

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

JEAN MATHEUS CEZARINE MONTES

**DIABETES MELLITUS: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
MELHORAR A ADESÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS AO
TRATAMENTO**

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2016

JEAN MATHEUS CEZARINE MONTES

**DIABETES MELLITUS: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
MELHORAR A ADESÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS AO
TRATAMENTO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Célia Maria de Oliveira

CAMPOS GERAIS – MINAS GERAIS

2016

JEAN MATHEUS CEZARINE MONTES

**DIABETES MELLITUS: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA
MELHORAR A ADESÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS AO
TRATAMENTO**

Banca examinadora

Profa. Dra. Célia Maria de Oliveira – Universidade Federal de Minas Gerais.

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – Universidade Federal de Minas Gerais.

Aprovado em Belo Horizonte, em 19 de fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, que tanto me ajuda diariamente, me iluminando, dando força, fé e coragem de enfrentar todos os problemas que nós profissionais de saúde enfrentamos diariamente.

Aos meus pais, Lindomar Rodrigues Montes e Creusa Simone Vaz Cezarine Montes, e aos meus irmãos que fazem falta no meu convívio, tendo que permanecer longos períodos sem nos encontrarmos devido à distância e aos compromissos profissionais de todos, mas que não deixam de ser presentes e fundamentais na minha vida.

À minha noiva Marcela Beghini, que tanto se esforça para me ajudar em tudo que preciso e que é um porto seguro em minha vida e compreende esse momento de distância como fundamental para alcançarmos objetivos maiores.

Aos funcionários da Secretaria de Saúde de Jacutinga e, em especial, do ESF IV e da unidade de apoio do bairro São Sebastião dos Robertos, que me acolheram com tanto respeito, me tratando como membro de suas famílias; se preocuparam comigo, facilitando minha adaptação, e transformaram nosso local de trabalho em um segundo lar.

Aos meus pacientes, que foram fonte de grande conhecimento e constante aprendizado.

“A cura está ligada ao tempo e, às vezes, também às circunstâncias”

Hipócrates

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil. O tratamento do paciente diabético inclui medidas medicamentosas e não medicamentosas, visando estabelecer o equilíbrio do metabolismo. **Justificativa:** a adesão ao tratamento por parte dos pacientes ajuda a prevenir condições sistêmicas fuminantes como infartos, acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e amputações. **Objetivo:** Desenvolver estratégias para ampliação da adesão dos pacientes ao tratamento do diabetes. **Método:** a busca do arcabouço teórico foi realizada nas bases de dados MedLine e PubMed, por meio dos descritores das Ciências em Saúde. Foram selecionados artigos com data de publicação entre 1990 até 2015 em língua portuguesa e inglesa. **Plano de intervenção:** serão implementadas medidas para ampliação da adesão dos diabéticos ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso como: consulta direcionada, implementação de grupo motivacional HIPERDIA e panfletagem com orientações. **Considerações finais:** esperamos observar a ampliação da adesão dos diabéticos ao tratamento do diabetes, melhorando assim a qualidade e expectativa de vida desses pacientes.

Palavras-chave: Diabetes. Tratamento. Adesão.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) is the biggest public health problem in Brazil. The diabetic's treatment includes drug and non-drug measures to establish the balance of metabolism. Background: adherence to treatment by patients helps prevent fuminantes systemic conditions such as heart attacks, strokes (strokes) and amputations. Objective: To develop strategies for the increase of patient membership to the treatment of diabetes. Method: the theoretical research was conducted in MedLine and PubMed databases, through the Descriptors of Health Sciences were selected items with date of publication from 1990 to 2015 in Portuguese and English. Action plan: Actions will be implemented to expand the membership of diabetics to medication and non-medication as: directed consultation, motivational implementation group HIPERDIA and pamphlets with directions. Conclusion: we expect to see the expansion of the membership of the diabetic treatment by the patients, improving the quality and life expectancy of these patients.

Key words: Diabetes Mellitus. Therapeutics. Compliance.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
3.1 Objetivo geral	13
3.2 Objetivos específicos	13
4 MÉTODOLOGIA	14
4.1. Consulta direcionada	14
4.2. Criação do grupo de hipertensos e diabéticos (hiperdia)	14
4.3. Elaboração de panfletos para a divulgação da importância do tratamento e controle do diabetes mellitus	15
5 REFERENCIAL TEÓRICO	16
5.1 O diabetes Mellitus	16
5.2. Tratamento atual do Diabetes Melitus	18
5.3. A atenção ao diabetes mellitus na equipe de saúde da família	18
5.4. A importância da adesão ao tratamento e os “processos educativos” na abordagem dos pacientes diabéticos	20
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
6.1 Primeiro passo - Identificação dos problemas	24
6.2 Segundo Passo – Descrição do problema	24
6.3 Explicação do problema	24
6.4 Quinto passo: Identificação dos nós críticos	25
6.5 Orçamento	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	29
REFERÊNCIAS	30
APENDICE	35

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo discutirá a problemática da adesão ao tratamento do diabetes mellitus (DM) por pacientes atendidos pela Equipe de Saúde da Família nº 4 (ESF 4) da Cidade de Jacutinga.

Jacutinga é uma cidade do interior e sul de Minas Gerais, a qual faz divisa com o estado de São Paulo e com as cidades de Itapira, Andradas, Ouro Fino e Monte Sião. Tem população estimada de 25.000 habitantes e área territorial de 347,750 Km² e índice de pobreza de 12,95 % (BRASIL, 2014). A fonte de renda dos moradores se divide entre a área agrícola, pecuária e, principalmente, a indústria têxtil. A cidade contém, segundo o censo de 2009, 12 estabelecimentos de saúde públicos municipais e seis estabelecimentos de saúde privados. No ano de 2012 foram constatados 41 óbitos hospitalares, sendo 22 homens e 19 mulheres (BRASIL, 2014).

