço teórico – revisão da literatura – e à construção de um produto educacional como uma proposta que apresenta uma visão perspectiva, voltada para novas problematizações. Objetivou-se, com a proposição do produto educacional – “Cuidado à pessoa com pé diabético na APS – como lidar com esse mal: uma proposta de formação para profissionais da saúde” – demonstrar a importância dos processos de educação permanente no cuidado integral aos doentes portadores de DM, tornando mais eficaz e efetiva a assistência prestada pelos profissionais das equipes que atuam na APS. A ideia é possibilitar o acesso dos profissionais a uma formação qualificada, incorporada ao processo de construção de competências para o atendimento no âmbito dos cuidados primários em saúde.

Desta forma, na Introdução, evidenciou-se o cenário do DM no Brasil e no mundo como uma condição mórbida, que apesar do avanço do conhecimento na área da saúde e das políticas implementadas no Brasil e no mundo, ainda representa um grande desafio para os governos e as sociedades. Outra questão pontuada, foi o fato de se discutir formas de prevenção do DM cujo impacto, é incontestável, inclusive, por ser o DM um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária à Saúde (APS), ou seja, trata-se de um agravo à saúde que deveria ser prioritariamente abordado na APS, uma vez que se trata de uma entidade nosológica que poderia ser resolvida através de ações efetivas nesse nível de atenção (PEREIRA, 2014).

Ato contínuo, apresentou-se, sucintamente, a Síndrome do Pé Diabético (SPD), considerada como uma das mais graves complicações do DM. Além de aumentar muito o número de hospitalizações. A SPD, se não for evitada ou debelada, pode causar danos irreversíveis para o doente portador de DM, como é o caso das amputações de membros inferiores, as quais ocorrem em percentuais bastante significativos, especialmente ao se considerar que se trata de uma

complicação irreversível com extremas implicações físicas, mentais e sociais (SPODEN, 2019). Reconhece-se, nesse movimento, a relevância do estímulo ao autocuidado do diabético, discussão à qual foi articulado o conceito de cuidado de si do filósofo Michel Foucault, abrindo interessantes possibilidades de composição.

No segundo capítulo, “Métodos”, foi explicitado o passo a passo do processo de construção da dissertação: (1) Revisão de literatura, abordando aspectos epidemiológicos, fatores predisponentes, clínica, diagnóstico, profilaxia e terapêutica do Pé Diabético; (2) Reflexão filosófica, dirigida à concepção de cuidado de si de Michel Foucault, articulando-a ao autocuidado para prevenção do Pé Diabético; (3) Elaboração de uma proposta de formação, dirigida às equipes multiprofissionais da APS.

A partir desse arranjo, foram produzidos os três capítulos de “Resultados” – os quais serão brevemente discutidos a seguir –, destacando-se que os dois primeiros tornar-se-ão artigos (os quais serão submetidos nos seguintes periódicos, respectivamente: Revista da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência) e que o último representa o produto educacional estruturado, visando atingir à proposta indicada anteriormente.

O Capítulo III, intitulado “O cuidado ao enfermo com pé diabético no âmbito da Atenção Primária à Saúde”, revisa os aspectos epidemiológicos da condição mórbida, evidenciando que a SPD é uma das principais causas de internações prolongadas de diabéticos nos Estados Unidos da América. Ademais, ponderou-se que no Brasil, para uma população de 7,12 milhões de indivíduos com DM tipo 2, 484.500 terão úlceras, 169.600 serão hospitalizados e 80.900 terão um membro amputado, dos quais 21.700 evoluiriam para o óbito (SBD, 2017); na sequência, foram apreciadas a etiologia e epidemiologia, quando foi possível apresentar os números alarmantes desta síndrome.

Delimitou-se que a SPD é uma moléstia com etiologia multifatorial, que está intimamente relacionada à neuropatia periférica (NP) e à doença vascular periférica (DVP) em portadores de DM. As úlceras e as amputações de extremidades, principais desenlaces da SPD, são algumas das mais graves consequências da enfermidade, como significativo impacto socioeconômico (BRASIL, 2013).

