

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA**  
**FAMÍLIA**

**Leonardo Lisboa Bastos**

**ADESÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS AO TRATAMENTO PROPOSTO:**  
*desmistificando o uso de insulinas em uma unidade básica de saúde do*  
*município de Arari- MA*

**FORTALEZA - CE**

**2018**

**Leonaldo Lisboa Bastos**

**ADESÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS AO TRATAMENTO PROPOSTO:  
*desmistificando o uso de insulinas em uma unidade básica de saúde do  
município de Arari- MA***

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof<sup>ª</sup>. Raimunda Hermelinda

**FORTALEZA - CE**

**2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- B329a Bastos, Leonaldo Lisboa.  
ADESÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS AO TRATAMENTO PROPOSTO :  
desmistificando o uso de insulinas em uma unidade básica de saúde do município de Arari-  
MA / Leonaldo Lisboa Bastos. – 2018.  
28 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará,  
Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2018.  
Orientação: Prof. Dr. Raimunda Hermelinda Maia Macena.

1. Diabetes Mellitus. 2. Atenção Básica. 3. Saúde da Família. I. Título.

CDD 362.1

---

**Leonaldo Lisboa Bastos**

**ADESÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS AO TRATAMENTO PROPOSTO:  
*desmistificando o uso de insulinas em uma unidade básica de saúde do  
município de Arari- MA***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

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

BANCA EXAMINADORA

---

Profº. Dra. Raimunda Hermelinda Maia Macena  
UFC

---

AVALIADOR 1

---

AVALIADOR 2

## RESUMO

O presente trabalho apresenta um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento assim como incentivar o uso e aceitação das insulinas nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus na área adscrita da Unidade Básica de Saúde Coréia em Arari-MA. Trata-se de uma pesquisa-ação que consistirá nas seguintes ações: desenvolvimento de estratégia educativa para autocuidado para pessoas com DM e desenvolvimento de Intervenção de ampliação de acesso dos pacientes diabéticos insulínod dependentes à Unidade Básica de Saúde Coréia em Arari-MA. O resultado esperado é melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde atendidos na USB Coréia pela Equipe ESF Coréia, principalmente os pacientes diabéticos insulínod dependentes e aqueles ainda não insulínizados, mas que necessitam desta abordagem. Proporcionando também melhorias no acesso aos serviços de saúde, facilitando a comunicação com a equipe e diminuindo o tempo entre as intercorrências e as tomadas de decisão terapêuticas..

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Atenção Básica. Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The present study presents an intervention project with the objective of improving adherence to treatment as well as encouraging the use and acceptance of insulin in patients with Diabetes Mellitus in the area of the Basic Health Unit Korea in Arari-MA. It is an action research that will consist of the following actions: development of educational strategy for self-care for people with DM and development of intervention for the expansion of access of insulin-dependent diabetic patients to the Korea Basic Health Unit in Arari-MA. The expected result is an improvement in the quality of life of users of the Unified Health System served by USB Korea by the ESF Korea Team, mainly insulin-dependent diabetic patients and those who are not yet insulinized, but who need this approach. It also provides improvements in access to health services, facilitating communication with the team and reducing the time between interurrences and therapeutic decision-making ..

**Keywords:** Diabetes Mellitus. Basic Attention. Family Health.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	9
2. PROBLEMA .....	11
3. JUSTIFICATIVA .....	12
4. REVISÃO DA LITERATURA .....	14
5. OBJETIVOS .....	16
5.1. OBJETIVO GERAL .....	16
5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	16
6. METODOLOGIA.....	17
6.1. Tipo de estudo.....	17
6.2. Local.....	17
6.3. População alvo do estudo .....	18
6.4. Plano de intervenção.....	18
6.5. Aspectos éticos .....	20
7. RECURSOS NECESSÁRIOS .....	21
8. RESULTADOS ESPERADOS.....	22
9. CRONOGRAMA.....	23
REFERÊNCIAS.....	24

## **LISTA DE SIGLAS**

AB – Atenção Básica

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

ACS – Agentes Comunitários de Saúde

MFC – Medicina de Família e Comunidade

## 1. INTRODUÇÃO

O Brasil vivencia um período de transição epidemiológica, com elevação do número de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Malta *et al.*, 2010; Saúde, 2013a; Mássimo *et al.*, 2015). Doenças crônico-degenerativas como hipertensão arterial e diabetes mellitus e devem ser acompanhadas pelos profissionais das UBS, com regularidade (Saúde., 2001; Malta e Silva Jr, 2013). Assim, com o intuito de lidar com esse perfil epidemiológico foi criado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT (Malta e Silva Jr, 2013).

