

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de Medicina

Programa Médicos pelo Brasil

Marcio Meirison Cordeiro de Lemos

**CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE O DIABETES MELLITUS E SEU
ACOMPANHAMENTO, NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CURADO 2-1, EM
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PERNAMBUCO**

Belo Horizonte

2024

Marcio Meirison Cordeiro de Lemos

**CONSCIENTIZAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE O DIABETES MELLITUS E SEU
ACOMPANHAMENTO, NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CURADO 2-1, EM
JABOATÃO DOS GUARARAPES – PERNAMBUCO**

Monografia de especialização apresentada à
Faculdade de Medicina da Universidade
Federal de Minas Gerais, como requisito
parcial para a obtenção do Título de
Especialista em
Medicina de Família e Comunidade

Orientador: Adriano Antônio da Silva
Pedrosa

Belo Horizonte

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON - NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIV

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 06 do mês de novembro de 2024, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade (CEMFC) se reuniu para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso do(a) aluno(a) Márcio Meirison Cordeiro de Lemos intitulado "Conscientização da População sobre o Diabetes Mellitus e seu Acompanhamento, na Unidade de Saúde da Família Curado 2-1, em Jaboatão dos Guararapes - Pernambuco", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. A Comissão Examinadora foi composta pelos avaliadores Bruno Henrique Ribeiro, Adriano Antonio da Silva Pedrosa e Geraldo Mário de Carvalho Cardoso. O TCC foi aprovado com a nota 100.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela coordenação do CEMFC nos 03 do mês de julho de 2025 pelo então coordenador Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso.

Belo Horizonte, data da assinatura eletrônica.

Prof. Marcelo Pellizzaro Dias Afonso

Coordenador do Curso de Especialização em Medicina de Família e Comunidade - CEMFC



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Pellizzaro Dias Afonso, Professor do Magistério Superior**, em 17/07/2025, às 10:39, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Gabriel Henrique Silva Teixeira, Secretário(a) administrativo(a)**, em 17/07/2025, às 14:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4351473** e o código CRC **24CF63E8**.

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada por hiperglicemia persistente, decorrente da produção insuficiente de insulina ou da resistência à ação do hormônio. O aumento do número de casos da doença no Brasil e no mundo deve-se a inúmeros fatores, como obesidade, dietas não saudáveis, inatividade física e fatores socioeconômicos, causando incapacidades e onerando a sociedade. Para modificar esse cenário, é fundamental a participação ativa dos indivíduos em todo o processo saúde-doença do diabetes, visto que mudanças no estilo de vida são essenciais para prevenção e controle da doença. Para isso, é imprescindível que haja uma educação em saúde de qualidade, fornecendo conhecimentos e habilidades suficientes para que o paciente seja capaz de controlar suas condições de saúde ou mesmo preveni-las. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) mostra-se ser o cenário mais adequado para a mudança da história natural do diabetes. Na USF Curado 2 - Equipe 1, localizada na área urbana do município de Jaboatão dos Guararapes – PE, observou-se que a compreensão dos usuários sobre o DM e o papel da ESF, neste contexto, está aquém do desejado, sendo insuficientes as informações sobre o tema. Por outro lado, outros problemas observados foram o absenteísmo dos usuários e a perda de seguimento, obstáculos relevantes para a prevenção e o controle do diabetes na unidade de saúde, além de um número expressivo de encaminhamentos para a atenção especializada. O objetivo deste Projeto de Intervenção é conscientizar a população adscrita desta USF acerca da importância do DM e do seu acompanhamento regular pela Equipe de Saúde da Família. Pretende-se alcançá-lo através de ações de educação em saúde e da busca ativa de indivíduos pouco assíduos e/ou de risco para diabetes. Serão disseminadas informações de qualidade sobre o tema e de fácil acesso para a comunidade, e a equipe será capacitada para o reconhecimento eficaz de pacientes de risco para diabetes, através da ferramenta FINDRISC. Espera-se, como resultados da implantação desta intervenção, maior autonomia dos usuários para o autogerenciamento de sua saúde e mudanças de estilo de vida, além de habilitar a equipe de saúde para a identificação de indivíduos de risco para diabetes. Pretende-se, desta forma, a redução de encaminhamentos para a atenção especializada e o aumento da

presença da comunidade na USF, melhorando o cuidado ofertado e diminuindo a morbimortalidade do diabetes mellitus na população.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; planejamento em saúde comunitária; educação em saúde; diabetes mellitus; continuidade da assistência ao paciente.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a chronic condition marked by persistent hyperglycemia, stemming from insufficient insulin production or resistance to the hormone's action. The rise in the number of cases in Brazil and worldwide is attributed to various factors, such as obesity, unhealthy diets, physical inactivity, and socioeconomic issues, leading to disabilities and burdening society. To change this scenario, the active participation of individuals throughout the health-disease process of diabetes is crucial, as lifestyle changes are essential for the prevention and control of the condition. For this to occur, quality health education is imperative, providing sufficient knowledge and skills for the patient to manage their health conditions or even prevent them. The Family Health Strategy (FHS) proves to be the most suitable setting for altering the natural course of diabetes. At the USF Curado 2 - Team 1, located in the urban area of Jaboatão dos Guararapes – PE, it was noted that users' understanding of DM and the role of the FHS in this context is below the desired level, with insufficient information on the topic. Furthermore, other observed problems were user absenteeism and loss to follow-up, which are significant obstacles to the prevention and control of diabetes at the health unit, in addition to a considerable number of referrals to specialized care. The objective of this Intervention Project is to raise awareness among the population enrolled at this USF about the importance of DM and its regular monitoring by the Family Health Team. This will be pursued through health education actions and the active search for individuals with poor attendance and/or at risk for diabetes. Quality and easily accessible information on the topic will be disseminated to the community, and the team will be trained for the effective recognition of at-risk patients for diabetes using the FINDRISC tool. The expected outcomes from the implementation of this intervention are greater user autonomy for self-management of their health and lifestyle changes, as well as enabling the health team to identify individuals at risk for diabetes. It is intended, therefore, to reduce referrals to specialized care and increase the community's presence at the USF, improving the care provided and decreasing the morbidity and mortality of diabetes mellitus in the population.