Foram também apresentados, igualmente, os aspectos clínicos e diagnósticos, com destaque para a relevância de se detectar o problema o mais

precocemente possível. Discutiu-se o tratamento, verificando-se que grande parte dos fatores determinantes para o surgimento das ulcerações pode ser descoberta a partir do exame cuidadoso dos pés, sendo este o método mais eficiente e acessível para diagnosticar a condição mórbida. Uma anamnese bem feita é fundamental para analisar o nível de aderência do doente e dos seus familiares ao tratamento, além da avaliação do estado nutricional e da presença de comorbidades. (CAIAFA, 2011).

Ainda nesse terceiro capítulo, comentou-se acerca da organização do cuidado ao doente em risco de desenvolver SDP, quando foi possível relacionar vários pontos – fundamentais na prevenção da entidade nosológica – que precisam ser trabalhados no sistema de saúde, em todos os seus níveis, mas especialmente na APS. Destacaram-se o programa de educação continuada para indivíduos com DM e seus cuidadores; a formação para membros das equipes dos níveis terciário e secundário e, principalmente, da APS (nível primário); o sistema eficiente e efetivo de identificação de indivíduos em risco de SPD; as medidas para redução do risco das ulcerações do pé diabético; e a estruturação dos serviços para o cuidado crônico, dentre outros, de modo a estabelecer, gradativamente, uma rede integrada para atendimento de doentes com DM com risco de desenvolver SPD (SBD, 2017). Para o alcance dessas metas é necessário entender como se processa o interesse do indivíduo em prestar atenção em si mesmo, o despertar para o autocuidado a partir do autoconhecimento.

Esse encaminhamento final abriu perspectivas para o Capítulo IV – “O cuidado de si e a atenção ao enfermo com pé diabético na Atenção Primária à Saúde: leituras foucaultianas” –, no qual se discute que a ética do cuidado de si se refere a um conjunto de regras de existência que o sujeito dá a si mesmo de forma livre, um estilo que produz certa estética da existência. O cuidado de si não está relacionado ao isolamento do sujeito, mas, sim, ao retorno para si mesmo, o que leva à ação (GALVÃO, 2015). O objetivo é agir com liberdade, em busca da relação consigo mesmo, não permitindo que o indivíduo se torne um escravo de si (PIONER, 2011). Portanto, para isso, o sujeito precisa ser livre e capaz de administrar as alterações de seu corpo; se adaptando ao meio para atuar de forma prática buscando medidas de autocuidado em geral.

O cuidado de si é tido como um dever fundamental, com procedimentos elaborados de modo cuidadoso, como askesis (exercícios); é a prática sob diferentes formas, realizadas a fim de deter o domínio sobre si. Isto é, para se

constituir como sujeito virtuoso e temperante, o sujeito estabelece uma relação de si para consigo, cujo objetivo é conseguir a liberdade, esta entendida como uma prática que supera toda escravidão (FOUCAULT, 2006, p. 394), no caso presente, a escravidão de ser “apanhado” pela evolução para a SPD, por não ter construído o autoconhecimento e por não ter praticado o autocuidado.

A partir das questões levantadas, tornou-se imperativo estabelecer uma proposta de criação de espaço de formação para a equipe multiprofissional na APS. Tal foi o escopo do Capítulo V, já anteriormente nomeado, no qual foi apresentada uma proposta de oficina de formação para os referidos profissionais. O trabalho nas unidades de APS baseia-se nos princípios e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo um dos principais meios para alcançar tal objetivo a educação permanente, envolvendo todos os atores do processo, através da criação de grupos educativos, com espaço para intercâmbio e discussão coletiva problematizadas entre profissionais da equipe e comunidade (VIDAL, 2014). Destaca-se a Educação Permanente em Saúde (EPS), como uma forma de aprendizagem no trabalho, sendo estratégica para as equipes de saúde, como garantia de participação de vários atores e seus vários saberes (FORTUNA, 2013).

