

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA.
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Otavio Augusto Bolzani Do Nascimento

**ADESÃO À DIETA EM PACIENTES DIABÉTICOS NA ZONA RURAL DE RIO
NEGRO (PR): UMA INTERVENÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Belo Horizonte
2025**

Otavio Augusto Bolzani Do Nascimento

**ADESÃO À DIETA EM PACIENTES DIABÉTICOS NA ZONA RURAL DE RIO
NEGRO (PR): UMA INTERVENÇÃO PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Medicina de Família e Comunidade,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientador: Professor (a) Maria Fernanda
Meleski de Paula

Belo Horizonte

2025

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**ATA DA AVALIAÇÃO FINAL PÚBLICA
DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

Curso: ESPECIALIZAÇÃO MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE - CEMFC

Candidato: Otavio Augusto Bolzani do Nascimento

Título do Trabalho: Adesão à dieta em pacientes diabéticos na zona rural de Rio Negro (PR): uma intervenção pela Equipe de Saúde da Família


Comissão Examinadora:

Orientador(a): Maria Fernanda Mileski de Paula


Avaliador(a): Adalgisa Peixoto Ribeiro

Aos 23 dias do mês de outubro de 2024, a Comissão Examinadora, aprovada pela Comissão Coordenadora do Curso de Especialização Medicina de Família e Comunidade – CEMFC, reuniu-se por videoconferência para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) do candidato, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. O TCC foi considerado aprovado e o resultado final foi comunicado publicamente ao candidato. Esta ata está assinada por todos os membros da Comissão Examinadora.

Belo Horizonte, 23 de outubro de 2024

Documento assinado digitalmente
 MARIA FERNANDA MILESKI DE PAULA
Data: 23/10/2024 09:46:29-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Maria Fernanda Mileski de Paula
ORIENTADORA

Documento assinado digitalmente
 ADALGISA PEIXOTO RIBEIRO
Data: 23/10/2024 09:53:19-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Adalgisa Peixoto Ribeiro
AVALIADORA

Belo Horizonte, 23 de outubro de 2024

NESCON - Faculdade de Medicina / UFMG
Rua Prof. Alfredo Balena, nº190,7º andar
Santa Efigênia, Belo Horizonte - MG CEP: 30130-100
Tel. (31) 3409-9673 / Fax: (31) 3409-9675
www.nescon.medicina.ufmg.br

RESUMO

Este trabalho aborda a adesão à dieta em pacientes diabéticos na zona rural de Rio Negro (PR), por meio de uma intervenção realizada pela Equipe de Saúde da Família da UBS "Euclides José de Oliveira Braz". Rio Negro é um município com uma população diversificada e uma economia baseada na agricultura familiar. A área rural enfrenta desafios específicos, como o isolamento social e o acesso limitado a serviços de saúde e educação. A UBS atende aproximadamente 400 pacientes por mês e oferece consultas médicas, acompanhamento de enfermagem, vacinação e programas de saúde pública. A equipe de saúde é composta por diversos profissionais que trabalham em conjunto para atender a população rural. A escolha do tema justifica-se pela alta prevalência de diabetes na população rural da cidade e pela observação clínica da baixa adesão à dieta recomendada. Estudos indicam que a prevalência da doença em áreas rurais pode ser tão alta quanto em áreas urbanas, mas com desafios adicionais relacionados ao acesso a cuidados de saúde e educação. A intervenção proposta inclui a aplicação de um questionário anônimo para avaliar a adesão à dieta e a implementação de grupos de nutrição. O plano prevê a implementação de ações educativas e de suporte social. A intervenção será conduzida pela Equipe de Saúde da Família e inclui, além da aplicação de questionários, a realização de grupos de nutrição, promoção de campanhas educativas e facilitação do acesso a alimentos saudáveis. A metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado será aplicada para detalhar as operações, resultados esperados, produtos esperados e recursos necessários. A eficácia da intervenção será monitorada e avaliada continuamente, utilizando indicadores de adesão à dieta, controle glicêmico e qualidade de vida dos pacientes. Espera-se que, ao melhorar esta prática, haja uma melhor gestão dos níveis de glicose no sangue e redução da incidência de complicações agudas e crônicas associadas ao diabetes.

Palavras-chave: adesão; dieta; diabetes.

ABSTRACT

This study addresses dietary adherence in diabetic patients in the rural area of Rio Negro (PR), through an intervention carried out by the Family Health Team of the "Euclides José de Oliveira Braz" Primary Health Care Unit. Rio Negro is a municipality with a diverse population and an economy based on family farming. The rural area faces specific challenges, such as social isolation and limited access to health and education services. The Primary Health Care Unit serves approximately 400 patients per month and offers medical consultations, nursing care, vaccination, and public health programs. The health team is composed of various professionals who work together to serve the rural population. The choice of this theme is justified by the high prevalence of diabetes in the city's rural population and by the clinical observation of low adherence to the recommended diet. Studies indicate that the prevalence of the disease in rural areas can be as high as in urban areas, but with additional challenges related to access to healthcare and education. The proposed intervention includes the application of an anonymous questionnaire to assess adherence to the diet and the implementation of nutrition groups. The plan foresees the implementation of educational and social support actions. The intervention will be conducted by the Family Health Team and includes, in addition to the application of questionnaires, the holding of nutrition groups, the promotion of educational campaigns, and facilitating access to healthy foods. The Simplified Strategic Planning methodology will be applied to detail the operations, expected results, expected products, and necessary resources. The effectiveness of the intervention will be continuously monitored and evaluated using indicators of dietary adherence, glycemic control, and patient quality of life. It is expected that by improving this practice, there will be better management of blood glucose levels and a reduction in the incidence of acute and chronic complications associated with diabetes.

Keywords: adherence; diet; diabetes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
1.1. ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO	6
1.2. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	7
1.3 ASPECTOS DA COMUNIDADE	7
1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ESF EUCLIDES JOSÉ DE OLIVEIRA BRAZ)	8
1.5 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	8
1.6 O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE	9
1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE.....	9
1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE.....	9
1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS – A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA.....	11
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 OBJETIVO GERAL	13
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
□ Engajar a comunidade e os familiares dos pacientes diabéticos no processo de educação e suporte, fortalecendo a rede de apoio social e construindo um ambiente propício para a mudança de hábitos alimentares. 4 METODOLOGIA	13
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
5.1 ADESÃO À DIETA EM PACIENTES DIABÉTICOS: IMPORTÂNCIA E DESAFIOS.....	15
5.2 ADESÃO À DIETA EM CONTEXTOS RURAIS	15
5.3 INTERVENÇÕES EDUCATIVAS E DE SUPORTE SOCIAL	16
5.4 IMPACTO DA ADESÃO À DIETA NA QUALIDADE DE VIDA	16
6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO).....	18
6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (QUARTO PASSO)	18
6.3 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO).....	19
6.4 DESENHO DAS OPERAÇÕES SOBRE NÓ CRÍTICO – OPERAÇÕES, PROJETO, RESULTADOS E PRODUTOS ESPERADOS, RECURSOS NECESSÁRIOS E CRÍTICOS (SEXTO PASSO) E VIABILIDADE E GESTÃO (7º A 10º PASSO).....	19
FONTE: Elaborado pelo autor (2024).	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	22
7.1 QUESTIONÁRIO.....	22

7.2 ALGUMAS CONCLUSÕES SOBRE OS RESULTADOS.....	23
7.2.1 Orientações Alimentares Recebidas.....	24
7.2.2 Tentativa De Seguir As Orientações Alimentares.....	24
7.2.3 Frequência De Consumo De Alimentos Não Recomendados	25
7.2.4 Dificuldades Em Seguir As Orientações Alimentares	26
7.2.5 Apoio Para Comer De Forma Saudável	27
7.3 REFLEXÕES FINAIS	28
REFERENCIAS	30

INTRODUÇÃO

1.1. ASPECTOS GERAIS DO MUNICÍPIO

Situado na região sudeste do Paraná, na divisa do estado com Santa Catarina, Rio Negro se apresenta como um município acolhedor habitado por pouco mais de 31 mil habitantes (IBGE, 2022). Apesar de seu porte modesto, ostenta uma rica história e cultura, entrelaçada pelas fortes raízes alemãs e polonesas que moldaram a identidade da cidade.

