

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COLETIVA. CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE
DA FAMÍLIA

Francielly Layla Severiano

ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS EM
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Contagem
2020

Francielly Layla Severiano

**ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS EM
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Márcia Christina Caetano Romano

Contagem

2020

Francielly Layla Severiano

**ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS EM
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Márcia Christina Caetano Romano

Banca examinadora

Professora Márcia Christina Caetano Romano, Doutora, UFSJ

Professora Eliana Aparecida Villa, Doutora, UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 07 de outubro de 2020.

RESUMO

Diabetes Mellitus constitui um agravo prevalente mundialmente e composto por um grupo de doenças metabólicas que se manifestam através do uso inadequado de glicose pelos tecidos gerando uma hiperglicemia crônica. A farmacoterapia associada a uma alimentação equilibrada constituem a base do controle e tratamento, considerado de grande importância, pois representa o suporte da prevenção de doenças crônicas, como complicações micro e macrovasculares, perda da visão, insuficiência renal, amputações e acidente vascular cerebral. A baixa adesão à terapia medicamentosa e o mau controle alimentar aumentam tanto a mortalidade quanto a morbidade. Nas microáreas da Unidade de Saúde da Família Estaleiro, nota-se uma grande necessidade de adesão medicamentosa dos pacientes diabéticos. Dessa forma, o objetivo do presente trabalho consiste em elaborar um plano de ação com vistas à promoção de maior adesão ao tratamento farmacológico e comportamental de pacientes com Diabetes Mellitus adscritos nas microáreas da Unidade de Saúde da Família Estaleiro I e II, Contagem, Minas Gerais. O plano de ação foi pautado no Planejamento Estratégico Situacional e foi realizada também uma revisão de literatura nas bases de dados *Scientific Library Eletronic On Line* e páginas oficiais governamentais. Pretende-se que o público-alvo adquira maior conhecimento sobre o tratamento e os benefícios trazidos por ele, impactando em uma melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Terapêutica. Educação em Saúde. Cooperação e Adesão ao Tratamento.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a globally prevalent disease and is composed of a group of metabolic diseases that manifest themselves through the inappropriate use of glucose by the tissues, generating chronic hyperglycemia. Pharmacotherapy associated with a balanced diet is the basis for control and treatment, considered of great importance, as it represents the support for the prevention of chronic diseases, such as micro and macrovascular complications, loss of vision, renal failure, amputations and stroke. Low adherence to drug therapy and poor dietary control increase both mortality and morbidity. In the micro areas of the Family Health Unit Shipyard, there is a great need for medication adherence by diabetic patients. Thus, the objective of this work is to develop an action plan with a view to promoting greater adherence to pharmacological and behavioral treatment of patients with DM enrolled in the micro areas of the Family Health Unit Shipyard I and II, Contagem, MG. The action plan was based on the Situational Strategic Planning and a literature review was also carried out in the Scientific Library Electronic On Line (SciELO) databases and official government pages. It is intended that the target audience acquire greater knowledge about the treatment and the benefits brought by it, impacting on an improvement in the quality of life.

Keywords: Diabetes Mellitus. Therapeutic. Health Education. Treatment Adherence and Compliance.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	7
1.1 Aspectos gerais do município de Contagem.....	7
1.2 O Sistema Municipal de Saúde.....	8
1.3 Aspectos da Comunidade.....	9
1.4 A Unidade de Saúde da Família Estaleiro I e II.....	10
1.5 A Equipe de Saúde da Família Estaleiro I e II da Unidade Básica de Saúde Estaleiro I e II.....	11
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Estaleiro I e II.....	11
1.7 O dia a dia da Equipe Estaleiro I e II.....	12
1.8 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	13
1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo).....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Objetivo geral.....	16
3.2 Objetivo específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	18
5.1 Diabetes Mellitus.....	18
5.2 Adesão ao Tratamento da DM.....	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	22
6.1 Descrição do Problema (terceiro passo).....	22
6.2 Explicação do Problema: quarto passo.....	23
6.3 Seleção dos Nós Críticos: quinto passo.....	23
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

APÊNDICE.....	33
---------------	----

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Contagem

Contagem possui uma população de 663.855 pessoas na estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2019, com uma área territorial de 194,746km², densidade demográfica de 3.090,33hab/km², Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) 97,4%, Produto Interno Bruto (PIB) per capita 44.015,99 R\$ (BRASIL, 2019). Sua história apresenta versões diversificadas sobre sua origem. Uma dessas versões disserta sobre a existência de uma família com o sobrenome "Abóboras" que teria construído a igreja em torno da qual o município viria a surgir (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2019).

Em 1701, a Coroa portuguesa instalou um posto fiscal às margens do Ribeirão das Abóboras, nas terras do capitão João de Souza Souto Maior, com o objetivo de fazer a contagem do gado que vinha da região do Rio São Francisco em direção à região das minas (Ouro Preto e Mariana). Como acontecia em todos os pontos que ofereciam boas oportunidades de lucro, a partir de 1716, no entorno do posto de registro, uma grande diversidade de pessoas foi dando vida à população: senhores de escravos, patrulheiros, funcionários do registro, delatores do transvio, religiosos, taberneiros e pessoas desocupadas (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2019).

Nas proximidades daquele posto, em terras de domínio público, desenvolveu-se outro povoado em torno de uma capelinha erguida em devoção ao Santo protetor dos viajantes, São Gonçalo do Amarante, ou Sam Gonçalo, em 1725. A construção de capelas e igrejas dedicadas a São Gonçalo era comum na época. Esse santo goza de grande prestígio entre a população portuguesa e a devoção a ele acompanhou o processo de colonização (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2019).

