



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**



**PAULO CESAR BITTENCOURT JUNIOR**

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE CONTROLE GLICÊMICO PARA A  
POPULAÇÃO DISTRITO TABOCA, SÃO FÉLIX DO XINGÚ-PA**

**BELÉM – PA**

**2019**

PAULO CESAR BITTENCOURT JUNIOR

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE CONTROLE GLICÊMICO PARA A  
POPULAÇÃO DISTRITO TABOCA, SÃO FÉLIX DO XINGÚ-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Leidiana de Jesus Silva Lopes

BELÉM – PA

2019

## FOLHA DE APROVAÇÃO

PAULO CESAR BITTENCOURT JUNIOR

### **EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE CONTROLE GLICÊMICO PARA A POPULAÇÃO DISTRITO TABOCA, SÃO FÉLIX DO XINGÚ-PA**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: \_\_\_\_\_  
Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Profª Msc. Leidiana de Jesus Silva Lopes  
Orientadora

---

Prof. Ms. Camilo Eduardo Almeida Pereira  
Membro da banca

*Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por permitir mais uma vitória, quero também dedicar a toda minha família, em especial minha Rita Almeida Bittencourt pelo apoio incondicional durante minha caminhada. Enfim, a todos que contribuíram para esse momento, muitíssimo obrigado.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha professora orientadora pela dedicação, por acreditar que juntos poderíamos ser capazes de elaborar, desenvolver e finalizar esse projeto de intervenção.

À Universidade Federal do Pará, quero deixar uma palavra de gratidão por ter me recebido de braços abertos e com todas as condições que me proporcionou muita aprendizagem.

Em seguida meu agradecimento aos funcionários da ESF VI - Taboca, que me acolheram com tanto respeito, facilitando minha adaptação, e transformaram nosso local de trabalho em um segundo lar.

Aos pacientes e amigos que colaboraram com tempo e disposição, que foram essencial nessa caminhada, sendo fonte de grande aprendizagem no decorrer dos meses

Dê-me, senhor, agudeza para entender, capacidade para reter, método e faculdade para aprender, sutileza para interpretar, graça e abundância para falar, acerto ao começar, direção ao progredir e perfeição ao concluir.

São Tomás de Aquino

## RESUMO

O Diabetes Mellitus é um dos grandes problemas de saúde pública, no Brasil. O objetivo deste trabalho é implantar o projeto de intervenção com propostas de prevenção para indivíduos com fatores de risco para DM II, bem como para pacientes com DM II, afim de diminuir o número de casos de internações e complicações agudas aos portadores de DM II, manter o nível glicêmico adequado entre os pacientes diabéticos e proporcionar mudanças no estilo de vida dos pacientes. Para tal foi proposto o plano de intervenção com base no planejamento estratégico situacional com as seguintes ações: estímulo a pratica de atividade física; estímulo a reeducação alimentar; educação em saúde para pacientes diabéticos; acompanhamento dos pacientes diabéticos para controle de peso, glicemia, circunferência abdominal; e controle do número de internações hospitalares e comparação com os dados da internações anteriores. Com aplicação das medidas propostas no decorrer, espera-se como resultado o aumento no número de pessoas que vivem com diabetes com melhor adesão ao tratamento, controle glicêmico adequado e uma queda no número de internações hospitalares. A adesão ao tratamento é essencial para atingir o controle glicêmico e evitar complicações. A educação e a promoção em saúde é peça chave para atingir esse objetivo.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Obesidade. Complicações. Prevenção.

## **ABSTRACT**

Diabetes Mellitus is one of the major public health problems in Brazil. The objective of this work is to implant the intervention project with prevention proposals for individuals with risk factors for DM II, as well as for patients with DM II, in order to reduce the number of hospitalizations and acute complications to patients with DM II, maintain adequate glycemic levels among diabetic patients and provide changes in the patients' lifestyle. For this purpose, the intervention plan was proposed based on the situational strategic planning with the following actions: stimulating the practice of physical activity; stimulating food re-education; health education for diabetic patients; monitoring of diabetic patients for weight control, glycemia, abdominal circumference; and control of the number of hospital admissions and comparison with data from previous hospitalizations. With application of the measures proposed in the course, it is expected as a result the increase in the number of people living with diabetes with better adherence to treatment, adequate glycemic control and a decrease in the number of hospitalizations. Adherence to treatment is essential to achieve glycemic control and avoid complications. Education and health promotion are key to achieving this goal.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Obesity. Complications. Prevention.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DM II	Diabetes Mellitus tipo II
HGT	Hemoglicotest
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PA	Pressão Arterial
SM	Síndrome Metabólica