O controle adequado e de forma continuada da DM pode evitar complicações e nesse sentido a Atenção Básica de Saúde deve atuar, em especial no que se refere a adesão ao tratamento (Saúde., 2001; Saúde, 2013a; Faria *et al.*, 2014; Teixeira, 2016; De Oliveira *et al.*, 2017). Em estudo realizado em unidades de saúde da família de Minas Gerais observou-se que os fatores envolvidos na adesão ao tratamento para DM incluem acessibilidade e disponibilidade dos medicamentos nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre o próprio corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (Faria *et al.*, 2014; Cruz, 2017; Malerbi, 2018).

Deste modo, sabe-se que a adesão ao tratamento é um grande desafio no controle destas doenças, tendo em vista que tais terapêuticas devem ser implementadas e supervisionadas longitudinalmente, com consultas rotineiras e cuidados interdisciplinares (Saúde, 2013a; Faria *et al.*, 2014; Cardoso *et al.*, 2017; Cruz, 2017; Souza *et al.*, 2017; Malerbi, 2018). Por este motivo, apesar das medidas já adotadas pelas equipes de saúde da família, com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes em todas as doenças crônicas.

Pode-se observar que ainda existe uma grande lacuna a ser preenchida tendo em vista a grande quantidade de pessoas com níveis pressóricos e glicêmicos descompensados, estando assim, expostas a lesões em órgãos alvo e piora significativa na qualidade de vida destes pacientes (Gusso e Lopes, 2012; Teixeira, 2016; Bishwajit *et al.*, 2017).

Deste modo, faz-se necessária a criação de medidas auxiliares para aumentar a adesão ao tratamento de pacientes diabéticos às terapias propostas, principalmente no que diz respeito ao uso de insulinas, desmistificando a falsa percepção de que a insulinização seria o “início do fim” (Faria *et al.*, 2014; Bishwajit *et al.*, 2017; De Oliveira *et al.*, 2017).

## 2. PROBLEMA

Observa-se uma grande resistência ao início e continuação dos tratamentos instituídos para controle de doenças crônico-degenerativas em especial do Diabetes Mellitus tanto nos níveis glicêmicos, quanto na prevenção e controle das lesões em órgãos alvos (Saúde, 2013a; Faria *et al.*, 2014; Teixeira, 2016), Por vezes, tal dificuldade encontra-se desde a instituição das terapias mais simples como modificações de estilo de vida, mudanças de hábitos alimentares e manutenção de um plano diário de atividades físicas, passando pelo uso adequado de medicações orais em monoterapia ou terapia com múltiplos medicamentos e principalmente com uso de insulinas (Faria *et al.*, 2014; Brasil, 2016; Silverman-Retana *et al.*, 2016; De Oliveira *et al.*, 2017).

Apesar dos programas de controle que funcionam na UBS, como HiperDia pode-se observar em uma grande parte de pacientes uma fragilidade na manutenção de controles glicêmicos adequados para a prevenção de complicações crônicas em decorrência de altos valores de glicemia (Saúde, 2013a; Teixeira, 2016; Malerbi, 2018). deste modo, é comum encontrar nos ambulatórios pacientes diabéticos que não conseguem realizar o controle glicêmico adequado com sentimentos relacionados à insulinização que são traduzidos em termos como “medo”, “pavor”, “receio”, “fim da estrada”, “última opção” (Bishwajit *et al.*, 2017). Refletindo uma visão contrária ao que realmente significaria a insulinização destes pacientes.

Assim sendo, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento de DCNT visa o desenvolvimento de ações conjuntas com participação essencial da AB para considerar as carências da população e da futura geração, além de reforçar os programas existentes de cuidado a DCNT, suprimir os fatores de riscos, bem como aperfeiçoar a atenção para escapar complicações (Malta e Silva Jr, 2013; Saúde, 2013a; Máximo *et al.*, 2015).

### 3. JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica e Diabetes Mellitus possuem, como em todo o território nacional, papel de destaque, influenciando os índices e morbidade e mortalidade populacionais (Saúde., 2001; Vera-Remartínez *et al.*, 2014; Brasil, 2016). A experiência do adoecer, na pessoa com diabetes é extremamente peculiar, isso deve ao seu processo lentificado (Gusso e Lopes, 2012). A consciência da perda da condição de “indivíduo saudável” se dá, normalmente, de forma tardia, depois ou durante a ocorrência de complicações oriundas do mau controle glicêmico (Alencar *et al.*; Faria *et al.*, 2014; Brasil, 2016; De Oliveira *et al.*, 2017).