Surge, portanto, o povoado Sam Gonçallo do Ribeirão das Abóboras, posteriormente chamado de São Gonçalo da Contagem das Abóboras. Este período caracteriza-se pelo arruamento tortuoso, grandes lotes com casas no alinhamento e profundos quintais arborizados com mangueiras e jabuticabeiras. Esse arraial formou o núcleo original da formação de Contagem e corresponde à região da Sede Municipal. Daquela São Gonçallo permaneceram parte da primitiva arborização, algumas edificações e objetos de arte sacra (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2019).

Nova Contagem é um bairro da regional administrativa de Contagem, iniciado em 1982, localizado na área VII Vargem das Flores, construída para acomodar a população das

regiões periféricas da Cidade Industrial de Contagem e para abrigar a Penitenciária de Segurança Máxima Nelson Hungria. Hoje conta com aproximadamente 60 mil habitantes, está localizada na porção noroeste do município de Contagem, distante 15 km da Sede. Localiza-se na divisa com municípios de Esmeraldas e Ribeirão das Neves, todos pertencentes à região metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) (PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2019).

O processo de urbanização de Nova Contagem provocou um descompasso entre oferta dos serviços públicos de primeira necessidade e o crescimento rápido da população. Atualmente, o bairro dota de certa urbanização e comércio local, sendo referência para população da região, como alguns bairros próximos e até mesmo para alguns bairros de Esmeraldas.

O maior centro comercial encontra-se entre as ruas Ápio Cardoso e VP1, que além de suas lojas, conta com uma feira livre, onde se comercializa alimentos aos fins de semana. A região passou por uma valorização e investimento por parte das esferas estaduais e federais e essas ações refletiram diretamente na melhoria da qualidade de vida dos seus habitantes, com oferecimento de tratamento de esgoto, remoção de moradias indevidas, pavimentação da maioria das ruas e saneamento básico.

A localidade possui apenas uma opção de acesso, feito através da rodovia MG 432 até o trevo do bairro Retiro. O transporte público é realizado por aproximadamente 12 linhas, que atendem de modo precário toda regional e com tarifas mais elevadas quando comparadas à sede. Além disso, dispõe de apenas um posto de combustível e não possui bancos ou caixas eletrônicos no bairro. A localidade possui o pior IDHM da RMBH, sendo 0,712 em 2000, com percentual de indigente em torno de 17% da população total, quase três vezes superior a média do município de Contagem.

Pode-se ressaltar a grande taxa de analfabetismo, criminalidade e a dificuldade da população se adequar ao desenvolvimento recente na região. No final dos anos 90, houve uma tentativa de transformação da região de Nova Contagem em um distrito, porém por questões legais, o projeto não avançou, embora tenha sido aprovado na Câmara Municipal de Contagem. Ainda hoje há um movimento pequeno e não muito consistente composto por líderes comunitários e religiosos reivindicando sua emancipação.

1.2 O Sistema Municipal de Saúde

Contagem possui uma rede pública de saúde que encontra-se dividida em oito Distritos Sanitários denominados Industrial, Riacho, Eldorado, Petrolândia, Sede, Vargem das Flores,

Ressaca e Nacional. A rede de atenção à saúde dispõe na Atenção Primária à Saúde (APS) de unidades básicas de saúde, com equipes de saúde da família (ESF), núcleo ampliado em saúde da família (NASF), equipe de consultório de rua, farmácias distritais, além do centro de convivência.

O município possui atenção especializada ofertada por Centros de Especialidades Médicas (CCE), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), equipes intermediárias de saúde mental, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), Casada Gestante e Puérpera (CAGEP) e residências terapêuticas. Em termos de atenção hospitalar, Contagem possui um complexo hospitalar com hospital municipal e centro materno-infantil.

No que se refere aos serviços de urgência e emergência, há unidades de pronto-atendimento (UPA), equipes de serviço de atenção domiciliar (SAD), o serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU) e transporte sanitário. O município possui o setor de vigilância à saúde composto pelo laboratório de bromatologia, central de referência de imunização, centro de controle de zoonoses e o centro de referência em saúde do trabalhador (CEREST).

Contagem possui também o Núcleo de Promoção de Saúde (NPS) que realiza diferentes ações nas seguintes temáticas: formação e educação permanente, alimentação adequada e saudável, práticas corporais e atividades físicas, enfrentamento do uso de tabaco e seus derivados, enfrentamento do uso abusivo do álcool e outras drogas, promoção da mobilidade segura, promoção da cultura de paz e de direitos humanos e promoção do desenvolvimento sustentável. O NPS incorpora, apoia e articula com vários projetos/ programas/ políticas, dentre eles, o Programa Saúde Escola, Prevenção à Violência, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no Sistema Único de Saúde (SUS) e o Programa Nacional de Controle do Tabagismo.

1.3 Aspectos da Comunidade

A região do Estaleiro I e II faz parte do bairro Nova Contagem e surgiu em torno da Penitenciária de Segurança Máxima Nelson Hungria. Conta com aproximadamente 6000 habitantes, número subestimado pelo e-SUS devido a dificuldades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) digitalizarem o número real das famílias cadastradas da comunidade. Composta por uma população marginalizada à sociedade, a maioria menos favorecida socialmente, oriunda de movimentos políticos de invasões das áreas e com finalidade de dar

moradia a desabrigados de outras áreas de Contagem, criando um crescimento desordenado na região.

