



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Carlos Roberto Hirle Lima

Plano de ação para aumentar a adesão ao tratamento
dos pacientes com diabetes mellitus atendidos pela
Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa, Rio de
Janeiro - RJ

Florianópolis, Janeiro de 2023

Carlos Roberto Hirle Lima

Plano de ação para aumentar a adesão ao tratamento dos
pacientes com diabetes mellitus atendidos pela Clínica da Família
Maria José de Sousa Barbosa, Rio de Janeiro - RJ

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Tailane Scapin
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Carlos Roberto Hirle Lima

Plano de ação para aumentar a adesão ao tratamento dos
pacientes com diabetes mellitus atendidos pela Clínica da Família
Maria José de Sousa Barbosa, Rio de Janeiro - RJ

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Tailane Scapin
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Introdução: Na atualidade, tem-se observado um aumento considerável da população mundial com diabetes. O Diabetes Mellitus (DM) é um dos mais importantes problemas de saúde pública, devido as incapacitações, mortalidade prematura, custos elevados envolvidos no seu controle e no tratamento de seus agravos. Na unidade de saúde onde este trabalho vem sendo desenvolvidi, há um crescente número de pacientes com diabetes sem uma adesão adequada ao tratamento da doença. **O bjetivo:** Realizar um plano de ação para organizar o acompanhamento e aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos atendidos na Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa, Vila Açoriana, Rio de Janeiro. **Metodologia:** Toda a equipe multidisciplinar participará e ocorrerá três etapas: 1) estímulo e organização das atividades da Academia Carioca, onde os pacientes irão participar três vezes na semana de atividades físicas e socialização; 2) grupos de apoio a cada quinzena abordando temas de prevenção, complicações, uso de insulina e medicação oral, manejo no auto cuidado e nutrição para o diabético.; e 3) oferta de exames de glicose e hemoglobina glicosilada a cada seis meses para avaliar o antes e o depois das ações propostas. **Resultados esperados:** Em primeiro plano, espera-se o aumento na prática de atividade física e a redução nos valores glicêmicos, contribuindo para uma melhor qualidade de vida. Com as atividades de grupo de apoio, espera-se melhorar a concientização sobre o tema diabetes e, com isso, almejar mudança no estilo de vida e diminuição das complicações da doença.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Estilo de Vida, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo geral	11
2.2	Objetivos específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A comunidade na qual está inserida a Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa tem uma abrangência em sub bairro chamado Vila Aliança que pertence ao Bairro Bangu, comunidade urbana localizada na cidade do Rio de Janeiro. O território apresenta tanto moradias com boa estrutura quanto casas com estrutura precária. O sistema básico de saneamento carece de atenção, nem todos os habitantes têm acesso diário a água potável e nem possuem sistema de esgotamento, tem um valão que corta o bairro onde todo o esgoto é canalizado. Há presença de locais com montanha de lixo, pois a coleta não é sistemática e a população nem sempre coopera para manter um ambiente limpo. De forma geral, os moradores da região são provenientes do nordeste do Brasil ou são pessoas nascidas no próprio estado do Rio de Janeiro.

O bairro era uma antiga fazenda nos anos de 1800. Em 1893, foi fundada a fábrica de tecidos bangu pelos ingleses que fez com que o bairro se urbanizasse e se desenvolvesse. O bairro é cortado pela linha de trem urbano. A comunidade trabalha no comércio local, no centro da cidade do Rio de Janeiro e em bairros vizinhos. Além disso, no local há muitos aposentados, bem como famílias beneficiárias dos programas sociais de distribuição de renda, tal como o bolsa família. Um dos grandes problemas enfrentado pela comunidade é o tráfico de drogas que se infiltra em vários seguimento da comunidade, trazendo insegurança devido aos confrontos armados e o uso de menores de idade em suas ações. Há também a realização de eventos sociais (bailes funk) nos finais de semana que preocupam os pais dos jovens da região.

A rede pública de saúde, educação e organização social da comunidade é composta por uma clínica da família oferecendo serviços de atenção primária, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas em um bairro vizinho, uma maternidade em um bairro vizinho, um centro social chamado com acesso a internet e cursos variados para jovens e adultos, duas escolas, duas creches. Na região também há a presença de duas escolas particulares de pequeno porte. Ainda, existe, 53 estabelecimentos comerciais, 13 igrejas, duas associações de moradores atuantes e também um conselho local de saúde.