Observa-se ainda em pacientes com níveis glicêmicos elevados, grande resistência na manutenção do tratamento, mesmo quando em uso de terapia oral e maior ainda naqueles que necessitariam de insulinização, seja por agudização em decorrência de alguma situação pontual, ou mesmo naqueles com falência da terapia oral (Gusso e Lopes, 2012; Saúde, 2013a; Máximo *et al.*, 2015).

Justifica-se a relevância deste estudo pelo fato do diagnóstico de DM ser mais comum com o avanço da idade, aumentando após os 35 anos, e o concomitante envelhecimento populacional e o desenvolvimento de estudos não só para detectar, como também para encaminhar um processo de intervenção educativa e terapêutica, nos diversos estágios dessa doença e de suas complicações é de fundamental importância (Saúde., 2001; Brasil, 2016; De Oliveira *et al.*, 2017).

As doenças crônico-degenerativas possuem grande importância na saúde municipal de Arari, e da população encontrada na área adscrita da UBS Coréia. reconhecendo que a educação em saúde é uma habilidade importante no sucesso do tratamento da DM (Faria *et al.*, 2014; Teixeira, 2016; De Oliveira *et al.*, 2017), buscamos compreender: *Como as ações de intervenção*

*educativa na Atenção Básica podem oferecer informações sobre o uso de insulinas para melhorar a qualidade de vida da pessoa com DM?*

#### 4. REVISÃO DA LITERATURA

Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas, pelas chamadas células beta (Gusso e Lopes, 2012). A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta portanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia (Saúde, 2013a; Bishwajit *et al.*, 2017)

Durante a abordagem aos pacientes com diabetes um dos principais problemas encontrados pelos profissionais de saúde é a baixa adesão ao tratamento, algo corriqueiro nas doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida (Teixeira, 2016; Cardoso *et al.*, 2017; Malerbi, 2018). O estímulo a adesão ao tratamento é fundamental e a educação em saúde deve ser considerada já que se mostra como estratégia que possibilita melhor adesão dos pacientes ao esquema de tratamento proposto (Saúde., 2001; Brasil, 2013; Faria *et al.*, 2014; Cruz, 2017).

Contudo, muitos programas de educação em saúde não logram êxito por não levarem em consideração aspectos psicológicos, culturais, sociais, interpessoais, assim como as reais necessidades psicológicas da pessoa diabética (Brasil, 2013; Malta *et al.*, 2014; De Azevedo Leitão Máximo *et al.*, 2015; Assunção *et al.*, 2017; Malerbi, 2018).

Foi observado que as principais causas da não adesão ao tratamento com insulina na AB demonstrou que o não entendimento pelo usuário da importância do uso correto da insulina e um controle glicêmico adequado, via de administração da insulina percepção do uso da insulina como fracasso no tratamento, uma falsa associação entre o uso de insulina e a piora ou surgimento das complicações crônicas, maior frequências de eventos hipoglicêmicos, possível necessidade de uma segunda pessoa para aplicar a

medicação, esquema de insulino terapia com várias aplicações diárias e devido a forma de orientação/prescrição (algumas com letra ilegível) e as dificuldades de leitura por parte do paciente e/ou do cuidador (baixa escolaridade/analfabetismo), gerando dificuldades de seguimento da orientação (Cardoso *et al.*, 2017; Malerbi, 2018).

Além disso, a falta de condições materiais para o seguimento das orientações/prescrições (disponibilidade da medicação, das fitas para controle da glicemia de jejum, dietas com alimentos fora do padrão alimentar da comunidade), bem como hábitos e costumes individuais e familiares nocivos à saúde, são fatores identificados como dificultadores para a adesão ao tratamento (Faria *et al.*, 2014; Cardoso *et al.*, 2017; Cruz, 2017; Malerbi, 2018).

É importante que o paciente compareça às consultas regularmente, nas quais ele deverá receber orientações sobre a doença e seu tratamento, onde deve receber a orientação nutricional adequada, informar-se sobre como evitar complicações, como usar insulina ou outros medicamentos, como usar os aparelhos que medem a glicose (glicosímetros) e as canetas de insulina, receber orientações sobre atividade física, assim como aprender a reconhecer e agir em situações de hipo e de hiperglicemia (Malerbi, 2018).