Keywords: Family Health Strategy, community health planning, health education, diabetes mellitus, continuity of patient care.

Sumário

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICATIVA	10
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
	3.1 RASTREAMENTO	11
	3.2 DIAGNÓSTICO	12
	3.3 TRATAMENTO E METAS TERAPÊUTICAS.....	12
	3.4 REMISSÃO DO DIABETES	14
	3.5 MANEJO DE COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES MELLITUS TIPO 2.....	14
	3.6 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAUDE E SUA IMPORTÂNCIA NO CUIDADO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2	15
	3.7 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE	15
	3.8 EDUCAÇÃO EM DIABETES	16
	3.9 RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO	17
4	OBJETIVOS	18
5	METODOLOGIAS	19
6	RESULTADOS ESPERADOS	21
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
	REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica causada pela produção insuficiente de insulina ou pela incapacidade das células do organismo para responder a ela. Isso leva a níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia), que é o indicador clínico da diabetes (IDF, 2021). A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) classifica o diabetes em: tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2), o diabetes gestacional (DMG) e os outros tipos de diabetes, baseado em sua etiopatogenia. O DM2 é o mais comum, de início insidioso, e tem como mecanismo principal a resistência à insulina e deficiência parcial da secreção do hormônio pelas células β pancreática. Já o DM1 é causado pela destruição das células β , geralmente autoimune, cursando com uma deficiência grave da secreção de insulina, e pode ser diagnosticado em qualquer idade (RODACKI et al., 2023).

O aumento contínuo do diabetes se deve, em maior proporção, ao aumento do tipo 2 e dos fatores de risco a ele relacionados. A obesidade, dietas não saudáveis, a falta de atividade física e o próprio envelhecimento estão entre os principais, além de fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e genéticos, todos interagindo de forma complexa entre si. Por outro lado, os níveis de diabetes tipo 1, com início na infância, também estão aumentando (BRASIL, 2023).

O Brasil é o 5 país em incidência de diabetes no mundo, com 16,8 milhões de adultos com o diagnóstico (entre 20 a 79 anos), e estimativa de 21,5 milhões em 2030, segundo dados do Atlas do Diabetes da Federação Internacional de Diabetes (IDF). Mundialmente, calcula-se que 9,3% dos adultos (463 milhões de pessoas) vivem com diabetes. Em se tratando da Atenção Primária, no Brasil, estima-se que 9 milhões de pessoas que acessam a este nível de atenção têm diabetes, das quais 35% estão cadastradas nas unidades de saúde; em 2019, por exemplo, 11 milhões de consultas foram realizadas para esse público, e no mesmo ano, o número de internações por diabetes foi 136 mil, gerando um custo de R\$ 98 milhões de reais para sociedade (BRASIL, 2020).

O município do Jaboatão dos Guararapes faz parte da mesorregião Metropolitana do Recife, microrregião do Recife - PE. Apresenta uma extensão territorial de 258,72 km, sendo 74,52 km de área urbanizada (63,12%). Limita-se ao Norte com a Cidade do Recife e o Município de São

Lourenço da Mata, ao Sul com o Município do Cabo de Santo Agostinho, a Leste com o Oceano Atlântico e a Oeste com o Município do Moreno, sendo o segundo município mais populoso de Pernambuco, com uma população estimada em 2022 de 644.037 habitantes. Jaboatão é um município predominantemente urbano, com 97,8% da população em área urbana e apenas 2,2% em área rural. Estima-se ainda que em 2021 a distribuição por sexo foi de 299.937 homens (46,57%) e 344.100 mulheres (53,43%). A densidade demográfica correspondente a 2.489,28 hab/km² (IBGE, 2022).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH-M) de Jaboatão dos Guararapes é de 0,717 (2010), ocupando o quinto lugar no ranking estadual. Acerca da educação, existem 87.223 alunos matriculados no ensino fundamental em Jaboatão, sendo 35.599 (40,82%) na rede municipal, 27.041 (31%) na rede estadual e 24.583 (28,18%) na rede privada, e também 25.055 no ensino médio, sendo 19.844 (79,2%) na rede estadual, 1.720 (6,87%) na rede municipal e 3.491 (13,93%) na rede privada. A nota do IDEB do município em 2015 foi de 4,9, ficando à frente do Recife e do próprio estado, que obtiveram pontuação de 4,6. A cidade também conta com diversas instituições de ensino superior (IBGE, 2022).

Quanto a economia do município, o setor de serviços foi o mais representativo, tendo destaque o comércio varejista, com o maior número de trabalhadores em 2022 (SEBRAE, 2022). O salário médio mensal foi de 2 salários mínimos no mesmo ano. Jaboatão fica em uma posição estratégica, por estar situado entre o Porto de Suape, principal polo de desenvolvimento econômico do Estado, e o Recife. É cortado por importantes rodovias como as BR-101, BR-232 e a PE-007 e conta com infraestrutura metroviária de importante participação na locomoção urbana (IBGE, 2022).

Em Jaboatão, a gestão municipal adotou um modelo de regionalização, seguindo critérios demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos. Os serviços de saúde no município estão distribuídos em todos os níveis de atenção (primária, secundária e terciária). Existem 2 hospitais públicos e mais 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Para gestão municipal, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerada prioritária para a reorganização da Atenção Básica, e, em 2022, havia 112 Equipes de Saúde da Família, 105 salas de vacina, 10 Unidades Básicas Tradicionais, 08 Equipes NASF (atualmente e-Multi) e 88

equipes de saúde bucal. A estimativa da população coberta pelas equipes da Estratégia Saúde da Família é de 54,3%. Em relação à informatização para registro dos atendimentos e procedimentos realizados nas unidades da AB, 71 equipes funcionam utilizando o Prontuário Eletrônico do Cidadão- PEC e as demais com a versão de Coleta de Dados Simplificada- CDS (GUARARAPES, 2022).

