

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ORIENTAÇÃO DIETÉTICA DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS PARA
O MELHOR CONTROLE METABÓLICO**

AUTOR: MARIO ENRIQUE CASTRO GONZALEZ

ORIENTADOR: SIMONE GOMIDE DOS SANTOS

SOCORRO, SÃO PAULO.

2015

SUMARIO:

1. INTRODUCÇÃO:	3
2. OBJETIVOS:	5
3. REFERENCIAL TEÓRICO	6
4. MATERIAL E MÉTODOS	8
5. RESULTADOS ESPERADOS	12
6. CRONOGRAMA	13
7. REFERENCIAS	14

1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus é um síndrome metabólica crônica, de evolução grave, lenta e progressiva. Caracterizada pela falta ou produção diminuída de insulina e/ ou da incapacidade dessa em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando à hiperglicemia e glicosúria, a Diabetes Mellitus são classificados em Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Mellitus gestacional, Diabetes Mellitus associado a outras condições ou síndromes são mais raro.

A doença não tem cura, mas que pode ser controlada, desde que sejam efetuadas mudanças no seu cotidiano, com adaptações de rotinas, inclusão de novos hábitos, enfim, as pessoas precisam ter limites e novas obrigações.^{1,2}

Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença no mundo, e a expectativa é que esse número chegue a 380 milhões em 2025. Apenas no Brasil 12 milhões de pessoas tem diabetes e muitos ainda não foram diagnosticados.

Quando ocorre a descoberta é preciso deixar hábitos anteriores e adquirir mudanças de hábitos por toda vida, para garantia de sucesso no plano terapêutico. É necessário que a equipe de saúde desenvolva ações educativas e de acolhimento para que o portador de Diabetes assuma a sua doença, percebendo a importância de seguir o regime terapêutico, o envolvimento da família no tratamento, com um maior conhecimento sobre sua patologia e de possíveis complicações.^{2,3}

Quatrocentos anos antes de Cristo, Hipócrates enunciou: “*Em os alimentos esta a coração*”.

O acompanhamento nutricional deve ser feito por profissional preparado, mas algumas dicas são importantes para o paciente portador de diabetes mellitus. A dieta deve ser abordada de maneira individualizada, de acordo com as necessidades calóricas diárias, o gasto energético, e os hábitos alimentares do paciente.^{5,6}

A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes, nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável. A quantidade energética ingerida deve ser adequada à atividade física, para tanto, os pacientes devem ser encorajados a comer alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais. Alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para prevenir oscilações acentuadas da glicemia.^{7,8}

Um controle metabólico rigoroso em conjunto com uma adequada nutrição é capaz de prevenir complicações crônicas do diabetes, ou retardá-las, resultando em melhor qualidade de vida para o indivíduo diabético. O seu controle envolve medidas de modificação de estilo de vida do indivíduo. O manejo do diabetes mellitus deve ser feito a partir de um sistema de saúde hierarquizado, tendo como base a atenção primária à saúde.^{10,11}

Na prática profissional é notória a descompensação de os pacientes diabéticos por malos hábitos nutricionais, sendo necessária a identificação de ações para intervenção em parceria com os familiares.

A Equipe do PSF Santa Cruz está situada em a periferia do Município de Socorro interior de São Paulo. Os desafios da equipe para implementação de esta meta são

o desconhecimento pela população da importância da dieta no paciente diabético para o controle metabólico .

A motivação para a realização de este trabalho surgiu a partir de um análises do aumento de casos de pacientes diabéticos descompensados metabolicamente por malos hábitos dietéticos , com a detecção da necessidade de organizar ações de promoção de saúde e qualidade de vida para os pacientes diabéticos e familiares e ações de prevenção em toda a população

O presente estudo e uma construção do Trabalho de Terminação de Curso (TCC) na modalidade provector de intervenção curso de especialização em Saúde da Família Universidade federal de São Paulo (UNIFESP) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNASUS).