A maioria da população se encontra desempregada, sobrevive através de apoio de serviços sociais, como o Programa de Atendimento Integral a Família (PAIF), Centro de Referência do Idoso – Espaço Bem Viver e Projovem Adolescente. Na área adscrita, há duas escolas estaduais e duas municipais. A economia local se dá essencialmente por atividades do mercado informal. Destaca-se que a renda bruta local é obtida por meio do Bolsa Família.

Parte da comunidade possui saneamento básico e serviços primários e uma outra parcela compõe-se basicamente de invasão em torno da penitenciária, sem saneamento básico e condições mínimas de moradias, com becos estreitos e lixo entulhado entre eles. O Conselho Local e a Associação da Comunidade atualmente estão ativos, e com isso, obtiveram algumas melhorias, mesmo que incipientes, para melhoria da qualidade de vida.

Na comunidade, são inexistentes as opções de lazer. A população tem receio de frequentar as ruas locais em função da violência que é preponderante na região. Como atividade recreativa única mencionam frequentar a feira aos finais de semana. A maior parte da população é religiosa, protestante, indo frequentemente às igrejas.

1.4 A Unidade de Saúde da Família Estaleiro I e II.

A Unidade de Saúde da Família (USF) foi inaugurada há aproximadamente 20 anos e está situada entre as comunidades do Estaleiro I e II e possui fácil acesso. Alocada em uma casa alugada de quatro cômodos, sendo um banheiro e uma área externa, não foi adaptada corretamente para atender uma USF, mas realizou pequenas reformas com a construção de um banheiro externo para uso dos usuários e algumas cadeiras na área externa (varanda), onde fica a sala de espera. Extremamente pequena para a população adscrita, que mesmo subcadastrada é de aproximadamente 6000 usuários, conta apenas com duas salas para atendimento, uma recepção pequena, diante do fluxo de pessoas e uma sala de cuidados de enfermagem. Não há revestimento adequado, sendo extremamente quente e abafado o local, porém sem mofo até o presente momento. Nos dias de chuva apresenta inúmeros vazamentos, prejudicando os atendimentos.

Contamos com o apoio de atendimento do NASF, sendo realizado matriciamento mensal com a presença de todos os profissionais do NASF e da unidade (médica, enfermeira e ACS). A data para essa atividade é definida pelo distrito sanitário de contagem, visando atender a todas ESF disponíveis. Após o matriciamento, os pacientes são agendados para consultas individuais, avaliação em grupo ou visita domiciliar a depender da agenda dos

profissionais, bem como da demanda individual de cada paciente. Após o atendimento, é realizado um *feedback* com a equipe sempre que necessário, mesmo se não for o dia do matriciamento, pois a comunicação com a equipe é aberta e de diálogo acessível.

O desafio enfrentado em dia de atendimento do NASF é que não dispomos de salas para todos os profissionais e precisamos adaptar a área externa para esses atendimentos adicionais. Essa situação é sempre discutida nas reuniões mensais e causa desconforto tanto para os profissionais, quanto para os usuários. Também não dispomos de sala de reuniões e essas sempre ocorrem também na área externa, sendo bem desagradável principalmente nos dias de calor, já que é recoberta por telhas de amianto sem revestimento ou isolamento.

A população possui conselho local ativo desde janeiro de 2019, buscando por melhorias na unidade, por equipe extra diante da enorme demanda, e por melhores condições de trabalho para os profissionais. A realidade, no entanto, ainda se compõe pela falta de materiais básicos de curativo, ou infraestrutura mínima para abrigar uma ESF. A equipe busca minimizar os obstáculos com muita criatividade, acolhimento e escuta qualificada.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Estaleiro I e II da Unidade Básica de Saúde Estaleiro I e II

A Equipe Estaleiro I e II é formada por seis agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem, uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar administrativa e uma profissional que executa serviços gerais. Apesar das dificuldades de infraestrutura vivenciada pela equipe, há uma boa relação entre os profissionais e a comunidade. Busca-se realizar, diariamente, de segunda à sexta, o acolhimento com escuta qualificada, independentemente do horário.

Especificamente no horário da tarde, estabelecem-se as atividades programadas, sendo puericultura, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, atendimento às gestantes para atenção pré-natal e consultas para promoção à saúde da mulher. Há também, na rotina de atendimento, um planejamento para o cuidado ao paciente com hipertensão e com diabetes. Realizam-se também, de forma programada, visita domiciliar, reunião com equipe e matriciamento com NASF.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Estaleiro I e II

O funcionamento da USF Estaleiro I e II, compreende o horário de 7h às 17h, de segunda a sexta-feira. O horário de almoço do profissional auxiliar administrativo é coberto com o revezamento dos ACS na recepção, motivo de discordância frequente entre eles, e todos têm o direito a 1h de almoço, quase sempre não respeitados. Como há discordância entre os ACS referente a escala para cobrir o horário de almoço do profissional

administrativo, esse, por sua vez, não realiza o período completo do almoço e sempre retorna mais cedo para seu posto de trabalho, uma situação que gera descontentamento no trabalho e um ambiente desfavorável.

O atendimento noturno na unidade é algo que a gestão não coloca em pauta, visto ser uma área de alto risco de criminalidade e os profissionais se recusarem a estender seus horários. Ao lado da unidade funciona o laboratório de análises clínicas da comunidade que atende há três anos no bairro de Nova Contagem, sempre com agenda cheia e superlotado. Há uma reivindicação por parte da comunidade em conseguir mais uma equipe para o Estaleiro, visto a enorme área e usuários adscritos, fatos que sobrecarregam toda a equipe. Soma-se a essa sobrecarga o fato de que há um subcadastro por parte dos ACS que não cadastram todos usuários no e-SUS, e, portanto, a gestão não consegue solicitar nova equipe legalmente.