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1. JUSTIFICATIVA .....	12
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1. OBJETIVOS GERAIS .....	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>14</b>
3.1. IMPLICAÇÕES ÉTICAS .....	14
3.2. DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	14
3.3. POPULAÇÃO DE ESTUDO .....	16
3.4. VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	16
3.5. CRONOGRAMA DE ATIVIDADES .....	17
3.6. ORÇAMENTO .....	17
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>18</b>
<b>5. DISCUSSÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES GERAIS</b> .....	<b>21</b>
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>22</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo dados do IBGE (2018), o município de São Félix do Xingu-PA possui uma população de 124.763 habitantes, sendo que mais de 1/5 são ribeirinhos. A taxa de escolaridade dos 6 aos 14 anos, é de 77,9%, isso o deixa em antepenúltima posição, ocupando a 142ª, de 144 municípios no estado. A economia local gira em torno de pecuária, extração de minério (cassiterita), lavoura de cacau e muitos servidores públicos. A principal é a extração de minério e movimenta o comércio local, A religião predominante é a católica e evangélica, respectivamente. O sistema de saúde é composto, por: 14 Estratégias Saúde da Família (ESF), 07 UBS (Unidades Básicas de Saúde), 01 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), 01 Hospital Municipal, 01 Maternidade, 01 Unidade de pronto atendimento (UPA) e 01 Policlínica.

A ESF VI-Taboca, desenvolve os programas HIPERDIA, PRÉ NATAL e SISCOLO. A cada programa é destinado um dia específico para ser realizado. A ESF é formada por duas equipes, e são composta por 2 médicos, 3 enfermeiros, 5 técnicos em enfermagem, 1 odontólogo, 28 ACS, 2 auxiliares de limpeza, 2 recepcionistas, 2 motorista e 2 vigilantes noturno.

A rotina semanal na unidade de saúde, começa com consultas agendas do dia, na segunda-feira e urgências, na terça o atendimento continuado com PRÉ NATAL e urgências, quarta-feira acompanhamento para saúde mental e consultas do dia urgências, quinta-feira SISCOLO, realização de coleta de amostras para o PCCU por enfermeiros capacitados e avaliação de resultados de exames e urgência, sexta-feira realização de visitas domiciliares.

As doenças ou agravos mais notificados na unidade são Dengue, Hanseníase, acidentes ofídicos, HIV, Leishmaniose, Sífilis e Tuberculose. Diarreia aguda é uma doença bastante prevalente na região, devido ao pouco saneamento. Atualmente existem passando por acompanhamento em nossa unidade 329 pessoas que apresentam Hipertensão Arterial Sistêmica, 96 são portadores do Diabetes tipo 2, apenas 3 cadastros de pessoas com Diabetes tipo 1.

O diabetes mellitus é uma síndrome decorrente da deficiência de insulina, associada ou não à incapacidade de exercer resistência insulínica, principal característica é o metabolismo anormal de carboidratos. Os dados epidemiológicos apontam que há aumentado consideravelmente o número de diabéticos em todo

país, aproximadamente 13 milhões de brasileiros são diabéticos. No município são cadastrados 470 pessoas com diabetes, uma porcentagem de 0,003%. O diagnóstico geralmente a partir dos 40 anos e os valores são: glicemia em jejum >125 mg/dl ou glicemia ocasional >200 mg/dl. O paciente diabético precisa de uma atenção especial de toda a equipe, um dia da semana é dedicado ao diabético ou os que apresentam fatores de risco (obesidade), são orientados sobre a importância dietética, uso correto das medicações e realização de atividade física, para uma adesão ao tratamento, os medicamentos de uso diário mais usados no Diabetes tipo 2 são Metformina e Glibenclamida.

Segundo Oliveira (2009) os usuários com diabetes mellitus, em particular, necessitam de acompanhamento sistemático por equipe multiprofissional de saúde que ofereçam as ferramentas necessárias para o manejo da doença com vistas ao autocuidado.