2. OBJETIVOS

Geral

Avaliar os efeitos da intervenção educativa sobre a orientação dietética dos pacientes diabéticos para o controle metabólico, em um grupo de pacientes com diabetes mellitus cadastrados na Unidade Básica de Saúde Santa Cruz, Socorro, São Paulo.

Específicos

Caracterizar a população do estudo segundo as variáveis sócias demográficas, clínicas, hábitos de vida .

Comparar as variáveis relacionadas ao Índice de Massa Corporal, circunferência abdominal, pressão arterial, antes e após a intervenção.

Comparar os valores de HbA1c, no grupo , antes e após a intervenção.

Comparar as variáveis relacionadas à glicemia jejum, colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol, triglicérides, no grupo, antes e após a intervenção.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Diabetes Mellitus é uma síndrome de evolução crônica, considerada, também, como uma epidemia em curso, que acomete milhares de pessoas em todo o mundo, independente de idade, condição social ou localização.^{16, 17}

Segundo o Ministério de Saúde (2006), o DM é definido como é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia resultante de defeitos de secreção ou ação da insulina por mecanismos patológicos específicos, como destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina ou problemas de secreção da mesma.¹⁶

Para se ter um panorama da situação mundial do DM, em 1995 haviam 135 milhões de pessoas com esse diagnóstico, em 2002 eram 173 milhões e estima-se que em 2030 este grupo chegue a 300 milhões de portadores do. Na atualidade o DM ocupa a quarta posição em causas de morte no mundo.^{16, 18}

A Sociedade Brasileira de Diabetes explica que este número de pacientes acometidos por DM vem crescendo devido à urbanização da população, ao aumento de obesidade e sedentarismo, ao envelhecimento populacional e também, à sobrevida dos pacientes. O DM tem um crescimento mais acelerado em países pobres ou em desenvolvimento, o que leva, ainda, a aspectos preocupantes em todo contexto socioeconômico, já que atinge os indivíduos que contribuem economicamente para a sociedade, gerando gastos com previdência social e influenciando, assim, a pobreza e a exclusão sociais tão frequentes nesses países.¹⁶

Por ser uma doença crônica, apresentar complicações graves e pelo custo dos métodos necessários para controlá-la, o DM é considerado um problema de saúde pública e uma doença onerosa tanto para os pacientes e suas famílias como, também, para o estado. Porém, além do custo de caráter econômico, há, ainda, os de caráter psicológico e físico, já que os pacientes enfrentam obstáculos como a dor, diminuição na qualidade de vida, tempo de adaptação com uma nova situação de saúde e limitações decorrentes das complicações.^{16, 19}

O DM é classificado, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais, em quatro classes: DM tipo1, DM tipo2, Outros tipos e Diabetes gestacional.^{16, 20}

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2011), o tratamento do DM inclui as seguintes estratégias: educação, modificação do estilo de vida que inclui a suspensão do fumo, o aumento da atividade física, a reorganização dos hábitos alimentares e, se necessário, o uso de medicamentos. Nessa direção, graças à característica evolutiva do DM, o tratamento no decorrer dos anos requer o uso de medicamentos, os antidiabéticos orais e a insulina, uma vez que as células betas do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total ao longo dos anos.²¹

O objetivo da terapêutica com insulina é aproximar ao máximo o sujeito de sua condição anterior ao surgimento do DM, ou seja, o perfil fisiológico da secreção pancreática de insulina normal. Dessa forma, múltiplas doses de insulina diárias no tecido subcutâneo são necessárias para estabelecer o controle glicêmico, o qual tem sido demonstrado, como condição essencial na prevenção das complicações crônicas dessa doença.^{21, 22}

No entanto, para que o tratamento insulínoterápico alcance o controle glicêmico é necessário o aprendizado de vários aspectos sobre o uso da insulina exógena, pois sua ação está diretamente relacionada a fatores, tais como: tipo de insulina, dose, concentração, técnica de mistura de insulinas, local de aplicação e técnica de aplicação.^{21, 23}