1.7 O dia a dia da Equipe Estaleiro I e II

A Equipe Estaleiro I e II ocupa-se basicamente da demanda espontânea e de cuidado continuado com agenda fechada, visto ser uma população densa, acima da capacidade da equipe. O acolhimento da demanda espontânea é de aproximadamente 30 usuários todas as manhãs, sendo cerca de 95% dos atendimentos de pacientes que nunca estiveram na unidade. Já foi tentado, diversas vezes, criar grupos de acompanhamento para pacientes com hipertensão e com diabetes, sem êxito. O curativismo ainda é enraizado na própria comunidade.

O cuidado continuado se dá para retornos de consulta médica, sempre com agenda extremamente cheia, com espera de aproximadamente três meses. Há cerca de 45 gestantes, em sua maioria adolescentes, para as quais ofertamos atendimento pré-natal. Há também o atendimento de puericultura e visitas domiciliares.

Além disso, contamos com um número enorme de pacientes com demandas em saúde mental, os quais não se consegue acompanhar como preconizado. Diante da demanda espontânea superlotada é que tentamos desenvolver nossa escuta qualificada, realizamos atividades de sala de espera e acolhimento. Até mesmo as reuniões semanais da equipe não estão sendo possível realizar, devido ao grande número de atendimentos gerados na demanda espontânea. Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda elevada de atendimento. Com o passar dos anos, essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm provocado um desgaste grande na equipe.

1.8 Estimativa Rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Do ponto de vista de dados palpáveis na população é precário o cadastramento das famílias pelos ACS, por diversos motivos, como o hábito de não realizar o cadastramento adequado, cobrança ineficaz da gerencia, falta de treinamento para acessar plataforma *on line*, pouco conhecimento básico de informática. Além disso, elegemos quatro principais problemas entre as questões de saúde e os relacionados ao sistema de saúde, a citar:

- 1- número excessivo de pacientes com diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental.
- 2- número excessivo de gestantes, a grande maioria menor de idade e multípara.
- 3- número excessivo de pacientes de saúde mental em uso de medicações controladas, inclusive receituário azul. A grande maioria vítima dos efeitos de álcool e drogas ilícitas.
- 4- subcadastramento da população adscrita.

1.9 Priorização dos problemas: a seleção do problema para o plano de intervenção (segundo passo)

A priorização dos problemas identificados foi feita a partir de sua importância, urgência, capacidade de enfrentamento, seleção e priorização, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1- Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Estaleiro I e II, Unidade Básica de Saúde Estaleiro I e II, município de Contagem, estado de MG.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Número excessivo de pacientes com diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental.	Alta	10	Parcial	Prioritário
Número excessivo de gestantes, sendo a grande maioria menor de idade e multípara	Média	6	Parcial	Secundário
Subcadastramento da população adscrita	Média	5	Parcial	Terciário

Número excessivo de paciente saúde mental	Média	4	Parcial	Quartenário
Abriga penitenciária de Segurança Máxima Nelson Hungria	Baixa	3	Fora	Quinto
Número inadequado de consultorios	Baixa	2	Fora	Sexto

Fonte: Aatoria Própria

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Após reunião com a equipe e reunião no conselho local, que ocorre mensalmente na unidade, foi decidido priorizar o número excessivo de pacientes com diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamento e comportamental, realizando uma proposta de intervenção com vistas à realização de atendimentos mais humanizados e um acolhimento mais eficaz.

2 JUSTIFICATIVA

A prevalência de diabetes *mellitus* (DM) está em elevação, especialmente em populações com vulnerabilidade socioeconômica, sendo um dificultador à integralidade na abordagem à saúde. Tal agravo pode ser determinado por hábitos de vida inadequados e obesidade (DIAS DA COSTA, 2020).

A falta de adesão ao tratamento farmacológico e comportamental representa um desafio enfrentado pelos profissionais da ESF, sendo relatada frequentemente hiperglicemia em pacientes já diagnosticados, além de internações por complicações, consequentemente onerando os custos em saúde.

Diante dessa problemática, acredita-se que o presente plano de ação é relevante e viável, uma vez que a implementação de estratégias de adesão ao controle de tratamento da DM pode promover a conscientização dos pacientes e gerar impacto na sua qualidade de vida, com diminuição das possíveis complicações associadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um plano de ação com vistas à promoção de maior adesão ao tratamento farmacológico e comportamental de pacientes com DM adscritos nas microáreas da Unidade de Saúde da Família (USF) Estaleiro I e II, Contagem, MG.

3.2 Objetivo específicos

- Verificar o controle do DM através das medidas específicas;
- Avaliar os pacientes quanto às suas medicações, alimentações e rotina;
- Orientar quanto à importância do controle da glicemia controlada e complicações da hiperglicemia crônica por meio de atividades educativas;
- Propor reeducação alimentar e atividades físicas adequadas à realidade socioeconômica local.

4 METODOLOGIA

O presente plano de ação será realizado na USF Estaleiro e terá como público-alvo pacientes com diagnóstico de DM adscritos nas microáreas. A implementação e execução desse plano de ação é coordenado pela autora da proposta, médica da unidade, e os participantes obterão também assistência e acompanhamento multiprofissional.

Será realizada uma reunião com a equipe do programa para explicar o plano de ação, suas etapas e as respectivas funções de cada profissional. Após o cadastro a ser realizado pelo técnico de enfermagem e pelo ACS, será marcada uma consulta onde o médico explicará o projeto para o paciente de acordo com suas preferências e será realizada uma agenda para prática de uma atividade física mais adequada às suas comorbidades e preferências.

