

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO PACIENTE COM ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO NA REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

THERAPEUTIC ITINERARY OF PATIENTS WITH DIABETIC FOOT ULCER IN THE HEALTH CARE NETWORK

Ana Carrollina Soares¹
Larissa Viana Almeida de Lieberenz²
Carla Aparecida de Carvalho³

Resumo: A úlcera do pé diabético (UPD) é uma lesão neuropática com alta prevalência, caracterizada como um problema de saúde pública. Por provocar diversas complicações, o cuidado ao paciente deve ser realizado por equipe multidisciplinar em todos os níveis de assistência, o que faz com que o paciente precise se locomover na rede de assistência à saúde, por meio do itinerário terapêutico. Assim, questiona-se: Como se configura o itinerário terapêutico do paciente com UPD na rede de assistência à saúde no município de Sete Lagoas/Minas Gerais? E o objetivo foi compreender como se configura o itinerário terapêutico do paciente com UPD na rede de assistência à saúde no município estudado. Trata-se de um estudo de campo qualitativo, com abordagem interpretativa, realizado com 11 pacientes internados na clínica cirúrgica de um hospital de médio porte. A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista guiada por um roteiro semiestruturado, respeitando-se as diretrizes éticas. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática de Bardin. Assim, elencou-se duas categorias: (I) Para além do diagnóstico: dificuldades experienciadas pelos pacientes com diabetes mellitus; (II) É um vai e vem: o itinerário terapêutico do paciente com UPD. Conclui-se que o itinerário terapêutico do paciente com UPD na rede de assistência à saúde de Sete Lagoas mostrou-se fragmentado, desde a atenção primária à saúde, perpassando pela atenção secundária até o serviço hospitalar. O acesso só foi facilitado quando ocorreu agudização da lesão.

Descritores: Itinerário Terapêutico. Síndrome Metabólica. Pé Diabético.

Abstract: Diabetic foot ulcer (DFU) is a neuropathic lesion with high prevalence, characterized as a public health problem. As it causes several complications, patient care must be performed by a multidisciplinary team at all levels of care, which makes the patient need to move in the health care network, through the therapeutic itinerary. Thus, the question is: How is the therapeutic itinerary of the patient with DFU configured in the health care network in the city of Sete Lagoas/Minas Gerais? And the objective was to understand how the therapeutic itinerary of the patient with DFU is configured in the health care network in the studied municipality. This is a qualitative field study, with an interpretive approach, carried out with 11 patients admitted to the surgical clinic of a medium-sized hospital. Data collection took place through an interview guided by a semi-structured script, respecting ethical guidelines. Data were analyzed using Bardin's thematic content analysis. Thus, two categories were listed: (I) In addition to the diagnosis: difficulties experienced by patients with diabetes mellitus; (II) It comes and goes: the therapeutic itinerary of the patient with DFU. It is concluded that the therapeutic itinerary of the patient with DFU in the health care network of Sete Lagoas proved to be fragmented, from primary health care, passing through secondary care to the hospital service. Access was only facilitated when the lesion worsened.

Descriptors: Therapeutic Itinerary. Metabolic Syndrome. Diabetic Foot.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem da Faculdade Ciências da Vida. E-mail: a.carollinauno@yahoo.com

² Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela UFMG; Docente do curso de enfermagem da Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas-MG. Orientadora da pesquisa. E-mail: larissalieberenz@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela UFMG. Docente do curso de enfermagem da Faculdade Ciências da Vida, Sete Lagoas-MG. Coorientadora da pesquisa. E-mail: carlafecarvalho@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

Dentre as patologias de longa existência, o Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças sistêmicas com manifestações mais complexas nos membros inferiores (MMII), afetando principalmente os pés, e pode ser caracterizada como um grande problema de saúde pública. É uma doença grave, silenciosa, crônica, de evolução lenta, que pode ser definida pela elevação nos níveis de glicose sanguínea, devido à alta formação de anticorpos contra a células beta do pâncreas, que leva à deficiência na produção de insulina ou ao quadro clínico de resistência à insulina (SANTOS; CAZOLA, 2012; SOUSA *et al.*, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o DM é dividido entre DM tipo 1, DM tipo 2 e diabetes gestacional. O DM tipo 1 tem a origem idiopática e causas genéticas, o DM tipo 2 está relacionado ao estilo de vida da população, e representa cerca de 90% dos casos, enquanto o diabetes gestacional ocorre durante a gravidez (OMS, 2020). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) e a *American Diabetes Association* (Associação Americana de Diabetes), dentre a população adulta de 20 a 79 anos, cerca de 11,6 mil estão diagnosticados com algum tipo de DM, o que pode acarretar o desenvolvimento de complicações crônicas e altas taxas de morbimortalidade (ADA, 2016; SBD, 2019).

Assim, o paciente com DM necessita de tratamento intensivo, com orientações para prevenir ou retardar as complicações. É preciso um trabalho multidisciplinar e contínuo com o paciente e seus familiares, para encontrar caminhos que possam atingir o equilíbrio biológico, psíquico e social do indivíduo (FERREIRA, 2020, RAMIREZ-PERDOMO; PERDOMO-ROMERO; RODRIGUEZ-VÉLEZ, 2019).

Desta forma, uma das complicações mais sérias é a Úlcera do Pé Diabético (UPD), em que os MMII desenvolvem ulceração associada à neuropatia ou doença arterial periférica. Essa lesão interfere na qualidade de vida do paciente e, em alguns casos, é necessário amputar o membro. Em comparação com não diabéticos, a chance de amputação chega a ser de 30% a 40% vezes mais elevada, sendo a causa mais comum de hospitalização desse grupo de pacientes (RAMIREZ-PERDOMO; PERDOMO-ROMERO; RODRIGUEZ-VÉLEZ, 2019).