Atualmente, as unidades de saúde da cidade de Jacutinga têm ampliado as medidas de prevenção em Saúde da Família. Recentemente foram implantadas duas unidades de atendimento à Saúde da Família. Com o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) e a inserção de mais um médico na cidade, a mesma aumentou os atendimentos nos bairros Vale Verde, Coronel Renó e São Sebastião dos Robertos, e áreas rurais associadas, onde havia pacientes aguardando atendimento por até quatro meses. Dentre os principais atendimentos realizados na Unidade em que atuo, constata-se a grande incidência de diabetes Mellitus tipo 2.

O diabetes mellitus se constitui como um importante problema de saúde pública. Os fatores relacionados ao seu incremento no quadro epidemiológico mundial são de várias dimensões e tornam sua abordagem bastante complexa.

As transformações no modo de vida da sociedade advindas da urbanização e o rápido envelhecimento populacional, também nos países em desenvolvimento, são os principais aspectos relacionados ao aumento da incidência do diabetes e de um conjunto de doenças crônicas não transmissíveis (ZIMMET; ALBERTI; SHOW, 2001; PALLONI, PELÁEZ, 2003).

O diagnóstico do diabetes mellitus se baseia no indivíduo que apresenta sintomas e apresenta glicose plasmática maior que 200mg/dl, colhida aleatoriamente, em qualquer momento do dia, sem jejum prévio (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004). Um segundo critério para o diagnóstico da

doença, classifica o indivíduo como diabético, quando sua glicemia de jejum for superior a 126mg/dl (GUYTON e HALL, 2006; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004). Quando os valores de glicose plasmática, no jejum, são maiores ou iguais a 110mg/dl e menores que 126mg/dl, a glicemia é considerada alterada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000). O terceiro critério para diagnóstico de diabetes é realizado através de outro teste sanguíneo, o de tolerância à glicose, no qual é oferecido ao indivíduo 75g de glicose anidra dissolvida em água e colhida uma amostra no soro ou plasma, nos tempos de 0,5; 1; 1,5 e duas horas após a ingestão da glicose (GUYTON e HALL, 2006; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004). O indivíduo é considerado diabético quando sua glicose plasmática duas horas após a ingestão da glicose for igual ou maior que 200mg/dl (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004). Em um indivíduo que não seja diabético, a glicemia que normalmente, é de 90mg/dl, sobe para 140mg/dl e depois de duas horas cai para um valor abaixo do valor encontrado, normalmente. Já em um indivíduo diabético, a glicemia de jejum é de cerca de 140mg/dl, e sobe para um valor muito maior, além de voltar para o valor inicial apenas 4 a 6 horas após a ingestão, e nunca atingindo um valor abaixo do inicial (GUYTON e HALL, 2006). Atualmente não é recomendado o uso do teste da hemoglobina glicosilada para diagnóstico do diabetes mellitus (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004).

O tratamento do diabetes é constituído por educação e modificações no estilo de vida, incluindo aumento de atividade física, reorganização de hábitos alimentares e, se necessário, uso de medicamentos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o tratamento básico e o controle da doença consistem, primordialmente, na utilização de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e no uso adequado de medicação via oral e em alguns casos, as injeções de insulina. Entretanto, a adesão a esse tratamento exige comportamentos de alguma complexidade que devem ser integrados na rotina diária do portador de DM7 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

A dificuldade do paciente em usar a medicação prescrita, seguir a dieta ou modificar seu estilo de vida, de acordo com as orientações da equipe multidisciplinar, é problema sempre presente na prática clínica. Estima-se que apenas 1/3 dos pacientes tem adesão adequada ao tratamento (VALLE et al., 2000). Vários estudos

de adesão em doenças crônicas têm demonstrado que, frequentemente, os pacientes param de tomar suas medicações ou nem começam a tomá-las, pois as consideram ineficazes, ou experimentam efeitos colaterais desagradáveis (GRANT et al., 2003). No caso do diabetes, muitos pacientes acreditam que não necessitam da terapia medicamentosa, devido ao caráter assintomático da doença.

O conceito de adesão varia entre os autores, mas, de forma geral, é compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento. Representa a etapa final, caracterizada pelo uso racional de medicamentos (OSTERBERG e BLASCHKE, 2005).

Há muitas variáveis que podem influenciar a adesão, e não há consenso acerca de qual tem maior influência na adesão ao tratamento. Dentre os fatores, pode-se pensar primeiramente na falta de acesso ao medicamento. Descartando-se essa possibilidade, existem quatro grandes grupos de fatores implicados na adesão ao tratamento medicamentoso: aqueles atribuídos ao paciente, à relação profissional-paciente, ao esquema terapêutico e à doença. Diante de tais fatores, pode-se perceber a variedade e a complexidade de elementos que contribuem para que a pessoa em condição crônica de saúde, como a que possui diabetes, apresente dificuldades para a adesão ao regime terapêutico (LEITE e VASCONCELLOS, 2003).

Constatam-se, atualmente, inúmeros esforços dos pesquisadores e dos profissionais de saúde para a compreensão da falta de adesão ao tratamento medicamentoso, mas esse é ainda um desafio, pois os mecanismos envolvidos no comportamento dos indivíduos são complexos. É preciso aprofundar os estudos acerca dessa temática para compreender quais são os comportamentos facilitadores e/ou dificultadores imbricados na adesão à terapêutica medicamentosa (RUBBIN, 2005).

