

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
YANET MARGARITA RAMÍREZ ZAMORA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

NÃO ADESÃO A TRATAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS
PELA EQUIPE DO PSF PIONERA I DO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ.

TUCURUI-PA

2017

YANET MARGARITA RAMÍREZ ZAMORA

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS
PELA EQUIPE DO PSF PIONERA I DO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ**

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à UNASUS/UFSCPA,
como requisito parcial para conclusão do
Curso de Especialização em Saúde da Família.
Professor Dr. Fabiano Fraga de Carvalho**

TUCURUÍ-PA

2017

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	04
2	ESTUDO DE CASO CLÍNICO	06
3	PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS	13
4	VISITA DOMICILIAR	15
5	REFLEXÃO CONCLUSIVA	18
6	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
7	ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENÇÃO	22

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por autora Yanet Margarita Ramírez Zamora de nacionalidade cubana, outorgada Doutora em Medicina no ano de 2008 pela Universidade de Santiago situada em Cuba, possui especialização em Medicina Geral Integral desde 2014, trago em meu currículo nove anos de experiência na Atenção Primária à Saúde tendo trabalhado na República Boliviana da Venezuela em missão médica internacionalista por 4 anos e atualmente (desde Julho de 2016) integro o programa Mais Médicos Brasil, no estado do Pará no município de Tucuruí.

Tucuruí é um município brasileiro do estado do Pará localizado na microrregião de Tucuruí e na Mesorregião do Sudeste Paraense. O município é famoso por abrigar a maior usina hidrelétrica totalmente brasileira e a quarta do mundo: a Usina Hidrelétrica de Tucuruí. A estima populacional é aproximadamente de 108 885 habitantes no ano 2016. (Brasil, 2016)

No Município de Tucuruí o acesso a saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por 26 Unidades Básicas de Saúde da Família. Estas unidades são o local onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e Gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Através dos programas citados da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

A estrutura de atendimento à saúde da cidade oferece um serviço amplo e humanizado, a Estratégia Saúde da Família está incluída na atenção básica e presente em 100% das unidades. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 2.500 a 3.000 usuários, em um território definido na cidade, diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões.

No município, a atenção básica é composta por unidades de saúde da família e unidades de saúde de modelo tradicional. Conta com equipes de saúde bucal em todas as estratégias saúde da família. Possui 26 unidades de saúde da família, 1 unidade de pronto atendimento (UPA), um Hospital Regional e um Hospital Municipal.

Os serviços de saúde do DPAS estão distribuídos em: Diretoria de Política e Ações de Saúde, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um centro de referência de Saúde da Mulher, Saúde Nutricional e tratamento de feridas.

A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar. Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos agentes comunitários. A equipe é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem além de seis a oito agentes comunitários de Saúde (ACS's).

AESF Pioneira está localizada no bairro Vila Pioneira, sendo este urbano, com um total de 873 famílias e 2997 habitantes, deles 557 são analfabetos com um nível de alfabetização de 85%, com 3 escolas, 13 Igrejas na área de abrangência. A comunidade possui diversos aglomerados.

Causas de óbitos comuns na região são provenientes de doenças cardiovasculares e complicações de doenças endócrino-metabólicas, havendo ainda aumento de incidência de câncer e também doenças mentais.

O projeto desenvolvido teve por título: “Não adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos atendidos pela equipe da PSF Pioneira I do município de Tucuruí”. Este estudo teve a finalidade de propor um plano de intervenção com vista a elevar a adesão ao tratamento medicamentoso para diminuir os níveis de glicose nos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 na ESF Pioneira I do município Tucuruí. A escolha desta temática foi relevante devido à alta prevalência de Diabetes Mellitus na área de abrangência, onde o 50% dos pacientes mantêm cifras de glicose capilar elevadas e 32% tem dificuldade na adesão ao tratamento medicamentoso. O enfoque será na população da área de abrangência da unidade básica de saúde Pioneira feita através da identificação dos diabéticos e o convite pessoal feito pelos agentes comunitários de saúde aos pacientes de seu território, seguindo o cronograma determinado.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

Anamnese

Identificação, informações e dados

Nome: GCDS (Nome Fictício)

Idade: 46 anos

Sexo: Masculino

Raça: Mestiça

Escolaridade: Ensino médio completo

Estado Civil: Casado

Profissão: Motorista

Naturalidade: Tucuruí/Para

Residência atual: Tucuruí

Queixa Principal: Prurido pelo corpo

História da doença atual:

1ª Consulta Médica (03/10/2016)

Paciente que relata há aproximadamente 15 dias de início de coceira moderada no corpo todo, intensificando-se nos últimos dias, sem lesões na pele. Quando questionado sobre a queixa, refere ficar sempre com sede e fome.

Antecedentes Patológicos: Hipercolesterolemia

Antecedentes Cirúrgicos: Não refere

Alergias: Nega

Medicamentos em uso: Nenhum.