A economia de Rio Negro se destaca por sua diversidade, onde a agricultura familiar assume o papel principal. Erva-mate, soja, milho, feijão e fumo são alguns dos produtos que colocam o município em evidência, enquanto a criação de gado bovino, suíno e aves complementa o cenário rural. Para acrescentar, pequenas indústrias alimentícias, madeireiras, metalúrgicas e têxteis impulsionam o desenvolvimento local, enquanto o comércio varejista e de serviços atendem às demandas da população.

Embora a área rural seja significativa – compondo aproximadamente 18% da população (IBGE, 2010) – devido à agricultura familiar, a zona urbana de Rio Negro também possui suas características. O centro da cidade é marcado por uma comunidade com poder econômico mais alto. Já a periferia é miscigenada, com áreas mais humildes e outras com maior poder aquisitivo, normalmente fazendas ou sítios de lazer.

Já quando o tema é educação, demonstra-se que é um valor fundamental por lá, com uma taxa de escolarização, em 2010, de 92,4% entre 18 e 24 anos (IBGE, 2010).

Rio Negro encanta seus visitantes com um leque de opções turísticas. Se destaca o turismo rural, com suas experiências autênticas em propriedades e no ecoturismo, que convida à exploração de trilhas, cachoeiras e grutas. A cidade oferece um contato único com a natureza. Anualmente, o aniversário da cidade, comemorado em 17 de novembro, é marcado por *shows* e atrações lúdicas para todos os públicos.

A herança alemã e polonesa é indissociável da identidade de Rio Negro. É notada principalmente na arquitetura e culinária, sendo evidenciada pelas casas no estilo bechamel e pratos típicos poloneses, como *Aluske* e *Pierogi*.

1.2. O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

O sistema de saúde de Rio Negro conta com 11 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e um local de atendimento de especialidades médicas, onde a população encontra profissionais de várias especialidades, como: cirurgia geral e vascular, ortopedia, cardiologia, dermatologia, psiquiatria, pediatria e neuropediatria, além de psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas. O município conta com o Hospital Bom Jesus de Rio Negro, uma instituição filantrópica que recebe pacientes internados de baixa complexidade. Por fim, há o serviço de Pronto Atendimento Municipal (PAM), que é a porta de entrada das urgências e emergências da cidade.

Caso um paciente necessite de internamento, é encaminhado ao hospital. Porém, se a complexidade está aquém das capacidades do atendimento no município, ele é referenciado a Curitiba, com destino a algum hospital de alta complexidade.

A cidade conta com duas ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ambas Bravo (somente com socorrista e motorista, sem médico ou enfermeiro). A atenção básica é estruturada e bem organizada. Consegue atender a demanda da grande maioria da população, com atendimentos dentro ou fora de Rio Negro.

O serviço de urgência é criticado por não contar com hemodinâmica ou neurologia e cirurgia, o que deixa a desejar no atendimento de infartos agudos do miocárdio e acidentes vasculares encefálicos, patologias nas quais o tempo é crucial. Desta forma, a demora para encaminhamento a Curitiba pode prejudicar o desfecho do paciente. Este ponto negativo fica ainda mais em evidência pelo fato de Mafra (SC), cidade vizinha, possuir estes serviços.

1.3 ASPECTOS DA COMUNIDADE

A área de atuação a que refere-se esta proposta de intervenção compreende cinco bairros: Fazendinha, Laranjal, Queimados, Campina dos Andrades e Barra Grande. Todos estão localizados na zona rural de Rio Negro, com cerca de 3 mil habitantes.

Esta área é composta por pequenas propriedades que praticam, principalmente, a agricultura de subsistência. Uma parte da população trabalha na

parte central da cidade e outra nas propriedades rurais do próprio território, especialmente na cultura de soja, feijão e reflorestamento.

O acesso a serviços básicos, como saúde e educação, é limitado pela distância e pela dificuldade de transporte. Existe ônibus municipal, porém em poucos horários. A população rural enfrenta desafios específicos, como isolamento social e menor acesso a informações sobre saúde. Já os serviços públicos são limitados a uma escola primária, a ESF e o Correios. Não há policiamento fixo, bombeiros ou outras instalações.

As ruas não são asfaltadas. Há saneamento básico em menos da metade do território. Em época de enchentes, os bairros ficam ainda mais isolados, pois algumas passagens são alagadas, apesar de uma delas ser alta e nunca ficar interditada. Porém, o acesso ao centro da cidade demora aproximadamente 90 minutos por esta rota.

1.4 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE (ESF EUCLIDES JOSÉ DE OLIVEIRA BRAZ)

A UBS atende, aproximadamente, 400 pacientes por mês. Os atendimentos são realizados pelos médicos, com uma média de 20 pessoas por dia. Ampara uma ampla área rural e oferece à população consultas médicas, acompanhamento de enfermagem, vacinação e programas de saúde pública. A estrutura física inclui consultórios, sala de enfermagem, farmácia básica e espaço para reuniões comunitárias. Há também dois postos avançados (um na Campina dos Andrades e outro na Barra Grande), com sala médica, cômodo para vacinas, dentista e triagem, que existem para melhor abranger todo o território.

1.5 A EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A equipe é composta por uma enfermeira chefe, dois médicos, duas técnicas de enfermagem, uma atendente de farmácia, uma recepcionista e cinco agentes comunitários de saúde. Eles estão divididos entre o posto principal e dois postos avançados, o que garante a cobertura de uma vasta área territorial que inclui cinco bairros. O trabalho em equipe é essencial para o atendimento integral à saúde da população rural.

1.6 O FUNCIONAMENTO DA UNIDADE DE SAÚDE DA EQUIPE

As atividades diárias incluem consultas agendadas e de urgência, visitas domiciliares, ações de educação em saúde e monitoramento de condições crônicas. A equipe utiliza um sistema de prontuário eletrônico para registrar e acompanhar os casos. A unidade inicia os atendimentos às 8h. Quem abre a unidade, recebe os pacientes e inicia a triagem são as técnicas de enfermagem e agentes de saúde que moram no território. O resto da equipe chega entre 8h30 e 9h com transporte oferecido pela prefeitura. Os atendimentos vão até 16h, com intervalo de 1h para almoço. Às 16h a equipe volta à cidade.

1.7 O DIA A DIA DA EQUIPE

O dia a dia é marcado por uma rotina dinâmica, com a equipe se deslocando entre o posto central e as unidades de apoio para atender a população. As reuniões são frequentes para discutir casos semanais, no caso de médicos e enfermeiros. O restante da equipe é acionada sob demanda, por exemplo: a agente comunitária de saúde do paciente é chamada para tal reunião. Encontros de planejamento da UBS, integração de serviços e outros são menos frequentes. Também são agendadas quando há necessidade e todos da equipe participam.