Considerando a importância da adesão ao tratamento farmacológico de pacientes acometidos por DM, Barbosa & Lima (2006) ressaltam que é difícil detectar a não adesão e ainda mais difícil quantificá-la. Dados desses autores mostram que entre 40 e 60% dos pacientes em tratamento não fazem uso dos medicamentos prescritos para determinada doença e esses valores podem ser ainda superiores quando considerada a não adesão relacionada ao tratamento não medicamentoso, como a prática de atividade física e dieta.

2 JUSTIFICATIVA

Tendo em mente que o diabetes mellitus é uma doença crônica, com evolução silenciosa, de difícil diagnóstico precoce e com dificuldade de adesão ao tratamento por parte dos seus portadores, os profissionais da saúde se vêem em um grande desafio, pois cabe a eles, encontrar soluções para diminuir essas barreiras (BARBOSA e LIMA, 2006). Somente adotando uma visão holística sobre o paciente diabético será possível favorecer a adesão ao tratamento por parte desses pacientes, fazendo-os compreender os benefícios da adesão ao tratamento.

Uma vez que a adesão ao tratamento está diretamente ligada à técnica de abordagem do paciente, a transmissão do conhecimento, a confiança nessas informações e conseqüentemente a formação de vínculo entre os profissionais, torna-se necessário esclarecer aspectos sobre este manejo dos pacientes diabéticos na Unidade Básica de Saúde.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral:

Elaborar um projeto de intervenção para a ampliação da adesão dos pacientes diabéticos, atendidos no ESF 4 Jacutinga, ao tratamento.

3.2. Objetivos específicos:

- Elaborar revisão da literatura sobre Diabetes Mellitus;
- Realizar consulta direcionada;
- Criar Grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA);
- Organizar modelo educativo com os grupos de diabéticos.

4 METODOLOGIA

Para a revisão da literatura, foram realizadas pesquisas nas bases de dados MedLine e PubMed com as palavras chave: diabetes, tratamento e adesão. Para a discussão do presente trabalho, serão utilizadas as mesmas palavras-chave e serão analisados artigos publicados entre 1990 e 2015.

Para a implementação das medidas para ampliação da adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento, contaremos com a infraestrutura do ESF 4 Jacutinga, MG. Os atendimentos serão realizados por equipe de saúde constituída por um médico do PROVAB, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, e seis agentes de saúde.

Serão implementadas as seguintes medidas para a melhoria da adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.

4.1. Consulta direcionada

A consulta direcionada consiste em uma consulta do paciente portador de diabetes mellitus tipo 1 ou 2, que necessita de controle e acompanhamento médico. Serão elaborados prontuários médicos que constem exames de glicose de jejum e resistência insulínica, comprovando o diabetes, e anotações clínicas. Na consulta direcionada, o médico realiza o exame físico e clínico e observa as prioridades, necessidades e vontades do seu paciente. Além disso, observa os pontos em que o paciente é mais resistente e os pontos em que o mesmo é mais receptivo e aberto a implementação de condutas. O médico deve considerar aqui, o indivíduo como ser único e complexo, ressaltando para ele a importância das medidas preventivas, o risco da doença e os benefícios do tratamento proposto, seja ele um tratamento medicamentoso, injeções de insulina e/ou controle nutricional.

4.2. Criação do Grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA)

Essa medida consiste em atender os pacientes em um grupo chamado HIPERDIA. O paciente passará a frequentar reuniões semanais onde haverá

palestras do médico e de enfermeiros com auxílio de técnicos de enfermagem e outros profissionais convidados. Essas palestras educativas terão como temas: alimentação e a prevenção de doenças, qualidade de vida e o diabetes, hipertensão e diabetes: como combatê-los? e atividade física e o diabetes.

Uma vez por mês, haverá a Caminhada da Saúde realizada pelos pacientes membros do grupo HIPERDIA, que deverão fazer um percurso de 2Km em prol da divulgação da importância da adequação de hábitos saudáveis para manutenção da saúde mediante as doenças crônicas como hipertensão e diabetes.

4.3. Elaboração de panfletos para a divulgação da importância do tratamento e controle do diabetes mellitus

Serão elaborados panfletos, de conscientização da população de Jacutinga, que serão espalhados pela cidade, orientando os pacientes a procurarem atendimento no ESF mais próximo de suas casas. Nesses panfletos, será dada ênfase na importância das pessoas procurarem prevenir o diabetes por meio de consultas nas unidades básicas e também, se diagnosticados, buscarem um controle da doença junto a equipe de saúde. No panfleto, deverá ser divulgado o grupo HIPERDIA.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 O diabetes Mellitus

O DM é um importante e crescente problema de saúde pública mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país, tanto em termos de número de pessoas afetadas, incapacitações, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações, sendo a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes (TORRES et al., 2009, p.292)

Cerca de 6% da população brasileira possui DM (WEARE, 2011).

No diabetes mellitus (DM) há a dificuldade ou inexistência da produção de insulina necessária para o organismo. O efeito do diabetes não controlado é a hiperglicemia.

Brito e Volp (2008) asseguram que DM é o nome dado ao grupo de disfunções crônicas que impossibilitam o organismo de processar e aproveitar aproveita os alimentos com vistas á fabricação de energia necessária para a vida. Há, portanto, mudanças no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. No que diz respeito á classificação, tem-se duas formas principais de diabetes denominadas de Tipo 1 (DM1) e Tipo 2 (DM2). Associam-se a essas formas os estados de intolerância à glicose, o diabetes gestacional e o diabetes originado por doenças pancreáticas.