A metodologia pedagógica central prevista para a Oficina ora proposta é a problematização, partindo do princípio de que o aluno/participante é o protagonista de sua própria aprendizagem, sendo capaz, por isso, de transformar sua realidade, dividindo experiências com os outros partícipes. É uma ideia de aprendizagem produtora de reflexões, que leva o aprendiz – partindo da identificação de problemas – a encontrar soluções contextualizadas. Dessa forma, o “professor” não é o dono do saber, mas o facilitador do processo ensino/aprendizagem. Portanto, o produto final resultante desse processo, consiste na concepção de uma oficina de formação dirigida à APS, trazendo para o campo da práxis as questões problematizadas anteriormente.

O material produzido, acredita-se, poderá ser facilmente utilizado a qualquer momento em qualquer serviço de saúde, de acordo com as necessidades identificadas pelos trabalhadores vinculados. Poderá, dessa forma, contribuir para o desenvolvimento de programas de capacitação dos profissionais das equipes da APS/ESF. Pode-se dizer, então, que o uso objetivo desse material em programas ou cursos de sensibilização e capacitações trará maior segurança aos doentes portadores de DM com risco de desenvolver a SPD na APS/ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais – organizadas em termos das conclusões alcançadas e confrontadas com os objetivos específicos da dissertação –, são as seguintes:

Objetivo específico 1: “Revisar os principais aspectos do pé diabético, caracterizando seus elementos etiológicos, epidemiológicos, clínicos, diagnósticos, terapêuticos e profiláticos”.

Conclusão 1 – A investigação teórica empreendida foi capaz de levantar dados consistentes em relação aos aspectos sugeridos, evidenciando que a síndrome do pé diabético representa um grave problema, em termos individuais e coletivos.

Objetivo específico 2: “Investigar o conceito de cuidado de si de Michel Foucault e correlacioná-lo ao debate sobre autocuidado, na perspectiva da prevenção do pé diabético;

Conclusão 2 – Foi possível correlacionar os conceitos autocuidado e “cuidado de si” de Michel Foucault, de modo a entrelaçá-los, de modo a oportunizar ao indivíduo o exercício de sua autodeterminação no que se refere à própria saúde. No entanto, pudemos observar uma necessidade de envolver as equipes de saúde, no âmbito da APS, numa tentativa de co-responsabilidade.

Objetivo específico 3: “Elaborar uma proposta de capacitação dirigida à equipe multidisciplinar na identificação dos fatores de risco e no reconhecimento do pé diabético, dirigido à sua prevenção, com base na teoria da problematização”.

Conclusão 3 – Elaborada a proposta de capacitação/formação enfocando a abordagem da síndrome do pé diabético, dirigida aos profissionais da APS, em formato de Oficinas que priorizam o emprego das metodologias ativas de ensino-aprendizagem / problematização.

Uma questão que precisa ser brevemente abordada, ao apagar das luzes, é a provável limitação do termo “pé diabético” – ou síndrome do pé diabético – para descrever o fenômeno abordado nessa dissertação. De fato, aparentemente, circunscrever o problema de uma pessoa restringindo-o ao seu “pé”, pode parecer demasiado reducionista. O trabalho realizado, é preciso dizer, acaba por se tornar

uma crítica – quiçá não explícita – a esse eventual reducionismo, pois, tentou-se demonstrar – em atenção ao objetivo geral da pesquisa – que o “pé diabético” tem nome, sobrenome, desejos, angústias, alegrias, temores e que pode ser, perfeitamente, autor do seu próprio processo de cuidado, desde que seja acolhido por profissionais que o respeitem em sua liberdade, criando condições para o pleno exercício do *cuidado de si*.

REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.
- ALMEIDA, Jonas Rangel. O intelectual e a atitude crítica em Foucault: elementos para repensar o papel do educador. **Kínesis**, v. VI, n. 11, p. 238-254, jul. 2014.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes. **The Journal Of Clinical And Applied Research And Education**, v. 40, n. 1, jan. 2017.
- ANDRADE E.O.; GIVIGI L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. The ethics of self-care as a way of creating possibilities for work in Health. *Interface*, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 67-76, 2018.
- ANDREWS, K. L.; HOUDEK, M. T.; KIEMELE, L. J. Manejo de feridas em úlceras crônicas do pé diabético: Do básico à medicina regenerativa. **Prosthetics and Orthotics International**, v. 39, n. 1, p. 29-39, 2015.
- AZMI, S. et al. An update on the diagnosis and treatment of diabetic somatic and autonomic neuropathy. **F1000Research**, 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.12688/f1000research.17118.1>>. Acesso em: 20 jan. 2019.
- BAHIA, Luciana. **O alto custo do pé diabético no Brasil**. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), 2018. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/ultimas/1609-o-alto-custo-do-pe-diabetico-no-brasil>>. Acesso em: 10 jul. 2019.
- BANDYK, DF (2019). O pé diabético. Seminários em Cirurgia Vascular. University of California – San Diego, La Jolla, CA. 10.1053 / j.semvascsurg.2019.02.001.
- BEZERRA, G.C. et al. Avaliação do risco para desenvolver pé diabético na atenção básica. **Revista Estima**, v. 16, 2018.
- BENFATTI, Carlos Alberto. **O pluralismo metodológico e a formação bioética do médico**: Conversações sobre o ensino de graduação. Rio de Janeiro: UFRJ, UFF, UERJ, FIOCRUZ, 2015.
- BERBEL, N. A. N. Metodologia da problematização com o arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: Eduep, 2012. 204p.
- BISPO JUNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. Educação continuada e apoio matricial: formação, experiência e práticas dos profissionais de saúde nos Centros de Apoio à Saúde da Família e nas equipes apoiadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 9, 2017.

BOLSONI, Betania Vicensi. O *cuidado de si* e o corpo em Michel Foucault: perspectivas para uma educação corporal não instrumentalizadora. ANPED Sul – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul, 9, 2012.

BORILLE, D. C. et al. A aplicação do método do arco da problematização na coleta de dados em pesquisa de enfermagem: relato de experiência. *Texto Contexto Enferm.*, v.21, n.1,p.209-16, 2012.

BOULTON, A. J. The pathogenesis of diabetic foot problems: an overview. *Diabet Med* 1996; 13:S12-6.

BOULTON, A. J. M. et al. Exame Abrangente do Pé e Avaliação de Riscos: Um relatório da Força Tarefa do Grupo de Interesse de Cuidados com os Pés da Associação Americana de Diabetes, com o endosso da Associação Americana de Endocrinologistas Clínicos. **Diabetes Care**, v. 31, n. 8, p. 1679-1685, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carga do diabetes *Mellitus* tipo 2 no Brasil **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica, n. 36).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016

_____. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 21 jun. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília – DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **O que é UNA-SUS**. 2013a. Disponível em: <<http://www.unasus.gov.br/node/5>>. Acesso em: 24 maio 2013.

BRINATI, L. M. et al. Prevalência e fatores associados à neuropatia periférica em indivíduos com diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 347-255, 2017.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 15, n. esp., p. 152-157, 2006.

CAIAFA, J.S et al. Atenção integral ao portador de pé diabético. **J Vasc Bras**, v. 10, n. 4, p. 1-32, 2011.

CAIAFA, J.S et al Atenção integral ao portador de Pé Diabético. **J Vasc Bras**, v. 10, n. 4, suplemento 2, 2011.

CANDIOTTO. C. Ética e política em Michel Foucault. **Rev. Trans/Form/Ação**, Marília, v. 33, n. 2, p. 157-176, 2010.

COSTA. A. M. A. M.; MAGLUTA. C.; JUNIOR. S. C. G. **Evaluation of continuing education of family health strategy teams for the early identification of suspected cases of câncer in children.** **BMC Medical Education**, v. 17, n. 155, 2017.

CRUZ, D. S. M. et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes com dm1- revisão integrativa. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 973-989, 2018.