Devido à gravidade e à morbimortalidade, o paciente com UPD exige uma assistência multiprofissional, oferecida pela Atenção Primária à Saúde (APS) que é a porta de entrada no sistema de saúde, para o acompanhamento do indivíduo, família e sociedade. A APS é o local em que acontece o primeiro contato do paciente com o profissional responsável pelo cuidado longitudinal, coordenado e integral daquela população (ARRUDA *et al.*, 2019).

Para garantia desse cuidado, o paciente diabético deve ser assistido por profissionais generalistas (enfermeiros e médicos de saúde da família) e, se necessário, por especialistas focais (angiologista, endocrinologista) e até mesmo serviços de urgência. Dessa forma, é preciso que o paciente diabético se locomova na Rede de Assistência à Saúde (RAS). Esse deslocamento, compreendido como Itinerário Terapêutico, é descrito como os caminhos percorridos por pessoas no processo de preservação ou recuperação da saúde. A importância de um itinerário organizado é trazer autonomia ao paciente em busca de estratégias eficazes, que reduzam complicações futuras por meio do acompanhamento contínuo de qualidade (ARRUDA *et al.*, 2019, BALDASSARIS; MARTÍNEZ, 2020).

A reestruturação do sistema de atenção à saúde para o enfretamento e as complicações da UPD implica na necessidade de cuidados contínuos, planejados de forma prospectiva, empática e proativa como também um cuidado de longa duração, com modificações nas relações entre os pacientes, familiares e profissionais de saúde (BALDASSARIS; MARTÍNEZ, 2020; BARRETO *et al.*, 2017). No entanto, a maioria dos estudos, nacionais e internacionais, abordam a prevenção, tratamento e as complicações da UPD (BALDASSARIS; MARTÍNEZ, 2020; BARRETO *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2017; RAMIREZ-PERDOMO; PERDOMO-ROMERO; RODRIGUEZ-VÉLEZ, 2019; SBD, 2019; SOUSA *et al.*, 2020). Porém, pouco se discute sobre o itinerário terapêutico do paciente com UPD na RAS, sendo este o foco do presente estudo.

Os caminhos que as pessoas utilizam para buscar ajuda e resolver seus problemas de saúde estão cada vez mais presente em estudos sobre avaliação, organização e de serviços humanizados, voltados à assistência à saúde (BARROS, 2018; CARVALHO *et al.*, 2016). Assim, compreender o itinerário terapêutico de pacientes com UPD pode contribuir para a construção de um cuidado ético, centrado no paciente e na família, ancorado numa assistência que valorize as experiências individuais e, dessa forma, possibilite a reorganização do processo de trabalho e a elaboração de projetos terapêutico mais humanizados.

Diante do cenário construído, questiona-se: Como se configura o itinerário terapêutico do paciente com úlcera do pé diabético na rede de assistência à saúde no município de Sete Lagoas/Minas Gerais? E apresenta como pressuposto: (I) Os pacientes com UPD apresentam dificuldades para acessar a RAS, principalmente na atenção secundária e; (II) O itinerário terapêutico dos pacientes com UPD é fragmentado.

Assim, o objetivo geral foi: Compreender como se configura o itinerário terapêutico do paciente com UPD na rede de assistência à saúde no município de Sete Lagoas/MG. E o objetivo específico foi: Descrever os fatores que dificultam o percurso na RA

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O pé diabético é um estado patológico complexo, caracterizado por lesões ou pequenos traumas que surgem nos pés da pessoa com DM e ocorrem em consequência de neuropatia periférica ou da doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) (MARTINS; MATTOS; DIERCKS, 2020). A neuropatia faz com que o pé fique insensível e os músculos fiquem sem forças, devido aos eventos adversos causados nos nervos. Já a DAOP, geralmente é causada pela aterosclerose, em que vasos sanguíneos se contraem e diminuem o fluxo de sangue nos MMII. A DAOP está presente em até 50% dos pacientes com UPD e é um fator de risco importante para a cicatrização das lesões e para a amputação de MMII (IWGDF, 2019).

A UPD é uma síndrome com vários sinais e sintomas, todos agravados pelo descontrole da patologia de base. As principais manifestações são a ulceração, a neuroartropatia e a infecção. Também causa deformidades, como dedos em garra e o pé em Charcot, que é caracterizado por deformidade osteoarticular (FERREIRA, 2020).

Sendo assim, a UPD pode causar infecção, ulceração e destruição de tecidos. Nesse sentido, o sistema imune fica deficiente, a regeneração dos tecidos torna-se mais devagar e os nervos sofrem ainda mais, evoluindo para a perda progressiva da sensibilidade dos pés. A maioria dos pacientes com DM apresenta algum grau de DAOP, que piora a perda da sensibilidade devido ao processo neuroisquêmico (MARTINS; MATTOS; DIERCKS, 2020). A DAOP e a imunodeficiência aumentam os fatores de risco e as complicações dos pacientes diabéticos com neuropatia, visto que a baixa resposta imunológica junto ao DM contribui para que os leucócitos não defendam o organismo das infecções (FERREIRA, 2020).

O itinerário terapêutico é a maneira do paciente circular na RAS de forma organizada, em busca de resolutividade para o seu problema, para a preservação ou recuperação da saúde. Trata-se de uma sucessão de acontecimentos e tomada de decisões que visam o tratamento integral do indivíduo, por meio de um trabalho de equipe multidisciplinar capacitada, além de uma rede sistematizada para a garantia da longitudinalidade (BARROS, 2018).