Os dados da comunidade assistida pela Clínica da Família abrange uma população de 26.456 pessoas. Quanto à faixa etária, há: crianças de 0 a 19 anos - 8.247 indivíduos (31,17% da população); adultos maior 20 a 59 anos - 14.774 indivíduos (55,84% da população); idosos com 60 anos ou mais - 3453 indivíduos (13,05% da população). Sobre os dados de saúde, a mortalidade geral do local é de 4,8%. O coeficiente de natalidade é de 13,45% - 13 crianças para cada 1000 habitantes no ano de 2017. Há 1.181 indivíduos com diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) atendidos pela equipe de saúde da Clínica da Família, dos quais 126 são atendidos pela Equipe de Saúde da Família (ESF) Mangueiral, da qual o proponente deste projeto faz parte. Há também 3.927 indivíduos diagnóstica-

dos com Hipertensão Aterial Sistêmica (HAS) na clínica da família, 376 atendidos pela ESF Manguelal. A equipe ainda também 26 mulheres em período gestacional, das 195 cadastradas na Clínica, e 10 indivíduos com casos de HIV em tratamento.

A Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa vem passando por um momento de aumento de demanda espontânea pelo número insuficiente de médicos e as UPA não estão atendendo por falta constante de salário aos profissionais. Desta forma, há pouco tempo para atuação na demanda organizada dos principais agravos à saúde. A procura pelo serviço de saúde está relacionado a: resfriado comum, lombalgia, bronquiolite, diarreia, bronquite-asma, conjuntivite, HAS descompensada, DM sem tratamento adequado, artralgias, amigdalites e síndrome febril. Há também a procura por serviços de vacinação, curativo, coleta de exames, farmácia, serviços de radiografia e de ultrassonografia.

Dentre os agravos à saúde citados, os mais comuns são a HAS, a DM, a lombalgia e as amigdalites. Frente a esse contexto, optou-se por realizar um projeto de intervenção com os indivíduos diabéticos atendidos pela ESF em função da adesão insuficiente ao tratamento medicamentoso e a mudança nos hábitos de vida desses pacientes. Considerando que DM é uma doença não transmissível com evolução à cronicidade, podendo ser silenciosa em seu desenvolvimento, nem todos os pacientes se adaptam ao tratamento adequado. Nesse sentido, as equipes de saúde tem um grande desafio em propor e desenvolver ações com esses pacientes para que eles criem vínculos de confiança com a equipe e, assim, sintam-se seguros e, seguir adequadamente o tratamento com auto confiança e auto cuidado. Desta forma, entende-se que com a conquista da confiança na equipe de saúde, torna possível levar aos usuários o conhecimento adequado sobre as técnicas de tratamento da DM e, assim, o paciente entender a importância e a necessidade de aderir de forma plena ao tratamento.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Realizar um plano de ação para organizar o acompanhamento e aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos atendidos na Clínica da Família Maria José de Sousa Barbosa, Vila Açoriana, Rio de Janeiro.

2.2 Objetivos específicos

Mobilizar os pacientes diabéticos a participarem da Academia Carioca da Estratégia da Saúde da Família

Realizar grupos de apoio com os pacientes diabéticos abordando questões relacionadas ao tratamento da doença

Promover ação para oferta de exames laboratoriais periódicos (semestral) aos diabéticos para mensuração da glicose e da hemoglobina glicada

3 Revisão da Literatura

Diabetes *mellitus* (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. O DM tipo 1 é caracterizado por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina sendo subdividido em tipos 1A e 1B (autoimune e idiopática). O DM2 é a forma verificada em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o defeito na função das células beta estão presentes precocemente na fase pré-clínica da doença. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais (TAVARES *et al.*, 2013).

Tem-se ainda o diabetes gestacional, que é um estado de hiperglicemia, menos severo que o diabetes tipo 1 e 2, detectado pela primeira vez na gravidez. Geralmente se resolve no período pós-parto e pode frequentemente retornar anos depois. Hiperglicemias detectadas na gestação que alcançam o critério de diabetes para adultos, em geral, são classificadas como diabetes na gravidez, independentemente do período gestacional e da sua resolução ou não após o parto. Sua detecção deve ser iniciada na primeira consulta de pré-natal (ADA, 2018)(TAVARES *et al.*, 2013).