1.8 ESTIMATIVA RÁPIDA: PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE

Os principais problemas de saúde presentes na UBS são comuns à maioria do território brasileiro: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabete Mellitus (DM), Obesidade, Tabagismo e Etilismo. Temos pouco abuso de substâncias ilícitas, apenas alguns casos isolados.

A má adesão ao tratamento da diabetes, tanto em relação à medicação quanto à dieta, é um dos principais problemas identificados. Isso se deve a fatores, como: falta de informação, dificuldade de acesso a alimentos adequados e resistência cultural às mudanças de hábitos.

1.9 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS – A SELEÇÃO DO PROBLEMA PARA PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a definição dos problemas do território, foi realizada uma classificação de prioridades conforme o quadro a seguir (quadro 1). Leva-se em consideração o impacto da Diabetes na qualidade de vida dos pacientes, a urgência de enfrentar essa questão e a capacidade de auxílio que a ESF pode oferecer.

QUADRO 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à ESF Euclides José de Oliveira Braz, município de Rio Negro (PR)

Problema de Saúde	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Priorização
Diabetes Mellitus (DM)	Alta	8	Parcial	1
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	Alta	6	Parcial	2
Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)	Média	6	Parcial	3
Tabagismo	Alta	4	Parcial	4
Etilismo	Média	4	Parcial	5
Problemas Osteomusculares (POM)	Média	2	Parcial	6

FONTE: elaborado pelo autor

2 JUSTIFICATIVA

A escolha deste tema justifica-se pela alta prevalência de diabetes na população rural de Rio Negro atendida pela ESF Euclides José de Oliveira Braz e pela observação clínica da baixa adesão à dieta recomendada. O Diabetes Mellitus é uma condição crônica que, se não gerida adequadamente, pode levar a complicações graves, como: doenças cardiovasculares, neuropatia, nefropatia e retinopatia, além de impactar significativamente na qualidade de vida dos pacientes. Em áreas rurais, como a do município paranaense, esses desafios são exacerbados por fatores socioeconômicos, educacionais e de acesso a serviços de saúde.

Estudos epidemiológicos como o *International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas (2019)* e *The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey (2017)* indicam que a prevalência de diabetes em áreas rurais pode ser tão alta quanto em áreas urbanas, mas com desafios adicionais relacionados ao acesso a cuidados e educação em saúde. Em Rio Negro, a alta prevalência da doença é uma preocupação significativa e reflete a necessidade urgente de intervenções eficazes para seu controle. A falta de adesão às recomendações dietéticas é um fator crítico que contribui para o mau domínio glicêmico e, conseqüentemente, para o aumento das complicações associadas ao diabetes.

A observação clínica na população de Rio Negro revela uma baixa adesão às dietas recomendadas, o que é consistente com a literatura, que aponta a dificuldade de pacientes em seguirem orientações dietéticas, especialmente em contextos de baixa escolaridade e recursos limitados. A adesão à dieta é fundamental para o controle glicêmico e a prevenção de complicações. Porém, muitos pacientes enfrentam barreiras significativas, como falta de conhecimento, suporte social inadequado, dificuldades financeiras e acesso limitado a alimentos saudáveis.

A intervenção proposta, que inclui a aplicação de um questionário anônimo para avaliar a adesão à dieta e a implementação de grupos de nutrição, tem o potencial de gerar múltiplos benefícios. Ao melhorar a adesão à dieta, espera-se uma superior gestão dos níveis de glicose no sangue, o que pode reduzir a incidência de complicações agudas e crônicas associadas ao diabetes. Pacientes que conseguem

seguir uma dieta adequada tendem a relatar uma melhor qualidade de vida, com menos sintomas e complicações, além de uma maior sensação de bem-estar geral.

Além disso, a redução das complicações do diabetes pode levar a uma menor demanda por serviços de saúde, como hospitalizações e tratamentos de emergência, e resulta em uma otimização dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Intervenções educativas e de suporte social são geralmente mais custoefetivas do que o tratamento de complicações avançadas. Por meio da educação nutricional e do suporte social, os pacientes podem se sentir mais capacitados a tomar decisões sobre sua alimentação e saúde, de forma a promover uma maior autonomia e engajamento no autocuidado. Os resultados desta prática podem informar futuras políticas e ações clínicas, de forma a ajudar no desenvolvimento de estratégias mais eficazes e adaptadas às necessidades de pessoas que moram na zona rural.

Em resumo, a escolha deste tema é justificada pela necessidade crítica de melhorar a adesão à dieta entre pacientes diabéticos na população rural de Rio Negro. A intervenção proposta tem o potencial de gerar impactos positivos significativos tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde como um todo.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver e implementar uma intervenção focada na melhoria da adesão à dieta por pacientes diabéticos na zona rural de Rio Negro atendidos pela ESF Euclides José de Oliveira Braz, visando o controle efetivo da doença.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Gerar conhecimentos sobre a gestão do diabetes em contextos rurais e contribuir para a literatura existente.
- Subsidiar o desenvolvimento de futuras intervenções.
- Fornecer à UBS dados sobre as barreiras e facilitadores da adesão à dieta em uma população de baixa escolaridade.
- Promover o conhecimento sobre alimentação saudável e estratégias práticas para a adesão à dieta entre os pacientes, empoderando-os para tomar decisões conscientes sobre sua saúde e bem-estar.
- Contribuir para a redução de complicações dos pacientes da ESF, impactando positivamente a saúde individual e coletiva da comunidade.
- Engajar a comunidade e os familiares dos pacientes diabéticos no processo de educação e suporte, fortalecendo a rede de apoio social e construindo um ambiente propício para a mudança de hábitos alimentares.

4 METODOLOGIA

Este estudo utilizará uma abordagem qualitativa e quantitativa para alcançar os objetivos propostos. Para a elaboração deste documento de TCC, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) para a estimativa rápida dos problemas observados e definição do problema prioritário, dos nós críticos e das ações (CAMPOS, F.C.C.; et al, 2018).

A revisão bibliográfica foi realizada consultando a Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, documentos de órgãos públicos e outras fontes relevantes. A redação do texto seguiu as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo "Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso" (CORRÊA, E. J.; et al, 2017).

Já no projeto de intervenção, serão aplicados questionários antes e após as ações para avaliar o impacto das atividades propostas. Esses questionários permitirão a coleta de dados quantitativos sobre a adesão à dieta, controle glicêmico e qualidade de vida dos pacientes. Além disso, serão realizados grupos focais para coletar *feedback* detalhado dos participantes e proporcionar uma compreensão mais profunda das percepções, barreiras e facilitadores relacionados à adesão à dieta.

A intervenção incluirá *workshops* de nutrição, onde serão abordados temas como alimentação saudável, planejamento de refeições e estratégias práticas para a adesão à dieta. Também serão distribuídos materiais educativos, como folhetos e cartilhas, para reforçar as informações apresentadas nos *workshops*.