Orientar os pacientes com UPD acerca do itinerário terapêutico é uma ação prioritária da equipe multidisciplinar, um processo direcionado a cada indivíduo e que tenha continuidade no tratamento. Nessa equipe, cabe ao enfermeiro o papel fundamental do cuidado ao paciente, da qualidade do tratamento e do apoio para o enfrentamento do mal crônico. Os planos e os ensinamentos visam diminuir os acometimentos e a prevenção dos agravos da UPD, por meio de avaliações completas e elaboração de planos de cuidado (BARROS, 2018).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo de campo qualitativo, com abordagem interpretativa. Tal trabalho foi realizado a fim de obter dados subjetivos relacionados ao universo dos significados, dos motivos e das aspirações, que contribuem para o conhecimento por meio da exploração, explicação, descrição do evento e compreensão do fenômeno (GIL, 2002).

A pesquisa foi realizada em hospital público de médio porte da cidade de Sete Lagoas-MG, localizada na região metropolitana, a 70 Km de Belo Horizonte, com população estimada de 243.950 habitantes (IBGE, 2021). O hospital foi escolhido por ser referência para os pacientes com DM, que apresentam agravamento do quadro clínico (como cetoacidose diabética ou UPD). Além da atenção terciária, o município conta também com 57 unidades de estratégia de saúde da família (ESF), assim como serviços da atenção secundária (policlínicas e laboratórios de apoio diagnóstico), formando, assim, a RAS.

Participaram deste estudo 11 pacientes que seguiram os seguintes critérios de inclusão: pacientes com UPD há mais de seis meses, residentes em Sete Lagoas e com idade superior a 18 anos. Foram excluídos pacientes com comprometimentos de linguagem ou transtorno psicótico. Dentre os participantes, cinco apresentaram amputação dos MMII devido à UPD.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista audiogravada, com uso de um roteiro semiestruturado, realizada em abril e maio de 2022, com duração média de 23 minutos. Primeiramente foi realizado um pré-teste (piloto) do roteiro de entrevista com um participante que não foi incluído no estudo, a fim de avaliar a clareza das questões, sequência, duração e necessidade de adaptações. O roteiro contemplou questões sobre o conhecimento acerca do itinerário terapêutico do paciente na RAS e não foi necessário alterações.

Posteriormente, todas as entrevistas foram transcritas e os dados analisados por meio da análise de conteúdo temática proposta por Bardin (2016), que permite a apreciação crítica

de análise de conteúdo, sendo estabelecida por três etapas distintas: (I) pré-análise; (II) exploração do material; (III) tratamento dos resultados e interpretação.

Este trabalho cumpriu com os aspectos éticos de pesquisas com seres humanos, conforme Resoluções nº 466/2012 e 510/2016 (BRASIL, 2012; 2016). Após a anuência do município de Sete Lagoas, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa, via Plataforma Brasil. Antes das entrevistas, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assegura: o anonimato dos entrevistados, o direito de desistência a qualquer momento e a utilização do conteúdo das entrevistas somente para fins acadêmicos. Os participantes foram identificados pelo código E (entrevistado), seguido do número da entrevista: E1, E2, e, assim, sucessivamente. Ressalta-se que todos os dados serão mantidos em sigilo durante o período de cinco anos e, posteriormente, serão destruídos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas com 11 participantes, sendo 04 do sexo feminino e 07 do sexo masculino e possuíam cerca de 10 anos de diagnóstico de DM. Todos estavam internados na unidade de internação cirúrgica há mais de 48 horas.

Após a análise de conteúdo temática dos dados, elencou-se as seguintes categorias: (I) Para além do diagnóstico: Dificuldades experienciadas pelos pacientes com diabetes mellitus (II) É um vai e vem: o itinerário terapêutico do paciente com úlcera do pé diabético

4.1 PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO: DIFICULDADES EXPERIENCIADAS PELOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

A presente categoria objetivou identificar as dificuldades dos pacientes diabéticos na garantia da integralidade do cuidado. Dentre as dificuldades relatadas pelos entrevistados se destacam: acesso aos profissionais e aos serviços, dificuldade financeira para manter o tratamento, conhecimento insuficiente sobre a UPD e baixa adesão ao tratamento.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído e assegurado pela Constituição Federal de 1988, regulamentado em 1990 por meio da Lei 8080 (BRASIL, 1990), tem como princípios a integralidade, que garante ao indivíduo uma assistência contínua, que prioriza: promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde, com um olhar holístico para cada paciente (SOUSA *et al.*, 2020). Tais princípios garantem o acesso como forma de justiça social, para

assegurar que os usuários entrem no sistema e tenham suas demandas e necessidades satisfeitas. Entretanto, diversos fatores influenciam na disponibilidade do serviço, como: recursos, estrutura, quantidade de vagas e acessibilidade (ARRUDA *et al.*, 2019). Essas dificuldades foram referidas pelos participantes, como na fala a seguir:

Eu tentei vários tratamentos com a angiologista pelo SUS e não consegui, aí eu fiz o acompanhamento mesmo da minha diabetes com o médico clínico aqui do meu posto aqui perto de casa, do PSF (E6).

Pode-se perceber que não basta preocupar somente com organização das instituições, é preciso garantir acesso com qualidade, afinal, a vida e a saúde dos usuários são prioritárias. Dificultar o acesso das pessoas com DM nos serviços de saúde é propiciar o agravamento do caso clínico e a fragmentação do cuidado. A integralidade só é eficaz por meio de um olhar holístico do paciente (SOUSA *et al.*, 2020).

Além da dificuldade de acessar o sistema, foram relatados obstáculos financeiros e de gestão de tempo, como se observa a seguir:

(...) dificuldades que eu tenho, minha filha, é só o dinheiro. Nesse momento de comprar remédio, comprar cobertura (curativo), locomoção é muito difícil (E8).

Falta de tempo, não posso ficar saindo todo dia para fazer curativo, eu preciso trabalhar. Quase não sobra dinheiro para nada, é tanto remédio, é muita despesa meu tratamento (E1).

São muitos gastos com esses médicos e pra eu comer também. Da minha casa até aqui, igual eu estou aqui hoje de novo pro médico ver a ferida, que está abrindo do lado (...), eu tive que pegar duas lotações, e eu tenho que comer alguma coisa também. Tudo é um gasto (E3).

