

**ESTRATÉGIAS PARA REDUÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM
PACIENTES COM DIABETES MELLITUS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CODÓ-MA**

**STRATEGIES FOR REDUCING COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH
DIABETES MELLITUS IN A BASIC HEALTH UNIT IN THE MUNICIPALITY
OF CODÓ-MA**

Rudson dos Santos Lima Carneiro¹

Maria do Amparo Salmito Cavalcanti²

1-Autor-correspondente: Médico. Pós-graduando em Saúde da Família pela UFPI. Trabalha como médico em uma Unidade Básica de Saúde de Codó-MA.

2-Orientadora. Doutorado em Medicina Tropical pela Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é professor titular da Faculdade de Saúde Ciências Humanas e Tecnológicas do Piauí e da Universidade Federal do Piauí.

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM) representa uma doença metabólica, crônica, degenerativa, com etiologia multifatorial que é associada à deficiência parcial ou total de insulina, considerada um importante problema de saúde pública devido a magnitude do número de casos. **Objetivos:** Desenvolver estratégias para redução de complicações em pacientes com Diabetes Mellitus na unidade básica de saúde Ana Luiza dos Reis no município de Codó-MA. **Métodos:** Trata-se de um projeto de intervenção desenvolvido para proporcionar melhorias na adesão dos pacientes ao tratamento recomendado, diminuindo com isso a incidência de complicações em decorrência da doença, assim como melhorar as orientações a esses pacientes em relação aos cuidados com o tratamento e com as possíveis complicações. Para isso, nas consultas médicas e de enfermagem, serão verificados os níveis de glicemia, solicitação de exames complementares e avaliação por meio do exame físico e da anamnese. **Conclusão:** Portanto, fica evidente que esse modelo que condiciona a educação em saúde para ações que visam a modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, através de orientações do médico, da enfermeira, da nutricionista, do educador físico, do dentista, enfim de uma equipe multiprofissional para propor atividades participativas, particularmente a formação de grupos para pacientes diabéticos são essenciais para melhorias na adesão ao tratamento.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus. Atenção Básica. Acompanhamento.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes Mellitus (DM) represents a metabolic, chronic, degenerative disease, with a multifactorial etiology that is associated with partial or total insulin deficiency, considered an important public health problem due to the magnitude of the number of cases. **Objectives:** Develop strategies to reduce complications in patients with Diabetes Mellitus in the basic health unit Ana Luiza dos Reis in the municipality of Codó-

MA. Methods: This is an intervention project developed to provide improvements in patients' adherence to the recommended treatment, thereby reducing the incidence of complications due to the disease, as well as improving the guidelines for these patients regarding care with treatment and with possible complications. For this, in medical and nursing consultations, blood glucose levels, request for complementary exams and evaluation through physical examination and anamnesis will be checked. Conclusion: Therefore, it is evident that this model that conditions health education for actions that aim to modify the practices of individuals considered inadequate by professionals, through the prescription of treatments, conducts and behavior changes, through guidance from the doctor, the nurse, from the nutritionist, from the physical educator, from the dentist, finally from a multiprofessional team to propose participatory activities, particularly the formation of groups for diabetic patients are essential to improve adherence to treatment.

Keywords: Diabetes Mellitus. Basic Attention. Side dish.

INTRODUÇÃO

O município de Codó-MA apresenta, segundo o instituto brasileiro de geografia e estatística (IBGE, 2019) área territorial de 4.361,344 km², população estimada de 122.859 pessoas e com uma densidade demográfica de 27,06 hab/km². Além disso, a escolarização de 6 a 14 anos é na proporção de 97,1% (2010), índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,595. Vale ressaltar que em 2018 a taxa de bruta de mortalidade foi de 5,3 óbitos a cada 1000 habitantes, em relação à taxa de mortalidade infantil observa-se 14,4 óbitos a cada 1000 nascidos vivos, a taxa de mortalidade neonatal foi de 10,3 para cada 1000 nascidos vivos, na taxa de mortalidade pós-neonatal observou-se 4,1 óbitos para cada 1000 nascidos vivos, a taxa de mortalidade em menores de 5 anos verificou-se 15,9 a cada 1000 nascidos vivos, a razão de morte materna foi de 102,8 a cada 100.000 nascidos vivos.