A Associação Americana de Diabetes (ADA) recomenda que a automonitorização da glicemia capilar no domicílio, assim como outros fatores, façam parte do programa de educação a pessoa com DM. Reforçando assim, a compreensão para a modificação do estilo de vida e melhora da adesão ao tratamento, com estímulo as praticas de autocuidado.²⁴

.A automonitorização da glicemia capilar realizada em aparelho de glicosimetria de uso domiciliar é um excelente recurso utilizado para retratar as flutuações glicêmicas ao longo do dia. É uma ferramenta muito utilizada no acompanhamento das pessoas com DM em esquema de tratamento medicamentoso e não medicamentoso, especialmente para refeições com alimentos certos após test glicêmico.^{24, 25}

Um controle metabólico rigoroso em conjunto com uma adequada nutrição é capaz de prevenir complicações crônicas do diabetes , ou retarda-las , resultando em melhor qualidade de vida para o individuo diabético . O seu controle envolve medidas de modificação de estilo de vida do indivíduo.^{26, 27}

A dieta no controle metabólico junto com o test diário com glicômetro da glicemia, tem sido considerado de grande utilidade no direcionamento de avaliações e reavaliações da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, além de poder subsidiar a equipe de profissionais de saúde e os usuários na aquisição de conhecimentos das situações do dia a dia que podem desencadear descontrole glicêmico, trazendo assim mais segurança para a tomada de conduta profissional e mais autonomia ao indivíduo com DM.^{26, 28}

4. MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo clínico, aleatorizado, prospectivo, Por tanto, se realizará um estudo de intervenção com um grupo que será composto por usuários com DM que realizem mudanças em na alimentação, e participaram de um programa educativo de orientação dietética.

4.1. Cenário do estudo

Socorro pertence à o Circuito das Aguas no interior Paulista. A população estimada em 2010 somava 36,686 habitantes, considerando a área é de 448,074 km². O nome do município deriva da padroeira da cidade "Nossa Senhora do Perpetuo Socorro".

A assistência à saúde no município está organizada em nove regiões chamadas Unidades Básicas de Saúde (UBS) , um Posto de Saúde Central com as principais Especialidades e um Pronto Socorro (Santa Casa) .

4.2. Local e período

O estudo será realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da Secretaria Municipal de Saúde de Socorro- SP – UBS Santa Cruz. Esta Unidade de Saúde e selecionada, pela sua localização no centro e ser a maior área de abrangência de todo o município.

4.3. População-alvo (Universo)

A população-alvo será constituída por 147 pacientes com DM cadastrados na UBS Santa Cruz. A lista de pacientes com DM cadastrados será obtida por meio de consulta as fichas individuais na Unidade Básica de Saúde.

4.4. Critérios de inclusão dos sujeitos

Os critérios de inclusão estabelecidos serão: usuários com DM cadastrados na UBS Santa Cruz, com DM tipo 1 ou tipo 2, com idade superior a 18 anos, de ambos os sexos, residentes em Socorro-SP , com disponibilidade para comparecer às atividades propostas, capacidade de ouvir e responder, verbalmente, às questões formuladas.

4.5. Critérios de exclusão dos sujeitos

Os critérios de exclusão estabelecidos foram: usuárias com DM gestacional, indivíduos com idade inferior a 18 anos, óbitos no período proposto para a pesquisa, idosos em instituições de longa permanência, presença de amaurose e dificuldades em participar do estudo devido ao horário de trabalho.

4.6. Instrumentos de coleta de dados

Serão utilizados quatro instrumentos.

Instrumento 1- questionário subdividido em quatro partes: I - variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, renda familiar e ocupação); II - variáveis clínicas (tipo de diabetes, tempo de diagnóstico, tratamento para o controle do diabetes, presença de comorbidades associadas, complicações do diabetes, número de consultas para o DM, local de seguimento para o tratamento do DM e internação relacionada ao DM); III - dados relacionados aos hábitos de vida

(tabagismo, ingestão de bebida alcoólica, prática de atividade física) e IV - variáveis relacionadas ao alimentação saudável , dietas ,regímenes entre outros).

Instrumento 2 - ficha para o registro das variáveis referentes ao IMC e CA (altura, peso, índice de massa corporal e circunferência abdominal).