Os custos do tratamento de um paciente com UPD é grande, mesmo que ele faça todo acompanhamento com profissionais do SUS, pois precisam se deslocar para os locais de atendimento, comprar alimentação e medicamentos que não sejam fornecidos pela farmácia popular, além do material de curativo, que não é fornecido integralmente a ele. Assim, esses pacientes acabam sofrendo temores financeiros por causa do custo no tratamento, e até mesmo a perda do emprego. E para conseguir um auxílio doença, é muito burocrático, apesar de ser um direito do trabalhador. Tudo isso faz com que o paciente procure um trabalho informal para garantir a subsistência e a continuidade do tratamento (SILVA, PESSOA, VELOSO, 2018).

Associado às dificuldades financeiras, o paciente com UPD alega que possui conhecimento insuficiente sobre o DM e a própria lesão, que leva ao comprometimento de sua

saúde. Os entrevistados reconhecem que é uma doença grave, porém não são sensibilizados antes da agudização da enfermidade. A falta de informação permite que as pessoas sejam negligentes com o autocuidado, o que as torna mais vulneráveis, conforme as falas:

Eu emagreci demais após a descoberta do DM. Passei a viver uma vida normal, sem me preocupar com graves mudanças na rotina. Teve um dia que eu estava limpando a cozinha e o quintal, vi que havia sangue na água e num primeiro momento me questionei sobre a chegada da minha menstruação, pois não estava sentindo dor nem nada, achei que tivesse machucado meu pé, era um prendedor de roupas que estava no meu pé (E2).

Eu comecei a perceber uns calos no meu pé direito, esses calos estavam estranhos (...) Só que eu não me importei, não era ferida não era nada (E7).

Eu não estava nem aí pra nada, nem com a pressão alta e nem a diabetes. Só que um dia eu passei mal no serviço e tive que vir para o hospital municipal e o médico plantonista falou sobre minha situação (...) falou o que eu precisava ter muitos cuidados, principalmente com meu pé, que estava com uma ferida. Ele me disse que ia precisar ir para o bloco pra desbridar caso eu não cuidasse, aí eu percebi que a coisa não estava boa (E3).

O desinteresse e despreocupação com a patologia está diretamente ligada à falta de conhecimento acerca dessa, assim como de suas complicações, que levam a não adesão ao tratamento terapêutico. Uma vez que a DM pode trazer consequências graves para o paciente, orientá-lo e educá-lo sobre a importância do autocuidado é necessário, a fim de prevenir possíveis complicações, além de alcançar efetividade no tratamento (SOUSA *et al.*, 2020).

Com a sensibilização do paciente sobre a doença e seu acompanhamento, é possível melhorar o autocuidado, principalmente quanto ao controle glicêmico e a necessidade de avaliação periódica e sistematizada dos pés. A inspeção dos pés é um passo essencial para identificar fatores de risco que podem ser modificados e, assim, reduzir a chance de ulceração e amputação dos MMII (MENESES *et al.*, 2020).

Associado à falta de conhecimento sobre a doença e à importância do autocuidado, outro fator dificultador é a adesão ao tratamento: o portador de DM e UPD se sente frágil diante da doença crônica que pode trazer danos permanentes, como a amputação. Além disso, a falta de vínculo e confiança nos profissionais fazem com que os pacientes não adiram ao tratamento e fiquem expostos às consequências (MENESES *et al.*, 2020), conforme fala do entrevistado:

O médico prescreveu já de cara a insulina para eu fazer, só que a minha avó morreu foi de diabetes e tomando insulina. Eu tive uma resistência com essa insulina, eu não quis tomar não. E aí eu falei que não ia tomar, que isso não era certo, que eu tinha que começar era com o medicamento pela boca primeiro para depois ir para insulina (E8).

A comunicação entre paciente e o profissional de saúde é ponto primordial para o estabelecimento de vínculos, e conseqüentemente, para que o paciente se adapte ao plano assistencial. A falta de comunicação entre profissional e paciente pode prejudicar ainda mais o tratamento e trazer problemas futuros e complicações indesejadas (MENESES *et al.*, 2020).

Alguns entrevistados mostram algum grau de entendimento da patologia e tem conhecimento sobre o tratamento, com isso aderem ao tratamento, apesar de ainda apresentarem desconhecimento sobre o tratamento não medicamentoso e sua fisiopatologia (FERREIRA, 2020). Se as informações aos usuários não forem acessíveis ao seu entendimento, o tratamento e o controle não serão efetivos, com isso, o profissional acaba tendo uma barreira maior quanto o tratamento terapêutico (BALDASSARIS; MARTÍNEZ, 2020).

A comunicação do profissional e os usuários é falha perante as respostas dadas pelos os entrevistados. Há uma dificuldade de comunicação entre ambos ou até mesmo a forma como o profissional disponibiliza a informação. Com intuito de melhorar a adesão ao tratamento são necessárias ações e estratégias para uma comunicação eficaz. Os profissionais que lidam com as atividades educativas, devem repensar a educação realizada, para que a comunicação seja mais eficaz, efetiva e adequada com os usuários (BALDASSARIS; MARTÍNEZ, 2020).

Essa categoria permitiu compreender as dificuldades experienciadas pelo paciente diabético. Para além do diagnóstico, os participantes mencionaram dificuldade de acesso aos profissionais da rede e recurso financeiro insuficiente para manter o tratamento, que nem sempre é coberto integralmente pelo SUS. Os entrevistados apresentam, ainda, desconhecimento sobre a lesão, que dificulta o autocuidado e a adesão terapêutica.