Para Grillo (2007) o aumento na incidência do Diabetes Mellitus tipo 2 na atualidade deu-se por fatores genéticos, obesidade, devido ao elevado consumo de fast food, menor taxa de mortalidade, uma vida sedentária devido ao pouco tempo para melhoria no estilo de vida da população.

Para Pereira (2012) é definido como Síndrome Metabólica, o conjunto de obesidade, histórico familiar de diabetes mellitus, elevação do colesterol, triglicerídeos e aumento da pressão arterial aumentando o risco para doenças cardiovasculares.

Segundo Nobre (2015) é preciso treinamento de profissionais em saúde para o adequado atendimento de pacientes Diabéticos e a necessidade de distribuição de medicamentos para que essa pessoa consiga obter o controle da doença, diminuindo o referenciamento de pacientes por complicação aguda do diabetes.

Para Albuquerque (2016) o controle tanto do Diabetes Mellitus quanto a Hipertensão Arterial Sistêmica é obtido com dificuldade pela maioria dos pacientes, os sintomas não são agudos, por esse motivo não aderem ao tratamento farmacológico, o maior obstáculo é a dieta adequada, retirar do cardápio alimentos ricos em carboidratos e gordura saturada não é simples e requer disciplina.

“As condições crônicas HAS e DM representam um problema de saúde pública em virtude das complicações agudas e crônicas delas decorrentes, havendo necessidade da realização de estudos que busquem descrever esta população, com vistas a oferecer subsídios para o planejamento de ações que possam melhorar a

qualidade de vida destes indivíduos, retardando o aparecimento de complicações crônicas” (LIMA, 2011).

“Além das orientações e atividades coletivas, a terapêutica deve partir de uma avaliação individual em três pontos específicos: avaliação da pressão arterial, fatores de risco para doenças cardiovasculares, presença de lesão em órgão-alvo e doenças t associadas. Desta forma, o cuidado será direcionado pela probabilidade dos eventos” (MOREIRA, 2010).

Jardim (2009) em sua pesquisa aponta que a 63% dos pacientes cadastrados tinham sobrepeso ou obesidade e quando o índice de massa corpórea fora calculado com base em dados de peso e estatura o valor subiu para 79,4%.

Carvalho (2012) em seu trabalho identificou que a maioria dos participantes que responderam a entrevista informou desconhecer a maneira correta de usar os medicamentos, bem como os efeitos adversos destes. Ainda afirma que esse desconhecimento tem como reflexo as falhas terapêuticas e o abandono de tratamento, além dos que os efeitos adversos reduzem as chances da adesão ao tratamento.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

Devido ao aumento anual de novos casos de pacientes diabéticos, o aparecimento de complicações crônicas causadas por diversos fatores (alimentação hipercalórica, falta de local adequado para pratica de atividade física, pouca orientação profissional e etc.) que dificultam o controle glicêmico, tem aumentado consideravelmente.

A falta de orientação adequada por parte dos profissionais, a ausência de propostas de educação em saúde, o descontrole metabólico e a baixa escolaridade e nível de informação dos pacientes são fatores que influenciam no desenvolvimento e difícil controle do DM II.

Através do projeto de intervenção pretende-se ampliar o conhecimento da população de Distrito Taboca, São Félix do Xingú-Pa. A importância de abandonar vícios prejudiciais, sair do sedentarismo, uma alimentação balanceada e aumentar a adesão ao tratamento, além do acompanhamento por profissionais, podem levar ao controle da hiperglicemia e podem melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVOS GERAIS**

Implantar o projeto de intervenção com propostas de prevenção para indivíduos com fatores de risco para DM II, bem como para pacientes com DM II.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Diminuir o número de casos de internações e complicações agudas aos portadores de DM II.
- Manter o nível glicêmico adequado entre os pacientes diabéticos.
- Estimular a prática de atividade física diária, alimentação saudável e peso adequado entre os pacientes com fatores de risco para DM II.
- Estimular mudança no estilo de vida dos pacientes diabéticos
- Reforçar as medidas de tratamento e a adesão ao mesmo.