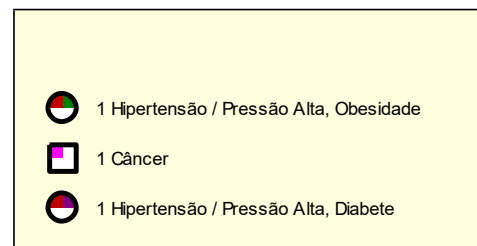
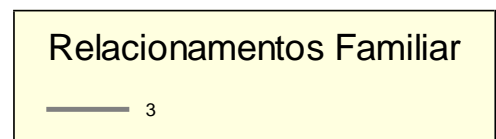
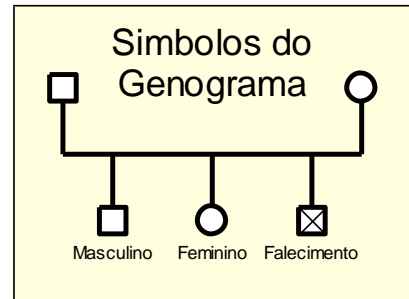
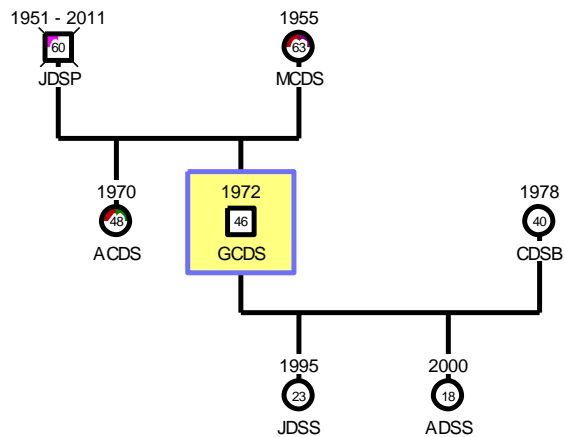
Antecedentes Familiares:

Mãe: Hipertensão e Diabetes Mellitus Tipo II

Pai: Falecido de câncer de próstata

Irmã: Hipertensão arterial e obesidade

Genograma (Nomes Fictícios)



Condições de vida:

Alimentação: Predominantemente carboidratos e líquidos, pouca frutas e verduras.

Habitação: Mora com sua esposa e duas filhas. Vivem em uma casa de tijolos e telhas, com 03 quartos, 02 salas, 01 cozinha, 01 banheiro, 01 garagem e quintal, água de poço.

História Ocupacional: motorista sempre.

Atividade Física: Sedentarismo.

Vícios: Nega tabagismo. Bebe cerveja aos fins de semana.

Condições socioeconômicas: possui renda familiar de um salário mínimo proveniente apenas dele.

Vida conjugal e ajustamento familiar: Casado e não tem conflito familiar com as filhas.

Exame Físico:

Sinais Vitais: Temp. 36,4 °C - PA: 110/80 mmHg

FR: 18 irpm FC: 80 bpm

Medidas Antropométricas: Peso 78,5 Kg Altura: 169 cm

Estado Nutricional: IMC 27

Dados positivos

Pele: Lesões por coceira.

O resto do exame físico ficou negativo.

Hipótese Diagnóstica: Diabetes Mellitus Tipo II

Plano:

Solicitar exames laboratoriais fundamentalmente glicemia de jejum;

Oriento necessidade de jejum de 8 a 12 horas antes da coleta da amostra de sangue;

Agendo retorno.

Evolução

2ª Consulta: (Dia 13/10/2016)

Dados da triagem:

Peso: 77.6KG Altura: 169 cm PA: 120/70 mmHg

O paciente retorna com resultado da glicemia de jejum (10/10/2016) elevada (198.00 mg/dl). Para confirmar o diagnóstico solicito outra glicemia de jejum seguindo o preconizado nos Cadernos de Atenção Básica de Diabetes (CAB N°36, 2013) e a Sociedade Brasileira de Diabetes que estabelece que o diagnóstico do diabetes é feito através de duas glicemias com jejum mínimo de 8 horas em dias diferentes e com valores maiores ou iguais a 126mg/dl. Agendo retorno.

3ª Consulta: (Dia 24/10/2016)

Dados da triagem:

Peso 77,5Kg Altura: 169 cm PA: 120/80 mmHg

Paciente apresenta resultado da segunda glicemia de jejum (17/10/2016) de 207.00 mg/dl, confirmando-se o diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) tipo II.

Ao interrogatório sintomatológico refere: perda de peso, poliúria, polifagia, polidipsia e prurido pelo corpo.

Ao exame físico conforme o preconizado nos CAB N°16, 2013, apresenta:

Cavidade Oral: Sem alterações

Ausculta pulmonar e cardíaca normais: FR: 18 irpm / FC: 88 bpm

Pulsos periféricos: Simétricos e palpáveis

Circunferência Abdominal: 91 cm

TCS: Não edema

Pés: sem lesões cutâneas. Unhas normais.

Plano:

Encaminhamento ao Oftalmologista para fundoscopia, não disponível na ESF.

Encaminhamento ao Nutricionista que atende na ESF todas 6^a feiras no período da manhã para orientações nutricionais sobre a dieta de Diabetes Mellitus e sobrepeso.

Oriento sobre a importância de fazer mudança no estilo de vida, como praticar exercício físico, alimentação saudável (com abundantes frutas e verduras), restrição de gorduras saturadas, farinhas, sal, açúcares e cafeína. Evitar hábitos tóxicos como tabagismo e álcool.

Solicito exames complementares para avaliação inicial (hemograma completo, perfil lipídico, exame de urina tipo 1, creatinina sérica, ácido úrico, uréia, hemoglobina glicada) todos disponíveis pelo SUS. Oriento ao paciente a importância de fazer controle glicêmico diário em casa e os exames complementares, que amostras são coletadas na própria ESF e enviadas para o laboratório municipal.

Levando em consideração o estado clínico do paciente e seguindo o preconizado no CAB N°36 de acordo com valores de glicemia de jejum, indico tratamento não farmacológico (mudança de estilo de vida) inicialmente por três meses, para aguardar que durante esse tempo através das medidas não farmacológicas se alcance a meta glicêmica de jejum entre 70 e 130 mg/dl e hemoglobina glicada < 7%, caso o resultado não seja o esperado após transcorrido os 3 meses, inicia-se então tratamento medicamentoso de primeira linha preferencialmente com Metformina 500mg ao dia, após café da manhã.