Adicionalmente, será criado um grupo de apoio para pacientes diabéticos, promovendo um ambiente de suporte mútuo e incentivo à adesão à dieta. A eficácia da intervenção será monitorada e avaliada continuamente, utilizando indicadores de adesão à dieta, controle glicêmico e qualidade de vida dos pacientes, permitindo ajustes e melhorias contínuas nas ações propostas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 ADESÃO À DIETA EM PACIENTES DIABÉTICOS: IMPORTÂNCIA E DESAFIOS

A adesão à dieta é um componente crucial no manejo do diabetes mellitus, uma condição crônica que afeta milhões de pessoas em todo o mundo. Estudos indicam que a adesão a uma dieta adequada pode melhorar significativamente o controle glicêmico e reduzir o risco de complicações associadas ao diabetes, como doenças cardiovasculares, neuropatia e nefropatia (American Diabetes Association, 2018). No entanto, a adesão às recomendações dietéticas é frequentemente baixa entre os pacientes diabéticos, devido a uma série de fatores que incluem barreiras socioeconômicas, culturais e comportamentais (Kirkman et al., 2012).

Uma revisão sistemática realizada por Ali et al. (2013) destacou que a falta de conhecimento sobre a importância da dieta, a dificuldade em acessar alimentos saudáveis e a falta de suporte social são barreiras comuns à adesão dietética. Além disso, a resistência a mudanças nos hábitos alimentares e a percepção de que a dieta não afeta significativamente a saúde são fatores que contribuem para a baixa adesão. Esses desafios são ainda mais pronunciados em populações de baixa escolaridade e em áreas rurais, onde o acesso a informações e recursos de saúde é limitado.

5.2 ADESÃO À DIETA EM CONTEXTOS RURAIS

A adesão à dieta em pacientes diabéticos em áreas rurais apresenta desafios únicos. Estudos mostram que a população rural enfrenta barreiras adicionais, como a distância dos serviços de saúde, a falta de transporte e a menor disponibilidade de alimentos saudáveis (Bailey et al., 2015). Em um estudo realizado por Trief et al. (2014), foi observado que pacientes diabéticos em áreas rurais têm menor acesso a programas de educação em saúde e a recursos nutricionais, o que impacta negativamente a adesão às recomendações dietéticas.

Além disso, a cultura alimentar local e a disponibilidade de alimentos influenciam significativamente os hábitos alimentares dos pacientes rurais. Por exemplo, em muitas comunidades rurais, a dieta é baseada em alimentos de alta densidade calórica e baixo valor nutricional, o que dificulta a adoção de uma dieta saudável (Befort et al., 2012). A falta

de mercados que ofereçam alimentos frescos e saudáveis também é uma barreira importante. Intervenções que considerem essas especificidades culturais e logísticas são essenciais para melhorar a adesão à dieta em contextos rurais.

5.3 INTERVENÇÕES EDUCATIVAS E DE SUPORTE SOCIAL

Intervenções educativas e de suporte social têm se mostrado eficazes na melhoria da adesão à dieta entre pacientes diabéticos. Programas que combinam educação nutricional com suporte social, como grupos de apoio e visitas domiciliares, têm demonstrado resultados positivos (Norris et al., 2002). Um estudo de metanálise realizado por Chrvla et al. (2016) concluiu que intervenções educativas que incluem componentes de suporte social são mais eficazes na melhoria da adesão à dieta e no controle glicêmico do que intervenções que focam apenas na educação.

A educação nutricional deve ser adaptada às necessidades e ao contexto dos pacientes. Em áreas rurais, isso pode incluir a utilização de recursos locais e a adaptação das recomendações dietéticas à disponibilidade de alimentos na região (Powers et al., 2017). Além disso, o envolvimento da comunidade e dos familiares dos pacientes pode fortalecer a rede de apoio e promover mudanças sustentáveis nos hábitos alimentares. Intervenções que utilizam tecnologias de comunicação, como aplicativos de saúde e telemedicina, também têm mostrado potencial para superar as barreiras geográficas e melhorar a adesão à dieta em áreas rurais (Boren et al., 2009).

5.4 IMPACTO DA ADESÃO À DIETA NA QUALIDADE DE VIDA

A adesão à dieta não apenas melhora o controle glicêmico, mas também tem um impacto significativo na qualidade de vida dos pacientes diabéticos. Estudos mostram que pacientes que seguem uma dieta adequada relatam menos sintomas de diabetes, menor incidência de complicações e uma melhor qualidade de vida geral (Rubin & Peyrot, 1999). Em um estudo longitudinal, Glasgow et al. (1997) observaram que a adesão à dieta estava associada a uma melhor saúde mental e física, além de uma maior satisfação com o tratamento.

A qualidade de vida é um aspecto crucial no manejo do diabetes, pois afeta a motivação dos pacientes para seguir as recomendações médicas e adotar comportamentos saudáveis. Intervenções que melhoram a adesão à dieta podem, portanto, ter um efeito

positivo duplo: melhorar os resultados clínicos e aumentar a qualidade de vida dos pacientes (Wändell, 2005). Em áreas rurais, onde os desafios são maiores, intervenções bem-sucedidas podem ter um impacto ainda mais significativo, ajudando a reduzir as disparidades de saúde entre populações urbanas e rurais.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “baixa adesão à dieta entre pacientes diabéticos na zona rural de Rio Negro (PR)”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos. Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, há operações, projetos, resultados esperados, produtos esperados e recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplicase a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). A seguir, detalhamos as etapas e estratégias que serão implementadas para alcançar os objetivos propostos.

6.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (TERCEIRO PASSO)

O problema selecionado é a baixa adesão à dieta recomendada entre pacientes diabéticos na zona rural de Rio Negro (PR). Indicadores mostram que cerca de 60% dos pacientes diabéticos atendidos pela UBS Euclides José de Oliveira Braz não seguem as orientações dietéticas prescritas. Fatores de risco detectados incluem baixa escolaridade, dificuldades financeiras e acesso limitado a alimentos saudáveis. A ação da equipe de saúde frente ao problema inclui consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares e sessões educativas, mas a cobertura ainda é insuficiente para alcançar todos os pacientes. Dados indiretos sobre eficácia das ações incluem um alto número de internações por complicações do diabetes e uma taxa significativa de óbitos relacionados à doença.

6.2 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO (QUARTO PASSO)

A origem do problema está relacionada a múltiplos fatores. A falta de conhecimento sobre a importância da dieta no controle do diabetes é uma causa primária. Muitos pacientes não compreendem como a alimentação afeta diretamente seus níveis de glicose no sangue e a progressão da doença. Dificuldades financeiras e o acesso limitado a alimentos saudáveis também são causas significativas. Em áreas rurais, a infraestrutura de transporte é precária e a disponibilidade de alimentos frescos é reduzida. Consequentemente, os pacientes recorrem a alimentos de baixa qualidade nutricional. A

falta de suporte social agrava ainda mais o problema, pois os pacientes não têm incentivo ou apoio para seguir uma dieta adequada. As consequências incluem um controle glicêmico inadequado, aumento das complicações do diabetes, maior número de hospitalizações e uma taxa elevada de mortalidade.

6.3 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS (QUINTO PASSO)

Os nós críticos são algumas das causas do problema elencado e sobre as quais temos capacidade de intervir. Quando resolvidos, têm impacto importante na questão escolhida (CAMPOS et al, 2018).