Instrumento 3 - ficha para o registro da pressão arterial (circunferência braquial, valores da primeira e segunda medida da pressão arterial sistólica e diastólica e a média dos valores obtidos).

Instrumento 4 - ficha para o registro dos valores dos exames laboratoriais (HbA1c, glicemia plasmática de jejum, colesterol total, LDL-C, HDL-C e triglicerídeo).

4.7. Procedimentos de coleta de dados - avaliação basal

Dia anterior a avaliação basal, serão realizados contatos telefônicos, com os participantes do estudo, para a confirmação da sua presença e orientação quanto ao período de jejum, para a coleta dos exames laboratoriais.

A avaliação basal será realizada no mês de junho de 2015, conforme agendamento prévio. Serão convidados por contato telefônico 20 usuários com DM por dia para comparecer na UBS. Essa avaliação terá como objetivo a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informar ao usuário em qual grupo ele será alocado, a obtenção dos dados sócios demográficos, clínicos, hábitos de vida , coleta de sangue para exames laboratoriais e a verificação da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal.

Após essa etapa da coleta de dados, será dada orientação individual, a cada usuário, sobre sua alocação no grupo controle ou intervenção assim como o dia e horário dos encontros para o início da intervenção educativa.

Na avaliação final, também serão realizados contatos telefônicos com os participantes do estudo para a confirmação da presença e orientação quanto ao jejum, para a coleta dos exames laboratoriais.

4.8. Programa Educativo para a Orientação Dietética do Paciente Diabético

O grupo será subdividido em cinco subgrupos para a realização dos encontros, de acordo com o dia da semana e horário previamente escolhidos. Os encontros serão realizados, duas vezes ao mês, com duração de 60 minutos, durante sete meses, conforme cronograma elaborado previamente.

MÊS	CONTEÚDO	RECURSOS DIDÁTICOS
Junho /2015 2 encontros	Apresentação do grupo e apresentação dos Mapas de Conversação. Temas abordados: Como o corpo e o DM funcionam. Os sentimentos e as emoções associadas à doença. Experiência e compreensão do DM. Como o corpo funciona sem o DM. Como o corpo se ajusta ao DM e sua progressão. A conexão entre várias condições de saúde e complicações em longo prazo. A importância de a dieta no controle da DM. Estabelecendo metas e vivendo uma vida melhor.	Kit com Mapas de Conversação: Como o corpo e o diabetes funcionam.