Inserir no grupo de Hiperdia para melhor aderência ao tratamento.
Agendo o retorno para trazer os exames solicitados.

4ª Consulta (Dia 21/11/2016)

Dados da triagem:

Peso 76,8Kg Altura: 169 cm PA: 110/80 mmHg

Paciente retorna à consulta com os resultados dos exames complementares solicitados (14/11/2016):

Hb: 14.2 g/dl; Hto 45.7%; Leucograma 7.2000 mm³

Hb glicosilada: 8

Colesterol: 210 mg/dl

Triglicerídeo: 168 mg/dl

LDL: 42 mg/dl

VLDL: 35 mg/dl

HDL: 70 mg/dl

Uréia: 10 mg/dl

Ac. Úrico: 4.2 mg/dl

Creatinina: 1.0 mg/dl

CG: 170 mg/dl (16/11/2016), 168 mg/dl (19/11/2016)

Exame de Urina: apresenta glicosúria(++/++++)

Constata-se no prontuário o comparecimento do paciente na consulta de Nutrição o dia 12/11/2016, onde o nutricionista instituiu plano de alimentação e agendo retorno.

5ª Consulta (19/12/2016)

Dados da triagem:

Peso 74,5 Kg Altura: 169 cm PA: 110/80 mmHg

Paciente refere melhora dos sintomas, relata exercícios físicos 05 vezes por semana, atividade de promoção no grupo de Hiperdia que promove estilo de vida saudável.

Constata-se no prontuário retorno a consulta de nutrição em dia 16/12/2016, com perda de 1.2kg com relação à consulta anterior. Relata que está cumprindo as orientações.

Apresenta controle glicêmico (CG) dos últimos três dias:

16/12/2016: 146 mg/dl

17/12/2016: 149 mg/dl

18/12/2016: 145 mg/dl

Oriento continuar com a terapêutica não farmacológica.

Agendo retorno em 30 dias.

6ª Consulta (17/01/2017)

Dados da triagem:

Peso 72,5 Kg Altura: 169 cm PA: 120/80 mmHg

Paciente retorna à consulta médica sem queixas, com glicose de jejum em 143 mg/dl e HbA1C 7%.

Como o paciente não atinge as metas (glicemia jejum entre 70 e 130 mg/dl e HbA1C < 6%) após três meses de MEV e dieta, inicio tratamento com Metformina de 500 mg (01 comprimido após café da manhã) seguindo o preconizado no CAB No. 36, 2013, esclarecendo-lhe que a terapêutica deve ser mantida continuamente pois a patologia em questão é crônica.

Agendo retorno para 30 dias.

7ª Consulta (20/02/2017)

Dados da triagem:

Peso 72 Kg Altura: 169 cm PA: 110/80 mmHg HGT (jejum): 110 mg/dl

Paciente retorna a consulta médica sem queixas, não apresenta efeitos adversos a medicação.

Constata-se no prontuário consulta com o nutricionista o dia 17/02/2017, com perda de peso de 700g com relação a consulta anterior.

Exame Físico: negativo

Agendo retorno para 90 dias

8ª Consulta (22/05/2017)

Dados da triagem:

Peso 71.8 Kg Altura: 169 cm PA: 110/70 mmHg HGT (jejum): 107 mg/dl

Paciente retorna a consulta médica para renovar receita de Metformina 500 mg ao dia, solicito glicose de jejum e HbA1C de controle trimestral.

9ª Consulta (05/06/2017)

Dados da triagem:

Peso 71.4 Kg Altura: 169 cm PA: 120/80 mmHg HGT (jejum): 105 mg/dl

Paciente retorna à consulta médica sem queixas, com resultado do controle trimestral (Glicose: 150.00 mg/dl / HbA1C: 9%).

Refere que não tem manutenção das MEV e está usando irregularmente a Metformina. Explico-lhe que para que sejam atingidas as metas de controle de glicemia, os cuidados devem ser mantidos, pois a Diabetes Mellitus é uma doença crônica que precisa de cuidados continuados.

Faço estratificação do risco cardiovascular (RC) com os dados disponíveis, evidenciando-se risco de 12% do paciente de desenvolver quadro de doença coronária em 10 anos.

Agendo retorno para 90 dias.

10ª Consulta (11/09/2017)

Dados da triagem:

Peso 71 Kg Altura: 169 cm PA: 120/80 mmHg HGT (jejum): 100 mg/dl

Paciente retorna à consulta para renovação de receita de Metformina 500 mg/dia, sem queixas.

Exame Físico dentro dos parâmetros normais.

Solicito HbA1C e glicemia de jejum de controle trimestral.

Programo para o dia 24/10/2017 a solicitação dos exames de controle anual, pois nesta data completará um ano desde seu diagnóstico com Diabetes Mellitus Tipo 2.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS

Em minha prática como médica na UBS Pioneira I no Município de Tucuuruí, sempre pensei na possibilidade de um trabalho que se forneça um atendimento integral e contínuo com serviços de saúde resolutivos e de qualidade que proporcionem uma melhor adesão dos pacientes ao tratamento, fundamentalmente em pacientes de saúde mental com doenças crônicas como Diabetes Mellitus, pois em minha área de abrangência um em cada três pacientes abandona ou adere irregularmente ao tratamento, provocando um agravamento de seu estado de saúde.

Diante disso elaborei um registro personalizado dos pacientes de saúde mental que procuravam constantemente os serviços de saúde sem melhoria clínica nem controle de sua doença. Neste registro relatei dados de identificação pessoal, escolaridade, renda familiar, hábitos tóxicos, outras patologias, tratamento usado para controle, uso de medicação e causas do uso não regular da medicação ou abandono da mesma.