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 IMPLICAÇÕES ÉTICAS

O trabalho trata-se de um projeto de intervenção, onde utilizou-se o planejamento estratégico situacional (PES), como ferramenta para construção do projeto. No PES identifica-se um conjunto de problemas, seguido da descrição dos mesmos e analisados na perspectiva de um determinado ator social (ARTMAN).

O trabalho pautou-se a partir da observação da realidade na prática clínica entre os pacientes com diabetes e respeita os princípios éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

#### 3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional para identificação dos problemas observados, em seguida foi feita a definição do problema prioritário, dos nós críticos e das propostas de operações, bem como a definição das responsabilidades, recursos necessários e o resultado que se pretende alcançar. A seguir as propostas de ação de acordo com o problema selecionado.

1. Estimular a prática de atividade física frequentemente para os pacientes atendidos na ESF.
2. Estimular a reeducação alimentar, através de orientações por profissionais da equipe e acompanhamento com nutricionista.
3. Realizar educação em saúde para pacientes diabéticos, quinzenalmente.
4. Realizar o controle de peso, glicemia, circunferência abdominal dos pacientes diabéticos em acompanhamento.
5. Realizar o controle do número de internações hospitalares e comparar com os dados das internações anteriores.

Para a ação 1 proposta acima será realizado pelo médico e enfermeira da unidade a organização de um grupo de pacientes para a prática de atividade física regular na semana, auxiliado pelo educador físico. Será estimulado a realização de atividade física, com orientação e acompanhamento dos pacientes para uma prática segura e correta de exercícios ao ar livre, atividades simples sendo necessário apenas a avaliação médica e tênis adequado. O médico deverá avaliar os pacientes durante a formação do grupo a fim de liberá-los para a prática da atividade. Após

liberados será dado início as atividades do grupo. Os pacientes deverão ser reunidos sempre no período matutino, em horário e local a ser determinado pelo educador físico. No primeiro dia serão esclarecidos através de roda de conversa sobre práticas saudáveis de alimentação e exercício físico, os responsáveis serão educador físico, o médico e enfermeira.

Todos os dias, antes da prática da atividade física serão aferidos a pressão arterial dos pacientes e a glicemia dos pacientes diabéticos que porventura o médico julgar necessário. Em seguida os pacientes iniciarão a atividade física por 30 a 45 minutos. Ao final de cada atividade os profissionais envolvidos (médico, enfermeira e educador físico) deverão fazer uma roda de conversa avaliando a atividade juntamente com os pacientes e proporcionando oportunidade para que os mesmos tirem suas dúvidas sobre temas relacionados a sua saúde em especial o diabetes e que sejam debatidos temas que estimulem hábitos alimentares e estilos de vida adequados, o seguimento para essa roda de conversa regular será dado pelo ACS. As consultas médicas ocorrerão a cada 15 a 30 dias ou de acordo com a necessidade de integrantes do grupo.

Para a ação 2, buscar reunir o maior número de pessoas, formar um grupo de ajuda, orientações dietéticas realizadas pelos médicos e enfermeiros da ESF, afim de selecionar quais alimentos incluir na dieta e quais evitar, o paciente deve selecionar aqueles de sua preferência e que possa encontra-los em nossa região, montamos um cardápio semanal para cada paciente, de acordo com o gosto de cada um.

Contaremos com a presença da nutricionista para que a mesma possa esclarecer ao grupo mitos e verdades sobre cada alimento, um acompanhamento mensal com profissional em data previamente selecionada, importante descrever metas alcançadas ao fim de cada, montar uma tabela para cada paciente e assim acompanhar o controle do Diabetes com auxílio da dieta, o que é imprescindível.

Para a ação 3, realizaremos encontro na própria unidade, em um dia e horário pré determinado, afim de promover a educação em saúde para usuários com diabetes, um encontro quinzenal ou mensal, de acordo com a disponibilidade entre os usuários. Os técnicos em enfermagem realizarão o controle dos sinais vitais em cada paciente, glicêmico com HGT, peso, estatura, IMC, medida da circunferência abdominal e aferição da pressão arterial. O médico e enfermeiros realizarão exposição através de banner, mostrando ao grupo os diversos fatores de risco



familiar e genético, a importância de mudança no estilo de vida para o controle da obesidade para que as futuras gerações não adquiram o diabetes, obesidade ou HAS.