A USF Curado 2 – Equipe 1 fica localizada no bairro do Curado, dentro da Regional 3 de Jaboatão. O bairro tem aproximadamente 51.256 habitantes (7,96% da população jaboatonense), e por ser de grande extensão, é subdividido em 5 comunidades. Tem uma população total de 5.077 cidadãos, sendo 2.296 (45,22%) mulheres e 2.781 (54,78%) homens. As patologias mais frequentes percebidas foram: hipertensão arterial (23,67% dos usuários), diabetes (10,48%), tabagismo (5,89%) e etilismo (5,75%). Também foi percebido um alto número de pacientes portadores de complicações do diabetes, como problemas renais, circulatórios e neurológicos. (BRASIL, 2024a) Apesar do número de expressivo de usuários adscritos e da quantidade de portadores de diabetes e suas complicações, a busca pela unidade de saúde ainda está aquém do esperado, o que se deve à desinformação de grande parte da população acerca da importância do cuidado do DM e ao fato de muitos usuários terem plano de saúde. Por outro lado, percebe-se frequentemente um pensamento de supervalorização da especialidade médica em detrimento do generalista, o que, associado a um desconhecimento acerca do papel do Médico da Família e Comunidade, leva a uma menor busca por esse profissional.

Diante da complexidade do processo saúde/doença do diabetes e da prevalência e morbimortalidade ainda altas, sem falar dos custos elevados para a vida das pessoas acometidas, sua família, da sociedade e do sistema de saúde, fica clara a importância do acompanhamento na Unidade de Saúde da Família, centro coordenador do cuidado. A conscientização da população acerca de todo o processo, da importância desse acompanhamento na USF e do papel do Médico de Família e Comunidade é de extrema relevância para a diminuição desses números ainda impactantes. Além disso, a contínua capacitação dos profissionais de saúde que atendem esse público na Atenção Básica é imprescindível, para um cuidado de qualidade e eficiência.

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus, suas complicações agudas e crônicas e a consequente limitação causada na saúde de quem tem esse diagnóstico são agravos de saúde pública bastante prevalentes nas comunidades brasileiras. Por outro lado, há um impacto financeiro considerável que essas condições de saúde trazem. O acompanhamento clínico dos indivíduos que possuem diabetes, em todos seus estágios, juntamente com seus familiares e apoiadores, é crucial para a redução das consequências negativas.

O comparecimento dos pacientes e usuários na unidade de saúde, participando das consultas médicas e multiprofissionais, e de outros momentos da equipe, é necessário para o controle eficaz do diabetes. Para um acompanhamento de qualidade, além da presença do usuário na consulta, a avaliação de parâmetros laboratoriais que possam traduzir as repercussões da doença no indivíduo também é fundamental. Nesse contexto, a dosagem da hemoglobina glicada mostra o controle glicêmico e fornece um substrato para avaliação do diabetes.

Contraditoriamente, na prática clínica da equipe de Estratégia de Saúde da Família da USF Curado 2-1, em Jaboatão dos Guararapes-PE, o absenteísmo da população ainda é um fator preocupante. Exames solicitados por vezes não são realizados, e o retorno do paciente frequentemente não acontece, prejudicando o seguimento necessário. Diante desse cenário, é necessário ferramentas para conscientizar a população acerca da importância de sua presença na unidade, participando ativamente dos encontros e avaliações multiprofissionais. Assim, com informação de qualidade, é possível trazer o indivíduo para o lugar de corresponsável por sua própria saúde e obter melhores resultados no controle do diabetes e suas complicações.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica em que há produção insuficiente de insulina, hormônio pancreático essencial para o funcionamento do organismo, ou a incapacidade de usar a substância já produzida de forma eficaz, acarretando níveis elevados de glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ser dividido em tipo 1 (DM1), tipo 2 (DM2), o diabetes gestacional (DMG) e os outros tipos de diabetes, sendo o DM2 o mais comum e o foco deste estudo. (IDF, 2021; RODACKI et al., 2023).

Os principais fatores de risco para diabetes tipo 2 são a idade, sobrepeso ou obesidade, sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, história familiar positiva, entre outros. Se não houver controle adequado, pode cursar com complicações crônicas, que podem ser microvasculares, como a doença renal do diabetes (DRD), neuropatia diabética e retinopatia diabética; e macrovasculares, que incluem doença vascular periférica (acometimento de membros inferiores), acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2024b).

3.1 RASTREAMENTO

A prevalência de diabetes aumenta significativamente com a faixa etária. No Brasil, em 2023, nos indivíduos com idade entre 18 e 24 anos, a prevalência da doença foi de 0,5%; entre 25 e 44 anos, de 7,9%; chegando a 30,3% naqueles acima dos 65 anos (BRASIL, 2023). Diante dessa alta prevalência, e dos potenciais benefícios trazidos, recomenda-se que todos os indivíduos assintomáticos com 35 anos ou mais, sem fatores de risco, realizem rastreamento para DM2. Aqueles com sobrepeso ou obesidade e que apresentem um ou mais fatores de risco adicionais para o diabetes devem ser rastreados independentemente da idade. A investigação deve ser realizada através de glicemia de jejum (Gj) e hemoglobina glicada (HbA1c), podendo ser utilizado o teste oral de tolerância à glicose (TOTG), a depender da disponibilidade (ADAPPC, 2024).

Além disso, a Associação Americana de Diabetes (ADA) ressalta a importância da vinculação do usuário à equipe de saúde no rastreamento do diabetes, pois, caso o diagnóstico seja confirmado, o tratamento e seguimento do paciente deve ser realizado com a equipe responsável. Após a primeira

testagem negativa, o rastreamento deve ser realizado a cada 3 anos, e caso o indivíduo tenha mais de um fator de risco para DM2 ou outras condições associadas, deve ser rastreado no mínimo a cada ano ([ADAPPC, 2024](#)).