4.2 É UM VAI E VEM: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DO PACIENTE COM ÚLCERA DO PÉ DIABÉTICO

Nesta categoria foi possível compreender que o itinerário terapêutico apresenta dificuldades no seu decurso. O primeiro atendimento é realizado pela APS, porém ele é fragmentado e pouco resolutivo. Além disso, o acesso aos especialistas por meio da atenção secundária quase sempre é moroso, e leva o paciente a procurar assistência no setor privado. Esse acesso só é facilitado quando ocorre agudização dos sintomas e o mesmo é assistido pelo hospital, que, na maioria das vezes, resulta em procedimentos invasivos que geram conseqüências permanentes na vida do paciente.

A prevenção da UPD só é alcançada se houver participação ativa do paciente no tratamento, uma vez que esta é a forma de: garantir a eficácia da manutenção dos índices glicêmicos ideais; prevenir complicações vasculares e neuropatias periféricas e; evitar amputações de MMII (SILVA *et al.*, 2016; SOUSA *et al.*, 2022). No entanto, nem sempre a adesão acontece de forma eficaz e culmina no aparecimento das complicações e agudizações.

O itinerário terapêutico do paciente com UPD inicia-se na APS, dessa forma, o primeiro atendimento deve ser feito pela a equipe da atenção básica, com monitoramento contínuo e orientações sobre o DM (BLUME; WU, 2018). Entretanto, em alguns casos, os profissionais da APS acompanham o paciente, porém, não de forma contínua, integral e proativa, como é recomendado para assistência desses pacientes:

Fui para o postinho onde as enfermeiras costumam fazer curativo e olhar a minha glicemia. Cheguei lá, elas chamaram o médico para ver a minha situação, meu pé estava muito inchado, vermelho e tinha uma ferida embaixo que estava preta já. A ferida ficou assim de um dia para o outro. O mesmo médico me encaminhou pro médico vascular no hospital municipal. Cheguei no hospital eu fui parar no pronto atendimento, de lá eles me encaminharam para um quarto (E8).

A porta de entrada preferencial do SUS é a APS, local onde se realiza ações de promoção e prevenção de agravos das doenças, além de tratamentos individuais e coletivos (BRASIL, 2021). Observou-se, durante a pesquisa, que a APS é reconhecida e utilizada como porta de entrada do sistema, uma vez que o paciente é acolhido pela equipe de saúde básica.

Cabe à APS organizar o cuidado a partir da situação problema, como é o caso da prevenção de complicações do DM. Todos os profissionais da APS devem ser envolvidos, inclusive o ACS com o papel de acolhimento e estabelecimento de vínculo entre a unidade, o paciente e o profissional de saúde. É na APS que se encontra a resolutividade do problema, se detectado precocemente. A linha de cuidado ao paciente com DM na atenção primária tem como objetivos: orientar o paciente quanto à necessidade do tratamento contínuo; explicar o planejamento terapêutico e os procedimentos como curativos e medição de glicemia e; estabelecer comunicação efetiva com os diversos níveis de atenção (MENESES *et al.*, 2020).

A efetividade do trabalho na APS diminui as internações hospitalares por complicações do DM, traz equidade nos serviços públicos de saúde, confere satisfação aos usuários e, com isso, melhora os indicadores de saúde. Observa-se que, quando o trabalho da APS é efetivo, tem-se resolutividade do caso e evita-se o agravamento do quadro, como pode ser observado na narrativa abaixo:

O médico do posto sempre me ensinava a fazer avaliação dos meus pés. Me colocava para ver se tinha alguma ferida, algum machucado, alguma coisinha que desse alguma coisa pior. Meu filho foi comigo em uma consulta com o médico clínico do posto; quando o médico avaliou meu pé, meu filho viu que tinha uma ferida, uma pequena ferida bem pequenininha (...) aí eu comecei a fazer o curativo no posto, rapidinho ela cicatrizou (E6).

Outro ponto do itinerário terapêutico foi o acesso à atenção secundária, que nem sempre é disponibilizado na APS, o que pode impactar no tratamento dos pacientes:

(...) eu tentei vários tratamentos com a angiologista pelo SUS e não consegui, aí eu fiz o acompanhamento da minha diabetes com o médico clínico do meu posto, perto de casa (E6).

Observa-se que o acesso aos especialistas é um desafio para o paciente com DM. O alto encaminhamento associado à baixa oferta faz com que haja uma demanda reprimida desses profissionais. Com isso, o paciente que consegue ser assistido pela atenção secundária acaba sendo aquele classificado como prioridade, ou aquele com algum agravamento.

No modelo de atenção ao paciente com DM identifica-se dificuldades na articulação entre APS e a atenção secundária. A demanda reprimida, a baixa resolutividade da APS, a restrição ao acesso, a falta de agilidade aos serviços de referência, a indefinição de fluxos de referência e contrarreferência (SOUSA *et al.*, 2020).

O acesso aos especialistas pelo SUS é tão penoso que, muitas vezes, os pacientes optam por recorrer ao atendimento privado, criando um novo itinerário terapêutico:

Eu marquei um retorno com o angiologista particular, ele disse que minha ferida não estava boa, estava sem secreção, mas não estava boa e, esse mesmo angiologista, me encaminhou para o hospital municipal (E6).

O acesso à atenção secundária se mantém como uma lacuna na integralidade do cuidado ao paciente com UPD, não apenas no município pesquisado, mas na maior parte do país. Esse entrave faz com que o paciente permaneça desassistido quanto ao atendimento especializado, tenha seu cuidado fragmentado e aumente o risco de agravamento da sua doença.

Foi observado que o paciente só procura a APS quando há agudização da doença, com foco na recuperação da saúde e não mais na prevenção de agravos. Dessa forma, ele precisa ser encaminhado para o pronto atendimento ou para o serviço hospitalar, quando precisa ser avaliado por um novo profissional de saúde, conforme relatos abaixo:

Já fui internado aqui (Hospital Municipal) umas quatro vezes com HI (*high*), HI é porque passou do limite. Eu uso esse sapatinho aqui (sandália baruk), faço curativo lá todo dia, no posto perto de casa, mas quando meu dedo fica preto assim elas me mandam pra cá. Aí eu volto sem dedo. Tem vez que eu chego com caco de vidro no pé, eu não sinto nada e as enfermeiras do posto que me fala e tiram (...) (E1).