Esta estratégia de trabalho me permitiu identificar e avaliar as particularidades de todos os pacientes e conhecer o que realmente estava acontecendo para então fazer um trabalho interdisciplinar e em equipe com planejamento de estratégias de saúde que ajudará a melhorar a adesão ao tratamento dos pacientes, desenvolvendo relações de vínculos com a equipe e outros pacientes, implementando ações de promoção de saúde, prevenção de agravos, responsabilização com o tratamento e reabilitação, garantindo continuidade nos serviços e coordenação do cuidado por meio de acompanhamento sistemático e avaliação dos resultados alcançados como parte do processo programado, estimular a aprendizagem constante, troca de experiências e vivências assim como a participação e incorporação dos familiares e a comunidade em geral.

Depois de conhecer e avaliar as particularidades destes pacientes em minha área de saúde, a equipe de trabalho articulou as seguintes ações com o objetivo de melhorar a adesão dos pacientes ao tratamento:

- Avaliação integral e acompanhamento na atenção básica, através da criação de uma consulta direcionada;
- Programação de visitas domiciliares para avaliação do entorno familiar, realizar ações de controle, promoção e vigilância em saúde e fortalecer o vínculo dos pacientes e a família com a equipe de saúde;

- Criação do grupo de saúde mental para fornecer e compartilhar informações, sanar dúvidas e intercambiar experiências e vivências e estimular mudanças na expectativa de vida;
- Integração do tratamento a realidade financeira e cultural do paciente;
- Estímulo da responsabilização e motivação de cada participante com o seu tratamento através de estratégias de comunicação social, programas educativos relacionados com o tema e a criação de forma participativa e coletiva dos objetivos do tratamento;

Um dos objetivos mais importantes das ações de saúde em pacientes de saúde mental é fornecer o cuidado integral (CAB No. 34, 2013) e, com isso, reduzir a morbimortalidade causada por estas doenças ou agravamento de doenças crônicas concomitantes como a Diabetes Mellitus que possuem aspecto frequentemente negligenciado. (CAB No. 36, 2013)

Reflexão

Conquistar a adesão dos pacientes de saúde mental ao tratamento continua sendo um desafio muito grande para a minha equipe de saúde, pois ainda existem dificuldades que entorpecem o desenvolvimento deste projeto como questões culturais, a pouca disponibilização de medicamento pelo SUS, dificuldade no acesso ao tratamento e a falta de apoio familiar e responsabilidade com o tratamento e com as mudanças nos hábitos, estilo e expectativa de vida. Neste contexto é importante realizar uma avaliação das ações de controle que ocorrem a níveis locais de assistência da Atenção Básica de Saúde, assim como desempenhar um papel fundamental no planejamento e na operacionalização de ações para vigilância à saúde, promoção, prevenção de agravos e reabilitação da saúde, no conjunto familiar e na localidade.

4. VISITA DOMICILIAR

Com a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas.(Brasil, 2013)

Na UBS Vila Pioneira I a visita domiciliar foi feita até aproximadamente seis meses atrás seguindo as demandas dos profissionais da equipe (ACS e enfermeiras) e dos familiares e/ou cuidadores. Porém devido a extensão da área de abrangência dos bairros bem como a distância entre eles foi necessário mudar esta metodologia com o intuito de ampliar o acesso aos cuidados da saúde e promover um atendimento equitativo para todos.

Para dar solução a isto, primeiramente os ACS's realizaram uma pesquisa ativa dos pacientes que precisavam de visita domiciliar continua. Com base neste levantamento e tendo em conta sua localização na área, a prioridade e a data da última visita, se realizou o planejamento mensal dos atendimentos e se determinou os pacientes a serem visitados em cada dia de visita, otimizando o tempo de traslado de um lugar a outro e incrementando o número de atendimento, podendo realizar de quatro a seis visitas no dia. Desta forma pudemos diminuir as visitas desnecessárias e as reclamações e queixas dos pacientes, cuidadores e/ou familiares por demora no atendimento ou porque se visite uns usuários mais que outros.

Na atualidade contamos com o registro de controle que nos permite fazer o trabalho mais organizado dentro da equipe e com as famílias, fornecendo uma melhor orientação aos pacientes sobre o dia em que a visita domiciliar será realizada.

No entanto a Secretaria Municipal de Saúde não oferta recursos assíduos para apoiar a equipe de saúde com o transporte para o deslocamento até os domicílios dos pacientes, o que constitui um obstáculo para o atendimento aos pacientes que moram mais distantes da unidade de saúde prejudicando o planejamento e realização desta atividade, afetando o vínculo entre a equipe de saúde, paciente e a família, perdendo a credibilidade e periodicidade da assistência.

Outra dificuldade muito frequente é o atendimento especializado que muitos pacientes necessitam mais que não são encontradas no município e devido à falta

de recursos financeiros do paciente, pois a maioria das famílias não dispõe dos recursos necessários para o deslocamento, o mesmo fica muito tempo à espera da ajuda do município. Nestes casos recorre-se a um recurso muito importante que é o uso da Tele Consultoria ou Telessaúde que é uma opção disponível na atenção básica que melhora a qualidade no atendimento com resultados positivos na resolutividade do problema de saúde. (Brasil, 2013)

Nas situações que precisam de um atendimento especializado, sistemático e contínuo (como pacientes diabéticos e hipertensos com acidentes cerebrovasculares) há uma equipe denominada Programa Melhor em Casa que funciona perfeitamente no município e constitui uns dos aspectos positivos na atuação com os usuários da visita domiciliar. Este programa conta com médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, reabilitador, psicólogo, nutricionista, odontólogo e assistente social, integrada a redes de atenção à saúde, com promoção de ações de saúde, prevenção de agravamento, tratamento e reabilitação que garanta continuidade dos cuidados evitando internações hospitalares desnecessárias. (Brasil, 2013)

Geralmente as visitas são feitas a pacientes com doenças crônicas, pois quando se apresentam doenças agudas os usuários recorrem ao posto de saúde ou aos serviços de urgências mais próximos.