3.2 DIAGNÓSTICO

Para os pacientes com sintomas inequívocos de hiperglicemia, é recomendado que o diagnóstico do diabetes mellitus seja por meio de glicemia ao acaso 200 mg/dl. Para os assintomáticos, os valores são: glicemia de jejum 126 mg/dl, hemoglobina glicada (HbA1c) 6,5%, glicemia no teste oral de tolerância à glicose (TOTG-1h) 209 mg/dl ou glicemia no TOTG-2h 200 mg/dl. Se dois exames estiverem alterados simultaneamente, o diagnóstico de DM2 é estabelecido; caso apenas um deles esteja alterado, os testes devem ser repetidos para confirmação do diagnóstico ou para descartá-lo ([BRASIL, 2024b](#)).

Por outro lado, além dos valores descritos, é de extrema importância que o profissional de saúde possa identificar e reconhecer os determinantes sociais (DSS) que possam agregar no processo da doença. A percepção de fatores como identidade de gênero, orientação sexual, etnia e desigualdades sociais e econômicas são fundamentais, pois podem contribuir ou desenvolver agravos e condições de adoecimento ([BRASIL, 2024b](#)). Por isso, é imprescindível que o cuidado seja integral e centrado no indivíduo, o que coloca a Atenção Primária e a Medicina de Família e Comunidade como protagonistas de extrema relevância nesse processo.

3.3 TRATAMENTO E METAS TERAPÊUTICAS

O principal objetivo do tratamento do DM2 consiste em melhorar a qualidade de vida do indivíduo e prevenir complicações da doença. Para isso, a abordagem terapêutica baseia-se no tratamento não medicamentoso, centrado na mudança de estilo de vida, e no medicamentoso. É fundamental que o tratamento seja iniciado precocemente e individualizado conforme o perfil do paciente, mantendo-se um controle glicêmico satisfatório para um bom prognóstico.

O parâmetro mais indicado para avaliação do tratamento do diabetes é a HbA1c, e manter valores 7,0% reduz a incidência de complicações micro e macrovasculares. Contudo, esses parâmetros podem ser diferentes para idosos, devido a maior mortalidade nesses pacientes, sendo aceitável uma hemoglobina glicada entre 7,5% a 8,0%. Já a meta das glicemias capilares varia entre 80 mg/dL e 130 mg/dL para aferição em jejum e até 180 mg/dL para glicemias aleatórias ou

pós-prandiais, também sendo permitido para idosos valores mais flexíveis (RODAKI et al., 2024; BRASIL, 2024b).

Para o controle do diabetes tipo 2, a promoção de mudanças no estilo de vida (MEV) é fundamental. É recomendável a elaboração de um plano de cuidado integral e centrado no indivíduo, além de identificar a importância que a pessoa atribui à mudança de comportamento e o quanto segura ela se sente em conseguir realizá-la. Dessa forma, é possível evidenciar potencialidades e fragilidades e traçar as estratégias para o cuidado (BRASIL, 2024b).

A prática de atividade física melhora o controle glicêmico e previne as complicações do diabetes. Recomenda-se que sejam incluídos exercícios aeróbicos, de resistência ou ambos, com duração mínima de 150 minutos por semana. A equipe de saúde deve se organizar para desenvolver ações e programas de prática de exercícios físicos dentro dos estabelecimentos de saúde, ou mapear locais no território para sua realização (DUNCAN et al., 2022). Por outro lado, a alimentação também tem um papel importante, devendo ser individualizada e adaptada à realidade de cada paciente. De uma forma geral, uma dieta balanceada, com restrição de carboidratos simples ou refinados de rápida absorção é recomendada, podendo retardar ou mesmo evitar o surgimento de complicações do DM2 (RAMOS et al., 2023).

Para os indivíduos com sobrepeso ou obesidade, a perda de peso deve ser incentivada no tratamento nutricional. É recomendada uma redução de 5% a 15% do peso inicial, e uma perda de peso de 10 a 15%, ou mais, pode ter um impacto modificador de doença, reduzindo desfechos cardiovasculares, mortalidade e podendo levar a remissão do diabetes (LINGVAY et al., 2022).

Não obstante, o tratamento medicamentoso também deve ser individualizado para cada paciente. Para aqueles diagnosticados há menos de 3 meses e sem fator de risco, o tratamento deve ser iniciado exclusivamente com MEV e serem reavaliados. Se não houver resposta adequada, deve-se iniciar metformina em monoterapia. Para os pacientes com diagnóstico há mais de 3 meses ou com fatores de risco, deve ser iniciada precocemente a terapia farmacológica associada a MEV. Em pacientes com valores de HbA1c maior do que 7,5% ao diagnóstico de DM2, pode-se considerar iniciar o tratamento com terapia de combinação, sendo sugerido como tratamento de segunda linha

as sulfonilureias, seguidas de iSGLT2 ou insulina (BRASIL, 2024b).

3.4 REMISSÃO DO DIABETES

Durante muito tempo, o diabetes tipo 2 foi considerado uma doença de caráter permanente, com uma necessidade de tratamento medicamentoso por toda a vida. Atualmente, já se reconhece que o processo fisiopatológico da doença pode ser reversível nos estágios iniciais, através de um controle de peso adequado e reestruturação alimentar adequada (LEAN et al., 2024).

A remissão do diabetes é definida como a manutenção de HbA1c < 6,5% por pelo menos 3 meses após a retirada dos agentes antidiabéticos. No estudo britânico DiRECT (Diabetes Remission Clinical Trial), uma porcentagem relevante de pacientes conseguiu manter a perda peso satisfatoriamente e, conseqüentemente, permaneceram sem diabetes por 12 e 24 meses de acompanhamento. Logo, a remissão do diabetes tipo 2 é uma meta considerada alcançável, deixando claro que as medidas não farmacológicas de tratamento são imprescindíveis (LEAN et al., 2024).

3.5 MANEJO DE COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

O tratamento das complicações crônicas do DM2 consiste, prioritariamente, no controle dos níveis glicêmicos e das comorbidades, como hipertensão arterial, dislipidemia e a cessação do tabagismo, se houver. Na doença renal do diabetes, principal causa de indicação de diálise, controlar também a albuminúria é fundamental, e na neuropatia diabética o tratamento é na maioria das vezes sintomático (BRASIL, 2024b). Já a retinopatia diabética, uma das principais causas de cegueira em adultos, tem seu tratamento baseado em farmacoterapia intraocular e à laser. O diagnóstico e tratamento precoces são imprescindíveis (BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, 2021).