Os nós críticos identificados após a análise realizada pela equipe foram:

- Falta de conhecimento sobre as recomendações dietéticas;
- Suporte social inadequado;

6.4 DESENHO DAS OPERAÇÕES SOBRE NÓ CRÍTICO – OPERAÇÕES, PROJETO, RESULTADOS E PRODUTOS ESPERADOS, RECURSOS NECESSÁRIOS E CRÍTICOS (SEXTO PASSO) E VIABILIDADE E GESTÃO (7º A 10º PASSO)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

QUADRO 2 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de conhecimento sobre as recomendações dietéticas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Euclides José de Oliveira Braz, do município de Rio Negro, estado do Paraná

Nó crítico 1	Falta de conhecimento sobre as recomendações dietéticas
6º passo: operação (operações)	Implementar grupos de nutrição e sessões educativas periódicas
6º passo: projeto	Programa de Dieta na Prática.
6º passo: resultados esperados	Melhoria na adesão à dieta.
6º passo: produtos esperados	<i>Workshops</i> semestrais sobre dieta cozinhando com pacientes.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: saber fazer pratos adequados para dieta de diabéticos. Financeiro: recursos para a compra dos ingredientes e utensílios. Político: capacidade para angariar pacientes que aderirão ao <i>workshop</i> .

7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: capacitação da equipe em habilidades básicas de cozinha, possivelmente com a nutricionista do município. Político: mobilização de pacientes e divulgação do projeto. Financeiro: repasse de recursos da prefeitura.
8º passo: controle dos recursos críticos ações estratégicas	Responsável: ESF. Motivação: favorável. Ações de estímulo: reunião e solicitação na Prefeitura pela busca de recursos. Caso não tenha sucesso, isto será feito com recursos próprios.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Será colocado em prática no prazo de um ano.
10º passo: gestão do plano monitoramento e avaliação das ações	Avaliação pela atuação das agentes comunitárias de saúde durante as visitas domiciliares. Será monitorada a adesão à dieta dos pacientes. Além disso, por meio de exames laboratoriais, haverá supervisão sobre o controle da doença.

FONTE: elaborado pelo autor (2024).

QUADRO 3 - Desenho das operações e viabilidade e gestão sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Suporte social inadequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Euclides José de Oliveira Braz, do município de Rio Negro, estado do Paraná

Nó crítico 2	Suporte social inadequado
6º passo: operação (operações)	Identificar familiares e círculo de amigos dos pacientes diabéticos para abordar a importância do controle da doença por meio da adesão à dieta.
6º passo: projeto	Programa Dieta Amiga.
6º passo: resultados esperados	Apoio das famílias e amigos para melhorar a adesão à dieta dos pacientes e, também, tornar mais saudável a dieta da população em geral.
6º passo: produtos esperados	Palestras e reuniões de grupos regulares, tanto com o diabético, quanto com sua rede de apoio (esposa, mãe, pai, filhos, etc).
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: conhecimento das ACS sobre os pacientes diabéticos e suas respectivas redes de apoio para convidá-los a participar das palestras. Além de preparar as aulas e diálogos. Financeiro: recursos para a compra dos papéis para cartilhas. Político: conseguir a adesão às consultas e posteriormente às recomendações.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: as ACS conhecem muito bem a população adscrita. Financeiro: o município de Rio Negro e o setor de compras da Secretaria de Saúde sempre foram abertos a esse tipo de proposta, principalmente quando de baixo custo. Político: a adesão à dieta e às consultas posteriormente.
8º passo: controle dos recursos críticos ações estratégicas	Responsáveis: todos da equipe, porém com ênfase no médico e enfermeiro para guiar o projeto. Motivação: favorável Estratégias: o controle da doença será um indicativo objetivo do sucesso do projeto. Caso não esteja ideal, será um lembrete para a manutenção do hábito da abordagem.
9º passo; acompanhamento do plano responsáveis e prazos	O médico e o enfermeiro farão mensalmente e de forma alternada as reuniões de grupo. Os <i>workshops</i> serão feitos com toda a equipe semestralmente.

10º passo: gestão do p monitoramento e avaliação das açõe	Avaliação pela atuação das agentes comunitárias de saúde, durante as visitas domiciliares. Será monitorada a adesão à dieta dos pacientes por meio de exames laboratoriais e haverá supervisão sobre o controle da doença.
--	--

FONTE: Elaborado pelo autor (2024).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho destaca a importância de intervenções direcionadas para melhorar a adesão à dieta entre pacientes diabéticos na zona rural de Rio Negro (PR). Alguns passos do plano de intervenção já foram aplicados, com o objetivo de testar a viabilidade do projeto e ajustar as estratégias conforme necessário. Os resultados preliminares obtidos por meio de um questionário reforçam as conclusões do estudo e indicam que, embora a maioria dos pacientes tenha recebido orientações alimentares, ainda enfrentam desafios significativos para seguir uma dieta adequada. A seguir, apresentaremos alguns dados que corroboram essas conclusões e demonstram a eficácia das ações implementadas até o momento.

7.1 QUESTIONÁRIO

O questionário aplicado e algumas respostas obtidas foram os seguintes:

- Você considera que recebeu orientações alimentares para o controle do diabetes?
 - Sim, recebi orientações claras: 97,5%
 - Não recebi orientações: 2,5%

- Você tenta seguir as orientações sobre o que comer por causa do diabetes?
 - Sim, sempre tento seguir: 30%
 - Às vezes tento seguir: 57,5%
 - Raramente tento seguir: 10%
 - Não tento seguir: 2,5%

- Quantas vezes por semana você come coisas que sabe que não deveria por causa do diabetes?
 - 0 vezes: 0%
 - 1 ou 2 vezes: 40%
 - 3 ou 4 vezes: 32,5%
 - 5 a 8 vezes: 25%

Mais de 8 vezes: 0%

Sempre como o que quero, sem seguir orientações: 2,5%

- Por que você acha difícil seguir as orientações alimentares? (Você pode escolher mais de uma opção).

Não sinto diferença na minha saúde quando como o que quero: 6%

Acho que comer diferente não vai mudar minha vida: 6%

Ninguém me explicou direito por que é importante comer de um jeito específico: 0%

Acho que não vale a pena mudar meus hábitos: 5%

Difícil encontrar ou comprar alimentos que devo comer: 72,5%

Não sei cozinhar os alimentos recomendados: 7,5%

Outros: _____ 25%

- Você tem alguém que te ajuda ou te incentiva a comer de forma saudável (principalmente família e amigos próximos)?