A mortalidade proporcional segundo o tipo de violência refleti a participação relativa das principais causas de morte por violência que cursam com morte pelo total de óbitos com causa definida. A proporção de acidente de transporte em 2018 foi 27,7% a cada 100 óbitos, em se tratando de lesões autoprovocadas voluntariamente em 2018 foram de 6,15% a cada 100 óbitos e sobre óbitos por agressão em 2018 ficou na proporção de 49,2% (DATASUS, 2018).

Outro ponto relevante é o relatório de pré-natal na atenção básica que avalia o acompanhamento das gestantes nos diversos níveis de gestão. O indicador de quantidade de Gestantes com o primeiro atendimento de pré-natal em Codó foram 1798 gestantes em 2019. O indicador que refere a quantidade de Gestante com o primeiro atendimento até a 12^o semana de gestação Codó foi de 716 gestantes no mesmo ano.

O outro indicador é o número de gestantes com exames avaliados até a 20ª semana que em Codó registrou 391 gestantes. E o indicador que refere-se ao número de consultas de Pré-natal por gestante em Codó tiveram 653 gestantes com até 3 consultas, 381 de 4 a 5 consultas e 445 gestantes com 6 ou mais consultas. Além disso deve –se avaliar as doenças ditas como emergentes, reemergentes e crônicas que é uma realidade no município com taxas de incidência e prevalência aumentando ao longo dos últimos anos (SISPRENATAL, 2019).

A dengue e Chikungunya, por exemplo, não foram registrados nenhum caso neste ano de 2020, segundo a plataforma integrada de vigilância em saúde (IVIS) do ministério da saúde. Outras doenças são endêmicas na cidade como a Leishmaniose visceral que está diretamente ligada a saneamento precário e fatores socioeconômicos. Não foi observada nenhum óbito neste ano. Em 2018 foram observados 2 óbitos. A hanseníase é uma doença que em 2018 foram registrados 66,52 novos casos da doença por 100.000 habitantes. Com a introdução do tratamento precoce observa-se uma diminuição dos quadros complicados, reações hansenicas e óbitos pela doença. Tem-se uma taxa de cura 86,84 % em 2019 o número de casos novos da doença no município foi de 115 caso e em menores de 15 anos 13 casos (DATASUS, 2018).

Em relação a Tuberculose em Codó verifica-se uma taxa de incidência considerando todas as formas clínicas de 24,42 em 2019 com 30 casos novos. A proporção de testagem para HIV entre os casos novos de Tuberculose foi de 76,7%. O coeficiente de mortalidade pela doença foi 3,26 óbitos maior do que o país que foi de 2,15 óbitos. A AIDS/ HIV é uma IST muito prevalente em nosso meio. Em 2019 foram notificados 29 casos totais da doença em Codó sendo 22 homens e 5 mulheres. Isso mostra a maior exposição dos homens a esta patologia. Desses houve 3 casos caso em gestantes (DATASUS, 2018).

Em 2018 houve 16 óbitos por AIDS com taxa de mortalidade bruta 13,1 casos. Em 2019 observou-se 4 casos de sífilis adquirida, 25 casos de sífilis em gestantes por 1000 nascidos vivos sendo o terceiro trimestre com maior número (11 casos) As doenças (doenças crônicas) são muito prevalentes no município. Há uma quantidade cada vez maior dos casos de hipertensos e diabéticos que mesmo com a medicação adequada tende a levar complicações já que os pacientes já chegam com a doença de longa data não diagnosticada ou mesmo pela baixa escolaridade da população em não aderir os medicamentos (DATASUS, 2018).

A Unidade Básica de Saúde alvo da intervenção chama-se Ana Luiza dos Reis onde estão instaladas duas equipes de saúde da família. A equipe em que atuo 3.941

peças cadastradas, 750 famílias e 121 são diabéticos, sendo 76 apresentam alguma complicação, em que as mais comuns são pé diabético e catarata. A equipe é constituída por um médico clínico, um enfermeiro, dez Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma técnica de enfermagem, um fisioterapeuta. Nesta equipe não possui dentista e nem uma auxiliar em saúde bucal, apenas na outra equipe desta UBS.