A complexidade impressa no processo saúde/doença do DM, demarcada pela sua expressiva prevalência, alta morbimortalidade e imensos custos gerados à vida das pessoas acometidas, sua família, sociedade e sistema de saúde, requer que as pessoas tenham conhecimentos que possibilitem a gestão adequada da doença (SALCI; MEIRELLES; SILVA, 2018).

Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico do DM com utilização da glicemia: sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual ≥ 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições; glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (7 mmol/dl). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia; ou glicemia de 2 h pós-sobrecarga de 75 g de glicose ≥ 200 mg/dl. O teste de tolerância à glicose deve ser feito com os cuidados preconizados pela OMS, com coleta para diferenciação de glicemia em jejum e 120 min após a ingestão de glicose (MILECH *et al.*, 2016)

Ainda, pode-se utilizar como parâmetro de controle à longo prazo da DM a hemoglobina glicada, hemoglobina glicosilada ou glico-hemoglobina, também conhecida pelas siglas A1C e HbA1C. Ela indica o percentual de hemoglobina que se encontra ligada à glicose e reflete os níveis médios de glicemia ocorridos nos últimos dois a três meses, é recomendado que seja utilizado como um exame de acompanhamento e de estratificação do controle metabólico. Tem a vantagem de não necessitar de períodos em jejum para sua

realização (TAVARES *et al.*, 2013). Os três pilares fundamentais na assistência global do paciente portador de DM2 são: controle glicêmico rígido (dieta/estilo de vida, exercício físico, medicação), tratamento de distúrbios associados (dislipidemia, hipertensão, obesidade, coronariopatia) e pesquisa e/ou tratamento das complicações da enfermidade (retinopatia, doença cardiovascular, nefropatia, neuropatia ou outras complicações) (GUIDONI *et al.*, 2009).

Quanto à epidemiologia da DM, as transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas ocorridas desde o século passado alteraram o perfil de risco em saúde da população, tornando as Doenças Crônicas Não-transmissíveis (DCNT) um importante problema de saúde pública em todo o mundo (GUIDONI *et al.*, 2008).

O aumento na incidência do DM2 é atribuído a vários fatores, como: a) envelhecimento da população com fatores predisponentes; b) alterações dietéticas, com crescente substituição dos alimentos ricos em fibra, vitaminas e minerais por produtos industrializados; c) sedentarismo, favorecido por mudanças na estrutura de trabalho e avanços tecnológicos; d) obesidade; e) tabagismo, entre outros (GUIDONI *et al.*, 2009).

Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. O Diabetes Mellitus é um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, de incapacitações, de mortalidade prematura, como no que diz respeito aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações (MURRO *et al.*, 2018). O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, em como da maior sobrevida de pacientes com DM.

Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS estimou que, no Brasil, 6,2% da população com 18 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes, sendo de 7,0% nas mulheres e de 5,4% nos homens. Em 2014, estimou-se que existiriam 11,9 milhões de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes no Brasil, podendo alcançar 19,2 milhões em 2035 (CORREIA *et al.*, 2017).

Outros aspectos a destacar são as repercussões de mudanças no estilo de vida, em curto período de tempo, em grupos de migrantes. No Brasil, um estudo realizado na comunidade nipo-brasileira mostrou aumento vertiginoso na prevalência de DM, cuja taxa passou de 18,3%, em 1993, para 34,9%, em 2000, o que comprova o impacto de alterações no estilo de vida, em particular do padrão alimentar, interagindo com provável suscetibilidade genética (MILECH *et al.*, 2016).

Uma situação preocupante é observada quando o assunto é DM na infância, pois essa patologia é crônica, sendo que dados recentes indicam que uma em cada três crianças nascidas nos EUA desenvolverá DM em algum momento da vida. Quando essa doença é diagnosticada nos jovens, a expectativa de vida é reduzida, em média, de 10 a 15 anos (GUIDONI *et al.*, 2009).

O tratamento adequado do diabetes e das condições associadas, que acarretam risco adicional de morbidade, tem um resultado apreciável na redução das complicações da doença, conforme demonstram diversos estudos recentes. Não há limite acima do qual o controle da glicemia reduz a ocorrência de complicações; portanto, quanto melhor esse controle, menor o risco de complicações (MURRO; TAMBASCIA; RAMOS, 2011).