Sob o ponto de vista de saúde pública, o alto custo associado ao cuidado de pessoas com doenças crônicas como o DM é uma das questões mais urgentes a serem resolvidas em todo o mundo. As consequências humanas, sociais e econômicas relacionadas ao DM são devastadoras, sendo a doença responsável direta ou indiretamente por aproximadamente 4 milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008). A expectativa de vida é reduzida em média em cinco a sete anos em pacientes com DM2.

Os adultos com DM têm risco maior, duas a quatro vezes, de doença cardiovascular (DCV) em comparação com os não diabéticos, doença vascular periférica e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006). Essas complicações são responsáveis por 65% da mortalidade por DM e fazem do DM a sétima maior causa de morte nos Estados Unidos. O DM é também a causa mais comum de

amputações não traumáticas de membros inferiores, cegueira irreversível e doença renal crônica (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008).

Embora o risco de desenvolver DM2 ao longo da vida seja alto, nossa capacidade em prever e prevenir o DM2 na população em geral ainda é limitada. Além disso, a efetividade da detecção precoce por meio de rastreamento em massa de indivíduos assintomáticos ainda não foi definitivamente comprovada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

Contudo, o DM preenche critérios bem estabelecidos para condições nas quais a detecção precoce é apropriada: é uma doença comum, com prevalência crescente, impõe grande carga aos serviços de saúde, é de fácil diagnóstico, e medidas efetivas para a prevenção de suas complicações podem ser tomadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

As metas de prevenção do diabetes são retardar o aparecimento da doença, preservando a função das células beta, e prevenir ou retardar complicações micro e macrovasculares. Os indivíduos comprovadamente com maior risco de desenvolvimento de diabetes incluem aqueles com glicemia de jejum alterada (GJA) e tolerância diminuída à glicose (TDG), fases pré-clínicas da doença, e especialmente aqueles com GJA e TDG combinadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; VEGT, 2001).

O diabetes atinge comumente a população brasileira de forma silenciosa sendo que, cerca de 30% da população acometida pela doença não sabe que a possui ou não faz o tratamento corretamente por falta de motivação ou recursos. Sabe-se que quando o tratamento é feito de forma correta, menores serão as complicações e maior será a qualidade de vida do paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA 2006; BRITO et al., 2008).

O tratamento do diabetes possui regras complexas muitas vezes difíceis de serem seguidas, porém, verifica-se na literatura que quando o paciente possui conhecimento substancial sobre a doença e de todos os aspectos que a envolvem, a probabilidade de aderir às recomendações do tratamento aumenta (PACE et al., 2006; CHITTLEBOROUGH et al., 2002).

5.2. Tratamento atual do Diabetes Melitus

O tratamento do diabetes visa manter o indivíduo com sua glicemia em níveis considerados normais, por exemplo, sua glicose plasmática de jejum deve se manter em 110mg/dl e duas horas pós-prandial deve estar em 140mg/dl. Além da preocupação com a glicose plasmática, o tratamento visa também manter dentro dos níveis normais as taxas de colesterol, total, HDL e LDL, assim como de triglicérides (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

Outro objetivo do tratamento é que o indivíduo diabético apresente valores pressóricos dentro dos valores adequados e não apresente sobrepeso e muito menos obesidade, mantendo seu IMC entre 20 e 25 Kg/m² (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

O tratamento do diabetes tipo 1, para todos os indivíduos, consiste basicamente na administração de insulina (FUNASA, 2002). Quanto ao tipo 2, vale ressaltar que 8% dos pacientes no Brasil utilizam insulina, porcentagem que sobe para 25% em outros países. Em relação ao uso dos hipoglicemiantes orais no tratamento do diabetes tipo 2, observamos que 40% dos pacientes utilizam o medicamento. É importante considerar que 40% dos indivíduos diabéticos tipo 2 poderiam ter seu controle metabólico equilibrado apenas através da dieta (FUNASA, 2002). Sendo assim, firma-se o papel da educação nutricional neste grupo de pacientes, expressivamente superior ao do tipo 1 (FUNASA, 2002).

Vale ressaltar a importância da educação nutricional para a adesão dos pacientes ao tratamento, uma vez que é através dessa prática que se torna possível ao paciente construir um padrão alimentar acessível (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2004).

5.3. A atenção ao diabetes mellitus na equipe de saúde da família

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma

de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2006).

A APS é a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade ao sistema de saúde, o primeiro nível de contato com o serviço de saúde. Uma abordagem que serve de base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Atenta-se aos problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar (STARFIELD, 2004).

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que faz parte da APS, busca reverter a forma atual de assistência à saúde centrada no tratamento e cura da doença, mas sobretudo visa a promoção da saúde e da qualidade de vida, intervindo nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; SOUSA, 2009). A ESF vem sendo considerada um novo modelo organizacional e assistencial, em substituição ao modelo biomédico e hegemônico.

A ESF constituiu-se de novos saberes e práticas de saúde, assim como a regulação e normatização dos processos de trabalho, capazes de contribuir para a resolutividade e a integralidade das intervenções sanitárias no SUS (FAVORETTO; CAMARGO Jr, 2002). Segundo Mendes (1996), a ESF com ênfase na promoção da saúde, diferencia sua estratégia de cuidado, pautada no modo de agir dos profissionais e na produção social de saúde.

O trabalho dos profissionais está associado ao saber e técnicas científicas à valorização e o cuidado humanizado do indivíduo, não focado somente na doença, mas na saúde, no indivíduo e sua família, no contexto social e epidemiológico.