Um dos problemas que despertou atenção para uma intervenção foi a quantidade elevada de pacientes com complicações em decorrência do DM, em especial pela falta de adesão ao tratamento recomendado, pois o que se observa é que a maioria dos usuário não dão importância ao uso correto das medicações prescritas para o controle glicêmico adequado, assim como não seguem a dieta recomendada e muitos são sedentários.

O Diabetes Mellitus (DM) representa uma doença metabólica, crônica, degenerativa, com etiologia multifatorial que é associada à deficiência parcial ou total de insulina, considerada um importante problema de saúde pública devido a magnitude do número de casos (ALMINO; QUEIROZ; JORGE, 2016). A prevalência dessa enfermidade relaciona-se ao crescimento e envelhecimento populacional, aumento da prevalência da obesidade, alterações nos padrões alimentares e maior sobrevivência desses pacientes (BORGES; LACERDA, 2018).

Para o tratamento do DM existem as medicações orais e a insulina de uso injetável. A segunda opção deve casar com os hábitos de vida do paciente (alimentação, prática de atividade física e outros hábitos) e também com o controle de glicose do paciente. Para a fabricação da insulina humana (NPH e Regular) utiliza-se tecnologia de DNA recombinante, sendo é idêntica à insulina humana na sua estrutura. Já na fabricação da NPH é utilizado o agrupamento de duas substâncias (protamina e o zinco). Essa associação refleti no efeito mais prolongado da medicação (BORGES; LACERDA, 2018).

Quando a glicemia não é controlada, as consequências podem ser ameaçadoras à vida. Complicações agudas incluem desmaios e necessidade de hospitalização nos casos de hipoglicemia e cetoacidose (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2017). O descontrole dos níveis glicêmicos provoca prejuízos a longo prazo no contexto micro e macro vascular, como exemplo a nefropatia, neuropatia, doenças cardiovasculares (DCV) e neuropatia (EID et al., 2018). Os efeitos da DM1 não controlada, seja nos episódios de hipoglicemia imediata ou nas complicações a longo prazo, afetam todos os domínios de qualidade de vida das pessoas com essa condição (CORRÊA et al., 2017).

Portanto, o objetivo geral desta pesquisa é desenvolver estratégias para redução de complicações em pacientes com Diabetes Mellitus em uma unidade básica de saúde no município de Codó-MA. Essa pesquisa tem como objetivos específicos identificar quais são as complicações mais prevalentes, melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, organizar e realizar ações educativas para prevenção das complicações de acordo com a realidade local.

METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção que será realizado para a comunidade da UBS Ana Luiza dos Reis, localizada no Município de Codó-MA.

É importante esclarecer que não será necessário Comitê de ética, pois esses pacientes não serão entrevistados, mas sim serão alvo de ações de educação em saúde.

Antes de se iniciar a intervenção o enfermeira, os ACS e a técnica de enfermagem serão convidados para uma reunião com o médico, no intuito de elaborar um cronograma para as ações de promoção e prevenção da saúde, sendo que os responsáveis por executar essas ações serão o médico e o enfermeiro da equipe. Também será solicitada colaboração do NASF. Desta maneira, a equipe da UBS e a equipe do NASF desenvolverão palestras programadas que serão executadas quinzenalmente aos pacientes diabéticos. Essas palestras serão realizadas antes da consulta do HIPERDIA, com duração máxima de 40 min.

A prefeitura também será convocada pelo médico, ainda na primeira semana da intervenção a respeito do financiamento para a produção de cartazes e panfletos com informações relevantes à saúde destes usuários, bem como para a divulgação da Proposta.

Com a finalidade de melhorar a adesão dos pacientes atendidos, ao tratamento na UBS será monitorado o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção da UBS, bem como, será realizada busca ativa, através dos ACS, dos pacientes faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada. Serão identificados os pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Essa identificação ocorrerá durante as visitas domiciliares dos ACS e também durante as consultas médicas e de enfermagem.

O médico e a enfermeira ficarão responsáveis em observar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do Programa de Atenção ao

Hipertenso e Diabético adotado pela UBS. Esse monitoramento será realizado semanalmente durante a reunião com a equipe. Durante as consultas esses pacientes serão estimulados a seguir o tratamento recomendado, assim como manter a regularidade das mesmas.