Um estudo do Ministério da Saúde, em 2002, mostrou que as DCNT são responsáveis pelas maiores proporções de anos de vida perdidos por morte prematura (59%), por anos de vida vividos com incapacidade (74,7%) e por anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (66,3%). A expectativa de vida média é reduzida em 15 anos para portadores de DM1 e 7 anos para o DM2 (CEZÁRIO et al., 2005).

Frente aos problemas à saúde causados pela DM e sua atual epidemiologia, surgiram políticas públicas referentes à assistência aos diabéticos. Em 2002, no Brasil, a Portaria n° 371/GM criou o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Diabetes Mellitus, como parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, garantindo aos usuários cadastrados nos municípios os medicamentos necessários (GUIDONI et al., 2009).

Em 2006, o Sistema Único de Saúde (SUS) possuía em torno de 63 mil unidades ambulatoriais, 6 mil unidades hospitalares, com mais de 440 mil leitos, respondendo por aproximadamente 1 bilhão de procedimentos de atenção primária à saúde, destacando-se: consultas médicas (150 milhões), atendimentos de alta complexidade (132 milhões), exames laboratoriais (300 milhões), internações hospitalares (12 milhões), partos (2 milhões) e 14 mil transplantes de órgãos (Brasil, 2006). Entretanto, a política de controle e prevenção das DCNT ainda é considerada insipiente (GUIDONI et al., 2009).

As diferentes formas de organização dos serviços de saúde constituem modelos que podem ser caracterizados, conforme o grau de incorporação tecnológica, em atenção primária (básica), secundária e terciária, cuja integralidade refere-se à garantia de acesso do indivíduo aos diversos níveis de atenção. Na atenção primária são utilizadas intervenções com enfoque individual e coletivo, visando atender aos problemas mais comuns da população, entre eles, as DCNT, as quais, por envolverem causas múltiplas, requerem dos profissionais de saúde conhecimento formal eclético, orientado segundo a lógica da multicausalidade (GUIDONI et al., 2009).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento aos portadores do DM variam de 2,5% a 15% dos investimentos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local e da complexidade do tratamento disponível. Portadores de DM consomem pelo menos duas vezes mais recursos para o cuidado com a saúde, quando comparado aos não-diabéticos (CASTANHEIRA, 2015).

Para o DM estão previstas medidas preventivas e de promoção da saúde, como ações educativas sobre condições de risco, apoio para prevenção de complicações, diagnóstico de casos, cadastramento de portadores, busca ativa de casos, tratamento dos doentes, moni-

torização dos níveis de glicose sanguínea e diagnóstico precoce de complicações, primeiro atendimento de urgência, e encaminhamento de casos. Essas ações são desenvolvidas na rede de atenção básica do SUS a atuação efetiva e interdisciplinar das equipes de saúde são fatores decisivos para melhora e manutenção da qualidade de vida da população de DM.

Atualmente, é financeiramente insustentável o modelo baseado prioritariamente na utilização intensiva da tecnologia, na prática hospitalar e na incorporação profissional centrada nas especialidades médicas. Há uma tendência em todas as sociedades no incentivo à atenção domiciliar, atenção básica e a ambulatorização dos cuidados, reduzindo assim os custos e o uso intensivo das tecnologias e das especialidades (GUIDONI *et al.*, 2009).

Nesse sentido, tem-se o programa Academia da Saúde, lançado em 2011, que é uma estratégia de promoção da saúde e produção do cuidado que funciona com a implantação de espaços públicos conhecidos como polos do Programa Academia da Saúde. Esses polos são dotados de infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados. Como ponto de atenção no território, complementam o cuidado integral e fortalecem as ações de promoção da saúde em articulação com outros programas e ações de saúde como a Estratégia da Saúde da Família, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e a Vigilância em Saúde (BRASIL, 2013).