Esta forma de pensar em saúde vem acompanhando as mudanças e revoluções pelas quais a saúde no Brasil tem passado, considerando aqui o modelo biomédico e hegemônico, o modelo biopsicosocial e por fim, o modelo de resultados. Este último modelo, não está centralizado na identificação dos mecanismos causadores, mas nos determinantes dos resultados da intervenção, a prática baseada em evidências (RIBEIRO, 2007).

Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) as responsabilidades e ações estratégicas mínimas de atenção básica ao diabetes incluem: diagnóstico de casos, pela investigação de usuários com fatores de risco; cadastramento dos portadores; busca ativa de casos; tratamento dos casos, no acompanhamento ambulatorial e domiciliar e na educação terapêutica; fornecimento

de medicamentos e curativos; monitoramento dos níveis de glicose dos pacientes; diagnóstico precoce de complicações; primeiro atendimento de urgência; encaminhamento de casos graves; medidas preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2001a).

Em 2001, a Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, e as Secretarias de Saúde dos estados e municípios lançaram o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, tendo em vista que o vínculo entre os portadores de diabetes e as unidades de saúde da atenção básica se dava de forma bastante precária. Constituíram-se como diretrizes, de acordo com a Portaria n.º 235/GM de 20 de fevereiro de 2001, o aperfeiçoamento do sistema de programação, aquisição e distribuição de insumos estratégicos para a garantia da resolubilidade da atenção aos portadores; a intensificação e articulação de iniciativas existentes no campo da promoção da saúde; e a definição de um elenco mínimo de informações sobre a ocorrência desses agravos, em conformidade com os sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2001b).

Em 2002, foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002), parte do Plano de reorganização da atenção e com base, ainda, na Política Nacional de Medicamentos. Apesar de toda a mobilização, em atividades que se estenderam desde campanhas para o rastreamento da população diabética até a formulação de programas de capacitação para profissionais da atenção básica, estudos recentes de impacto demonstraram alguns problemas relacionados à estratégia utilizada, dentre as quais se destacaram: a dificuldade de confirmação diagnóstica dos casos suspeitos além de uma baixa vinculação dos casos diagnosticados às unidades básicas de saúde. Assim, se constituem como obstáculos, além da complexidade da patologia, a fragilidade das rotinas no âmbito da atenção básica frente ao incremento dessas doenças no quadro epidemiológico brasileiro (BRASIL, 2004a).

5.4. A importância da adesão ao tratamento e os “processos educativos” na abordagem dos pacientes diabéticos

A falta de adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo II deve ser considerada mediante o diagnóstico e a instituição terapêutica, pois é de

fundamental importância para a prevenção das complicações desta síndrome. Como se trata de uma patologia que frequentemente não apresenta um desconforto imediato, alguns pacientes podem não aderir adequadamente à terapia proposta. Outro motivo que dificulta esta adesão é o fato de incluir mudanças nos seus hábitos de vida. Além disto, o tratamento visa apenas à profilaxia das complicações, e não à cura definitiva, desmotivando os pacientes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007).

Os pacientes que apresentam Diabetes Mellitus dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não adesão costumam variar de 40 a 90% (GONDER-FREDERICK et al., 1988) . Identificar se o diabético segue as recomendações do tratamento é ponto fundamental para garantir se realmente este paciente está compreendendo a gravidade da doença e se ele está tendo acesso às informações (ANTUNES, 2006).

Estudo sobre autocuidado no diabetes mostrou que as dificuldades na adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos podem ser minimizadas através da forma em que os profissionais de saúde se comunicam com os doentes, e que características pessoais dos mesmos devem ser levadas em conta. Isto difere da maneira tradicional de comunicação, baseada em uma relação desigual, na qual o médico assume a condição de detentor do conhecimento e o transmite ao paciente que acaba se sentindo incapaz de opinar no seu procedimento de cura e obrigado a obedecer a orientações mesmo sem ter condições de realizá-las. O mesmo estudo mostra opções para uma maior participação do doente no seu tratamento, que seria a “potência de ação coletiva”, que depende da interação de um grupo cujo objetivo é produzir, trocar e utilizar conhecimentos sobre a patologia e seu tratamento (CYRINO, 2009).

Há muito se considera que a modificação do estilo de vida para o controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, sedentarismo, tabagismo, dislipidemias, obesidade, pressão arterial, entre outros, é base do tratamento e controle das doenças cardiovasculares.

Especialmente em relação à dieta, vários estudos têm enfatizado sua associação com o controle de fatores de risco para as doenças arteriais coronarianas e, portanto, com a prevenção e controle das mesmas (DANSINGER et al., 2005). Para tanto, os processos educativos são tidos como a chave nas intervenções preventivas no âmbito coletivo, particularmente aqueles que têm

evoluído de uma relação emissor-receptor para uma comunicação em que o profissional de saúde compartilha seus conhecimentos e o receptor passa de uma atitude passiva para outra ativa e responsável (ARÁUZ et al., 2001).

Para Alves (2005, p.43), a educação em saúde é um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido "(...) intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida das pessoas (...) para adoção de novos hábitos e condutas de saúde". A educação em saúde ganha uma perspectiva conceitual ampliada quando associada à proposta de promoção de saúde.

Weare (2002) situa a educação em saúde como elemento essencial para a sua realização. Há os que discordam da propriedade da educação como estratégia para a promoção da saúde.