Será efetivado, na primeira semana, o acompanhamento das glicemias capilares diárias, de preferência, duas vezes ao dia. Após essa semana, o acompanhamento será semanal acrescido da aferição dos níveis pressóricos pelo técnico de enfermagem e pelo enfermeiro. Será preenchida uma ficha com as glicemias, os níveis pressóricos, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal, adesão medicamentosa, frequência de presença na atividade física de escolha e nas palestras que ocorrerão mensalmente.

Serão implementadas oficinas, visando promover uma construção do conhecimento sobre temas de interface com o DM, buscando favorecer a mudança de comportamento com periodicidade pactuada com o grupo de participantes. Para o planejamento e a execução das oficinas serão adotadas as recomendações propostas por Maria Lúcia Afonso (AFONSO, 2018). Haverá ainda uma reunião mensal sobre o desenvolvimento dos pacientes para avaliação de intervenção.

Para elaboração dessa proposta, foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Foi realizada também uma revisão de literatura nas bases de dados *Scientific Library Eletronic On Line* (SciELO) e páginas oficiais governamentais, utilizando os descritores: diabetes *mellitus*, terapêutica, educação em saúde, cooperação e adesão ao tratamento.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Diabetes Mellitus

O conceito de DM envolve uma série de alterações metabólicas, podendo se manifestar pelo aumento da glicemia, sendo ocasionada por dificuldade na secreção ou na ação da insulina. O DM pode ser classificado em DM tipo 1 e DM tipo 2, sendo o segundo, o mais prevalente (BRASIL, 2013).

O termo tipo 1 indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando da administração da insulina é necessária para evitar a cetoacidose. O tipo 2 é indicado para designar uma deficiência relativa de insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1 (BRASIL, 2013, p.29)

As prevalências de DM são alarmantes em todo o mundo. Em especial, no Brasil, estudos têm sido realizados e tem sido deflagrado esse cenário preocupante. Uma investigação nacional recente, realizada nas capitais brasileiras, mostrou que dos aproximados 52.000 participantes, 13,7% dos adultos e 42,9% dos idosos tiveram mais de uma doença crônica não transmissível (DCNT), sendo o maior agrupamento de doenças marcado por hipertensão e DM (CHRISTOFOLETTI, et al., 2020). Especificamente no que se refere ao DM, no Brasil, a prevalência da doença autorreferida em pacientes adultos foi de 6,2% em 2013. Os principais fatores associados à doença incluem o sexo feminino, moradores da zona urbana e ter 65 anos ou mais de idade (ISER; et al., 2015).

Uma pesquisa analisou a tendência de DM em Santa Catarina, através de uma série temporal e verificou que no período de 2004-2011, a prevalência deste agravo passou de 2,2 para 4,2%. Os autores defendem que esta elevação aponta para o aprimoramento do planejamento de ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde na atenção primária (TORTORELLA; et al., 2017). Um estudo realizado com 1128 mulheres no Rio Grande do Sul demonstrou que 8,16% delas referiram DM, sendo mais frequente nas participantes com menor nível socioeconômico, nas que não estavam inseridas no mercado de trabalho e a presença de comorbidades (DIAS DA COSTA; et al., 2020).

No que tange aos sintomas do DM, há especificidades para o Tipo 1 e Tipo 2.

Os sinais e sintomas característicos que levantam a suspeita do DM são os quatro “Ps”: poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada do peso. Embora possam estar presentes no DM tipo 2, são mais agudos no tipo 1, podendo progredir para cetose, desidratação e acidose metabólica, especialmente na presença de estresse agudo (BRASIL, 2013, p. 30).

Do ponto de vista dos critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes, a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019) faz a seguinte proposição, segundo as diretrizes que propõe para os anos de 2019 e 2020, conforme o Quadro 2:

Quadro 2: Critérios Laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM

	Glicose em jejum (mg/dL)	Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)	Glicose ao acaso (mg/dL)	HbA1c (%)	Observações
Normoglicemia	< 100	< 140	–	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicose em jejum. ²
Pré-diabetes ou risco aumentado para DM	≥ 100 e < 126*	≥ 140 e < 200 [#]	–	≥ 5,7 e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.
Diabetes estabelecido	≥ 126	≥ 200	≥ 200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia	≥ 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019, p.23.

Diferentes fatores associam-se ao DM. Na região de Nova Vista, no Rio Grande do Sul, observou-se que dos 422 participantes de um estudo, portadores de hipertensão e/ou DM, o consumo alimentar de frituras foi elevado (57,3%), assim como de salgados (66,4%) e refrigerantes (75,3%). Também houve o registro de grande consumo de doces e embutidos. De fato, a alimentação inadequada pode contribuir para o desenvolvimento de DM, em especial, tipo 2 (DESTRI; ZANINI; ASSUNÇÃO, 2017).

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência de indivíduos com diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019, p.12).

A coorte denominada Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto evidenciou os fatores associados ao controle glicêmico em pacientes com DM. Os autores demonstraram os seguintes fatores: ser do sexo masculino, ter um nível médio de ocupação, não ter plano de saúde, uso de insulina, relação cintura-quadril alterada, tabagismo e autoavaliação da saúde ruim ou muito ruim estiveram associados ao pior controle glicêmico. Os investigadores apontam para a multicausalidade no controle glicêmico, especialmente referente a elementos sociodemográficos, estilo de vida e condições de saúde. O estudo mostra a importância de linhas de cuidado ao paciente com diabetes, com destaque às ações da atenção primária à saúde (MORAES, et al., 2020).