Ainda, por não se tratar de uma terapêutica simples, o tratamento ao paciente diabético requer, além de orientação médica, a orientação da enfermagem, nutrição, psicologia e profissionais de educação física, assim como dos serviços de atenção farmacêutica, ou seja, um olhar holístico sob o paciente. Nesse sentido, segundo a Carta de Ottawa, a "promoção da saúde" deve ser entendida como a capacitação das pessoas e das comunidades para modificar os determinantes da saúde em benefício da própria qualidade de vida, resultando conseqüentemente em uma perícia natural no controle deste processo (COSTA; *et al.*, 2008).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, o aumento da realização de atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis não são apenas um problema individual, mas sim um problema social, que exige estratégias de ação voltadas para a população, considerando os aspectos culturais apresentados por ela. É necessário que haja uma transformação na maneira de pensar da população e principalmente na ótica dos técnicos de saúde envolvidos nesse processo. Para que tal fato ocorra, é preciso a promoção de processos participativos, que desenvolvam no indivíduo a capacidade de decisão ante os problemas. A partir da formação do pensamento crítico, o empoderamento da população surge como uma perspectiva de melhoria no quadro da saúde no Brasil, criando um conjunto democratizado com estratégias propostas a partir da promoção da saúde, envolvendo a participação da população, do governo, das instituições públicas e privadas. A extrapolação da saúde para além da prática clínica englobando condições de vida geradas

por relações sociais é um importante elemento para se entender o processo saúde-doença (COSTA et al., 2011).

A atuação da equipe multidisciplinar no cuidado à saúde do paciente é de extrema importância. No entanto, antes de se iniciar a orientação específica sobre o diabetes, é fundamental que toda a equipe conheça os padrões individuais de resposta do paciente em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades, estabelecendo um vínculo afetivo para, posteriormente, em conjunto, traçar estratégias, a serem alcançadas a curto, médio e longo prazos, que visem ao controle metabólico do paciente (COSTA et al., 2011).

A educação para a saúde é reconhecida como mecanismo eficaz na capacitação para o autocuidado, em que os pacientes são os autores no controle da afecção; essa estratégia educacional é conhecida por *empowering* (empoderamento) (IQUIZE et al., 2016).

Desta forma, a intervenção proposta está pautada na abordagem interdisciplinar dos profissionais das equipes de saúde com apoio do Núcleo de apoio do Saúde da Família (NASF) aos pacientes com DM realizando consulta, palestras, confecção de panfletos e melhoria na convivência dos pacientes com as equipes para assim criar vínculo de confiança para uma adesão ao tratamento da doença. A intervenção educativa em saúde pode melhorar a auto percepção do paciente acerca do DM, bem como promove a capacitação do profissional nível informacional e de vivências na assistência e cuidado do indivíduo com diabetes. A qualidade de vida da pessoa diabéticas está intimamente ligada ao monitoramento glicêmico e esse, à quantidade e qualidade da informação recebida por ele e por sua equipe multidisciplinar. Em todos os casos, a intervenção educativa tem efeito benéfico nos resultados obtidos e objetivam prestar assistência ao paciente com DM, com vistas a diminuir e controlar os seus níveis glicêmicos.

4 Metodologia

A população alvo das atividades a serem realizadas será composta pelos pacientes com diabetes em uso de insulina e medicação oral atendidas na Clínica da Família Maria José de Souza Barbosa da equipe Manguairal. Para identificação desses pacientes será feito uma busca no sistema de prontuário eletrônico Vitacare da clínica da família. O plano de ação para organizar o acompanhamento e aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos será realizado em três etapas:

Etapa 1) Academia carioca: Para estimular os pacientes a frequentarem a academia carioca, será realizada uma ação conjunta com participação do médico, da enfermeira e da educadora física da unidade de saúde. Os pacientes diabéticos, no momento da consulta, serão informados sobre as atividades realizadas na academia e incentivados a participarem regularmente (mínimo de três vezes por semana). A educadora física será responsável por orientar os pacientes durante a realização das atividades na academia, bem como por continuar o processo de incentivação para que pratiquem a atividade física com regularidade.

Etapa 2) Grupos de apoio: Quinzenalmente, os pacientes com DM da equipe Manguairal terão palestra em grupo em número de 12 pessoas com temas de prevenção de complicações, maneira adequada do uso da insulina e medicação oral, manejo do autocuidado, informação sobre como ocorre a diabetes e orientação sobre nutrição. As palestras serão realizadas pelo médico, enfermeiro e envolvendo a nutricionista do NASF, agentes comunitários de saúde e serão realizadas na própria clínica da família. Essa atividade está prevista para iniciar a partir de fevereiro de 2019 com duração de 01 ano.

Etapa 3) Oferta de exames laboratoriais: Para que haja o monitoramento dos dados clínicos dos pacientes, serão ofertados para os pacientes com DM exames de glicose e hemoglobina glicosilada a cada seis meses durante um ano (duas coletas no ano). Será realizado uma listagem organizada com datas de coleta agendadas para esses pacientes. A coleta será realizada na própria clínica da família. A organização será realizada pela enfermeira e o médico com apoio dos agentes comunitários de saúde e a coleta realizada pelas técnicas de enfermagem.