Lefèvre e Lefèvre (2002) propõem que a aproximação entre conceitos não deva ser da educação com a promoção de saúde, mas da informação para a saúde com a promoção de saúde. Os autores relacionam a dimensão socializadora da promoção de saúde com a noção de conscientização, ou seja, de fortalecimento das pessoas pelo municiamento de informações significativas que confirmam autonomia na tomada de decisão. A educação em saúde, por outro lado, com a proposta conducente, normativa e autoritária, que deve ser substituída por uma informativa, baseada no diálogo e na autonomia de decisão das pessoas (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2003).

A educação alimentar e nutricional entendida como um campo da educação em saúde comporta em sua concepção os mesmos referenciais da educação em saúde. Para Boog (2004), a educação nutricional, assim como todos os processos educativos inerentes ao ser humano, ocorre no cotidiano social, ao longo da existência das pessoas, no esforço que elas fazem para responder aos desafios cotidianos. Mas pode também se dar por intermédio de ações de instrução e ensino planejadas por pessoas capacitadas para tal fim.

Sob o aspecto didático-pedagógico dos processos educativos encontram disponíveis na literatura especializada formulações teóricas relacionadas aos modelos do conhecimento-atitude-prática; da motivação; do aprendizado social; do processamento de informação para o consumidor; do planejamento de comunicações; da ação social e comunitária; da difusão de informações e modelos integrados. Todos apontam a complexidade da mudança do comportamento alimentar, a interação dinâmica entre as variáveis relacionadas e a importância de

um processo planejado sistematicamente, visando à elaboração de intervenções eficazes (CERVATO et al., 2004).

Reflexões críticas sobre concepção e abordagens da educação em saúde estão registradas em ensaios sobre o tema (ALVES, 2005) e num campo mais restrito de publicações encontram-se aqueles que investigam os resultados da intervenção educativa entre diabéticos e hipertensos, avaliando o resultado da educação em saúde (SILVA et al., 2006) e/ou particularizando a questão da educação alimentar e nutricional para esse grupo (ALMEIDA-PITITTO, 2009).

No âmbito das políticas públicas, o impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira impõe que o Sistema de Saúde garanta, no espaço político-operacional, o acompanhamento e a assistência sistemática dos indivíduos identificados como portadores desses agravos. Isso nos remete ao que tem sido considerado o grande desafio do SUS: reorientar as práticas de atenção à saúde, garantindo às pessoas o acesso universal, integral e equânime a uma rede de serviços resolutivos (BARRETO e CARMO, 2007).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta de intervenção se fundamentou em alguns passos preconizados no Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Primeiro passo - Identificação dos problemas

A análise dos dados coletados permitiu a elaboração de uma lista dos principais problemas: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus I e II, síndrome metabólica, obesidade, tabagismo e etilismo.

6.2 Segundo Passo – Descrição do problema

O Diabetes Mellitus é uma doença multifatorial, com risco potencial aos pacientes quando não diagnosticado ou não tratado corretamente, ocasionando danos por vezes irreversíveis, além de elevados custos ao Sistema Único de Saúde (SUS) e à Previdência Social. Além disso, a doença não afeta apenas o doente, afeta sua família e conviventes.

6.3 Explicação do problema

Segundo Campos, Faria e Santos (2010), para explicar um problema que se quer enfrentar é preciso entender a sua formação, identificando suas causas. Geralmente, a causa de um problema é outro problema ou outros problemas.

Por se tratar de uma doença de causa multifatorial não podemos esquecer-nos dos fatores genéticos e ambientais envolvidos, inclusive culturais e comportamentais. Uma dieta equilibrada, atividade física regular e peso adequado contribuem para evitar ou retardar a doença. O uso correto das medicações ou das orientações contribui para evitar a progressão da doença e suas conseqüentes lesões ao organismo.

6.4 Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Para abordagem e tentativa de resolução, foram selecionados pontos chaves para realização de intervenções e mudança do panorama. Os chamados “nós críticos” selecionados foram:

- Ausência de consulta direcionada para pacientes diabéticos;
- Hábitos de vida inadequados.

Nos Quadros 1 e 2 estão apresentadas, para cada nós crítico as respectivas ações e resultados esperados, dentre outros.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A Falta de adesão ao tratamento médico por parte dos pacientes portadores de diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe Saúde da Família IV Jacutinga, Minas Gerais

Nó crítico 1	Ausência de consulta direcionada para pacientes diabéticos
Operação	Realização de consulta direcionada.
Projeto	Direcionando a atenção
Resultados esperados	Melhorar as orientações fornecidas aos pacientes durante as consultas, sanar dúvidas e anseios dos pacientes, integrar o tratamento à realidade financeira e cultural do paciente.
Produtos esperados	Não se aplica.
Atores sociais/ responsabilidades	Pacientes atendidos no ESF 4 Jacutinga; Equipe de saúde: Médico; Enfermeira; Técnicos de Enfermagem; Agentes de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: ESF 4, Posto de atendimento da Unidade Básica de Saúde Cognitivo: Exposições em Multimídia, panfletagem. Financeiro: Financiamento de materiais impressos a ser distribuído Político: Não se aplica.
Recursos críticos	Não se aplica.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Não se aplica.
Ação estratégica de motivação	- Criação do Grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA); - Elaboração de panfletos para a divulgação da importância do tratamento e controle do diabetes mellitus.
Responsáveis:	Todos os membros da equipe.
Cronograma / Prazo	Apêndice A
Gestão, acompanhamento e avaliação	Conforme cronograma.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “A Falta de adesão ao tratamento médico por parte dos pacientes portadores de diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe Saúde da Família IV Jacutinga, Minas Gerais