5.2 Adesão ao Tratamento da DM

O tratamento preconizado para DM inclui abordagem medicamentosa e não medicamentosa, também chamada comportamental. Do ponto de vista da terapia medicamentosa, no DM tipo 1, sempre é necessário o uso de insulina. No caso do DM tipo 2, a primeira escolha medicamentosa são os antidiabéticos orais (BRASIL, 2013).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2019) recomenda, tanto para o DM tipo 1 quanto do tipo 2, a adoção de medidas comportamentais. São necessárias mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação adequada e saudável, suspensão do tabagismo e realização de atividade física.

O grande desafio das equipes de saúde da família consiste na adesão ao tratamento proposto tanto no que se refere ao medicamentoso quanto ao comportamental. De fato, a baixa adesão ao tratamento constitui um sério entrave para o controle da doença (FARIA; et al., 2014).

Nesse contexto, um dos fatores relacionados com a baixa adesão é a baixa escolaridade dos pacientes. Um estudo realizado no Paraná utilizou prescrição medicamentosa à partir de pictogramas com desenhos para os horários da manhã, tarde e noite, especialmente para pacientes analfabetos. Os autores mostraram que essa intervenção propiciou o aumento para 60% de adesão ao tratamento medicamentoso e concluíram que prescrições adaptadas podem favorecer o melhor uso da medicação pelos pacientes com diabetes (ALBUQUERQUE; et al., 2016).

Outro aspecto que interfere na adesão ao tratamento são as crenças do paciente. Um estudo mostrou que há crenças negativas sobre o tratamento, como considerar o tamanho dos comprimidos muito grande, dificultando a tomada. Os pesquisadores apontam a importância de considerar as crenças dos pacientes frente ao tratamento para a realização de processos

educativos em saúde que poderão contribuir para maior adesão dos pacientes (GOUVEIA; et al, 2020).

Pesquisa investigou o impacto de uma intervenção com pacientes portadores de diabetes, com duração de 12 meses, pautada na teoria social cognitiva. Os resultados apontaram que as intervenções educativas contribuíram para o melhor conhecimento dos pacientes sobre a doença e o tratamento e favoreceram melhor adesão ao tratamento (FIGUEIRA; et al., 2017).

Observa-se também que, apesar de muitas vezes os pacientes terem acesso às orientações e medicamentos, nem sempre a adesão é garantida. Tal situação torna fundamental que as equipes de saúde da família repensem suas ações e estratégias para favorecer a adesão dos pacientes portadores de diabetes ao tratamento e à melhoria de sua qualidade de vida (MEINERS; et al., 2017).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado: “número excessivo de pacientes com diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental” na Estratégia de Saúde da Família Estaleiro I e II, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nós crítico”, as operações, projeto, os resultados esperados, os produtos esperados, os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Aplica-se a metodologia do planejamento estratégico simplificado (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do Problema (terceiro passo)

Existem evidências de que indivíduos com diabetes mal controlado ou não tratado desenvolvem mais complicações do que aqueles com diabetes controlado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2019).

Após realizar o levantamento do problema de saúde da população escrita a partir do Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018), chegamos à conclusão que nosso maior desafio na unidade se refere aos usuários portadores de diabetes mellitus e sua má adaptação ao tratamento (medicamentoso e não medicamentoso). Diante disso, traçamos objetivos, planos de ação a fim de mudar esse cenário em nossa unidade, objetivando a melhoria de qualidade de vida do usuário, modificar a história natural da doença prologando seus efeitos sistêmicos e morbimortalidade.

Quadro 3 – Causa e consequência do problema priorizado da comunidade adscrita à equipe de Saúde Estaleiro I e II, Unidade Básica de Saúde Estaleiro I e II, município de Contagem, estado de MG.

Consequências – diabetes descontrolado; lesão de órgão alvo; comorbidades associadas
Problema – grande número de pacientes com diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamentos e não medicamentos
Causas – má adaptação medicamentosa; hábitos de vida não saudáveis

Fonte: Autoria Própria

6.2 Explicação do Problema: quarto passo

As complicações do DM podem ser classificadas em complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia, e a neuropatia diabéticas (BRASIL, 2013, p. 67).

A falta de adesão representa um desafio enfrentado pelos profissionais de instituições de saúde, sendo relatados frequentemente hiperglicemia em pacientes já diagnosticados, além de internações por complicações, consequentemente onerando o gasto em saúde que podem ser preveníveis (SILVA; et al., 2016). Nossa população adscrita enfrenta exatamente as dificuldades acima descritas, como má adesão ao tratamento completo, medicamentoso e não medicamentoso, gerando para o paciente alterações crônicas e permanentes, diminuindo sua perspectiva de vida e aumentando sua morbimortalidade, gerando grande demanda de assistência tanto da unidade básica de saúde como também de assistência em atenção especializada e de reabilitação para o sistema de saúde local. Esse plano visa prevenir esse desfecho e atuar na melhoria da saúde da população com prevenção de agravos e educação continuada dos nossos pacientes.

6.3 Seleção dos Nós Críticos: quinto passo

A equipe traçou os principais nós críticos que impedem a população de realizar seu cuidado e obter bons resultados com o tratamento medicamentoso e não medicamentoso em relação ao diabetes mellitus. Porém um dos principais nós críticos é justamente a subnotificação/subcadastramento da população, sendo difícil identificar os usuários e seus agravos e o que é mais relevante para sua situação da saúde (moradia, social, econômico, ensino). Posteriormente observamos uma descontinuidade de assistência aos agravos crônicos na nossa unidade, devido a grande demanda da população, a dificuldade em permanecer profissional médico e de enfermagem na unidade, perdendo vínculo com a comunidade, devido também as dificuldades sociais e econômicas do local, com grande rotatividade dos moradores.