Para o tratamento e prevenção das complicações macrovasculares, o controle dos fatores de riscos cardiovasculares é essencial (BRASIL, 2024b). Ainda, é importante a atenção ao pé diabético, com exame regular dos membros pelo profissional de saúde e o autocuidado. A educação em saúde de forma estruturada é uma ferramenta que pode ajudar as pessoas na detecção de fatores de risco para úlcera do pé diabético e cuidado dos pés (SACCO et al., 2023).

3.6 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA NO

CUIDADO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, e tem como objetivo geral garantir acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. É organizado em três níveis de atenção: primária (ou básica – APS, foco deste trabalho), secundária e terciária (BRASIL, 2024b).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a APS é definida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde [...], realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (BRASIL PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, 2017). É a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Para operacionalizar a atenção primária, a Saúde da Família foi adotada pelo Estado brasileiro como principal estratégia para sua expansão, qualificação e consolidação dentro do SUS. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo ofertar ações e serviços de saúde que garantam o potencial resolutivo da APS, devendo as equipes de Saúde da Família (eSF) serem responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e com uma população adscrita por equipe de 2.000 a 3.500 pessoas (DUNCAN et al., 2022; BRASIL PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, 2017).

Desta forma, entende-se que um sistema de saúde cuja porta de entrada é a atenção primária torna-se mais eficiente e resolutivo, trazendo maiores índices de satisfação à população e apresentando menores custos quando comparados a outros. No tocante à prevenção e ao controle do DM2, a APS é essencial no manejo de todo o processo saúde- doença do diabetes, sendo indispensável para o acompanhamento integral e longitudinal do paciente (STARFIELD, 2012; MACINKO; SHI; STARFIELD, 2005).

3.7 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE

As estratégias populacionais com maior potencial de diminuição da incidência do diabetes tipo 2 são as que promovem as mudanças de estilo de

vida já mencionadas. Intervenções clínicas de prevenção, por outro lado, também podem ser utilizadas e são direcionadas para detecção de indivíduos de alto risco para o desenvolvimento da doença. Uma estratégia para realizar essa avaliação em adultos é o questionário de rastreamento comunitário FINDRISC, que prediz o risco de desenvolver DM2 em 10 anos em adultos.

A ferramenta inclui oito itens: idade, índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA), atividade física diária, consumo diário de frutas, verduras ou legumes, uso de medicação para controle de HAS, história pregressa de hiperglicemia e antecedentes familiares de DM2. O escore final varia de 0 a 26 pontos, sendo estratificado em cinco categorias, que variam entre baixo risco a muito alto (DUNCAN et al., 2022; BARIM; MCLELLAN; NASCIMENTO, 2020).

No Brasil, foi realizado um pré-teste do questionário no âmbito do SUS, o que permitiu a aplicação domiciliar por agentes comunitários de saúde e evidenciou a importância da Estratégia de Saúde da Família nesta intervenção. Indivíduos que alcançam 12 pontos realizam um teste glicêmico, e aqueles identificados como em risco pelo teste poderiam receber a intervenção preventiva. É necessário que os casos de diabetes identificados sejam acolhidos no serviço de saúde (MARINHO, 2010).

3.8 EDUCAÇÃO EM DIABETES

Por se tratar de uma condição crônica, o DM tem como parte fundamental do seu tratamento a educação. Grande parte do seu sucesso é construído pela conscientização das restrições impostas pela doença e pela autorresponsabilização do paciente, que passa a ter o controle de sua condição. Esta estratégia educacional é conhecida como Empowering (Empoderamento) (GRILLO et al., 2013; PAULO, 2022).

O processo de incentivo ao conhecimento e às habilidades necessárias para o tratamento do diabetes deve ser contínuo, capacitando o paciente para tomar decisões adequadas. Essas intervenções permitem que as comunidades se tornem participantes ativos nas decisões relativas à sua saúde. Uma vez que um baixo conhecimento em saúde é comum entre diabéticos, estes devem receber a informação, interiorizá-la e aplicá-la nos seus comportamentos, minimizando assim a evolução da doença (DAVIS et al., 2022; PORTUGAL, 2015).

3.9 RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO

A importância do diabetes mellitus como uma condição clínica de alta prevalência e com elevado potencial de limitar e incapacitar a vida das pessoas é indiscutível. Acompanhar o paciente que tem DM2 durante o seu percurso com a doença, que estará presente, na maioria dos casos, por quase toda sua vida, mostrou-se essencial no tratamento da condição e na diminuição de suas incapacidades. Por outro lado, a educação em saúde de qualidade, que permita ao paciente entender o poder do conhecimento acerca da sua doença e do autocuidado, conforme já apresentado, lhe capacita para modificar seu prognóstico, sendo parte indissociável do cuidado integral ao diabético.

A Estratégia de Saúde da Família, com a longitudinalidade que lhe é característica e sendo o elo mais próximo entre o sistema de saúde e as pessoas, surge como principal cenário para execução de um programa de educação em saúde eficaz. Além disso, o entendimento das potencialidades da equipe de saúde na qual o usuário está inserido e do papel insubstituível do Médico da Família e Comunidade na condução do diabetes ainda é baixo e por vezes distorcido, o que pode distanciar o usuário da unidade de saúde da família e prejudicar o vínculo.

Transmitir à comunidade todas essas informações de forma estruturada e contínua, adequando as estratégias educacionais às características da população diabética existente, seu contexto cultural e limitações socioeconômicas, é a via que poderá conduzir à conscientização dos indivíduos acerca do seu poder de mudança. Por outro lado, o uso de um instrumento relativamente fácil de ser aplicado como o FINDRISC, através dos ACS, também se mostra uma ferramenta poderosa de avaliação de riscos e consequente diminuição do impacto negativo do diabetes na população.

4 **OBJETIVOS**

Objetivo Geral: Elaborar um Projeto de Intervenção para aumentar a conscientização da população adscrita à USF sobre a relevância do Diabetes Mellitus e do seu acompanhamento regular pela equipe de Saúde da Família.