Deu uma zebra no meu pé, eu tive que amputar os dois dedos e deu erisipela no pé também (...). Deu uma inflamação, eu tive que vir parar no hospital, e amputar dois dedos, agora está dando um “poço” (abscesso) debaixo do pé, e agora eu vou ter que drenar ele (E4).

Nos relatos acima observa-se que os pacientes precisaram ficar internados devido às complicações das UPD, que podem ter ocorrido pela falta de acesso ou de incentivo ao autocuidado apoiado. O mais alarmante é que o DM é uma doença de progressão lenta e que pode ser controlada de forma eficaz na APS. No entanto, quando não é possível postergar o atendimento, em momentos de agudização de uma doença crônica, é na atenção terciária que o problema é resolvido, de forma eficiente, segura, de qualidade e com equidade (ARRUDA *et al.*, 2019), mas, às vezes, com sequelas que poderiam ter sido evitadas.

Observa-se, ainda, que, em algumas situações, nem o acesso ao hospital, nem à unidade de pronto atendimento é garantida:

Eu cheguei no hospital municipal e passei pela triagem e da triagem eles me mandaram lá para a UPA. Na UPA, o médico me fala que tem gente demais, mais de 30 pessoas esperando lá, e que se eu ficasse esperando lá eu podia pegar uma infecção maior e iria ser pior para mim (...) fui pra casa, no outro dia cedo fui para UPA com relatório do angiologista de novo, uma técnica de enfermagem falou que se eu ficasse lá aguardando atendimento não ia adiantar muita coisa não, que o tratamento necessário já estava sendo feito no posto perto de casa, com os curativos e o acompanhamento com angiologista e eu não consegui atendimento em hospital nenhum nem na UPA nem no hospital municipal (E6).

Pode-se observar que ao não achar uma solução em um atendimento, o paciente procurou outro imediatamente, porém, não houve resolutividade e teve que retomar à APS. Esse vai e vem do paciente só dificulta ainda mais o tratamento e, conseqüentemente, o agravamento da doença. O paciente circula na RAS de forma desordenada, com desconhecimento do funcionamento do fluxo, que delonga mais tempo para o atendimento dele, como também para a solução do problema. Os próprios profissionais desconhecem o fluxo e retardam ainda mais os atendimentos ao encaminhar para outras especialidades ou outros hospitais quando desnecessário, sendo constrangedor ao paciente peregrinar pela RAS em busca de tratamento.

De acordo com Tavares (2017), o itinerário terapêutico durante o curso da enfermidade e tratamento pode sofrer mudanças de escolhas terapêuticas. No entanto, essas mudanças levam a inúmeras intervenções na saúde e doença, que fazem com que o paciente abandone o cuidado anterior e vá em busca de novas informações e tratamentos e ingressem em novo itinerário terapêutico. Além desse percurso entre os níveis de atenção à saúde, o paciente com UPD também percorre um itinerário interno no hospital:

(...) cheguei no hospital eu fui parar no pronto atendimento, de lá eles me encaminharam para um quarto igual esse que está cheio de gente. Nesse quarto passou o cirurgião vascular e falou que eu tinha que ir para o bloco cirúrgico para eu tirar esse trem preto (necrose), que não ia precisar amputar, eu estava andando, eu estava sentindo o pé, mas não estava sentindo embaixo. A enfermeira fez até um teste pra ver se eu estava tendo sensibilidade (...) isso mesmo a sensibilidade e eu não estava não. Aí o médico vascular me mandou lá para o bloco cirúrgico só para limpar, só para tirar esse negócio preto, daí eu fui embora para casa (E8).

O itinerário terapêutico dentro de um hospital conta com a tomada de decisões de uma equipe multidisciplinar para definição do diagnóstico e estabelecimento de condutas e tratamentos a serem seguidos (MATTOSINHO; SILVA, 2007). O protocolo institucional estabelece o fluxo interno que se caracteriza como um itinerário intra-hospitalar, no qual o paciente admitido na unidade cirúrgica passa pela avaliação do médico especialista, é submetido ao teste de sensibilidade do membro, para, só depois, ser encaminhado ao bloco cirúrgico. As consequências dos procedimentos cirúrgicos (desbridamento ou amputação) são: físicos (perda do membro), sociais (dificuldade de trabalho) e psicológicos, conforme falas:

O curativo já não estava adiantando, eu tive que vim parar aqui novamente e, após cirurgião vascular passou aqui, ele me encaminhou para o bloco cirúrgico até que teve que amputar meu dedo (...) infelizmente (E7).

Tô falando com você que eu trabalho andando, sou vendedor (...) camelô (...). Eu machuquei esse pé embaixo e não vi, e agora não posso mais trabalhar, e aí? (E5).

Desde quando eu descobri esse trem, que minha vida acabou. Eu estou falando verdade, abri para você uma coisa que eu não conversei com ninguém, é verdade o que eu estou contando (E4).

Sentimentos e pensamentos negativos se tornam evidentes durante as falas dos entrevistados, pois, além de impactar na qualidade de vida, também influenciam na adesão do tratamento. Um estudo que utilizou assistência psicológica com pacientes com feridas nos pés, durante o tratamento destas, apontou que a angústia vivenciada durante o tratamento pode

exacerbar o sofrimento emocional de quem já está fraco e vulnerável diante do diagnóstico (TAVARES *et al.*, 2017).