5 Resultados Esperados

Com a mobilização dos paciente para participar na academia carioca, pretend-se conseguir um aumento expressivo desses pacientes realizando atividade física e melhorando sua auto-estima, problema bastante relatado pelos pacientes. Por conseguinte, busca-se diminuir os valores glicemicos e melhorar a qualida de vida de cada participante.

A realização das atividades nos grupos de apoio, com palestras abordando temas sobre DM, objetiva que haja uma melhor concientização sobre o tema, levando os indivíduos à realizarem mudanças no estilo de vida, bem como melhorar a frequência nas consultas médicas e de enfermagem. Também busca-se alcançar esses objetivos com a realização periódica dos exames de glicose e hemoglobina glicosilada, que possibilitarão a avaliação comparativa dos marcadores dos pacientes antes e após as atividades propostas.

Referências

- ADA, A. D. A. *Gestational Diabetes*. 2018. Disponível em: <<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/gestational/>>. Acesso em: 27 Nov. 2018. Citado na página 13.
- BRASIL. Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013, redefine o programa academia da saúde no âmbito do sistema Único de saúde (sus). Diário Oficial da União, Brasília, n. 1, 2013. Citado na página 16.
- CASTANHEIRA, M. M. A importância da atenção farmacêutica prestada ao paciente portador de diabetes mellitus tipo 2. – *Revista Especialize On-line IPOG*, v. 1, p. 1–18, 2015. Citado na página 15.
- CEZÁRIO, A. C. et al. *A VIGILÂNCIA, O CONTROLE E A PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: Dent no contexto do sistema Único de saúde brasileiro – situação e desafios atuais –*. Brasília: BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. Citado na página 15.
- CORREIA, M. de C. et al. Educação permanente no cuidado ao paciente em uso de insulina: um relato de experiência. *INTERNATIONAL NURSING CONGRESS Theme: Good practices of nursing representations In the construction of society*, p. 1–4, 2017. Citado na página 14.
- COSTA, J. de A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *SciELO - Scientific Electronic Library Online Av. Onze de Junho, 269 - Vila Clementino 04041-050 São Paulo SP - Brazil Tel.: (55 11) 5083-3639/59 E-mail: scielo@scielo.org*, v. 1, p. 1–9, 2008. Citado na página 16.
- COSTA, J. de A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. 2001-2009, 2011. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, p. 2001–2009, 2011. Citado 2 vezes nas páginas 16 e 17.
- GUIDONI, C. M. et al. *Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual*. 2008. Departamento de Ciências Farmacêuticas Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo Av. do Café, s/n - 14040-903 Ribeirão Preto - SP, Brasil. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 30 Nov. 2018. Citado na página 14.
- GUIDONI, C. M. et al. Assistência ao diabetes no sistema Único de saúde: análise do modelo atual. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 45, p. 37–48, 2009. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 16.
- IQUIZE, R. C. C. et al. Práticas educativas no paciente diabético e perspectiva do profissional de saúde: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*, p. 196–204, 2016. Citado na página 17.
- MILECH adolpho et al. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015 - 2016*. Rio de Janeiro: Grupo Editorial Nacional, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 14.

MURRO, A. L. B.; TAMBASCIA, M.; RAMOS, M. de C. *Manual de Orientação Clínica DIABETES MELLITUS*: Secretaria de estado da saúde de são paulo. São Paulo: Olho de Boi Comunicações, 2011. Citado na página 15.

MURRO, A. L. B. et al. *Manual de Orientação Clínica DIABETES MELLITUS*. 2018. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/linhas-de-cuidado-sessp/diabetes-melitus/manual-de-orientacao-clinica-do-diabetes-mellitus/lc_diabetes_manual_atualizado_2011.pdf>. Acesso em: 30 Nov. 2018. Citado na página 14.

SALCI, M. A.; MEIRELLES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V. da. Educação em saúde para prevenção das complicações crônicas do diabetes mellitus na atenção primária. *Esc Anna Nery*, v. 1, p. 1–6, 2018. Citado na página 13.

TAVARES, A. M. V. et al. *Caderno da Atenção Básica n. 36*: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 13.