As visitas são realizadas em conjunto pelos integrantes da equipe participando o ACS (que é o profissional que conhece e fica mais em contato com a família), o enfermeiro (que coordena as ações de saúde a ser desenvolvida com o paciente) e o médico que durante a visita fornece as orientações necessárias, indica a terapêutica e cria um espaço de intercâmbio com os cuidadores para o esclarecimento e dissipação de dúvidas e outras questões com o objetivo de evitar situações que com frequência acontecem e entorpecem o cuidado e a recuperação do paciente como por exemplo: o não cumprimento das indicações médicas por negligência dos cuidadores ou por falta de recursos financeiros, fazer transferência de toda a responsabilidade a equipe de saúde ou ao cuidador sobrecarregando o trabalho do mesmo. Todas essas situações tornam a visita domiciliar um pouco frustrante para a equipe de saúde, porém nestes casos é importante explicar qual é a função e as limitações da equipe de saúde e ressaltar que deve ser um trabalho em conjunto e compartilhado entre a família e o cuidador desde o ponto de vista prático

e financeiro, pois o bem-estar do paciente é responsabilidade de todos os membros da família.

Também é importante prestar atenção a demanda do cuidador que geralmente descuidam de sua saúde e podem apresentar doença psiquiátrica devido ao estresse, sobrecarrega de trabalho ou pela não aceitação da morte do paciente e suas circunstâncias.

Em geral, as visitas são gratificantes quando constata-se que as intervenções e orientações surtem o efeito esperado na melhoria da qualidade de vida destes pacientes que exigem uma atenção especial voltada para a satisfação de suas necessidades a longo, médio e curto prazo.

O procedimento mais frequente realizado durante a visita é o aferimento da pressão arterial, não sendo possível a aferição da glicemia capilar por não ser ofertado a equipe de saúde o glicosímetro.

Para os usuários que necessitam de exames laboratoriais e não podem se locomover até a ESF são feitas as solicitações e o pedido ao técnico do laboratório para agendar a coleta no domicílio. Outros como a radiografia e eletrocardiograma é preciso o deslocamento do paciente até a unidade para sua realização. Quando o resultado é emitido este é trago pelo o cuidador ou pelo ACS, sendo registrado no prontuário e traçando-se imediatamente as indicações médicas, agendando-se no mesmo instante uma próxima visita e ainda se reforça as orientações ao cuidador.

A visita domiciliar é atualmente um instrumento essencial para a prática das ações no nível primário de assistência à saúde, em especial, na Estratégia Saúde da Família, voltada para os usuários que por sua condição de saúde precisam ser atendidos no domicilio, esperando a melhoria da qualidade de vida desta população que exigem uma atenção diferenciada. (Brasil,2013)

5. REFLEXÃO CONCLUSIVA

Depois de estudados os conteúdos do curso de Especialização em Saúde da Família posso afirmar que foi essencial para meu crescimento profissional, atendimento, conduta e vínculo com os pacientes e a equipe de saúde. Através de todo seu material educativo pude atualizar meus conhecimentos sobre os protocolos de atuação e melhorar minhas habilidades.

Compreendo que o curso tem etapas muito interessantes e práticas que refletem situações reais que acontecem no dia a dia nas UBS e que me ajudaram a fazer mudança em minha atuação como profissional da atenção básica. Neste sentido o mais relevante foi em relação as mudanças na organização e planejamento de ações, participação ativa nas reuniões de equipe e aperfeiçoamento da agenda profissional e compartilhada. Outra mudança importante foi em relação ao seguimento e controle de pacientes com doenças crônicas como hipertensão, diabetes e saúde mental e na atenção do pré-natal e puericultura.

Quando iniciei meu trabalho na ESF só existiam as consultas programadas de puericultura e pré-natal, mais agora organizei minha agenda para o atendimento programado de outros grupos como hiperdia, planejamento familiar e visita domiciliar, deixando o espaço para a demanda livre. Esta forma de organização me ajudou a melhorar os atendimentos com os grupos priorizados e facilitou o trabalho com a população da área de abrangência, pois agora conhecem os dias de cada grupo e a demanda espontânea não é limitada.

Com a atualização de minha agenda profissional foi atualizada a agenda dos demais integrante da equipe, com o objetivo de ressaltar o trabalho e a função de todos dentro da equipe e que a comunidade conheça os serviços que se prestam na UBS. Também foi organizado um espaço para a promoção e educação em saúde, através de palestras na sala de espera e de debate de temas com os grupos criados, seguindo uma lista de sugestões de temas, tendo em conta os principais problemas de saúde da população atendida na UBS, pois nosso trabalho primordial é a promoção de saúde e a prevenção de agravos.

Outra mudança importante foi em relação ao prontuário que não continha registro suficiente do paciente, pois só relatava a queixa principal e a conduta de maneira breve. Utilizando o modelo SOAP passei a coletar mais dados na consulta, colocando sempre a lista de problemas o que me ajuda a ter um seguimento longitudinal dos casos.