O médico da equipe ficará responsável na primeira semana da intervenção em comunicar a importância desta agilidade dos exames complementares para garantir a qualidade do atendimento, organizar práticas coletivas com diabéticos sobre alimentação saudável e atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade.

Para o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos serão avaliados em relação a realização de exames clínicos apropriados (registro de pressão arterial, valores de glicemia, peso e avaliação de pulsos). Será avaliado o número de diabéticos que estão com os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada. Estas avaliações serão realizadas semanalmente nas reuniões com equipe por meio dos prontuários do paciente e também durante as consultas.

O médico e a enfermeira também realizarão o mapeamento e monitorização do número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco cardiovascular por ano. Para realizar tal atividade, sempre no momento da consulta o prontuário será avaliado para checar se ela foi executada ou não, caso não tenha sido realizada, aproveitarão a consulta para desenvolvê-la. O médico e o enfermeiro também melhorarão a qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

O médico e o enfermeiro monitorarão o acesso e priorizam os medicamentos anti-glicemiantes da atenção básica ou aqueles disponíveis na Farmácia Popular. O monitoramento das ações programadas será realizado uma vez por mês pela enfermeira da UBS e semanalmente serão realizadas reuniões com a equipe para discutir os problemas da UBS, bem como as estratégias para o projeto de intervenção, onde os ACS serão estimulados a continuar se engajando e realizaram busca ativa dos faltosos para com isso melhorar a adesão desses pacientes ao tratamento.

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESP.
	Identificar quais são as complicações mais prevalentes	100% dos diabéticos serão avaliados quanto	Durante as consultas médicas e de enfermagem os	1-Médico 2-Enfermeiro

		as complicações 3 meses	pacientes diabéticos receberam avaliação clínica por meio da anamnese, exame físico e exames complementares.	
Elevado número de pacientes diabéticos com complicações em decorrência da doença e falta de adesão ao tratamento proposto.	Melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;	100% dos pacientes serão estimulados a seguir o tratamento recomendado/ 3 meses	Durante as consultas médicas e de enfermagem os pacientes serão orientados quanto a importância e consequência da não adesão ao tratamento recomendado. Os ACS irão realizar busca ativa dos faltosos as consultas.	1-Médico 2-Enfermeiro 3-ACS
	Organizar e realizar ações educativas para prevenção das complicações de acordo com a realidade local.	Realizar ações educativas com a participação de no mínimo 80% dos diabéticos cadastrados/3 meses	Organizar um cronograma de ações educativas na UBS que sejam realizadas no dia do HIPERDIA.	1-Médico 2-Enfermeiro 3-ACS 4-Equipe do NASF (nutricionista e educador físico)

DISCUSSÃO

ASPECTOS GERAIS SOBRE O DM

O diabetes mellitus é um grande problema de saúde pública e inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. O envelhecimento populacional e o estilo de vida atual caracterizado por sedentarismo e má alimentação, contribuíram para o aumento da incidência e prevalência dessa doença (CORRÊA et al., 2017).

Diabetes é uma situação clínica frequente, acometendo cerca de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico. As alterações da tolerância à glicose estão relacionadas a um aumento do risco de doença cardiovascular e de desenvolvimento futuro de diabetes (SBD,2019).

Segundo *International Diabetes Federation* em 2017 em todo mundo foram identificados 425 milhões de pessoas com DM, das quais 79% viviam em países em desenvolvimento. As formas mais frequentes de diabetes são o diabetes tipo 1 e o diabetes tipo 2 e os termos “dependente de insulina” e “não dependente de insulina” anteriormente atribuídos respectivamente aos dois tipos de diabetes foram eliminados (SILVEIRO, 2015).

No tipo 1 acontece a destruição das células beta pancreáticas produtores de insulina em um processo chamado de auto-imune. Em decorrência desse processo auto-imune os pacientes produzem quantidade reduzida ou até mesmo não produzem nenhuma insulina, sendo necessário a utilização diária de injeções desse hormônio para controlar seus níveis glicêmicos (SBD, 2019).

Comumente ocorre antes dos 30 anos de idade com início agudo e inesperado. A faixa etária de maior ocorrência para a identificação do DM1 entre crianças e adolescentes é de 10 e 14 anos, todavia, menos comumente, em adultos de qualquer idade (SBD, 2019).