<p>Julho /2015 2 encontros</p>	<p>Temas abordados: Alimentação saudável e atividade física. A relação entre os níveis de glicose no sangue, a quantidade dos alimentos e atividade física. Os componentes de nutrientes dos alimentos. Planejamento de refeição e outras estratégias para alimentação saudável.</p>	<p>Kit com Mapas de Conversação: Alimentação saudável e atividade física. Glicômetros. Tiras reagentes. Lancetador. Planilhas de perfil Glicêmico. Álcool a 70,0%. Algodão. Recipiente rígido para lixo hospitalar.</p>
<p>Agosto/2015 2 encontros</p>	<p>Temas abordados: Como definir atividade física e ser ativo. A importância de ter um plano alimentar, ser ativo e incluir a rede de apoio. Discussão dos valores glicêmicos relacionando-os com a alimentação, as atividades. saciáis e viagens .</p>	<p>Kit com Mapas de Conversação: Alimentação saudável e atividade física.</p>
<p>Setembro/2015 2 encontros</p>	<p>Temas abordados: Tratamento medicamentoso e monitoramento da glicose no sangue. A importância do controle metabólico na prevenção do desenvolvimento e da progressão de complicações crônicas. Os principais alimentos em a dieta do paciente diabético . Monitoramento dos níveis de glicose em sangue e a ingestão de alimentos em referencia a os valores glicêmicos .</p>	<p>Kit com Mapas de Conversação: Tratamento com medicamento e Monitoramento da glicose no sangue. Glicômetros. Tiras reagentes. Lancetador. Planilhas de perfil glicêmico. Álcool a 70,0%. Algodão. Recipiente rígido para lixo hospitalar.</p>
<p>Outubro /2015 2 encontros</p>	<p>Temas abordados: Estabelecimento de metas de tratamento. Técnica e locais para coleta de sangue capilar, cuidados com o glicômetro e conservação das tiras reagentes. Orientações no preenchimento das planilhas.</p>	<p>Kit com Mapas de Conversação: Tratamento com medicamento e Monitoramento da glicose no sangue. Glicômetros. Tiras reagentes. Lancetador. Planilhas de perfil glicêmico. Álcool a 70,0%. Algodão. Recipiente rígido para lixo hospitalar.</p>
<p>Novembro/2015 2 encontros</p>	<p>Temas abordados: Orientações dietéticas , Sentimentos em relação ao início do tratamento com insulina. O que é insulina e por que as pessoas com DM tipo 2 precisam usar insulina. Os benefícios do tratamento com insulina. Os tipos de insulina. A importância de planejar suas refeições e a dieta.</p>	<p>Kit com Mapas de Conversação: Atingindo as metas com a insulina. Planilhas de perfil. Glicêmico dos usuários com DM.</p>
<p>Dezembro/2015 2 encontros</p>	<p>Reconhecimento inicial e controle da hipoglicemia. Reconhecimento dos padrões de glicemia. Criação de uma rede de suporte forte e estabelecimento de metas. Orientações no preenchimento das planilhas . Interpretação da glicemia capilar pós-prandial.</p>	<p>Kit com Mapas de Conversação: Atingindo as metas com a insulina. Planilhas de perfil. Glicêmico dos usuários com DM.</p>

4.9. Procedimentos de coleta de dados - avaliação final

A avaliação final será realizada no mês de dezembro de 2015, conforme agendamento prévio. Para tanto, serão convidados 20 usuários com DM por dia. Essa avaliação terá como objetivo a coleta de sangue para exames laboratoriais e a verificação da pressão arterial, do peso corporal e da circunferência abdominal.

4.10. Organização dos dados para análise

Os dados serão digitados utilizando o programa Microsoft Excel do Windows 7 (Microsoft Co, USA). Após digitação e conferência, serão exportados para o software STATA v.8 (StataCorp - College Station, Texas) para tratamento e geração dos resultados. O tratamento dos dados consistirá na geração de novas variáveis e construção dos principais indicadores utilizados no estudo.

A análise inicial dos dados se apoiará na descrição dos totais das principais variáveis do estudo (sociodemográficas, clínicas, hábitos de vida e de participação no Programa de AMGC no domicílio), estratificadas de acordo com os grupos controle e intervenção. Para tal, serão utilizadas medidas descritivas para as variáveis contínuas (médias e desvio-padrão, medianas) e distribuição de frequências para as variáveis nominais e ordinais.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Em relação às variáveis sócio-demográficas: devesse existir predomínio do sexo feminino, a idade média devesse ser por cima dos 45 anos. Quanto à escolaridade, os pacientes devem ter baixo nível educacional. A maior proporção dos sujeitos a renda familiar deve ser entre um e dois salários mínimos. Em relação à ocupação a maioria deve ser constituída por trabalhadores, seguida pelos aposentados.

Quanto às variáveis clínicas: o predomínio dos participantes com 15 anos e mais de DM. Para o controle do DM, as maiorias poderão utilizar apenas o tratamento medicamentoso. As comorbidades mais frequentes esperadas serão obesidade relacionada à hipertensão arterial e a dislipidemia. A maioria não referirão complicação crônica, e grão parte nunca foram internados. Quanto ao seguimento, as maiorias serão realizadas na UBS, máximo dois o três consultas num ano.

No que se refere às variáveis relacionadas aos hábitos de vida: As maiorias não fumarão, não ingerirão bebidas alcoólicas e não praticarão atividade física. O tempo de participação no Programa de AMGC no domicílio será de três a quatro anos como media. O número de testes de glicemia capilar prescritos poderá variar mais a maior frequência de testes será de dois testes ao dia. Para a realização dos testes no domicílio, a maioria poderia ser independente.