Objetivos Específicos:

1. Estruturar ações de Educação em Saúde sobre o Diabetes junto à comunidade da USF Curado 2-1, reforçando a importância do autogerenciamento da sua própria doença;
2. Divulgar informações atualizadas de rápido acesso sobre a doença;
3. Realizar busca ativa de usuários que não comparecem à USF há mais de 6 meses;
4. Aplicar o questionário FINDRISC pelos Agentes Comunitários de Saúde, estratificando o risco e estabelecendo as condutas necessárias possíveis.

5 METODOLOGIAS

Para que sejam alcançados os objetivos almejados, é necessário que a intervenção proposta tenha as seguintes características:

1. A intervenção ocorrerá na USF Curado 2-1, no município de Jaboatão dos Guararapes – PE e no seu território de abrangência.
2. Acontecerá de forma contínua, sem data para término, apenas definindo-se periodicidades diferentes para cada ação sugerida.
3. Deverá ser planejada e organizada pelo médico, enfermeira e dentista da equipe de saúde, com participação dos ACS na organização, convocação da comunidade e execução das ações. Outros profissionais, como recepcionista, podem ser necessários em atividades pontuais. O público-alvo será a comunidade da área de abrangência da unidade.
4. Será composta de algumas ações, descritas a seguir:

4.1. Realização de palestras esclarecendo sobre o DM, a importância da avaliação clínica regular, os impactos de possíveis complicações, a importância do monitoramento com HbA1C e glicemias e o papel da ESF para o paciente diabético, diferenciando a Atenção Básica da Especializada. Serão utilizados computadores/mídia digital para apresentação de slides informativos, quando disponíveis, e também meios físicos, como cartazes e panfletos, para maior interatividade com os ouvintes. Serão realizadas pelo médico, enfermeira e dentista, trimestralmente, de preferência nos dias de atendimentos agendados, para facilitar a aderência. A proposta é que sejam contínuas. Acontecerão na USF, podendo também ocorrer em espaços comunitários disponíveis, como quadras esportivas e a associação de moradores local, bastante utilizada para esses fins;

4.2. Divulgação de informações pertinentes em grupos pré-estabelecidos de Whatsapp, criados e gerenciados por cada ACS, tendo em vista a ampla disseminação desse aplicativo. Os participantes serão seus respectivos usuários adscritos, e deverão ser realizadas postagens no mínimo mensais. Os profissionais da equipe devem separar um tempo na unidade para confecção dos textos, e o monitoramento da repercussão das informações deve ser feito através de canal aberto para os usuários na USF e dos ACS na comunidade, questionando se estão recebendo, compreendendo o que está se passando e se

têm dúvidas e sugestões;

4.3. Realização de Busca Ativa de usuários cadastrados como diabéticos e que não comparecem à Unidade há mais de 6 meses, através do acesso pelos profissionais de saúde aos sistemas de dados disponíveis, identificando razões para ausência da unidade e propondo soluções. Os ACS devem realizar as visitas domiciliares necessárias para o contato com o paciente. É importante que essa busca seja feita pelo menos a cada 6 meses, atualizando-se a lista dos pacientes diabéticos e reavaliando essa relação também semestralmente, para monitorar o absenteísmo.

4.4. Aplicação do Escore Finlandês de Risco para Diabetes (FINDRISC) naqueles usuários que não tenham diagnóstico confirmado para DM, ou que não saibam/não tenham certeza. Deverá ser aplicado pelos Agentes Comunitários de Saúde nas suas respectivas microáreas. Previamente, deverá haver uma capacitação sobre o questionário para toda a equipe de saúde, realizada pelo médico. Deverão ser disponibilizados os materiais necessários, como impressora, papel, prancheta, canetas etc. Informar que os usuários que obtiverem uma pontuação até 12 deverão ser orientados acerca de mudanças de estilo de vida e a procurar avaliação na USF em tempo oportuno. Aqueles que obtiverem acima de 12 pontos devem procurar a unidade de saúde o mais breve possível, sendo garantida a ele uma avaliação com um profissional de ensino superior, para conduta necessária. Propõe-se que a ferramenta seja aplicada pelo menos 1 vez, e que todo o processo dure no máximo 6 meses, desde a reunião inicial de abordagem do assunto com a equipe até avaliação dos usuários na unidade após a aplicação do questionário. As dificuldades e facilidades do processo deverão ser avaliadas, elencando-se os pontos a melhorar e a quantidade de usuários que de fato foram até a unidade de saúde ser avaliados. De acordo com essa avaliação, será definida a periodicidade de novas aplicações do questionário, que se recomenda ser aplicado a cada 6 meses, se a experiência for exitosa.

6 RESULTADOS ESPERADOS

O Diabetes Mellitus, como já exposto, é uma doença de grande potencial incapacitante, podendo comprometer a qualidade de vida dos indivíduos e gerar custos consideráveis. Esta limitação na funcionalidade e independência das pessoas diabéticas é um ponto crítico importante na saúde pública mundial, consequência não só de medidas pouco eficazes na prevenção da doença, mas também de um controle insatisfatório desta. Além da criação de políticas públicas pertinentes, é fundamental então que sejam elaboradas estratégias pelas unidades de saúde para diminuir a ocorrência de novos casos de diabetes e minimizar o seu impacto na população

A prevenção é uma etapa essencial na história do DM. Requer o envolvimento de diversos setores da sociedade e a avaliação de acordo com o contexto sociocultural de cada um, o que torna um fator complexo e limitante no controle da doença. No cenário da Estratégia de Saúde da Família, a participação ativa do indivíduo em mudanças de estilo de vida é indispensável para a prevenção da doença, sendo necessária uma educação em saúde de qualidade para que isso ocorra. Pela experiência cotidiana da equipe do USF Curado 2-1, percebemos que o conhecimento dos usuários sobre o diabetes é um ponto crítico relevante, pois muitos não sabem, por exemplo, como uma alimentação adequada ou atividade física regular influencia diretamente na doença. Com a implementação deste projeto de intervenção, a prioridade será disseminar informações de qualidade sobre o processo saúde-doença do DM, alertando sobre as diversas consequências do diabetes e conscientizando de como é possível preveni-lo. Espera-se, dessa forma, capacitar os usuários para serem agentes de maior autonomia, tornando viável a modificação dos fatores de risco envolvidos, diminuindo novos casos de diabetes e reduzindo desfechos desfavoráveis na população.