Em relação aos pacientes com doença crônica não transmissível, fundamentalmente com os pacientes diabéticos, fiz meu projeto de intervenção com o tema a não adesão ao tratamento. Por meio deste projeto se criou uma consulta direcionada e um grupo para os pacientes diabéticos onde foi desenvolvido um conjunto de ações de saúde, com o objetivo de melhorar a adesão a terapêutica. (vide outros anexos).

De forma similar foi desenvolvido um trabalho com os usuários de Saúde Mental para ajustar o tratamento a seu problema de saúde, evitar abandono precoce da medicação e dependência farmacêutica, objetivando diminuir o número de usuários de psicofármacos.

Durante o transcorrer do período de trabalho fui adquirindo cada vez mais conhecimentos o que contribuiu de forma benéfica para aprimoramento de minha atuação como médica da equipe de saúde dentro da UBS, melhorando meus conhecimentos, aperfeiçoando minhas condutas, habilidades e técnicas. Aprendi a interagir com a equipe e a participar ativamente nas reuniões, atuando no planejamento e organização dos serviços e pactuando ações de saúde, incentivando a todos os profissionais da equipe a alcançarem melhores resultados, promovendo assim mais benefícios para a população da área de abrangência e aumentando a satisfação da população e dos profissionais da equipe por fazer seu trabalho da melhor forma possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Domiciliar**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. 2013. 2 v.

BRASIL. Tucuruí Wikipédia, a enciclopédia livre. Brasil 2016. Disponível em:<<https://pt.wikipedia.org/wiki/Tucuruí>

Brasil. Ministério da Saúde. Manual de Telessaúde para a Atenção Básica/Atenção Primária a Saúde. Protocolo de resposta a teleconsultorias / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.64 p.: il.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)/ Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

ANEXO 1 PROJETO DE INTERVENÇÃO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS
PELA EQUIPE DO PSF PIONEIRA I DO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ**

Dra. Yanet Margarita Ramírez Zamora.

TUCURUI-PA

2017

Yanet Margarita Ramírez Zamora

**NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS
PELA EQUIPE DO PSF PIONEIRA I DO MUNICÍPIO DE TUCURUÍ**

**Projeto de Intervenção apresentado ao curso de
Especialização em Atenção Básica em Saúde de Família**

Universidade Federal Rio Grande Do Sul

Orientador: Prof. Daniel Demetrio

TUCURUÍ-PA

2017

RESUMO

O Diabetes Mellitus é um dos maiores problemas de saúde pública do Brasil e do mundo que se agrava cada vez mais causando danos severos à saúde e a qualidade de vida da população pois ao abandonar a terapêutica ou não aderir ao tratamento tem-se como consequência um aumento substancial na utilização dos recursos da saúde. É necessário desenvolver medidas objetivas na tentativa de aumentar a adesão ao tratamento, diminuindo a ocorrência de complicações, incapacidade e mortalidade por esta doença. Com a realização deste estudo pretende-se elaborar um projeto de intervenção para identificar e intervir sobre a não adesão terapêutica dos pacientes diabéticos do PSF Pioneira I do município de Tucuruí no ano de 2017. Será realizada a avaliação da adesão ao tratamento através de consultas direcionadas aos participantes. Posteriormente será criado grupo motivacional de diabéticos e desenvolvidas ações educativas e panfletagem com orientação. Espera-se com este trabalho aumentar a adesão ao tratamento dos diabéticos, melhorando assim a qualidade e expectativa de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Adesão, Tratamento.

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO.....	5
2.PROBLEMA.....	7
3.JUSTIFICATIVA.....	7
4.OBJETIVOS.....	8
4.1 OBJETIVO GERAL.....	8
4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	8
5.REVISÃO DA LITERATURA.....	9
5.1. DIABETES MELLITUS.....	9
5.2. ADESÃO.....	9
6.METODOLOGIA.....	12
7.CRONOGRAMA.....	13
8.RECURSOS NECESSÁRIOS.....	13
9. RESULTADOS ESPERADOS.....	14
10.REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	15

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo, com tendência a incrementar-se nos próximos anos.

A mortalidade proporcional por Diabetes Mellitus também tem mostrado um importante crescimento quando comparada a outras afecções, como causa de morte tem sido subnotificada, pois os diabéticos geralmente morrem devido a complicações crônicas da doença e fundamentalmente a não adesão ao tratamento, sendo estas as que figuram maior causa de óbito.

Analisando esta problemática iniciamos o estudo da não adesão terapêutica dos pacientes diabéticos atendidos pela equipe da ESF Pioneira I do município de Tucuruí.

Tucuruí é um município brasileiro do estado do Pará que localiza-se na microrregião de Tucuruí e na Mesorregião do Sudeste Paraense sendo famoso por abrigar a maior usina hidrelétrica totalmente brasileira e a quarta do mundo: a Usina Hidrelétrica Tucuruí (Brasil, 2016).

No Município de Tucuruí o acesso a saúde inicia-se a partir da atenção básica que se constitui por 26 Unidades Básicas com Saúde da Família. Estas unidades são o local onde o usuário recebe o primeiro atendimento, e ainda, são responsáveis pela prevenção e tratamento de doenças. Para isso, há programas direcionados à Hipertensão e Diabetes, Tuberculose e Hanseníase, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher e gestantes, Crianças, Assistência Farmacêutica, Saúde Mental e Saúde Bucal. Por meio desses programas, da atuação da equipe médica, farmacêutica, de enfermagem e de assistência social e ainda pelos agentes comunitários são desenvolvidas as ações de promoção e recuperação da saúde.