Deste modo sabe-se que o aprendizado em saúde é fundamental não só para o bom controle do diabetes como também para garantir autonomia e independência ao paciente (Brasil, 2013; Malta *et al.*, 2014; Cardoso *et al.*, 2017; Cruz, 2017). Da mesma forma é importante o envolvimento dos familiares com o tratamento do paciente diabético, visto que, muitas vezes, há uma mudança de hábitos, requerendo a adaptação de todo núcleo familiar. (BRASIL, 2006)

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1. OBJETIVO GERAL**

Elaboração de um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento assim como incentivar o uso e aceitação das insulinas nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus na área adscrita da Unidade Básica de Saúde Coréia em Arari-MA.

### **5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Etapa 1. Desenhar uma estratégia educativa para autocuidado para pessoas com DM

- Desenvolver oficinas de capacitação em autocuidado e manejo de seringas, agulhas, canetas e outros dispositivos para pessoas com DM, insulino-dependentes.
- Criar grupo de discussão com pacientes diabéticos sobre complicações evitáveis relacionadas à doença.
- Monitorar a administração de medicamentos nos usuários com consultas frequentes na UBS.

Etapa 2. Propor uma intervenção de ampliação de acesso dos pacientes diabéticos insulino-dependentes à Unidade Básica de Saúde Coréia em Arari-MA.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1. Tipo de estudo**

Será desenvolvido um estudo descritivo através do uso da pesquisa-ação (Appolinário, 2006)

### **6.2. Local**

O presente plano de intervenção será desenvolvido na cidade de Arari, município do Estado do Maranhão, Brasil. Arari Possui uma área de 1.100,275 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 25,89 hab/km<sup>2</sup>, uma população de 28.488 habitantes, conforme o Censo de 2010, com população atual estimada em 29.388 habitantes, em 2018. Distante 156 km de São Luís, localizado na região da Baixada Maranhense, por sua vez localizada na região Mesorregião Norte do Maranhão (Ibge, 2017a).

De acordo com informações coletadas na Secretaria Municipal de Saúde do Município, este dispõe de uma rede de Atenção de Básica composta por 11 Unidades Básicas de Saúde, com 10 equipes de Estratégia de Saúde da Família e 1 equipe de transição. Os serviços de saúde são oferecidos a nível local na UBS Coréia, que abriga duas equipes de ESF. Casos urgentes ou que demandam maior complexidade são prontamente direcionados à Unidade Mista (hospital municipal local) localizado dentro da área de abrangência de outra ESF. A Equipe ESF Coréia conta com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 odontólogo, 3 técnicos de enfermagem e 9 agentes comunitários de saúde com uma área de abrangência de 4325 pessoas cadastradas.

A UBS oferece serviços à sociedade durante a semana em horário comercial (segunda a sexta das oito às dezessete horas), conta com programas de assistência à criança e ao adolescente, saúde da mulher, saúde do homem, saúde do idoso, cobertura de pré-natal, PMAQ. Conseguindo abranger 100% da população da área adscrita. A ESF Coréia será dividida em outras duas ESF tendo em vista a grande quantidade de famílias já atendidas,

o que certamente virá para melhorar de forma significativa os serviços de saúde de atenção básica prestada à comunidade. (Ibge, 2017b)

A UBS Coréia encontra-se em uma das regiões mais carentes do município de Arari, dessa forma uma grande parte da população vive em habitações humildes com 4 ou 5 cômodos, algumas dessas casas não contam com fossa séptica e vivem em condições de saneamento precárias tendo seus dejetos muitas vezes despejados diretamente ao ar livre ou no rio que banha a cidade, abrange ainda uma grande quantidade de famílias ribeirinhas, às margens do rio Mearim, sendo estas famílias castigadas durante o período de chuvas, tendo suas casas alagadas (Ibge, 2010).

### **6.3. População alvo do estudo**

O universo de estudo foi constituído por pessoas acometidas por DM residentes na na área adscrita da Unidade Básica de Saúde Coréia em Arari-MA e que tenham disponibilidade de participar do estudo.

### **6.4. Plano de intervenção**

As ações educativas são imprescindíveis para uma melhor sistematização do cuidado oferecido ao individuo com DM. Para isso o plano irá seguir duas etapas:.