Sim, tenho apoio: 67,5%

Às vezes: 22,5%

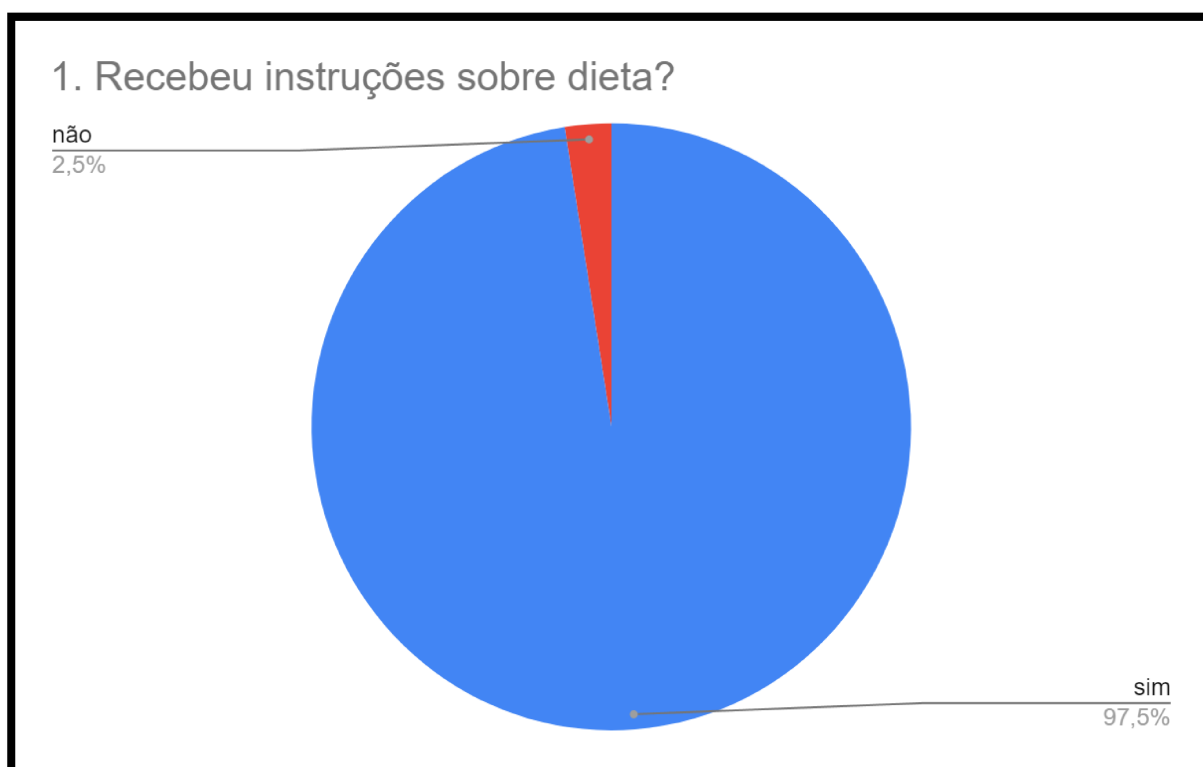
Não, me sinto sozinho(a) nisso: 10%

7.2 ALGUMAS CONCLUSÕES SOBRE OS RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir do formulário aplicado com pacientes diabéticos na zona rural de Rio Negro fornecem uma visão abrangente sobre a adesão às orientações alimentares e os desafios enfrentados por essa população. Apesar dos esforços da equipe de saúde em fornecer orientações alimentares, a adesão às recomendações ainda é insuficiente para garantir um controle adequado do diabetes. As dificuldades financeiras, a falta de acesso a alimentos saudáveis e o suporte social inadequado são fatores críticos que precisam ser abordados para melhorar a adesão à dieta e, conseqüentemente, a saúde dos pacientes diabéticos na zona rural da cidade. A seguir, são apresentados os dados detalhados que sustentam essas conclusões.

7.2.1 Orientações Alimentares Recebidas

A grande maioria dos entrevistados (97,5%), afirmou ter recebido orientações claras sobre alimentação para o controle do diabetes. Apenas 2,5% dos participantes indicaram que não receberam orientações. Esse resultado é positivo, pois demonstra que a maioria dos pacientes têm acesso a informações essenciais para o manejo da doença. No entanto, a pequena porcentagem que não recebeu orientações aponta para a necessidade de garantir que todos os pacientes sejam devidamente informados.

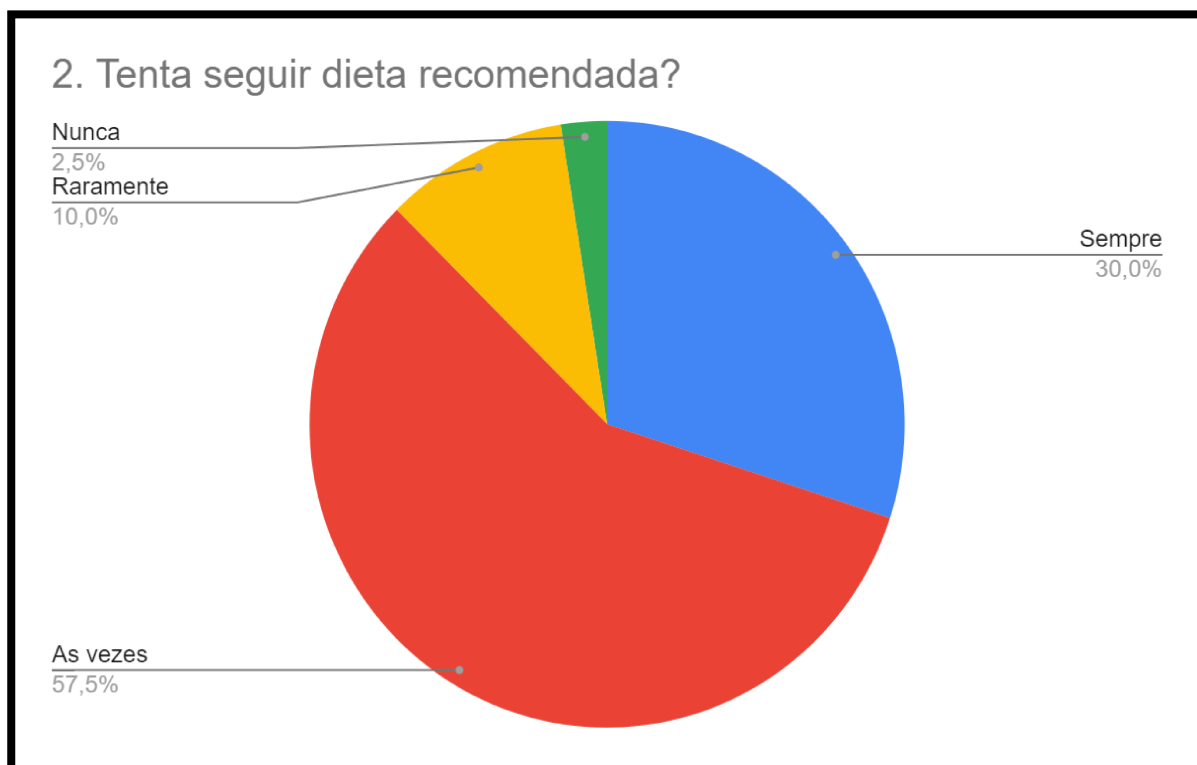


FONTE: elaborado pelo autor (2024).

7.2.2 Tentativa De Seguir As Orientações Alimentares

Quando questionados, 30% dos entrevistados afirmaram que sempre tentam seguir as recomendações alimentares, enquanto 57,5% disseram que às vezes tentam acompanhar. Apenas 10% raramente tentam seguir as orientações e 2,5% não tentam de forma alguma. Esses dados indicam que, embora a maioria dos pacientes

faça algum esforço, há uma parcela significativa daqueles que enfrentam dificuldades em manter uma dieta adequada de forma consistente.



FONTE: elaborado pelo autor (2024).