Já os pacientes que possuem o diagnóstico do tipo 2 apresentam o desempenho prejudicado e sensibilidade diminuída a insulina, que por sua vez, prejudica as células beta, resultando em produção diminuída de insulina. Esse tipo de DM ocorre em aproximadamente 90 a 95% dos doentes e se manifesta, geralmente em pessoas com mais de 30 anos de idade e obesas. Já DM Gestacional é diagnóstico na gestação e caracteriza-se pela diminuição da tolerância à glicose, podendo ou não persistir após o parto (BERTOLUCI et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco. Alguns governos, sistemas de saúde pública e profissionais de saúde ainda não se conscientizaram da atual relevância do diabetes e de suas complicações (PEREZ et al., 2019).

A junção de vários fatores como pouca conscientização sobre o diabetes mellitus entre a população geral e os profissionais de saúde, possibilitam a progressão do diabetes e o surgimento de complicações, pois são diagnosticados com a patologia e muitos não mudam seu estilo de vida, e com isso não há o controle glicêmico, possibilitando então a aceleração do surgimento de alterações que podem piorar o quadro do paciente resultando em um aumento das taxas de hospitalizações, e maior utilização dos serviços de saúde (PEREZ et al, 2019)

O diabetes estar associado a maior incidência de doenças macrovasculares como: cardiovasculares e cerebrovasculares, doenças renais, amputações não traumáticas de membros inferiores e alterações microvasculares (retinopatia, neuropatia e nefropatia diabética) (MARTINS, 2019).

O quadro clínico se manifesta por sintomas de hiperglicemia como: poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida como a cetoacidose diabética e o estado hiperosmolar hiperglicêmico. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos de intervenção demonstraram que a obtenção do melhor controle glicêmico possível retardou o aparecimento de complicações crônicas microvasculares, embora não tenha tido um efeito significativo na redução de mortalidade por doença cardiovascular (RIBEIRO, 2018)

O diagnóstico correto e precoce do diabetes mellitus e das alterações da tolerância à glicose é extremamente importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento das complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes. O diagnóstico do diabetes baseia-se fundamentalmente nas alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral. A medida da glico-hemoglobina não apresenta acurácia diagnóstica adequada e não deve ser utilizada para o diagnóstico de diabetes (KASPER, 2017).

Existem evidências de que indivíduos com diabetes mal controlado ou não tratado desenvolvem mais complicações do que aqueles com o diabetes bem controlado. Apesar disso, em algumas circunstâncias, as complicações do diabetes são encontradas mesmo antes da hiperglicemia, evidenciando a grande heterogeneidade desse distúrbio metabólico. Além disso, ainda não está claro o quanto as complicações crônicas do diabetes são resultantes da própria hiperglicemia ou de condições associadas, como deficiência de insulina, excesso de glucagon, mudanças da osmolaridade, glicação de proteínas e alterações lipídicas ou da pressão arterial (SBD, 2019).

IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O CONTROLE DO DM

Entende-se como educação em saúde o desenvolvimento de um diálogo entre profissionais e usuários. Esse diálogo permite construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no seu autocuidado e tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde. Cabe mencionar que a educação em saúde vai além das assistências clínicas e curativas, estão voltadas para aplicação de métodos didáticos libertadores, orientando-se para as atividades cuja essência está no aumento da qualidade de vida e na promoção de saúde do homem através do autocuidado (FAVARO et al., 2017).

Nesta perspectiva, as equipes de saúde da família representam um contexto privilegiado para a prática da educação em saúde por ser a porta de entrada dos usuários com o sistema de saúde e também por se basear em tecnologias leves voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (RICCI et al., 2015).

Atualmente, as equipes de saúde da família necessitam incorporar ainda mais estratégias que envolvam ações de educação em saúde, pois elas são imprescindíveis ao conhecimento e adesão terapêutica ou até mesmo estímulo aos hábitos de vida saudáveis pela comunidade. As ações de educação em saúde devem ser harmônicas ao modelo de atenção atualmente proposto para as doenças crônicas, o qual se fundamenta na troca de conhecimentos e na transformação da realidade (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2016).

Sendo assim, um dos grandes desafios da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é controlar tais doenças crônicas, que emergiram pela transição demográfica que acontece no país e pelo envelhecimento populacional e que são causadoras de enormes custos econômicos e sociais. Dentre esses agravos, destacam-se a HAS e o DM tanto por suas prevalências como pelo potencial de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas (RIBEIRO et al., 2017).