DONATO, A. F. Trançando redes de comunicação: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo.

DUARTE, N; GONÇALVES, A. Pé diabético. **Revista Angiologia e Cirurgia Vascular**, v. 7, n. 2, jun. 2011.

FERREIRA, Sandra Roberta Gouveia; PITITTO, Bianca de Almeida. **Capítulo 1 - Aspectos epidemiológicos do Diabetes Mellitus e seu impacto no indivíduo e na sociedade.** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2012-2013. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/73-capitulo-1-aspectos-epidemiologicos-do-diabetes-Mellitus-e-seu-impacto-no-individuo-e-na-sociedade>>. Acesso em: 21 jun. 2019.

FOLSCHEID; Dominique; WUNENBURGER, Jean-Jacques. **Metodologia filosófica**. 31. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FONSECA, K. P. **Complicações do Diabetes Mellitus.** International Journal of Health Management, Ed. 1, 2019.

FORTI, A. Loureiro R; GUSMÃO, A; TEIXEIRA, L. Diabetes *Mellitus* – Classificação e Diagnóstico. In: VILAR, L. **Endocrinologia clínica**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 539-548.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Educação continuada na estratégia de saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 990-997, ago. 2013.

FOUCAULT, Michael. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo): Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, Michel. "A ética do cuidado de si como prática da liberdade". In: Ditos & Escritos V - Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

_____. *Pedagogia do oprimido*. 47.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 218p.

GALVÃO, B. A. **A ética em Michel Foucault: Do *cuidado de si* à estética da existência**. *Revistas Eletrônicas da PUCRS*, 2014. Disponível em: <www.pucrs.br>. Acesso em: 22 out. 2017.

GHERMAN, Diana et al. Histopathological changes in major amputations due to diabetic foot – a review. **Rom J Morphol Embryol**, v. 59, n. 3, p. 699-702, 2018.

GOMES, L. C.; JÚNIOR, A. J. S. Fatores favoráveis ao pé diabético em usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **Rev. Aten. Saúde**, São Caetano do Sul, v. 16, n. 57, p. 5 -12, jul./set., 2018.

GONÇALVES, Marcelo Rodrigues et al. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes *Mellitus*. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 29, p. 235-243, set. 2013. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/814/583>. Acesso em: 22 out. 2017.

GRABOIS, P. Sobre a articulação entre *cuidado de si* e cuidado dos outros no último Foucault: um recuo histórico à Antiguidade. **Revista Ensaios Filosóficos**, v. III, abr. 2011.

GROSSI, Sonia Aurora Alves; PASCALI, Paula Maria (Org.). **Cuidados de Enfermagem em Diabetes Mellitus**. São Paulo: SBD, 2009.

HOEPERS; N. J. et al. Autocuidado das pessoas com Diabetes Mellitus tipo II em Estratégia de Saúde da Família. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 8, n. 2, jul. 2018.

INTERNATIONAL Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 8th edn. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2017. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>. Acesso em: 15 jun. 2019.

JAMOULLE, M. Belem. Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade, 12., 2013. Wonca world Prague. Disponível em: <http://www.ph3c.org/PH3C/docs/27/000284/0000435.pdf>. Acesso em 01 jul. 2019.

KOSIBOROD et al. Vascular complications in patients with type 2 diabetes: prevalence and associated factors in 38 countries (the DISCOVER study program). **Cardiovasc Diabetol**, v. 17, n. 150, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12933-018-0787-8>. Acesso em: 15 jun. 2019.

KRUZE, M. H. L.; BONETTI, O. P. A formação que temos e a que queremos: discursos acerca da formação em enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, v.57, n.3, p.371-9, 2004.

KUMAR, V. et al. **Patologia Básica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 928 p.
LEOPARDI, M. T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

LIM, J. Z. M. et al. (2017). Prevenção e tratamento de úlceras do pé diabético. **Jornal da Royal Society of Medicine**, v. 110, n. 3, p. 104-109, 2017.