7.2.3 Frequência De Consumo De Alimentos Não Recomendados

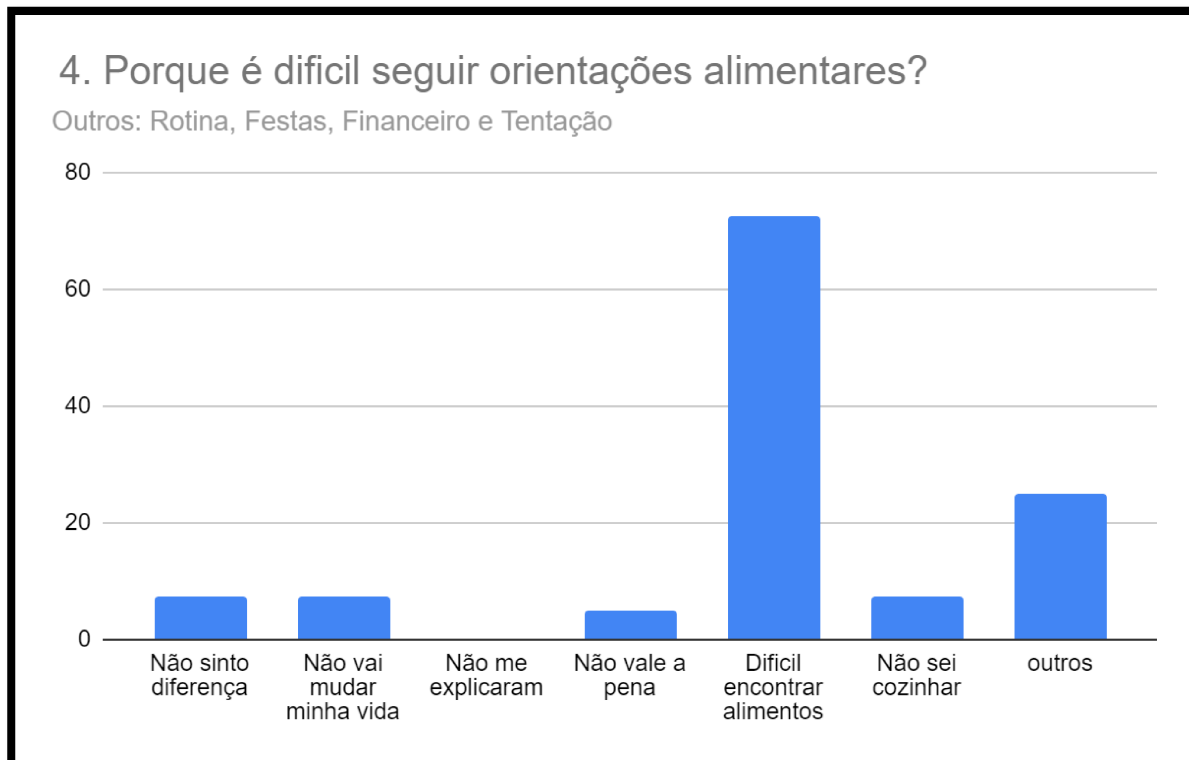
A frequência com que os pacientes consomem alimentos não recomendados também foi avaliada. Nenhum dos entrevistados afirmou nunca comer alimentos inadequados e 40% relataram que comem alimentos não recomendados uma ou duas vezes por semana. Outros 32,5% indicaram que fazem três ou quatro vezes por semana, enquanto 25% consomem alimentos inadequados entre cinco e oito vezes por semana. Apenas 2,5% dos participantes afirmaram que sempre comem o que querem, sem seguir orientações. Estes resultados mostram que a maioria dos pacientes ainda consome alimentos não recomendados com certa frequência, o que pode comprometer o controle do diabetes.



FONTE: elaborado pelo autor (2024)

7.2.4 Dificuldades Em Seguir As Orientações Alimentares

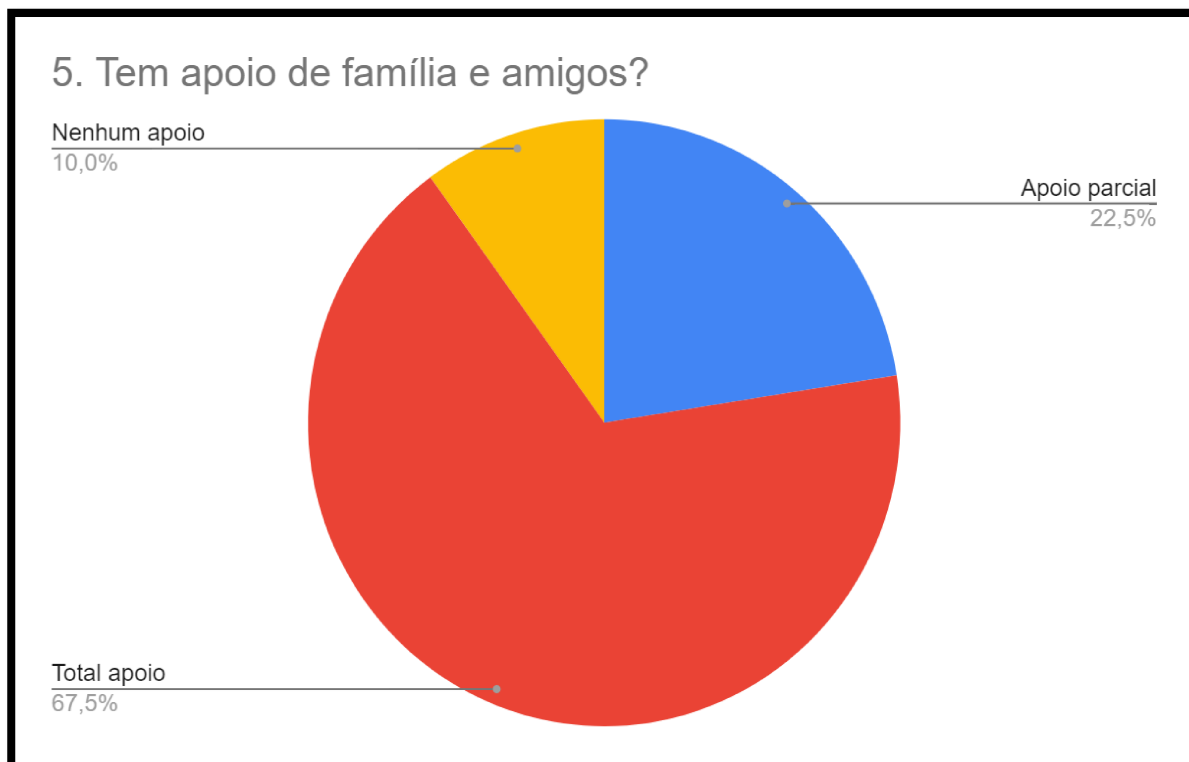
Os entrevistados também foram questionados sobre as dificuldades que enfrentam para seguir as orientações alimentares. A opção mais citada, com 72,5%, foi a dificuldade em encontrar ou comprar os alimentos recomendados. Outros 7,5% afirmaram que não sabem cozinhar os alimentos recomendados e 6% disseram que não sentem diferença na saúde quando comem o que querem. Além disso, 6% acham que comer diferente não vai mudar suas vidas e 5% acreditam que não vale a pena mudar seus hábitos. Uma parcela de 25% mencionou outras dificuldades, sendo elas, principalmente: dificuldades financeiras, festas e visitas em casa, rotina e tentação. Esses dados destacam a importância de abordar questões de acessibilidade e educação alimentar para melhorar a adesão às dietas recomendadas.



FONTE: elaborado pelo autor (2024)

7.2.5 Apoio Para Comer De Forma Saudável

Por fim, a questão sobre o apoio recebido para comer de forma saudável revelou que 67,5% dos entrevistados têm suporte, principalmente de familiares e amigos próximos. Outros 22,5% afirmaram que às vezes recebem ajuda, enquanto 10% se sentem sozinhos nessa jornada. Esse resultado é encorajador, pois mostra que a maioria dos pacientes têm algum tipo de suporte social, o que pode ser um fator positivo para a adesão às orientações alimentares. No entanto, a sensação de solidão relatada por 10% dos participantes indica a necessidade de fortalecer as redes de apoio para todos os pacientes.