A estrutura de atendimento à saúde da cidade oferece um serviço amplo e humanizado, a estratégia de saúde da família está incluída na atenção básica e presente em 100% das unidades. Cada equipe de saúde da família fica responsável por atender uma população de 2.500 a 3.000 usuários em um território definido na cidade diagnosticando os principais problemas de saúde das comunidades e traçando estratégias específicas para todas as regiões. No município, a atenção básica é composta por unidades de saúde da família e unidades de saúde de modelo tradicional. Conta com equipes de saúde bucal em todas as estratégias de saúde da família. Possui 26 unidades de saúde da família, 1 unidade de pronto

atendimento (UPA), um Hospital Regional e um Hospital Municipal. Os serviços de saúde do DPAS estão distribuídos em: Diretoria de Política e Ações de Saúde, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Especialidades Médicas (CEM), um centro de referência de Saúde da Mulher, Saúde Nutricional e tratamento de feridas.

A abordagem do usuário é realizada dentro da família e da comunidade por uma equipe interdisciplinar. Anteriormente à criação da ESF no município, se deu a atuação dos agentes comunitários. A equipe é composta por médico generalista, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem além de seis a oito agentes comunitários de Saúde (ACS's).

AESF Pioneira I está localizada no bairro Vila Pioneira, sendo este urbano, com um total de 873 famílias e 2997 habitantes, deles 557 são analfabetos com um nível de alfabetização de 85%, com 3 escolas, 13 igrejas na área de abrangência. A comunidade possui diversos aglomerados.

Causas de óbitos comuns na região são provenientes de doenças cardiovasculares e complicações de doenças endócrino-metabólicas, havendo ainda aumento de incidência de câncer e também doenças mentais.

2. PROBLEMA

Não existem estudos sobre a adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento nesta comunidade constituindo um problema de saúde em nossa Unidade Básica. Apesar de ofertar atendimentos de promoção a saúde e prevenção de agravos, ainda temos dificuldades com o modelo biomédico prevalente, a maioria das pessoas procuram a unidade só quando se sentem doentes.

3. JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus constitui um problema de saúde no Brasil, considerando-se um dos fatores de risco para o aparecimento de outras doenças como por exemplo: cardíacas, cerebrais e renais sendo seu controle muito importante para evitar tais complicações.

Em nosso Município existe uma alta prevalência de Diabetes Mellitus, tendo um número aproximado de 200 diabéticos entre 30 e 60 anos em que mais de um 50% mantêm cifras de glicose capilar elevadas e 32% tem dificuldade na adesão ao tratamento médico hipoglicemiante.

Através das consultas pode-se observar a dificuldade em manter a glicose capilar em níveis adequados nesses pacientes, o que nos leva a inferir que a causa pode estar relacionada a não adesão ao tratamento médico. Diante disso nossa equipe vai avaliar os fatores que interferem na não adesão ao tratamento médico com o intuito de realizar ações de saúde que forneçam um melhor controle da doença e evitar complicações para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

O estudo é justificado pois através de um controle mais atuante da equipe a patologia em questão pode ser controlada o que automaticamente reduz complicações nos pacientes acometidos pela mesma desafogando o sistema.

A equipe participou da análise dos problemas levados em consideração que a nível local detém recursos humanos e materiais para executar um projeto de intervenção tornando dessa forma a proposta é viável.

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção para aumentar o número de pacientes que adotem ao tratamento medicamentoso com o intuito de diminuir os níveis de glicose dos pacientes diabéticos tipo 2 na ESF Pioneira I.

4.2. Objetivos específicos:

1. Identificar na área de abrangência da ESF os clientes portadores de diabetes tipo 2 que possuem dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso para diminuir os níveis de glicose e os fatores que interferem no problema.
2. Desenvolver ações educativas para os pacientes diabéticos tipo 2.

5. REVISÃO DA LITERATURA

5.1. Diabetes Mellitus

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. 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 por tanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia. (Sociedade Brasileira, 2016).

A frequência do diabetes tem aumentado rapidamente no mundo nos últimos anos. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde reconheceu que a doença é epidêmica. As estatísticas apontam que o número de casos registrados em 1977, cerca de 143 milhões, deve se multiplicar até 2025 podendo chegar aos 300 milhões. No Brasil existem hoje 5 milhões de diabéticos, estimativas revelam que até 2025 serão 11,6 milhões. Alguns dos fatores que favorecem esse crescimento alarmante de casos são o estilo de vida e o envelhecimento da população (aumento da expectativa de vida). (Sociedade Brasileira, 2006)

O Brasil ocupa a 4^{ta} posição entre os países com maior prevalência de diabetes com 7.6% da população na faixa etária de 30 a 69 anos. Estes dados constam no Censo de 1989, o único oficial do País, realizado pelo Ministério da Saúde em conjunto com a Sociedade Brasileira de Diabetes em nove capitais brasileiras. Desta porcentagem 53 % tinham conhecimento prévio da doença e 41 % faziam uso de hipoglicemiantes oral como forma de tratamento.