Em relação às variáveis de controle metabólico: Na avaliação basal dos participantes, a grão maioria serão sobrepeso e obesos e depois não terá variações. Quanto à presença de obesidade abdominal, a maioria apresentara valores acima do recomendado. Na avaliação basal da pressão arterial uma parte poderão apresentar valores alterados, na avaliação final, poderá existir uma redução de participantes com pressão arterial elevada. Na avaliação basal da HbA1c, a maioria dos usuários com DM poderão apresentar valores maiores que 7,0%. Entretanto, após intervenção, os valores de HbA1c deverão diminuir as cifras por cima do 7,0%.

A avaliação basal da glicemia plasmática de jejum poderão apresentar valores alterados e após as 12 semanas de intervenção, devesse diminuir um pouco os valores desta. O colesterol total, na avaliação basal, poderá apresentar valores menores ou iguais a 200 mg/dl, considerado ótimo e na avaliação final, poderá existir uma redução do numero de pacientes com DM que se encontravam com o colesterol total dentro da normalidade. Quando se compararem os valores de triglicérides, avaliação basal e final, estes deverão mostrar melhoras.

Em sínteses devo aclarar que estes resultados esperados são hipóteses de acordo a estudos realizados no Brasil e no resto do mundo mais não significa q nesta população tenham q se comportar do mesmo jeito.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maior	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Elaboração do projeto	X											
Aprovação do projeto		X										
Estudo da literatura	X	X	x	x	x							
Coleta dos dados		X	x									
Discussão e análise dos resultados				x								
Revisão final e digitação					x							
Entrega do projeto final					x							
Socialização do projeto						x	x	x	x	X	x	x

REFERÊNCIAS

1. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. [Acesso 06/02/2015]. Disponível em: <http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>
2. Gabriela Marsola Olivatto et al. Consumo de álcool e os resultados no controle metabólico em indivíduos com diabetes, antes e após a participação em um processo educativo. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Droga (Ed. port.) [online]. 2014, vol.10, n.1 pp. 3-10. [Acesso 06/02/2015]. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762014000100002&lng=pt&nrm=iso..
3. American Diabetes Association. Recomendações para os portadores de diabetes mellitus. Diabetes Clín. 2001; 5(4): 258-62.
4. Stratton IM, Kohner EM. UKPDS 50: risk factors for incidence and progression of retinopathy in type 2 diabetes over 6 years from diagnosis. Diabetologia 2001;44(2):156-63.
5. Diabetes Control and Complications Trial. Research Group. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long term complications in IDDM. N Engl J Med. 1993; 329(14):977-86. [No authors listed] [Acesso 06/02/2015] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8366922>
6. Viviane de Souza Franco, Maria Lúcia Zanetti, Carla Regina de Souza Teixeira, Luciana Kusumota. Automonitorização da glicemia capilar no domicílio. Cienc Cuid Saude, 2008, Jan/Mar; 7 (1): 121-127. [Acesso 06/02/2015]. Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/4956/3219>
7. American Diabetes Association. Tests of glycemia in diabetes. Diabetes Care 2004;27 suppl 1:S91-93.
8. Pascali PM. Monitorização da glicemia capilar. Terapêutica em diabetes 2004; 9(31):4-5