Tendo em vista as complicações do DM o desenvolvimento de um grupo educativo no âmbito da ESF destaca-se como um mecanismo de apoio a quem enfrenta tais doenças (MENDONÇA; NUNES, 2015). Almeida; Moutinho; Leite (2016) enfatizam que tal estratégia é valiosa sobretudo quando as ações educativas são conduzidas para o bem viver, o modo de ser de cada sujeito e quando há encontro de novos saberes.

É importante ressaltar que na atenção primária os portadores do DM deveriam conseguir um atendimento assistencial com maior durabilidade, voltado para oferecer um plano de cuidado capaz de sensibilizar o usuário frente a necessidade de adesão ao tratamento ofertado para evitar ou diminuir as variabilidades que podem ser ocasionadas pelas patologias supracitadas (RIBEIRO et al., 2017).

Por fim, a atenção à saúde através do fornecimento de informações oportuna, apoio e monitoramento pode melhorar a adesão aos tratamentos, reduzindo as complicações das condições crônicas e oferecendo melhor qualidade de vida às pessoas com DM (FAVARO et al., 2017).

CONCLUSÃO

O planejamento de ações para melhorar a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento farmacológico e não farmacológico são úteis para impulsionar a equipe e a população em relação aos cuidados com a sua. Sendo assim, espera-se com essa intervenção resulte em uma melhor qualidade de vida dos pacientes diabéticos, bem como na reorganização do processo de trabalho na unidade. Entretanto, para que o plano de ação seja implementado é necessária a participação de toda a equipe de saúde em conjunto com os gestores e a população.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R.; MOUTINHO, C. B.; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, v. 38, n. 101, p. 328-37, 2016.

ALMINO, M. A. F. B.; QUEIROZ, M. V. O. JORGE, M. S. B. Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v.43, n.4, p. 1-6, 760-67, set. 2016.

BORGES, D. B.; LACERDA, J. T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, São Paulo, v. 42, n. 116, p. 162-78, jan-mar. 2018.

CORRÊA, K. et al. Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 921-30, mai. 2017.

FAVARO, D. T. L. et al. Grupos educativos para o controle de hipertensão e diabetes mellitus: revisão integrativa de literatura. **Arq. Ciênc. Saúde**. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 21-31, jan-mar. 2017.

MENDONÇA, F. F.; NUNES, E. F. P. A. Avaliação de grupos de educação em saúde para pessoas com doenças crônicas. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 397-409, 2015.

RICCI, C. I. *et al.* Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ethnic minority groups: a systematic review,

meta-analysis and meta-regression. **BMC Endocr Disord**. v. 14, n. 12, p. 60-71, mai. 2015.

RIBEIRO, W. A. *et al*. Educação em saúde aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família. **Revista Pró-univer SUS**. São Paulo, v. 8, n. 2, p. 110-14, jul./dez. 2017.

SILVEIRO, S. P; SATLER, F. **Rotina em Endocrinologia**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

KASPER, D. L. *et al*. **Harrison Medicina Interna**. Vol. 2. 19° ed. Porto Alegre: McGrawHill, 2017

PEREZ, E. G. S. *et al*. Elaboração de protocolo de investigação de neuropatia periférica em pacientes diabéticos. **Revista Cuidarte enfermagem**. Catanduva, vol. 13, p. 22-26, jan./jun. 2019

RIBEIRO, V. S.; NUNES, M. J. C. Pé diabético: conhecimento e adesão as medidas preventivas. **Revista científica da escola de saúde pública de Goiás “Candido Santiago”**. Goiás, v. 4, n. 2, p. 156-59, set. 2018

SALCI, M^a. A.; MEIRELLES, BHS, SILVA, D. M^a G. V. Atenção primária às pessoas com diabetes mellitus na perspectiva do modelo de atenção às condições crônicas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, n. 2, p. 1-8, set. 2017.

SILVA, R. M. *et al*. Promoção da saúde no contexto interdisciplinar. **Rev Bras em Prom Sau**, v.20, n.3, p. 23-38, mai. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes**. 2019- 2020. Clanad ed. São Paulo. 2019.