Nó crítico 2	Hábitos de vida inadequados
Operação	Estimulo à prática de atividade física; estímulo à perda de peso;
Projeto	Caminhada comunitária. Criação de grupos de caminhadas ou de exercícios em espaços públicos do município de Jacutinga.
Resultados esperados	Melhorar o controle glicêmico dos pacientes através do incentivo e auxílio à prática de exercícios físicos supervisionados.
Produtos esperados	Não se aplica.
Atores sociais/ responsabilidades	Pacientes atendidos no ESF 4 Jacutinga; Equipe de saúde: Médico; Enfermeira; Técnicos de Enfermagem; Agentes de Saúde.
Recursos necessários	Estrutural: ESF 4, Posto de atendimento da Unidade Básica de Saúde Cognitivo: Exposições em Multimídia, panfletagem. Financeiro: Financiamento de materiais impressos a ser distribuído Político: Não se aplica.
Recursos críticos	Não se aplica.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Não se aplica.
Ação estratégica de motivação	- Criação do Grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA); - Elaboração de panfletos para a divulgação da importância do tratamento e controle do diabetes mellitus.
Responsáveis:	Todos os membros da equipe.
Cronograma / Prazo	APÊNDICE A
Gestão, acompanhamento e avaliação	Conforme cronograma.

6.5 Orçamento

Os custos previstos para esta proposta de intervenção serão de responsabilidade da unidade de saúde e/ou recursos provenientes do município.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante a revisão da literatura e às estratégias propostas, esperamos ampliar a adesão dos pacientes com diabetes mellitus na unidade básica ESF4 do município de Jacutinga, melhorando a qualidade e expectativa de vida dos mesmos.

A adesão ao tratamento é essencial para atingir o controle glicêmico. A educação em diabetes é a peça chave para atingir esse objetivo. Compartilhar experiências através de programas educativos, adquirindo um maior nível de informação, ajuda no processo de enfrentamento do diabetes, aumenta a adesão ao tratamento, diminui o risco de desenvolver complicações e melhora a qualidade de vida desses pacientes, além de diminuir os gastos excessivos em saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-PITITTO, B. **Impacto de um programa de intervenção no estilo de vida sobre o perfil de risco cardiometabólico da população nipo-brasileira de alto risco. 122p.** [Tese de Doutorado]. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2009.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface- Comunic.Saúde Educ**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, v. 27, supl. 1, p.5-10, jan. 2004.

ANTUNES, G. N. **Nível de conhecimento dos pacientes diabéticos, em relação a sua doença e adesão ao tratamento, nos postos de saúde cadastrados no programa de saúde da família, no município de Criciúma. 118p.** (Monografia). Criciúma: UNESC, 2006.

ARAUZ, A. G.; et al. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes comunitária en el ámbito de la atención primaria. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.9, n.3, p.145-153, 2001.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertensão**, 13, p. 35-8, 2006.

BARBOSA, R. G. B.; LIMA, N. K. C. Índices de adesão ao tratamento anti-hipertensivo no Brasil e mundo. **Rev Bras Hipertensão** [Internet] v.10, n.13, p. 35-8, 2006.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, p.1179-1790, 2007.

BOOG, M. C. F. **Educação nutricional em serviços públicos de saúde.** Cadernos de Saúde Pública, v.15, s.2, p. 139-147, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil.** Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília, 2008.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 18 de junho 2015.

BRASIL. **Portaria n.º 95**, de 26 de janeiro de 2001 e Norma Operacional de Assistência à Saúde, de 26 de janeiro de 2001. Ministério da Saúde, Gestão Municipal de Saúde, p. 129-186, 2001a.

BRASIL. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006** dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica e revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde., Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria n.º 235/GM, de 20 de fevereiro de 2001**, referente à instituição do Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes., Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. **Portaria nº 371/GM de 04 de março de 2002** Referente à instituição do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Ministério da Saúde, 2002.

BRITO, C. J.; VOLP, A. C. P. **Nutrição, Atividades Físicas e Diabetes**. Universidade Federal de Viçosa, Brasil. **Revista Digital Buenos Aires**, n. 3, p. 119, 2008.

BRITO, D. M. S.; ARAÚJO, T. L. A.; GALVÃO, M. T. G.; MOREIRA, T. M. M.; LOPES, M. V. O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública**. v. 24, n.4, p. 933-40, 2008.

BROWN, J. B.; NICHOLS, G. A.; GLAUBER, H. S.; PHARM, A. B. Ten-year follow-up of antidiabetic drug use, nonadherence, and mortality in a defined population with type 2 diabetes mellitus. **Clin Ther**. v. 21, n. 6, p.1045-57, 1999.

CERVATO, M. A.; et al. Bases teóricas para a prática da educação nutricional. **Rev Nutrição em Pauta**, 2004. Disponível em: <http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=45>. Acesso em 10 de setembro de 2015.

CHITTLEBOROUGH, C.; CHEEK, J.; GRANT, J.; PHILLIPS, P.; TAYLOR, A. **Education and information issues among people with diabetes**. Diabetes Clearing House, Centre for Population Studies in Epidemiology, South Australian Department of Human Services, 2002. Recuperado em 02 de março de 2009, de <http://www.health.sa.gov.au/pros/portals/0/diabetes-edu-info02.pdf>

CYRINO, A. P. **Entre a ciência e a experiência** : uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Editora Unesp, v. 1, p. 230, 2009.

DALL, T.; MANN, S. E.; ZHANG, Y.; MARTIN, J.; CHEN, Y.; HOGAN, P. Economic costs of diabetes in the U.S. American Diabetes Association, **Diabetes Care**, v.31, p. 596-615, 2008.