Etapa 1. Desenvolvimento de estratégia educativa para autocuidado para pessoas com DM

1. Realizar reunião com equipe da UBS para determinar locais de reuniões e grupos de trabalho.
2. Selecionar os pacientes elegíveis para projeto.
3. Desenvolver oficinas de capacitação em autocuidado e manejo de seringas, agulhas, canetas e outros dispositivos para pessoas

com DM, insulino-dependentes. Tais oficinas deverão acontecer quinzenalmente, com a participação de pacientes portadores de diabetes mellitus, tanto os que estão com adequado controle glicêmico, quanto os descompensados.

4. Elaborar material didático para ser usado nas oficinas, com conteúdo de fácil entendimento, bem ilustrado, com informações relacionadas às mudanças de estilo de vida como realização de atividade física diária, alimentação saudável, uso correto de medicamentos, possíveis complicações da doença, assim como informações mais detalhadas sobre o uso correto de insulinas e experiências exitosas de pacientes em uso da medicação (Faria et al., 2014).
5. Criar grupo de discussão com pacientes diabéticos sobre complicações evitáveis relacionadas à doença. Neste grupo os pacientes terão a oportunidade de expressar seus sentimentos, angústias e dúvidas sobre a doença e a experiência do adoecimento, posto que diversos estudos demonstram que esta técnica funciona com indivíduos com outras DCNT (Toledo et al., 2007; Saúde, 2013b; Machado, 2016; De Oliveira et al., 2017). Para os que já possuem complicações, serão abordados nos grupos, formas de reabilitação e redução de danos, assim como palestras com Núcleo de Apoio, visando aproximar estas pessoas de outras terapias as quais possam ter acesso.

Etapa 2. Desenvolvimento de Intervenção de ampliação de acesso dos pacientes diabéticos insulino-dependentes à Unidade Básica de Saúde Coréia em Arari-MA.

1. Melhorar o acesso através de consultas previamente agendadas e rotineiras, assim como acesso garantido para consultas emergenciais para troca ou adequação de doses de

medicamentos. Este processo poderá ser acompanhado pelos agentes comunitários de saúde que atendem estes pacientes através das carteiras do hiperdia ou de outros mecanismos facilitadores de acesso da unidade.

2. Monitorar a administração de medicamentos nos usuários com consultas frequentes na UBS. Por isto, os pacientes com outras doenças crônicas, assim como naqueles com comorbidades, pretende-se monitorar a administração de medicamentos tendo em vista que estes pacientes tendem a ter o perfil de multifrequentadores das UBS, interferindo no fluxo de atendimentos dos demais pacientes. E em muitas situações estas consultas múltiplas se devem a dúvidas não esclarecidas sobre o uso de medicações.

### **6.5. Aspectos éticos**

O projeto seguirá os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, com garantia de confiabilidade, do anonimato, da não utilização das informações em prejuízo dos indivíduos e do emprego das informações somente para fins previstos na pesquisa, bem como a liberdade de participação, a integridade do participante da pesquisa e a preservação dos dados que possam identificá-lo, garantindo, especialmente, a privacidade, sigilo e confidencialidade.

## 7. RECURSOS NECESSÁRIOS

Os recursos necessários estão divididos em 4 categorias, a saber:

- Instalações: Auditórios, data-show, telão de projeção, computador/notebook e espaço externo para realização de atividades .
- Reprografia e material de papelaria: Encartes para os participantes, fotocópias gerais, canetas, pastas, etc.
- Material de Divulgação: Banners, cartazes, folders, pastas, certificados, ofícios, etc.
- Transporte: O município já fornece transporte para os médicos para suas áreas de atuação e treinamentos.

## **8. RESULTADOS ESPERADOS**

Esperamos com este trabalho, garantir sobretudo, melhoria da qualidade de vida dos usuários do Sistema Único de Saúde atendidos na USB Coréia pela Equipe ESF Coréia, principalmente os pacientes diabéticos insulino dependentes e aqueles ainda não insulinizados, mas que necessitam desta abordagem. Proporcionando também melhorias no acesso aos serviços de saúde, facilitando a comunicação com a equipe e diminuindo o tempo entre as intercorrências e as tomadas de decisão terapêuticas.

Disponibilizar informações relacionadas às mudanças de estilo de vida e uso correto de medicamentos evita possíveis complicações da doença e pode diminuir o sofrimento da pessoa, além de proporcionar uma experiência menos dramática com o processo de adoecimento por DM.



## REFERÊNCIAS

ALENCAR, Y. M. G. et al. Fatores de risco para aterosclerose em uma população idosa ambulatorial na cidade de São Paulo

Risk factors for atherosclerosis in an elderly out patient population in the city of São Paulo. **Arq Bras Cardiol**, v. 74, n. 3, p. 181-96, 2000/03PY - 2000 Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&) >.