Por fim, observamos a ausência da educação em saúde local, com dificuldade para promover ações em dispositivos sociais, ou grupos de saúde na própria unidade, comunicação ineficiente entre usuário-profissional, prioridades divergentes da unidade priorizando a demanda espontânea, visto ser nosso maior gargalo atualmente.

A partir do diagnóstico local se obteve dados para eleger o principal problema em saúde da ESF e assim conseguimos traçar metas e planos. Reconhecer os hábitos de vidas desses usuários, bem como a sua adesão ao tratamento farmacológico é primordial para sabermos e fortificarmos os pilares do tratamento do DM, uma comorbidade tão significativa em nossa população.

Assim, em síntese, os nós críticos identificados podem ser elencados:

1. Subnotificação de doenças e agravos;
2. Descontinuidade da assistência de doenças e agravos crônicos;
3. Educação em saúde fragilizada.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).

As operações relativas a cada nó crítico estão citadas nos Quadros 4, 5 e 6. Como estratégia inicial será realizado o cadastramento. Acredita-se que o preenchimento da ficha de cadastro favorecerá a Classificação da Diabetes e a Estratificação de Risco (Apêndice 1). O controle será realizado pelos acompanhamentos semanais, tendo os valores de referências de glicemia pré-prandial de 140mg/dl para os pacientes em tratamento insulínico e 180 para as glicemias ao acaso.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema “número excessivo de pacientes com diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Estaleiro I e II, do município de Contagem estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Subnotificação de doenças e agravos
6º passo: Operação (operações)	Promover identificação, cadastramento e estratificação de risco de 100% dos pacientes diabéticos na região adscrita
6º passo: Projeto	Atualizando o e-SUS
6º passo: Resultados esperados	Estratificar 100% da população diabética adscrita na área do Estaleiro I e II.
6º passo: Produtos esperados	Cadastramento e estratificação de risco dos pacientes diabéticos, bem como seus hábitos de vida
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: computadores, ficha de cadastramento familiar. Cognitivo: treinamento/especialização em informática Financeiro: recurso para adquirir mais computadores e uma impressora para unidade Político: mobilização gestora do município.

	Organizacional: mobilização da equipe e comunidade sobre importância do cadastramento.
7º passo: Recursos críticos	Estrutural: falta de computadores na unidade Cognitivo: dificuldade em linguagem técnica de informática e digitalização Financeiro: falta de recurso financeiro para melhoria da unidade com novos equipamentos eletrônicos Político: baixa adesão dos ACS e gestor local e articulação intersetorial.
8º passo: Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde / Conselho Local – fomentador de demandas sociais e empoderamento da comunidade, com realização de reuniões mensais e com relatórios de evolução das ações / resultados dos pacientes envolvidos no projeto.
8º passo: Ações estratégicas	Apresentar a importância do cadastramento familiar e seus benefícios
8º passo: Prazo	Dois meses do início da atividade
9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	ACS; Enfermeira Médica e Gerente da ESF
10º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações	Cadastramento familiar; Apresentar metodologia de cadastramento familiar; Utilizar o formulário do SIAB Esclarecer no conselho local sobre a ação e solicitar apoio

Fonte: Autoria Própria, 2020

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “número excessivo de pacientes com diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Estaleiro I e II, do município de Contagem estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Descontinuidade da assistência de doenças e agravos crônicos
6º passo: Operação (operações)	Aumentar em 50% a adesão medicamentosa e modificações do estilo de vida;
6º passo: Projeto	Assistência à saúde de qualidade.
6º passo: Resultados esperados	Implementar ações de saúde para população alvo da comunidade do Estaleiro I e II.
6º passo: Produtos esperados	Ações em saúde na comunidade; grupos operativos de doenças e agravos, palestras, da população alvo
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: computadores, ficha de cadastramento familiar Cognitivo: treinamento/especialização em informática para análise dos resultados Financeiro: recurso como tinta para impressão de folhetos educativos Político: mobilização gestora do município, mobilização da equipe.

7º passo: Recursos críticos	Estrutural: recursos necessários para estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Financeiro: recurso para impressão de folhetos Político: articulação entre setores da saúde e adesão dos profissionais
8º passo: Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde / Conselho Local - fomentador de demandas sociais e empoderamento da comunidade, com realização de reuniões mensais e com relatórios de evolução das ações / resultados dos pacientes envolvidos no projeto.
8º passo: Ações estratégicas	Apresentar o projeto Assistência à saúde de qualidade. Apresentar moldes de folhetos e sua finalidade Apresentar o projeto Assistência à saúde de qualidade.
8º passo: Prazo	Início em três meses do início do projeto, finalizado há seis meses
9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica / Técnica de enfermagem / ACS / Secretaria de educação
10º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações	Analisar dados demográfico, sociais e de saúde da população a partir do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) Realizar grupos operativos e traçar ações de saúde a partir dos resultados

Fonte: Autoria Própria

Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema: “número excessivo de pacientes com diabetes com baixa adesão ao tratamento medicamentoso e comportamental”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Estaleiro I e II, do município de Contagem estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Educação em saúde fragilizada
6º passo: Operação (operações)	Promover educação em saúde a 100% dos pacientes, sobre alimentação e cessação do tabagismo, além da conscientização das complicações do diabetes.
6º passo: Projeto	Prevenir para viver.
6º passo: Resultados esperados	Acolher 100% a demanda espontânea com integralidade, oferecendo a população prevenção de doenças e agravos em todos momentos na unidade juntos.
6º passo: Produtos esperados	Conscientização da importância da prevenção de doenças e agravos e as características de reabilitação em saúde.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: espaço em rádio local e dispositivo social Financeiro: recursos audiovisuais, folhetos educativos.