Arruda e Tavares (2017) demonstram que pacientes, além da falta de informação, passam por dificuldades relacionadas ao sistema de saúde, como questões geográficas, econômicas e políticas. A partir da compreensão das vivências dos participantes do estudo é possível apontar que os itinerários terapêuticos são marcados por dificuldades de se locomover na rede, o vai e vem do paciente sem resolução e a dificuldades de acesso às especialidades. A fragilidade da rede de atenção ao paciente se revela como a principal dificuldade vivenciada ao longo do itinerário terapêutico.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho permitiu compreender o itinerário terapêutico do paciente com UPD na RAS do município de Sete Lagoas/MG. Este se mostrou fragmentado desde a APS, perpassando pela atenção secundária até a serviço hospitalar. O acesso só foi facilitado quando ocorreu a agudização da lesão, comprovando os pressupostos da pesquisa.

Para além da fragmentação do itinerário terapêutico, os participantes experienciaram dificuldades de acesso aos profissionais, falta de recurso financeiro, conhecimento insuficiente sobre a lesão e baixa adesão ao tratamento. Associado a isso, os pacientes mencionaram perdas físicas, sociais e psicológicas.

O estudo apresentou como limitação a amostra ter sido exclusivamente de pacientes hospitalizados, que remetem a condições clínicas mais graves e a itinerários terapêuticos mais complexos. Dessa forma, sugere-se, para trabalhos futuros, que a pesquisa seja executada com pacientes e profissionais da APS.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Microvascular complications and foot care. **Diabetes Care**, [S.l.], v. 39, supl. 1, S72-S80, 2016. DOI: <https://doi.org/10.2337/dc16-S012>. Disponível em: https://care.diabetesjournals.org/content/39/Supplement_1/S72. Acesso em: 15 out. 2021.
- ARRUDA, L. S. N. S.; FERNANDES, C. R. S.; FREITAS, R. W. J. F.; MACHADO, A. C. G.; LIMA, L. H. O.; SILVA, A. R. V. Conhecimento do enfermeiro acerca dos cuidados com o pé diabético. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 13, e242175, 2019. ISSN 1981-8963. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.242175>. Disponível em:

<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/242175>. Acesso em: 15 out. 2021.

BALDASSARIS, M. L. R. M.; MARTÍNEZ, B. B. Adaptação transcultural do instrumento para exame do pé diabético em 3 minutos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 15, n. 42, e2008, 2020. ISSN 2179-7994. DOI:

[https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)200](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)200). Disponível em:

<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2008/1518>. Acesso em: 15 out. 2021.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução (Luis Antero Reto; Augusto Pinheiro). São Paulo: Edições 70, 2016. ISBN: 978-85-62938-04-7.

BARRETO, R. G. A. P.; OLIVEIRA, I. A. F.; MELO, K. C.; MENDONÇA, S. C. B.; OTERO, L. M. Itinerário terapêutico do paciente com diabetes mellitus na rede de atenção à saúde. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2, Universidade Tiradentes (UNIT), Aracaju/SE. **Anais...**, Aracaju, v. 1, n. 1, 2017. Disponível em: <https://eventos.set.edu.br/cie/index>. Acesso em: 10 out. 2021.

BARROS, E. A. Cuidados de enfermagem aos pacientes acometidos com o pé diabético. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [S.l.], v. 4, n. 11, ano 3, p. 142-160, 2018. ISSN 2448-0959. DOI:

<https://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/cuidados-de-enfermagem>.

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/cuidados-de-enfermagem>. Acesso em: 10 out. 2021.

BLUME, P.; WU, S. Updating the Diabetic Foot Treatment Algorithm: Recommendations on Treatment Using Advanced Medicine and Therapies. **Wounds**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 29-35, 2018. ISSN 1044-7946. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29091034>. Acesso em: 22 mai. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1, p. 18055, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 dez. 2012. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre os princípios éticos das pesquisas em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, Seção 1. p. 44-46, 24 mai. 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Porta de entrada do SUS: conheça histórias de profissionais de saúde e brasileiros atendidos na Atenção Primária**. 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/13936>. Acesso em: 15 mai. 2022.

CARVALHO, A. F. M.; FEITOSA, M. C. P.; COELHO, N. P. M. F.; REBÊLO, V. C. N.; CASTRO, J. G.; SOUSA, P. R. G.; FEITOSA, V. C.; ARISAWA, E. A. L. S. Low-level laser therapy and *Calendula officinalis* in repairing diabetic foot ulcers. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 626-632, 2016. ISSN 0080-6234. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000500013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/ppnqYts7J7BW9JPPZD56xyf/?lang=en>. Acesso em: 15 out. 2021.

COQUEIRO, J. M.; OLIVEIRA, A. E.; FIGUEIREDO, T. A. M. Itinerários terapêuticos de sujeitos com diabetes mellitus: linhas fortes e fracas. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 6, p. 1554-1562, 2018. ISSN 1981-8963. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a231706p1554-1562-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231706>. Acesso em: 15 out. 2021.

FERREIRA, R. C. Pé diabético. Parte 1: Úlceras e infecções. **Revista Brasileira de Ortopedia**, [S.l.], v. 55, n. 4, p. 389-396, 2020. ISSN 1982-4378. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0039-3402462>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbort/a/w9c9DrGkYXKPwMws7JQ9LJM/?lang=pt#>. Acesso em: 15 out. 2021.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas. 4. ed. 2002. ISBN 85-224-3169-8.

GONTIJO, P. V. C.; PASCHOAL, L. M.; SANTOS, L. H.; SANTOS, F. A. S.; ROLIM, I. L. T. P.; SANTOS NETO, M.; BRITO, P. S. Assessment of tissular integrity in patients with diabetic foot. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, supl. 5, e20200032, 2020. ISSN 1984-0446. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0032>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/zVXRX6NKjyQ3Nwrs3k8ggNn/?lang=en#>. Acesso em: 15 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. **Sete Lagoas**. @Cidades: IBGE, 2021. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sete-lagoas/pesquisa/23/25207?tipo=ranking>. Acesso em 15 out. 2021.