Além disso, as altas taxas de absenteísmo dos usuários observadas pela equipe, com consequente perda de seguimento, é outro nó crítico relevante. Dois pontos importantes foram observados pela equipe que podem justificar os problemas identificados. O primeiro é um baixo entendimento por boa parte da comunidade acerca do papel da Estratégia de Saúde da Família, e também da peculiaridade da função do Médico de Família e Comunidade, confundindo-

se com o atendimento ambulatorial de Clínica Médica. Com esta intervenção, mais uma vez através de uma educação em saúde direcionada e eficaz, pretende-se aumentar essa compreensão e melhorar a adesão da comunidade às atividades propostas pela equipe, conseqüentemente se reduzindo os encaminhamentos para atenção especializada.

O segundo ponto é uma busca ativa insatisfatória desses usuários pela equipe. Isso pode se dever a um entendimento insuficiente da equipe sobre o tema, levando ao reconhecimento inadequado dos pacientes de risco para DM. Com a utilização do FINDRISC proposta neste projeto, espera-se uma maior capacitação dos profissionais de saúde na identificação de usuários com risco para DM, melhorando a qualidade de assistência. Isto posto, um maior número de diagnósticos será estabelecido, aumentando a presença dos pacientes diabéticos nas consultas e nas atividades programadas ao longo do tempo.

Desta forma, espera-se que a implantação deste Projeto de Intervenção leve à conscientização da população acerca da importância do diabetes mellitus e das suas repercussões. Através dessa consciência, se objetiva maiores índices de autonomia e empoderamento dos pacientes, com maior adesão às atividades preventivas e terapêuticas. Almeja-se, portanto, que este projeto traga um melhor vínculo com a equipe de saúde e o cuidado ofertado pela APS melhore, diminuindo a morbimortalidade da doença a médio e longo prazo.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus é uma doença de impacto relevante na saúde pública no Brasil e no mundo. Suas complicações crônicas, como já explanado, podem cursar com incapacidade significativa e prejudicar a qualidade de vida do indivíduo. Por outro lado, o conhecimento sobre o DM, uma ferramenta necessária para suscitar mudanças importantes no curso da doença, ainda é aquém do desejado.

Diante deste cenário preocupante, com o presente projeto de intervenção espera-se aumentar o conhecimento da população adscrita da USF Curado 2 equipe 1, acerca da complexidade do Diabetes Mellitus, aumentando a autonomia no autogerenciamento da doença. Através de uma educação em saúde de qualidade, tanto para a população, quanto a educação continuada para a equipe, pretende-se empoderar os usuários para o controle de suas condições de saúde. Essa autonomia refletirá diretamente na eficiência do cuidado ofertado pela USF, uma vez que, pela experiência da equipe, percebemos o quanto a participação ativa dos pacientes diabéticos em seu tratamento muda consideravelmente o curso de sua saúde.

Executando as ações propostas nesta intervenção, poderemos disponibilizar, a médio e longo prazo, informações de qualidade de forma prática e acessível para os usuários. Adicionalmente, proporcionaríamos um melhor entendimento da importância da APS para o usuário de forma contínua, conseguindo-se uma menor sobrecarga ao serviço de saúde, visto que diminuirá o absenteísmo e trará mais eficácia nas condutas propostas pela equipe. Como são ações de fácil execução e baixo custo, não seriam necessários muitos recursos materiais e humanos além dos já disponíveis, o que torna a intervenção viável e executável a médio e longo prazo. As unidades de saúde da APS poderiam inserir as propostas deste projeto de forma fácil e duradoura em sua rotina, e os gestores em saúde também poderiam se apropriar das ações e implementar em outras unidades de saúde, trazendo benefício na assistência em vários níveis.

O questionário FINDRISC também requer baixo custo em sua implementação, e a manutenção dessa ferramenta a longo prazo também é possível. Teríamos, dessa forma, uma maior eficiência na avaliação de pacientes de risco para DM, melhorando a maneira de chegar os diagnósticos

de DM e a resolutividade da APS. Isso também é aplicável em outras unidades, trazendo vantagens ao sistema de saúde como um todo.

Portanto, a implementação deste projeto de intervenção traria um impacto positivo importante na prática dos profissionais de saúde da USF Curado 2-1. Além disso, também melhoraria consideravelmente a saúde da comunidade, diminuindo assim os índices preocupantes causados pelo Diabetes Mellitus na população.

Referências

- ADAPPC, A. D. A. 2. *Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes*. 2024. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S20/153954/2-Diagnosis-and-Classification-of-Diabetes>. Acesso em: 05/08/2024. Citado na página 13.
- BARIM, E.; MCLELLAN, K. C. P.; NASCIMENTO, C. M. *Translation and cultural adaptation into Brazilian Portuguese of the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC) and reliability assessment*. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-549720200060>>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 16.
- BRASIL, M. d. S. *e-SUS Atenção Primária (e-SUS APS)*. 2024. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 8.
- BRASIL, M. d. S. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 2*. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/ecv/publicacoes/protocolo-clinico-de-diretrizes-terapeuticas-pcdt-para-diabetes-mellitus-tipo-ii/view>>. Acesso em: 09/07/2024. Citado 4 vezes nas páginas 13, 14, 15 e 16.
- BRASIL, M. d. S. B. V. e. S. N. 26/06 *Dia Nacional do Diabetes*. 2023. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/26-6-dia-nacional-do-diabetes-4/#fieldSearch>>. Acesso em: 21/06/2024. Citado na página 7.
- BRASIL, M. d. S. N. *Pacientes com diabetes contam com investimentos e cuidados no SUS*. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/novembro/pacientes-com-diabetes-contam-com-investimentos-e-cuidados-no-sus>>. Acesso em: 21/06/2024. Citado na página 7.
- BRASIL, M. d. S. S. d. V. e. S. e. A. D. d. A. E. e. V. d. D. N. T. . *Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2023*. 2023. Disponível em: [vigitel_brasil_2023.pdf\(saude.gov.br\)](https://vigitel_brasil_2023.pdf(saude.gov.br))>. Acesso em: 09/07/2024. Citado na página 13.
- BRASIL MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, t. i. e. i. e. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Retinopatia Diabética*. 2021.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/pcdt/arquivos/2021/porta-portal-portaria-conjunta_pcdt_retinopatia-diabetica_.pdf>. Acesso em: 22/07/2024.