Para a ação 4, os técnicos em enfermagem realizarão a triagem antes de iniciar qualquer outra ação, serão eles os responsáveis por aferir PA, realizar o teste da glicemia capilar, medir estatura, peso. O médico e enfermeiros ficarão responsáveis pela medida da circunferência abdominal e cálculo do IMC. A ação será realizada sistematicamente entre os profissionais e os resultados descritos em prontuários individuais e cartão do diabético.

Para a ação 5, o médico e enfermeiro realizarão um levantamento de dados de pacientes encaminhados pela unidade para internação hospitalar e farão um comparativo com internações de anos anteriores com as atuais.

Foi feita a revisão da literatura com base em artigos científicos disponíveis em bases de dados como: SCILEO, LILACS, BVS e diretrizes e protocolos do ministério da saúde sobre diabetes.

### 3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população do estudo serão: obesos, pacientes diabéticos ou não acompanhados na unidade, cadastrados ou não na unidade, pacientes cadastrados com fator de risco para desenvolver diabetes (histórico familiar de HAS, DM ou SM).

### 3.4 VARIÁVEIS DO ESTUDO

Controle da obesidade: medidas de peso, circunferência abdominal e IMC, Alvo IMC <25, circunferência abdominal <102 cm.

Controle pressórico: utiliza-se o esfigmomanômetro para aferir pressão arterial. Alvo PA 120/80 mm/hg a 135/85 mm/hg.

Controle glicêmico: para medir a glicemia capilar, utiliza-se, o HGT. Alvo, 120 mg/dl.

Para o diagnóstico do DMII: consulta direcionada, glicemia de jejum >126 mg/dl.

Para diagnóstico de Síndrome Metabólica: circunferência abdominal >102 cm, PA: 140/90 mm/hg e glicemia de jejum >110 mg/dl.

### 3.5 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ETAPAS	2019							
	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Implantar o projeto	X							
Realizar educação em saúde	X	X	X	X	X	X	X	X
Estimular a prática de atividade física	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar o controle de peso, glicemia, circunferência abdominal dos pacientes diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X
Estimular a reeducação alimentar	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar o controle do número de internações hospitalares e comparar com os dados da internações anteriores	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar o projeto	X	X		X		X		X

### 3.6 ORÇAMENTO

Materiais necessários	Preço unitário	Quantidade	Preço total
Kit teste glicose	120,00	5	600,00
Folhetos informativos		2000	160,00
<b>TOTAL</b>			<b>760,00\$</b>

#### 4. RESULTADOS

Com aplicação das medidas propostas no decorrer, espera-se um aumento no número de pessoas que vivem com diabetes com melhor adesão ao tratamento, controle glicêmico adequado e uma queda no número de internações hospitalares.

Como resultados parciais já observa-se um resultado positivo em relação a melhora na adesão ao tratamento farmacológico.

O controle glicêmico foi obtido após implantação do projeto, consultas, orientações dietéticas e mudanças necessárias no estilo de vida, juntamente com os medicamentos fornecidos gratuitamente na unidade, fizeram com que houvesse uma diminuição nos números de pacientes com piora clínica e internações hospitalares.

Foram inscritos um total de 22 pacientes do sexo feminino, para o acompanhamento continuado durante a primeira etapa da implantação, com 60 dias de prazo para obtenção de resultados esperados, foram realizadas duas rodas de conversa com seis e nove pessoas, entre diabéticos e hipertensos com obesidade I e II, onde esses usuários trocavam experiências sobre dieta, horários de alimentação e variedades de atividades praticadas no dia-dia, juntamente com um médico e um enfermeiro para orientações.

Foram registrados peso, PA, IMC, HGT e circunferência abdominal de todos os pacientes durante as consultas direcionada, no início do projeto, os dados foram descritos em um caderno de controle, reavaliados antes de cada roda de conversa e palestras.

O número de cinco pacientes com diabetes, dentre quatro portavam HAS associada, dois pacientes com HAS e obesidade I e um paciente com HAS e obesidade II.

Uma palestra realizada com atenção para pré diabetes e Diabetes Mellitus, organizada pelo médico, por três enfermeiros, três técnicos em enfermagem e viste oito ACs. Não foi possível a participação do nutricionista devido a ausência do profissionais nessa região. Na palestra reuniram 19 participantes, sendo 11 hipertensos, 7 diabéticos e 1 com obesidade I, com todos os dados registrados em uma ata de controle.