INTERNATIONAL WORKING GROUP ON THE DIABETIC FOOT. **Diretrizes da IWGDF sobre a prevenção e o tratamento do pé diabético**. Tradução (Hermelinda C. pedrosa; Nilce B. Dompieri). Brasília: Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/CONSENSO-INTERNACIONAL-DE-PE-DIABETICO-2019.pdf>. Acesso em 15 out. 2021.

LIRA, J. A. C.; OLIVEIRA, B. M. A.; SOARES, D. R.; BENÍCIO, C. D. A. V.; NOGUEIRA, L. T. Avaliação do risco de ulceração nos pés em pessoas com diabetes mellitus na atenção primária. **REME: Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 24, e-

1327, 2020. ISSN 2316-9389. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200064>.
Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1481>. Acesso em 15 out. 2021.

MARTINS, L. R.; MATTOS, M. B.; DIERCKS, M. S. Itinerário terapêutico e pessoas com diabetes mellitus tipo 2 que sofreram amputação de membro inferior: experiência do adoecimento. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 18, n. 64, p. 72-84, 2020. ISSN 2359-4330. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6284>. Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/6284/pdf. Acesso em 15 out. 2021.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. da. Itinerário terapêutico do adolescente com DIABETES mellitus tipo 1 e seus familiares. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1113-1119, nov./dez. 2007. ISSN 1518-8345. Disponível em: http://old.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 15 mai. 2022.

MENESES, J. C. B. C.; BORGES, J. W. P.; SILVA, A. R. V.; VIANA, M. C. A.; REBOUÇAS, V. C. F.; ALENCAR, A. M. G. The effects of felted foam in diabetic foot treatment: systematic review with meta-analysis. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 54, e03640, 2020. ISSN 1980-220X. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026903640>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/rTbJ3TRHpzKRbnGKJ48kLxx/?lang=pt>. Acesso em 15 out. 2021.

NORONHA, I. R.; DANTAS, C. S.; PENNA, L. H. G.; JOMAR, R. T. Incidência e fatores associados a complicações em feridas operatórias de mulheres mastectomizadas. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, e56924, 2021. ISSN 0104-3552. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2021.56924>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/56924>. Acesso em 15 out. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Diabetes**. 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1. Acesso em: 15 out. 2021.

PEREIRA, L. F.; PAIVA, F. A. P.; SILVA, S. A.; SANCHES, R. S.; LIMA, R. S.; FAVA, S. M. C. L. Ações do enfermeiro na prevenção do pé diabético: o olhar da pessoa com diabetes mellitus. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental online**, [S.l.], v. 9, n. 4, p. 1008-1014, 2017. ISSN 2175-5361. DOI: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1008-1014>. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5702>. Acesso em: 15 out. 2021.

RAMIREZ-PERDOMO, C.; PERDOMO-ROMERO, A.; RODRIGUEZ-VÉLEZ, M. Conhecimento e práticas para a prevenção do pé diabético. **Revista Gaúcha da Enfermagem**, [S.l.], v. 40, e20180161, 2019. ISSN 1983-1447. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180161>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/VjTCVf3YK3mybYQj9q9797f/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 out. 2021.

SANTOS, J. E.; CAZOLA, L. H. O. A importância da avaliação e manejo do pé diabético na prevenção de incapacidades. **Cadernos ABEM**; Rio de Janeiro, v. 8, p. 20-24, 2012. ISSN

1806-5031. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/15639/1/Artigo003-ABEM-v.8.2012.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, D. K. V.; PESSOA, E. T.; VELOSO, H. H. Dificuldades financeiras e seus impactos no tratamento de pacientes com câncer: uma realidade vivenciada no projeto Erro. **Revista Saúde & Ciência Online**, [S.l.], v. 7, n. 2, p. 157-167, 2018. ISSN 2317-8469. DOI: <https://doi.org/10.35572/rsc.v7i2.104>. Disponível em: <https://rsc.revistas.ufcg.edu.br/index.php/rsc/article/view/104>. Acesso em: 15 out. 2021.

SILVA, L. W. S.; SILVA, J. S.; SQUARCINI, C. F. R.; SOUZA, F. G.; RIBEIRO, V. dos S.; GONÇALVES, D. F. Promoção da saúde de pessoas com diabetes mellitus no cuidado educativo preventivo do pé diabético. **Ciencia y enfermería**, Concepcion, v. 22, n. 2, p. 103-116, ago. 2016. ISSN 0717-2079. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532016000200008>. Disponível em: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000200008. Acesso em: 15 out. 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. [S.l.]: Editora Científica, 2019. 490p. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

SOUSA, M. O.; OLIVEIRA, C. R. T.; CASTRO, A. P. R.; COELHO, R. P.; MACEDO, L. F. R.; BESERRA JÚNIOR, C. R.; SAMPAIO, I. A. A.; GUIMARÃES, C. A. P.; SOUSA, I. C. SANTOS JÚNIOR, J. G. A. S. Promoção a Saúde a indivíduos com Diabetes Mellitus Tipo II na Estratégia Saúde da Família. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 4, e17011427235, 2022. ISSN 2525-3409. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27235>. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/27235/23792/317856>. Acesso em: 15 mai. 2022.

SOUSA, V. M.; SOUSA, I. A.; MOURA, K. R.; LACERDA, L. S. A.; RAMOS, M. G. S.; SILVA, A. R. V. Knowledge about preventive measures for the development of diabetic foot. **Revista Rene**, [S.l.], v. 21, e42638, 2020. ISSN 2175-6783. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142638>. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/42638>. Acesso em: 15 out. 2021.

TAVARES, F. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. **Mana**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 201-228, 2017. ISSN 1678-4944. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-49442017v23n1p201>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/vDTTSx75GBVPrqhsqctPqRc/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 mai. 2022.