LIMA, D. P. Vieira. Neuroartropatia de Charcot do Pé Diabético: Identificação, Tratamento Conservador e Prevenção de Complicações. **Revista Portuguesa de Diabetes**, v. 11, n. 2, p. 51-61, 2016.

LIPSKY, B. A et al. Diretriz de Prática Clínica da Sociedade Americana de Doenças Infecciosas de 2012 para o Diagnóstico e Tratamento de Infecções do Pé Diabético. **Clinical Infectious Diseases**, v. 54, n. 12, 2012.

LOBMANN R. Neuropathie und diabetisches Fußsyndrom. **Internist** v. 56, n. 5, p. 503-12, 2015.

LUCENA, Maria Angélica Gazzana de. **As práticas de si e o cuidado de si no fazer do profissional de saúde**: uma leitura a partir de Michel Foucault. 2014. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, 2014.

MACIEL; Auterives Junior. Resistência e prática de si em Foucault. **Trivium**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 01-08, jun. 2014.
Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912014000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2019.

MACINKO J, MENDONÇA CS. **Estratégia Saúde Da Família, Um Forte Modelo De Atenção Primária À Saúde Que Traz Resultados**. Saúde Debate | Rio De Janeiro, V. 42, Número Especial 1, P. 18-37, Setembro 2018.

MANDELL, J.C. et al (2017). **Osteomielite do membro inferior: fisiopatologia, imagem e classificação, com ênfase na infecção do pé diabético**. Radiologia de Emergência, 25 (2), 175–188. doi: 10.1007 / s10140-017-1564-9

MILLER, Karl. 1º Encontro de Líderes em Cirurgia Bariátrica - Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica (SBCBM), 03/2019. Disponível em: <<https://www.sbcbm.org.br/numero-de-pessoas-com-diabetes-tipo-2-devera-triplicar-em-17-anos>>. Acesso: 01 jul. 2019.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2133-2144, 2008.

MISHRA, S. C. et al. **Pé diabético**. BMJ, 2017.

MOTTA, Luís Claudio de Souza; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Estratégia Saúde da Família: Clínica e Crítica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 2, p. 196-207, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000200196&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 jun. 2019.

MUCHAIL, S. T. **Foucault, mestre do cuidado**: textos sobre hermenêutica do sujeito. São Paulo: Edições Loyola, 2011.

NASCIMENTO, Osvaldo José Moreira do; PUPE, Camila Castelo Branco; CAVALCANTI, Eduardo Boiteux Uchôa. Neuropatia diabética. **Rev. Dor.**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 46-51, 2016.

NIGI, L. et al. “Combater as úlceras do pé diabético”. O Diabetologista: Um Rei Criador da Luta. Seminários em Cirurgia Vascular, 2018.

NOBREGA, Marta Barreto de Medeiros et al. Risk factors for Charcot foot. Arch. Endocrinol. Metab., São Paulo, v. 59, n. 3, p. 226-230, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-39972015000300226&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jun. 2019.

NOOR, S et al. Diabetes & Metabolic Syndrome. **Clinical Research & Reviews**, v. 9, p. 192–199, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.dsx.2015.04.007>>. Acesso em: 15 mar. 2019.

NESPOLI G. BIOPOLÍTICAS DA PARTICIPAÇÃO NA SAÚDE: O SUS E O GOVERNO DAS POPULAÇÕES. 2014. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/13743/2/Pol%C3%ADticas%20de%20Participa%C3%A7%C3%A3o%20e%20Sa%C3%BAde_Biopoliticas%20da%20Participa%C3%A7%C3%A3o%20na%20Saude.pdf.

OLIVEIRA, Irene Lopes Vieira Alves da Cunha; SIQUEIRA – BATISTA, Rodrigo. **Estratégia Saúde da Família e o imperativo da vida saudável: capturas biopolíticas e sociedades de controle – ou sobre a crítica de Foucault e Deleuze**. Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 89-104, 2018.

OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; MONTENEGRO JÚNIOR, Renan Magalhães; VENCIO, Sérgio (Orgs.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

OLIVEIRA, M. N. et al. Evolution of self-care for diabetic foot prevention and clinical examination of the feet in a diabetes mellitus reference center. **J. Health Biol. Sci.**

OLIVEIRA, N. F. et al. Diabetes *Mellitus*: desafios relacionados ao Diabetes *Mellitus*: desafios relacionados ao autocuidado abor autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 301-307, mar./ abr. 2011.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 3. ed. Trad. Fernando Volkmer. New York: McGrawHill Company, 1980.

ORGANIZAÇÃO Pan-Americana de Saúde; ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OPAS/OMS), World Health Organization 2016. Global report on diabetes. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5053>. Acesso em: 21 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial [Internet]. Brasília (DF): OMS, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccportuguese.pdf>>. Acesso em 13 ju. 2019.

PANZINI, R. G. et al. Qualidade de vida e espiritualidade. **Int Rev Psiquiatria**, v. 29, n. 3, p. 263-282, jun. 2017.

PAPANAS, N. Etiology, pathophysiology and classifications of the diabetic Charcot foot. **Diabetic Foot & Ankle**, v. 4, 2013, 4. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3402/dfa.v4i0.20872>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

PARISI, M. C. R. et al. (2016). Características basais e fatores de risco para úlcera, amputação e neuropatia grave em pé diabético em risco: o estudo BRAZUPA. **Diabetologia e Síndrome Metabólica**, v. 8, n. 1, 2016.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia. São Paulo: Cortez, 1996.

PEDROSA, Hermelinda (Org.). Consenso Internacional sobre Pé Diabético/ Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, p. 1527-1534, set./out. 2003.

PEREIRA, F. J. R.; SILVA, C. C.; LIMA NETO, E. A. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Revista Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 331-342, out. 2014.

PINA, Cíntia. **Michel Foucault: Guia Estudo**. Disponível em: <<https://www.guiaestudo.com.br/michel-foucault>>. Acesso em: 03 jul. 2019.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 2017.

POWERS. C.A. Diabetes Mellito: diagnóstico, classificação e fisiopatologia. In **Medicina Interna de HARRISON**. V. 1. 19. ed. 2016. p. 9524.

ROSA, Roger dos Santos; SCHMIDT, Maria Inês. Diabetes *Mellitus*: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999-2001. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131-134, jun. 2008.

RUSSELL, J. W.; ZILLIOX, L. A. Neuropatia Diabética. **CONTINUUM: Aprendizagem ao Longo da Vida em Neurologia**, v. 20, p. 1226-1240, 2014.

SANGLARD, M. L. et al. Diabetes mellitus: amputação como consequência de sua complicação. IV Seminário Científico da FACIG e II Jornada de Iniciação Científica da FACIG –2018.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 8ª ed. São Paulo. Cortez, 2018.

SANTOS, I. C. R. V. et al. Pé Diabético: Apresentação Clínica e Relação com o Atendimento na Atenção Básica. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 393-400, abr./jun. 2011.

SANTOS, K. L. A. et al. Prevenção do pé diabético: uma revisão integrativa. **Diversitas Journal**, v. 4, n. 1, p. 73-90, 2019.

SANTOS, M. A. et al. Grupo operativo como estratégia de atenção integral ao diabético. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 15, n. 2, p. 241-247, 2007.

SANTOS, R. V. et al. Prevalência e fatores associados a amputações por pé diabético. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 3007-3014, out. 2013.

SANTOS, V. et al. Factors associated with diabetic foot amputations. **J. vasc. bras.**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, p. 37-45, mar. 2015.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017-2018). São Paulo: Editora Clannad, 2018.

SCOCUGLIA, A. C. C. Paulo Freire e a pedagogia da pesquisa. **EJA EM DEBATE**, Florianópolis, ano 3, n. 4. jul. 2014.

SCHAPER, N. C. et al. Prevention and management of foot problems in diabetes: a Summary Guidance for Daily Practice 2015, based on the IWGDF Guidance Documents. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, v. 32, p. 7-15, 2016.