APPOLINÁRIO, F. **Metodologia da Ciência: Filosofia e Prática da Pesquisa**. Primeira. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2006.

ASSUNÇÃO, S. C. et al. Conhecimento e atitude de pacientes com diabetes mellitus da Atenção Primária à Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2017. ISSN 1414-8145.

BISHWAJIT, G. et al. Lifestyle Behaviors, Subjective Health, and Quality of Life Among Chinese Men Living With Type 2 Diabetes. **Am J Mens Health**, v. 11, n. 2, p. 357-364, Mar 2017. ISSN 1557-9891. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27923972> >.

BRASIL. **VIGITEL BRASIL 2016: Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão**. SAÚDE, M. D. 2016.

BRASIL, G. M. D. S. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. 2013. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36> >.

CARDOSO, I. M. M. et al. Estudo fatorial exploratório das dimensões comportamentais de adesão em pessoas com diabetes mellitus tipo 1 e tipo 2. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social: RPICS**, v. 3, n. 1, p. 41-52, 2017. ISSN 2183-4938.

CRUZ, R. S. **Adesão à Terapêutica, Tolerabilidade aos Antidiabéticos Orais e Qualidade de Vida na Diabetes Mellitus Tipo 2**. 2017. Universidade de Coimbra

DE AZEVEDO LEITÃO MÁSSIMO, E.; DE SOUZA, H. N. F.; DE FÁTIMA FREITAS, M. I. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, 2015. ISSN 1413-8123.

DE OLIVEIRA, M. S. N. et al. Autocuidado de idosos diagnosticados com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 7, n. 3, p. 490-503, 2017. ISSN 2179-7692.

FARIA, H. T. G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014. ISSN 1980-220X.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: 2 Volumes: Princípios, Formação e Prática**. Artmed Editora, 2012. ISBN 8536327979.

IBGE. **IBGE Cidades**. ESTATÍSTICA, I. B. D. G. E. 2017 2017a.

\_\_\_\_\_. **IBGE: Séries Históricas e Estatísticas**. ESTATÍSTICA, I. B. D. G. E. 2017 2017b.

IBGE, I. B. D. G. E. E. IBGE Cidades. Brasil, 2010. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/panorama> >. Acesso em: 12/03/2018.

MACHADO, J. C. Estratégias de educação em saúde e nutrição na atenção primária aos portadores de hipertensão arterial. 2016.

MALERBI, F. E. K. Capítulo 9 - Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em Diabetes. In: SBD (Ed.). **Diabetes na prática clínica**: 2014, 2018.

MALTA, D. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 3, p. 286, 2014. ISSN 2317-1634.

MALTA, D. C. et al. Prevalência de fatores de risco e proteção de doenças crônicas não transmissíveis em adolescentes: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), Brasil, 2009. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3009-3019, 2010. ISSN 1413-8123.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. D. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, p. 151-164, 2013. ISSN 1679-4974. Disponível em: < [http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742013000100016&nrm=iso](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016&nrm=iso) >.

MÁSSIMO, E. D. A. L.; DE SOUZA, H. N. F.; DE FÁTIMA FREITAS, M. I. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 679-688, 2015. ISSN 1413-8123.

SAÚDE, M. D. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** 2013a. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab36> >.

\_\_\_\_\_. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica.** 2013b. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab37> >.

SAÚDE., B. M. D. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus** 2001.

SILVERMAN-RETANA, O. et al. Diabetes and hypertension care among male prisoners in Mexico City: exploring transition of care and the equivalence principle. **Int J Public Health**, v. 61, n. 6, p. 651-659, Jul 2016. ISSN 1661-8564. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27094508> >.

SOUZA, G. et al. O IMPACTO DO PLANO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS PARA O ENFRENTAMENTO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL. **Revista Saúde-UNG**, v. 10, n. 1 ESP, p. 136, 2017. ISSN 1982-3282.

TEIXEIRA, M. L. D. O. HIPERDIA: Dificuldades em manter a frequência dos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus no programa. 2016.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. D. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 233-238, 2007-06 2007. ISSN 0104-0707. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072007000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200004)>{=pt >.

VERA-REMARTÍNEZ, E. J. et al. [Prevalence of chronic diseases and risk factors among the Spanish prison population]. **Rev Esp Sanid Penit**, v. 16, n. 2, p. 38-47, 2014. ISSN 2013-6463. Disponível em: <  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25072788> >.