DANSINGER, M.L.; et al. Comparison of the Atkins, Ornish, Weight Watchers and Zone Diets for Weight Loss and Heart Disease Risk Reduction. A Randomized Trial. **Journal of American Medical Association**, v. 293, p. 43-53, 2005.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO Jr., K. R. Alguns desafios conceituais e técnicooperacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p. 303-312, 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. **Diabetes Mellitus**. Guia de Vigilância Epidemiológica, 8p.

GENUTH, S.; ALBERTI, K. G.; BENNETT, P.; BUSE, J.; DEFRONZO, R.; KAHN, R.; et al. Follow up report on the diagnosis of diabetes mellitus. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, **Diabetes Care**, 26, p. 3160-7, 2003.

GONDER-FREDERICK, L. A.; JULIAN, D. M.; COX, D. J.; CLARKE, W. L.; CARTER, W. R. Self-measurement of blood glucose: accuracy of self-reporter data and the adherence to recommended regimen. **Diabetes Care**. v. 11, n.07, p. 579-585, 1988.

GRANT, R. W.; DEVITA, N. G.; SINGER, D. E.; MEIGS, J. B. Polypharmacy and medication adherence in patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**. v. 26, n. 5, p.1408-12, 2003.

GROSS, J. L.; SILVEIRO, S. P.; CAMARGO, J. L.; REICHEL, A. J.; AZEVEDO, M. J. Diabetes melito: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v.46, n. 1, p.16-26, 2002.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

HARVEY, R. A.; CHAMPE, P. C.; MYCECK, M. J. **Farmacologia ilustrada**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, p.255-61, 1998.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**. v.8, n. 3, p.775-82, 2003.

MACDONALD, G. Health promotion: disciplines, diversity and developments, London: Routledge, ed. 2, p.102-125, 2002.

MILECH, A.; PEIXOTO, M. C. Quadro clínico. In: OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. **Diabetes mellitus**. Clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu; p. 33-42, 2004.

MOTTA, D. G.; BOOG, M. C. F. **Educação Nutricional**. São Paulo: Ibrasa, 3 ed, p. 17-54, 1991.

OSTERBERG, L.; BLASCHKE, T. Adherence to medication. **N Engl J Med**. v.353, n. 5, p.487-97, 2005.

PACE, A. E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M. H. L.; FERNANDES, A. P. M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.14, n.5, p. 728-734, 2006.

PALLONI, A.; PELÁEZ, M. O processo de envelhecimento na América Latina e no Caribe. In: LEBRÃO, M. L.; DUARTE, Y. A. O. **Saúde, Bem-estar e envelhecimento: o projeto SABE no município de São Paulo**. Brasília. Organização Pan-Americana de Saúde, p.13-32, 2003.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A Interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad Saúde Pública**, v.16, n.3, p. 815-22, 2000.

RIBEIRO, J. L. P. **Introdução à psicologia da saúde**. Rio de Janeiro, Quarteto, p. 356, 2007.

RUBIN, R. R. Adherence to pharmacologic therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. **Am J Med**. v.118, n.5, p.27S-34S, 2005.

SILVA, M. A.; et al. Enfermeiros e grupos em PSF: possibilidade para participação social. **Cogitare Enferm**, v.11, n.2, p.143-149, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito do tipo 2**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 72p, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Consenso Brasileiro sobre Diabetes**. Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. Versão final e definitiva. 60 p, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 168, 2007.

SOUSA, L. B.; SOUZA, R. K. T.; SCOCHI, M. J. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. **Arq Bras Cardiol**, 87, p. 496-503, 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Ministério da Saúde, Brasília, p. 726, 2004.

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 2, abr. 2009.

USA. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, **Diabetes Care**, v.20, p. 1183-97, 1997.

USA. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. Position Statement/American Diabetes Association, **Diabetes Care**. v.33, (S1), p.11-61, 2011.

VALLE, E. A.; VIEGAS, E. C.; CASTRO C. A. C.; TOLEDO Jr, A. C. A adesão ao tratamento. **Rev Bras Clín Ter**, v.26, n.3, p.83-86, 2000.

VEGT, F.; DEKKER, J. M.; JAGER, A.; HIENKENS, E.; KOSTENSE, P. J.; STEHOUWER, C. D. A.; et al. Relation of impaired fasting and post load glucose with incident type 2 diabetes in Dutch population. The HOORN Study, **JAMA**, v.285, n.16, p. 2109-13, 2001.

WEARE, K. The contribution of education health promotion. In: BUNTON, R.; WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Data and statistics**. Disponível em: <http://www.who.int/>. Acesso em 26 mar 2011.

ZIMMET, P.; ALBERTI, K. G. M. M.; SHOW, J. Global and societal implications of the diabetes epidemic. **Nature**, London, v.414, p.782-787, 2001.

Apêndice

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DO PROJETO

ANO: 2015

ATIVIDADES REALIZADAS NOS PRÓXIMOS 7 MESES	Ju n	J ul	A g o	Se t	O u	N ov	D ez
Realização de revisão da literatura a respeito do assunto	X	X	X	X	X		
Reuniões semanais com os membros da equipe	X	X	X	X	X		
Realização das consultas direcionadas	X	X	X	X	X	X	X
Criação do Grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e intervenções					X	X	
Elaboração e distribuição de panfletos para a divulgação da importância do tratamento e controle do diabetes mellitus					X	X	
Redação do trabalho					X	X	
Finalização do trabalho						X	X
Apresentação de trabalho em evento científico.							X