SILVA, I. J. Cuidado, autocuidado e *cuidado de si*: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

SILVA, K. L et. al. Educação em Enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo et al. (Bio) ética e Estratégia Saúde da Família: mapeando problemas. **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 113-128, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000100113&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 jun. 2019.

SIQUEIRA-BATISTA R; SCHRAMM, F. R. A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya. **Sem. Cien Saude Colet**, v. 10, n. 1, p. 129-142, 2005.

SOCIEDADE Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do diabetes Mellitus**: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2007.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE DIABETOLOGIA (SPD). **Diabetes: Factos e Números**. Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, 12/2016. Disponível em: <<http://www2.spd.pt:8080/?p=957>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

SPODEN, M.; NIMPTSCH, U.; MANSKY, T. Amputation rates of the lower limb by amputation level – observational study using German national hospital discharge data from 2005 to 2015. **BMC Health Services Research**, v. 19, n. 1, 2019.

TAO, Z.; SHI, A.; ZHAO, J. Perspectivas Epidemiológicas do Diabetes. **Cell Biochemistry and Biophysics**, v. 73, n.1, p. 181-185, 2015.

TESTON, E. F. et al. Fatores de risco para ulceração no pé de indivíduos com Diabetes Mellitus tipo 2. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 4, 2017.

TRINDADE, Rafael. **Foucault – Conhecimento de si e cuidado**. S/d. Disponível em: <<https://razaoinadequada.com/2016/11/27/foucault-conhecimento-e-cuidado-de-si/>>. Acesso em: 01 set. 2017.

VALEIRÃO, Kelin. **Foucault na educação**: ferramentas analíticas para a práxis educacional hoje. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2009.

VIDAL, S. V. **Bioética, educação e estratégia saúde da família**: entre a *práxis* e *paideia*. Tese (Doutorado em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva). 2014. 177 f. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Rio de Janeiro, 2014.

VIDAL, Selma Vaz et al. A bioética e o trabalho na estratégia saúde da família: uma proposta de educação. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 372-380, set. 2014.

VILLARDI, ML, CYRINO, EG, e BERBEL, NAN. A problematização em educação em saúde: percepções dos professores tutores e alunos [online]. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015, 118 p. ISBN 978-85-7983-662-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

VINIK, A. I. et al. Neuropatia diabética. **Clínicas de Endocrinologia e Metabolismo da América do Norte**, v. 42 n. 4, p. 747-787, 2013.

VISENTIN, A.; MANTOVANI, M. F.; CAVEIÃO, C. et al. Autocuidado de usuários com diabetes tipo 1 em uma unidade básica de saúde. **Rev enferm UFPE.**, Recife, v. 10, n. 3, p. 991-8, mar. 2016.

VOLMER-THOLE, M.; LOBMANN, R. Neuropatia e Síndrome do Pé Diabético. **Revista Internacional de Ciências Moleculares**, v. 17, n. 6, p. 917, 2016.

YAZBEK, Andre Constantino. A ética do *cuidado de si* na filosofia de Michel Foucault: notas sobre a hermenêutica do sujeito. **Cadernos de Ética e Filosofia Política**, n. 28, 2016

WOLTERS, R. J.; BRASPEN, J. C. C.; WENSING, M. Impacto da atenção primária nas taxas de internação hospitalar para pacientes com diabetes: uma revisão sistemática. **Pesquisa de Diabetes e Prática Clínica**, v. 129, p. 182-196, 2017.

ZANINELLI, Daniele. Nova classificação propõe 5 tipos de diabetes; veja as diferenças. Colunista, Endocrinologista. 2018. Disponível em: <<https://pebmed.com.br/nova-classificacao-propoe-5-tipos-de-diabetes-veja-as-diferencas>>. Acesso em: 01 jul. 2019.

ZHANG, P.; GREGG, E. Carga econômica global do diabetes e suas implicações. **The Lancet Diabetes & Endocrinology**, v. 5, n.6, p. 404-405, 2017.