Citado na página 15.

BRASIL PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, d. . d. s. d. . *Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Anexo XXII. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)*. 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXXII>. Acesso em: 05/08/2024. Citado na página 16.

DAVIS, J. et al. *2022 National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care*. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.2337/dc21-2396>>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

DUNCAN, B. B. et al. *Medicina ambulatorial : condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2022. ISBN 978-65-5882-043-7. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 16.

GRILLO, M. d. F. F. et al. *Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes*. 2013.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.ramb.2013.02.006>>.

Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

GUARARAPES, P. M. d. S. d. S. J. D. *Relatório Anual de Gestão RAG 2022*. 2022. Disponível em: <[RAGJABOAT~A_ODOSGUARARAPES2022_FINAL_compressed.pdf\(jaboatao.pe.gov.br\)](https://jaboatao.pe.gov.br/ODOSGUARARAPES2022_FINAL_compressed.pdf)>. Acesso em: 09/07/2024. Citado na página 8.

IBGE, I. B. D. G. E. E. *Cidades. Jaboatão dos Guararapes – Pernambuco*.

Panorama. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/jaboatao-dos-guararapes/panorama>>. Acesso em: 09/07/2024. Citado 2 vezes nas páginas 7 e 8.

IDF, I. D. F. *IDF Diabetes Atlas*. 2021. Disponível em:

<<https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>>. Acesso em: 09/07/2024. Citado 2 vezes nas páginas 7 e 13.

LEAN, M. et al. *5-year follow-up of the randomised Diabetes Remission Clinical Trial (DiRECT) of continued support for weight loss maintenance in the UK: an extension study*. 2024. Disponível em:

<[https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587\(23\)00385-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(23)00385-6/fulltext)>. Acesso em: 05/08/2024. Citado na página 15.

LINGVAY, I. et al. *Obesity management as a primary treatment goal for type 2*

diabetes: time to reframe the conversation. Lancet 2022; 399:394–405. 2022.

Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01919-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01919-X/abstract)>.

Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 15.

MACINKO, J.; SHI, L.; STARFIELD, B. *Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q.* 2005. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 16.

MARINHO, N. B. P. *Avaliação do risco para diabetes mellitus tipo 2 entre adultos de Itapipoca-Ceará, 2010.* 2010. Disponível em:

<<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/1984>>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

PAULO, S. M. d. S. S. . *Cartilha educativa profissional Viva a Vida com Diabetes.* 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1cartilha_educativa_profissional_viva_a_vida_com_diabetes_22.pdf>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

PAULO, S. M. d. S. S. . *Cartilha educativa profissional Viva a Vida com Diabetes.* 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1cartilha_educativa_profissional_viva_a_vida_com_diabetes_22.pdf>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

PAULO, S. M. d. S. S. . *Cartilha educativa profissional Viva a Vida com Diabetes.* 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1cartilha_educativa_profissional_viva_a_vida_com_diabetes_22.pdf>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

PAULO, S. M. d. S. S. . *Cartilha educativa profissional Viva a Vida com Diabetes.* 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1cartilha_educativa_profissional_viva_a_vida_com_diabetes_22.pdf>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

PAULO, S. M. d. S. S. . *Cartilha educativa profissional Viva a Vida com Diabetes.* 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1cartilha_educativa_profissional_viva_a_vida_com_diabetes_22.pdf>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

PAULO, S. M. d. S. S. . *Cartilha educativa profissional Viva a Vida com Diabetes.* 2022. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/1cartilha_educativa_profissional_viva_a_vida_com_diabetes_22.pdf>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

PORTUGAL, M. d. S. D.-G. d. S. *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020.* 2015. Disponível em:

<<https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 17.

17.

RAMOS, S. et al. *Terapia Nutricional no Pré-Diabetes e no Diabetes Mellitus*

Tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2023. Disponível em:

<<https://diretriz.diabetes.org.br/terapia-nutricional-no-pre-diabetes-e-no-diabetes-mellitus-tipo-2/>>.

Acesso em: 05/08/2024. Citado na página 14.

RODACKI, M. et al. *Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes.* 2024. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/>>. Acesso em: 22/07/2024. Citado na página 14.

RODACKI, M. et al. *Diagnóstico de diabetes mellitus. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes.* 2024. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-de-diabetes-mellitus/>>. Acesso em: 22/07/2024. Citado na página 14.

RODACKI, M. et al. *Classificação do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes.* 2023. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>>. Acesso em: 09/07/2024. Citado 2 vezes nas páginas 7 e 13.

RODACKI, M. et al. *Classificação do diabetes. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes.* 2023. Disponível em: <<https://diretriz.diabetes.org.br/classificacao-do-diabetes/>>. Acesso em: 09/07/2024. Citado 2 vezes nas páginas 7 e 13.

SACCO, I. C. N. et al. *Diagnóstico e prevenção de úlceras no pé diabético. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes.* 2023. Disponível em: <DOI:10.29327/5238993.2023-

4>. Acesso em: 23/08/2024. Citado na página 16.

SEBRAE, O. D. B. *Jaboatão Dos Guararapes: Emprego, ocupações, empresas, dados demográficos e educação*. 2022. Disponível em:

<<https://datampe.sebrae.com.br/profile/geo/jaboatao-dos-guararapes#section-28>>. Acesso em: 09/07/2024. Citado na página 8.

STARFIELD, B. *Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services*. 2012. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111003876?via%3Dihub>>.

Acesso em: 23/08/2024.

Citado na página 16.