5.2. Adesão

A adesão é definida como o nível comportamental de uma pessoa representado pela ingestão de medicação, o seguimento do plano alimentar ou aceitação de mudanças no estilo de vida correspondentes às recomendações preconizadas por um profissional de saúde. (Heloisa Turcatto, 2014)

No controle do Diabetes Mellitus (DM), a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes. (Heloisa Turcatto, 2014)

A falta de adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo II deve ser considerada mediante o diagnóstico e a instituição terapêutica, pois é de fundamental importância para a prevenção das complicações desta síndrome. Como se trata de uma patologia que frequentemente não apresenta um desconforto imediato, alguns pacientes podem não aderir adequadamente à terapia proposta. Outro motivo que dificulta esta adesão é o fato de incluir mudanças nos seus hábitos de vida. Além disto, o tratamento visa apenas à profilaxia das complicações, e não à cura definitiva, desmotivando os pacientes. (Heloisa Turcatto, 2014)

Muitos estudos têm concluído que os pacientes que apresentam Diabetes Mellitus dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não adesão costumam variar de 40 a 90%. Identificar se o diabético segue as recomendações do tratamento é ponto fundamental para garantir se realmente este paciente está compreendendo a gravidade da doença e se ele está tendo acesso às informações. (Antunes, 2006)

As principais causas da não adesão ao tratamento:

- A crença e/ou falta de conhecimento do paciente e familiares sobre o diabetes uma vez que os pacientes não compreendem o diabetes como uma doença crônica, referindo que não tem sintomatologia nenhuma e, portanto, não existe risco e complicações que podem sim acontecer em longo prazo.
- Falta de apoio familiar, costumes, cultura, nível socioeconômico e analfabetismo são outras determinantes sociais que influem para o abandono do tratamento medicamentoso e dificulta o cumprimento das orientações médicas relacionadas com uma alimentação saudável para a mudança de estilo de vida.

Consequências da não adesão:

A não adesão ao correto tratamento da patologia em foco origina riscos cardiovasculares e cerebrais e como consequência provoca aumento das complicações do diabetes como (AVC, IAM, IRC) que podem aumentar as internações hospitalares sobrecarregando o sistema, produzir invalidez e óbitos.

6. METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção para estudar a não adesão terapêutica dos pacientes com Diabetes Mellitus na atenção básica com o objetivo de elevar a adesão ao tratamento medicamentoso para diminuir os níveis de glicose nos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.

O estudo será realizado no ano de 2017 no município de Tucuruí tendo como enfoque a área de abrangência da unidade básica de saúde Pioneira londe através do Sistema de Informações da Atenção Básica serão identificados os pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo II sendo após isso planejadas intervenções que garantam adesão terapêutica dos pacientes portadores da doença.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção serão implementadas as seguintes medidas para a melhoria da adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento:

Uma consulta direcionada aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 que tem dificuldade em aderir ao tratamento onde nesta consulta serão elaborados prontuários médicos que constem exames de glicose em jejum, hemoglobina glicosilada comprovando o diabetes, anotações clínicas e o tratamento dotado. Na consulta direcionada, o médico realiza o exame clínico e observa as prioridades, necessidades e pretensão do seupaciente, os pontos em que o paciente é mais resistente e os pontos onde é mais receptivo a implementação de conduta, ressaltando para ele a importância das medidas preventivas, o risco da doença e os benefícios do tratamento proposto seja ele um tratamento medicamentoso (oral, insulínico) e/ou controle nutricional.

Criação do grupo de diabéticos, onde o paciente passará a frequentar reuniões semanais que terão palestras coma equipe médica e de enfermagem bem como os agentes comunitários de saúde e profissionais afins convidados. Os temas fundamentais serão: alimentação, prevenção de doenças, qualidade de vida e o diabetes, como combater o diabetes e atividades física e o diabetes. Serão elaborados folders para a divulgação da importância do tratamento e controle do Diabetes Mellitus além de caminhadas uma vez por mês em prol da divulgação da importância da adequação de hábitos saudáveis para a manutenção da saúde.

7. CRONOGRAMA

Procedimentos	Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17
Revisão da literatura e busca de informação no SIAB	X					
Reunião de equipe semanalmente	X	X	X	X	X	X
Planejamento e organização das atividades educativas		X				
Realização das consultas direcionadas		X	X	X	X	
Criação do grupo de Diabéticos e intervenções		X				
Elaboração e distribuição de panfletos para a divulgação da importância do tratamento e controle da diabetes			X	X	X	
Avaliação da adesão e dos níveis glicêmicos dos pacientes		X				X
Avaliação do projeto pela equipe						X

8. RECURSOS NECESSÁRIOS

- UBS Pioneira I
- Balança
- Esfigmomanômetro
- Glicosímetro
- Prontuários dos pacientes
- Requisição de exames
- Equipamento de multimídia
- Folders
- Canetas
- Pasta de arquivo do planejamento das atividades
- Profissionais da equipe.

9. RESULTADOS ESPERADOS

- Melhorar a adesão terapêutica e avaliar o nível glicêmico dos pacientes diabéticos;
- Melhorar as informações fornecidas, sanar dúvidas e anseios dos pacientes durante a consulta;
- Integrar o tratamento a realidade financeira e cultural do paciente;
- Melhorar a qualidade e expectativas de vida dos pacientes;
- Compartilhar experiência, vivências e conhecimento através das atividades educativas;
- Estabelecer compromissos para melhorar a situação de saúde dos pacientes;
- Estimular e responsabilizar a cada participante sobre seu tratamento;
- Criar de forma participativa e coletiva os objetivos do tratamento;
- Estimular o trabalho multidisciplinar da equipe;
- Acompanhar e estimular as mudanças no hábito e estilo de vida com o objetivo de melhorar a situação de saúde e minimizar os riscos.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

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

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

ARAUZ, A. G.; Intervenção educativa comunitária sobre a diabetes comunitária no âmbito da atenção primaria. Rev Panamericana Saúde Pública, Washington, v.9, n.3, p. 145-153, 2001.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da atenção á Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Ministério da saúde, organização Pan-Americana da Saúde, Brasília 2004.

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

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

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

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

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

HELOISA TURCATTO GIMENES FARIA. Adesão ao tratamento em Diabetes Mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP 48(2):257-63; 2014.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2006; 168. 2.