9. Werner, A.S.; Ohmann, C.; Abholz, H.; Dragano, N.; Lankisch, M. Effect of the Frequency of Self-Monitoring Blood Glucose in Patients with Type 2 Diabetes Treated with Oral Antidiabetic Drugs - A Multi - Centre, Randomized Controlled Trial. *Plos One*, Düsseldorf, v.3, n. 8, p.e3087, August. 2008.
10. Veras, Vivian Saraiva. Intervenção educativa sobre automonitorização da glicemia capilar no domicílio, para o controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2014 [Acesso 06/02/2015]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-20052014-192808/>.
11. Kirk, J.K.; Stegner, J. Self-Monitoring of Blood Glucose: Practical Aspects. *Journal of Diabetes Science and Technology*, Foster City, v.4, n.2, p. 435-9, March. 2010.
12. Sarwat, S.; Ilag, L. L.; Carey, M. A.; Shrom, D. S.; Heine, R. J. The relationship between self-monitored blood glucose values and glycated haemoglobin in insulin-treated patients with Type 2 diabetes. *Diabetic medicine: a journal of the British Diabetic Association*, Chichester, v. 27, n. 5, p. 589-592, May. 2010.
13. Goeler DS, Rosal MC, Ockene JK, Scavron J, De Torrijos F. Self-Management of type 2-Diabetes: A Survey of Low- Income Urban Puerto Ricans. *Diabetes Educ.* 2003; 29 (4): 663-70.
14. Dalewitz JB, Khan NMD. Barriers to control of blood glucose in Diabetes Mellitus. *Am J Med Qual.* 2000; 15(1):16-24.
15. Ribeirão Preto. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes, 2011 a. [Acesso 06/02/2015]. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>
16. Souza. Carla Monteiro de Educação em saúde: estratégia para o controle do diabetes mellitus na atenção primária no Brasil. 2013. vii, [34] f., il. Monografia (Bacharelado em Enfermagem)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013. [Acesso 09/02/2015-]. Disponível em: <http://bdm.unb.br/handle/10483/7095>
17. Silva, T.R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. *Saude sociedade.* 2006, vol.15, n.3, pp. 180-189.

18. Moraes, S.A.; Freitas, I.C.M.; Gimeno, S.G.A. and Mondini, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, Projeto OBEDIARP. *Cad. Saúde Pública*. 2010, vol.26, n.5, pp. 929-941.
19. Correr, C.J. et al. Avaliação econômica do seguimento farmacoterapêutico em pacientes com diabetes melito tipo 2 em farmácias comunitárias. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2009, vol.53, n.7, pp. 825-833.
20. Maraschin, J.F.; Murussi, N.; Witter, V. and Silveiro, S.P. Classificação do diabete melito. *Arq. Bras. Cardiol*. 2010, vol.95, n.2, pp. 40-46.
21. Beker, Tânia Alves Canata; Teixeira, Carla Regina de Souza; Zanetti, Maria Lucia Nursing intervention in insulin administration: telephone follow-up. *Acta paul. enferm.* [Online]. 2012, vol.25, n.spe1, pp. 67-73. ISSN 1982-0194. [Acesso: 09/02/2015-]. Disponível : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002012000800011&script=sci_arttext&lng=pt
22. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of the long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. The Diabetes Control and Complications Trial Research Group. *N Engl J Med*. 1993; 329(14): 977-86. [No authors listed] [Acesso 06/02/2015] Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199309303291401>
23. Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus. Itapevi: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2011.
24. Teixeira, Carla Regina de Souza, et al. Prática da utilização de lancetas ou agulhas na automonitorização da glicemia capilar no domicílio. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2012, vol.65, n.4, pp. 601-606. ISSN 0034-7167. [Acesso 09/02/2015]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000400008
25. Oliveira, CH, Berger K, Souza SC, Marui S. Monitorização contínua de glicose: análise crítica baseada em experiência ao longo de um ano. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2005; 49 (6): 983-90.
26. Augusto, Mariana Cristina. Avaliação do Programa de Dispensação de Glicosímetros e Insumos para Automonitorização da Glicemia Capilar no Município de Botucatu-SP. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. set.-out.

2014;22(5):801-9 [Acesso 09/02/2015]. Disponível em:
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:G5dlpe408pkJ:acervodigital.unesp.br/handle/unesp/177949+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=br>

27. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.583, de 10 de outubro; 2007. Diário Oficial da União, Brasília.
28. Alto WA, Meyer D, Schneid J, Bryson P, Kindig J. Assuring the accuracy of home glucose monitoring. J Am Board Fam Pract. 2002; 15 (1): 1-6.
29. Amparito RVC, Grossi SAA. Reutilização de seringas descartáveis no domicílio de crianças e adolescentes com diabetes mellitus. Rev Esc Enferm USP 2005; 41 (2): 187-95.