	Político: engajamento da equipe e setores da saúde
7º passo: Recursos críticos	Político: conseguir espaço na rádio local Organizacional: mobilização social sobre prevenção de agravos Financeiro: impressão de folhetos educativos e recursos audiovisuais.
8º passo: Controle dos recursos críticos	Secretaria de Saúde / Conselho Local - fomentador de demandas sociais e empoderamento da comunidade, com realização de reuniões mensais e com relatórios de evolução das ações / resultados dos pacientes envolvidos no projeto.
8º passo: Ações estratégicas	Apresentar o projeto Prevenir para Viver. Apresentar moldes de folhetos e sua finalidade
8º passo: Prazo	Início em seis meses do início do projeto, finalização em oito meses.
9º passo: Responsável pelo acompanhamento das ações	Enfermeira / Secretaria de saúde / ACS
10º passo: Processo de monitoramento e avaliação das ações	População mais informada sobre prevenção de agravos e redução de comorbidades mais recorrentes na comunidade, levantada em análise de cadastramento familiar

Fonte: Autoria Própria

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É bastante comum a crença de que alguns planejam e muitos executam. Essa é uma fala equivocada, pois se olharmos o que cada pessoa faz em seu dia-a-dia para administrar tempo e recursos – financeiros, materiais, físicos e emocionais, concluiremos que planejar é um ato cotidiano de todo cidadão inserido em alguma atividade produtiva, seja em suas casas com suas famílias, seja no relacionamento profissional com diferentes pessoas e situações.

Ao final da execução deste plano de ação, espera-se reduzir as taxas de complicações estabilização das doenças de base, aumentar o controle dos níveis glicêmicos e da adesão medicamentosa. Almeja-se ainda sensibilizar a população para adotar hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas regulares, e compatíveis com a realidade individual, bem como a diminuição da incidência de diabéticos com as medidas antropométricas acima dos índices adequados. Assim, pretende-se que o público-alvo adquira maior conhecimento sobre o tratamento e os benefícios trazidos por ele, impactando em uma melhoria da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. **Oficinas em Dinâmica em Grupo: um Método de Intervenção Psicossocial**. Artesã. 3^a ed. 2018. 171 p.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de et al . Adesão de hipertensos e diabéticos analfabetos ao uso de medicamento a partir da prescrição pictográfica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 611-624, Aug. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000200611&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. Epub Apr 15, 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00112>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o Cuidado de Pessoas com Doença Crônica: Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica n. 36. Brasília: 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Conheça cidades e os estados do Brasil**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/mg/contagem.html>. Acesso em: 22 jul.2020.

CHRISTOFOLETTI, Marina et al . Simultaneidade de doenças crônicas não transmissíveis em 2013 nas capitais brasileiras: prevalência e perfil sociodemográfico. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 1, e2018487, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000100308&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Sept. 2020. Epub Mar 23, 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100006>.

DESTRI, Kelli; ZANINI, Roberta de Vargas; ASSUNCAO, Maria Cecília Formoso. Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 4, p. 857-868, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000400857&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Sept. 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000400016>.

DIAS-DA-COSTA, Juvenal Soares et al . Prevalência de diabetes mellitus autorreferido em mulheres e fatores associados: estudo de base populacional em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 2, e2019407, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200313&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Sept. 2020. Epub May 15, 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-4974000300025>.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 22 jul.2020.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes et al . Adherence To Diabetes Mellitus Treatments In Family Health Strategy Units. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 48, n. 2, p. 257-263, Apr. 2014 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200257&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000200009>.

FIGUEIRA, Ana Laura Galhardo et al . Educational interventions for knowledge on the disease, treatment adherence and control of diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 25, e2863, 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692017000100327&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. Epub Apr 20, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1648.2863>.

GOUVEIA, Bernadete de Lourdes André et al . Beliefs related to oral antidiabetic use among individuals with diabetes. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 1, e20190148, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000100205&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. Epub Oct 24, 2019. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0148>.

ISER, Betine Pinto Moehlecke et al . Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 24, n. 2, p. 305-314, June 2015 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200305&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Sept. 2020. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200013>.

MEINERS, Micheline Marie Milward de Azevedo et al . Acesso e adesão a medicamentos entre pessoas com diabetes no Brasil: evidências da PNAUM. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 20, n. 3, p. 445-459, July 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000300445&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Sept. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-54972017000300008>.

MORAES, Helaine Aparecida Bonatto de et al . Fatores associados ao controle glicêmico em amostra de indivíduos com diabetes mellitus do Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto, Brasil, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 29, n. 3, e2018500, 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000300313&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Sept. 2020. Epub June 15, 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000300017>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CONTAGEM, 2019. Portal on line da Prefeitura Municipal de Contagem. **Atenção à Saúde**. Acesso em 22 jul.2020 <<http://www.contagem.mg.gov.br/sms/?p=13>>

SILVA, Aline Bueno da et al . Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 308-316, Sept. 2016 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000300308&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Sept. 2020. <https://doi.org/10.1590/1414-462x2016000300017>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Clannad. 2019.

TORTORELLA, Catiuscie Cabreira da Silva et al . Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus entre adultos cadastrados no Sistema Único de Saúde em Florianópolis, Santa Catarina, 2004-2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 26, n. 3, p. 469-480, Sept. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300469&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Sept. 2020. <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000300005>.