Não obtivemos espaço adequado e nem o acompanhamento com personal trainer para orientações sobre a pratica correta de atividade física e quais exercícios seriam praticados, então estão sendo realizados exercícios de caminhada

diariamente ou em dias alternados a beira rua, campos de futebol, nesse contexto não conseguimos quantificar a quantidade de pessoas.

## 5. DISCUSSÃO

A implantação do projeto na região teve como foco o alto índice de internações hospitalares de pessoas com o Diabetes Mellitus, tendo a não adesão ao tratamento como principal motivo dessas internações. Devido a dificuldades para o acompanhamento de outros profissionais e um local adequado, não foram atingidos todos os resultados esperados.

Percebemos usuários mais conscientizados sobre a importância do uso diário das medicações, também no aumento na distribuição de medicamentos antidiabéticos, muitos pacientes não recebiam medicações pela falta de cadastro.

Os controles mensais obtivemos melhora no controle do Diabete Mellitus pacientes inscritos, diabéticos que antes sentiam sintomas semanais, relataram desaparecimento dos mesmos, melhora significativa nos níveis pressóricos, porém não houve diminuição da dosagem ou retirada de medicação. A perda de peso, melhora do IMC e baixa na circunferência abdominal foi obtido em três pacientes com perda acima de 5kg cada uma, circunferência abdominal diminuiu acima de 4cm e teste capilar de glicose <125 mg/dl em jejum.

No geral, pelo tempo de aplicação do projeto, os pacientes obtiveram resultados glicêmicos esperados HGT < 140 mg/dl em jejum.

## 6. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Após revisão da literatura e às estratégias propostas, esperamos ampliar a adesão dos pacientes com diabetes mellitus na unidade básica ESF VI do Distrito Taboca, município de São Félix do Xingú -PA, melhorando a qualidade e expectativa de vida dos mesmos.

A adesão ao tratamento é essencial para atingir o controle glicêmico e evitar complicações. A educação e a promoção em saúde é peça chave para atingir esse objetivo.

Destacamos como frágil neste processo de implantação do projeto a ausência do profissional nutricionista e educador físico, visto a necessidade do mesmo para dar melhor andamento as atividades propostas. Potencial é o empenho e a participação dos profissionais envolvidos e da comunidade que passa a aderir ao projeto.

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.

## 7. REFERÊNCIAS

- GRILLO, M. F. F.; ANDGORINI, M. I. P. COELHO Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev. bras. enferm.** Fev 2007, vol.60, no.1, p.49-54. ISSN 0034-7167
- OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, MARIA LÚCIA. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um serviço de atenção básica à saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, Ago 2011, vol.45, no.4, p.862-868. ISSN 0080-6234
- PEREIRA, I. B. et al. Associação entre índice glicêmico e carga glicêmica dietéticos e síndrome metabólica em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Set 2012, vol.15, no.3, p.567-576. ISSN 1809-9823
- NOBRE, A. L. C. S. D. et al. Justiça distributiva no serviço de saúde especializado e no acesso a medicamentos. **Rev. Bioét.** Ago 2015, vol.23, no.2, p.373-386. ISSN 1983-8042
- ALBUQUERQUE, G. S. C. et al. Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Trab. educ. saúde**, Ago 2016, vol.14, no.2, p.611-624. ISSN 1981-7746
- LIMA, L. M. de et al. Perfil dos usuários do Hiperdia de três unidades básicas de saúde do sul do Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Jun 2011, vol.32, no.2, p.323-329. ISSN 1983-1447
- MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Dez 2010, vol.31, no.4, p.662-669. ISSN 1983-1447
- JARDIM, A. D. I.; LEAL, A. M. O. Qualidade da informação sobre diabéticos e hipertensos registrada no Sistema HIPERDIA em São Carlos-SP, 2002-2005. **Physis**, 2009, vol.19, no.2, p.405-417. ISSN 0103-7331
- CARVALHO, A. L. M. et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hiperdia no município de Teresina (PI). **Ciênc. saúde coletiva**, Jul 2012, vol.17, no.7, p.1885-1892. ISSN 1413-8123