FONTE: elaborado pelo autor (2024)

7.3 REFLEXÕES FINAIS

O objetivo principal deste trabalho foi desenvolver e implementar uma intervenção focada na melhoria da adesão à dieta por pacientes diabéticos na zona rural de Rio Negro, atendidos pela ESF Euclides José de Oliveira Braz, visando o controle efetivo da doença. Os resultados obtidos por meio do questionário aplicado indicam que, embora a maioria dos pacientes tenha recebido orientações alimentares, muitos ainda enfrentam desafios significativos para seguir uma dieta adequada. As dificuldades financeiras, a falta de acesso a alimentos saudáveis e o suporte social inadequado foram identificados como os principais obstáculos. A partir desses dados, a intervenção proposta, que inclui a implementação de grupos de nutrição e sessões educativas, visa abordar diretamente essas barreiras, facilitando o acesso a alimentos adequados e promovendo um maior engajamento dos pacientes no autocuidado.

A importância de devolver um investimento público dos cidadãos com um atendimento de qualidade, humanizado, acolhedor e com uma abordagem mais direcionada na unidade de saúde é fundamental. Oferecer esse tipo de serviço à

população da zona rural, que possui demandas específicas, é crucial para garantir a equidade no acesso à saúde.

A intervenção proposta visa não apenas melhorar a saúde e a qualidade de vida dos pacientes diabéticos, mas também fortalecer a capacidade do sistema de saúde local para lidar com os desafios do diabetes em áreas rurais. Ao proporcionar um atendimento mais direcionado e humanizado, espera-se que os pacientes se sintam mais apoiados e motivados a seguir as orientações alimentares, resultando em um melhor controle da doença e, conseqüentemente, na redução das complicações associadas ao diabetes. Em última análise, este trabalho destaca a importância de intervenções personalizadas e integradas para atender às necessidades específicas da população rural, promovendo um sistema de saúde mais eficiente e equitativo.

REFERENCIAS

Ali, M. K., Bullard, K. M., Saaddine, J. B., Cowie, C. C., Imperatore, G., & Gregg, E. W. (2013). Achievement of goals in U.S. diabetes care, 1999-2010. *New England Journal of Medicine*, 368(17), 1613-1624.

American Diabetes Association. (2018). Standards of medical care in diabetes—2018. *Diabetes Care*, 41(Supplement 1), S1-S159.

Bailey, S. C., Brega, A. G., Crutchfield, T. M., Elasy, T. A., Herr, H., Kaphingst, K. A., ... & Schillinger, D. (2015). Update on health literacy and diabetes. *The Diabetes Educator*, 41(4), 487-517.

Befort, C. A., Nazir, N., & Perri, M. G. (2012). Prevalence of obesity among adults from rural and urban areas of the United States: findings from NHANES (2005-2008). *The Journal of Rural Health*, 28(4), 392-397.

Boren, S. A., Gunlock, T. L., Schaefer, J., & Albright, A. (2009). Reducing risks in diabetes self-management: a systematic review of the literature. *The Diabetes Educator*, 35(3), 509-520.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa com diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde. Este manual do Ministério da Saúde oferece diretrizes e estratégias para o cuidado de pessoas com diabetes, incluindo a promoção da adesão à dieta, dentro do contexto do SUS.

Chrvala, C. A., Sherr, D., & Lipman, R. D. (2016). Diabetes self-management education for adults with type 2 diabetes mellitus: a systematic review of the effect on glycemic control. *Patient Education and Counseling*, 99(6), 926-943.

Correr, C.J., Coura-Vital, W., Frade, J.C.P., Lima, T.M., Reis, W.C.S., & Pontarolo, R. (2014). *Eficácia dos programas de educação para o diabetes mellitus tipo 2 em unidades básicas de saúde no Brasil: Uma revisão sistemática*. *Revista de Saúde Pública*, 48(5), 837-846. Esta revisão sistemática avalia a eficácia dos programas de educação para pacientes com diabetes tipo 2 em unidades básicas de saúde, o que pode ser diretamente relevante para a sua intervenção focada em adesão à dieta.

Flor LS, Campos MR. The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey. *Rev Bras Epidemiol*. 2017.

Glasgow, R. E., Ruggiero, L., Eakin, E. G., Dryfoos, J., & Chobanian, L. (1997). Quality of life and associated characteristics in a large national sample of adults with diabetes. *Diabetes Care*, 20(4), 562-567.

Gomes, M.B., & Negrato, C.A. (2011). *Adesão ao tratamento, controle e complicações do diabetes no Brasil: Pode o Sistema Único de Saúde (SUS) fazer a diferença?* *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 3, 35. Este artigo discute a adesão ao tratamento e controle do diabetes no Brasil, com um foco particular nas capacidades e desafios enfrentados pelo SUS na gestão da doença.

International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas* (2019)

International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas*, 9th edition. 2019.

Kirkman, M. S., Rowan-Martin, M. T., Levin, R., Fonseca, V. A., Schmittziel, J. A., Herman, W. H., & Aubert, R. E. (2012). Determinants of adherence to diabetes medications: findings from a large pharmacy claims database. *Diabetes Care*, 35(12), 2533-2539.

Norris, S. L., Engelgau, M. M., & Narayan, K. M. (2002). Effectiveness of self-management training in type 2 diabetes: a systematic review of randomized controlled trials. *Diabetes Care*, 24(3), 561-587.

Powers, M. A., Bardsley, J., Cypress, M., Duker, P., Funnell, M. M., Fischl, A. H., ... & Vivian, E. (2017). Diabetes self-management education and support in type 2 diabetes: a joint position statement of the American Diabetes Association, the American Association of Diabetes Educators, and the Academy of Nutrition and Dietetics. *The Diabetes Educator*, 43(1), 40-53.

Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1999). Quality of life and diabetes. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews*, 15(3), 205-218.

Silva, D.A.S., Peixoto, M.R.G., Moura, E.R.F., & Almeida, P.C. (2010). *Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária ao diabetes mellitus*. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(8), 1563-1572. Este estudo aborda a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (incluindo dieta) em pacientes diabéticos na atenção primária, identificando fatores associados à adesão.

The prevalence of diabetes mellitus and its associated factors in the Brazilian adult population: evidence from a population-based survey (2017)

Torquato, M.T.C.G., Montenegro Junior, R.M., Viana, L.A.L., de Souza, R.A.G., Lanna, C.M.M., Lucas, J.C.D., Bidurin, C., Foss, M.C. (2003). *Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ*. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 47(1), 69-74. Este estudo aborda a prevalência do diabetes em uma comunidade específica e pode oferecer insights sobre fatores de risco relevantes para o seu estudo.

Trief, P. M., Sandberg, J., Greenberg, R. P., Graff, K., Castronova, N., Yoon, M., & Weinstock, R. S. (2014). Diabetes distress, depression, and glycemic control: a path analysis. *Diabetes Care*, 37(3), 691-697.

Vieira, G.L.C., & Mendes, R. (2017). *Estratégias de enfrentamento do diabetes mellitus na atenção primária à saúde*. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3), 925-938. Este artigo examina estratégias utilizadas na atenção primária para o enfrentamento do diabetes, incluindo a promoção da adesão à dieta, e pode oferecer uma base teórica e prática para sua intervenção.

Wändell, P. E. (2005). Quality of life of patients with diabetes mellitus. An overview of research in primary health care in the Nordic countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(2), 68-74.