

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROMULO CEZAR RIBEIRO DA SILVA

**ESTIMULANDO A ADESÃO TERAPEUTICA DA PESSOA COM DIABETES
MELLITUS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMILIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

ROMULO CEZAR RIBEIRO DA SILVA

**ESTIMULANDO A ADESÃO TERAPEUTICA DA PESSOA COM DIABETES
MELLITUS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Doenças Crônicas não Transmissíveis- DCNT do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Veridiana Tavares Costa

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **Estimulando a adesão terapêutica da pessoa com diabetes mellitus em uma unidade de saúde da família** de autoria do aluno **Rômulo Cezar Ribeiro da Silva** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Profa. Veridiana Tavares Costa

Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes

Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	05
1.1 Objetivo geral	07
1.2 Objetivos específicos	07
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	09
2.1 Conhecendo o Diabetes Mellitus.....	09
2.2 A adesão ao tratamento da pessoa com Diabetes Mellitus no contexto da Atenção Básica.....	10
3 MÉTODO	13
4 RESULTADO E ANÁLISE	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
REFERÊNCIAS	18

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) vem sendo considerado como um dos principais problemas de saúde pública atualmente pela alta prevalência em diversos países e pelo difícil controle metabólico dos indivíduos. Este estudo teve por objetivo elaborar uma proposta para implementação de uma prática educativa para as pessoas com DM no intuito de fortalecer a adesão ao tratamento. Caracterizou-se como uma tecnologia de concepção. O estudo foi realizado na Unidade de Saúde da Família Santa Izabel no município de Tangará da Serra, situado na região sudoeste do Estado de MT no período de novembro de 2013 a maio de 2014. Os sujeitos-alvo do estudo, potencialmente atingidos pela tecnologia serão todos os pacientes diabéticos adscritos na presente UBS. As etapas realizadas e discutidas para elaboração dessa proposta foram: Revisão de literatura para apropriar-se da temática; Discussão da proposta geral com a equipe; Discussão com a equipe de como proceder a identificação das pessoas com DM que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento; Discussão e definição das atividades educativas a serem realizadas. Os resultados apontaram para a discussão da implementação da proposta em que foi definido que a intervenção apresentada nesse estudo será realizada por meio de oficinas temáticas com as pessoas com DM cadastradas e acompanhadas na ESF. Esperamos que este estudo possa contribuir para uma melhor assistência na saúde da comunidade e usuário, pois é a partir do conhecimento que os profissionais e a sociedade poderão fazer uma reflexão do quanto é importante realizar de forma eficaz uma assistência humanizada e satisfatória.

Palavras- Chave: Diabetes Mellitus. Adesão ao tratamento. Educação em Saúde.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, pode ser considerado um dos principais problemas de saúde pública no mundo atual, em virtude da prevalência crescente em diversos países e do difícil controle metabólico dos indivíduos com a doença em evolução (SARTORELLI, FRANCO e CARDOSO, 2006).

Vale ressaltar que o diabetes mellitus classifica-se em três (3) tipos: o diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 e o gestacional. A do tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, usando a insulina para prevenir cetoacidose, coma e morte. Já no diabetes tipo 2 ocorre uma deficiência relativa de insulina. O gestacional é onde a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente cessa no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos (BRASIL, 2006).

Silva e Lima (2002), destacam que o DM 1 atinge apenas 10% dos casos, sendo o DM 2 o de maior incidência, alcançando entre 90 e 95% dos casos, acometendo geralmente indivíduos de meia idade ou em idade avançada, sendo a maior parte da população.

Nas últimas décadas houve crescente número de casos em decorrência de vários fatores como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física (sedentarismo) e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética, considerando a expectativa de vida reduzida em média de 5 a 7 anos para os portadores de diabetes mellitus tipo 2 (ORTIZ e ZANETTI, 2001).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010 (BRASIL, 2006).

Este mesmo referencial ainda define mundialmente os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível, acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta

doentes e suas famílias, também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

Nessa direção, é necessário buscar estratégias para resolver problemas nessa população, envolvendo uma abordagem integral, que contemple os elementos fisiopatológicos, psicossociais, educacionais e também a reorganização da atenção à saúde nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde (SUS) (TEIXEIRA, ZANETTI e PEREIRA, 2009).

Ferreira e Ferreira (2009), descrevem que medidas de prevenção reduzem a morbimortalidade por DM tipo 2; assim constituem prioridades para a saúde pública a prevenção pode ser realizada mediante a identificação de indivíduos em risco (prevenção primária), identificação de casos não-diagnosticados (prevenção secundária) e pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença, visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

No Brasil em 2002 foi instituído o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM), conhecido como “Hiperdia” através da portaria conjunta SPS/SE nº 2 de 05/03/2002. O Plano tem como propósito vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços (PEREIRA et al., 2009).

A cobertura nos municípios do Estado de Mato Grosso pelo programa “Hiperdia” em 2006, variou entre 55% e 100%. A fase de cadastramento desse sistema começou a ser implantada a partir de julho de 2002, pelo município de Cuiabá, a fase de acompanhamento começou a ser implantada no segundo semestre de 2005 e apesar de ter sido concluída, ainda está em implementação (FERREIRA e FERREIRA, 2009).

Acredita-se que a implantação de programas educacionais que permita ao diabético ampliar seus conhecimentos relativos à doença, desenvolvido em um sistema público de saúde que ofereça infraestrutura de apoio humano e técnico, possibilite ao diabético uma vida mais longa e saudável (ALMEIDA et al., 2002).

A educação possui um papel importante na atenção primária, tornando essencial a conscientização dos profissionais de saúde quanto à importância dela na prevenção. Dessa forma, os profissionais que atuam na atenção básica devem reunir estratégias que visem adequar às atividades educativas de acordo com o nível de instrução que sua demanda detém, visando aumentar o

conhecimento e minimizar os riscos para as possíveis complicações associadas ao diabetes (MORAIS et al., 2009).

Nessa direção, o suporte educativo tem como objetivos aumentar os conhecimentos acerca do diabetes, desenvolver habilidades para o auto-cuidado, estimular mudanças de comportamento, oferecer suporte para o manejo dos problemas diários, assim como prevenir as complicações agudas e crônicas da doença (TEIXEIRA, ZANETTI e PEREIRA, 2009).

Em experiência profissional fica evidente que atividades educativas são uma ferramenta da enfermagem onde a ação educativa é realizada por estes profissionais como fator imprescindível para a promoção da saúde e prevenção de complicações, a educação em saúde é um dos elementos fundamentais do conjunto de práticas que envolvem o cuidado que é a essência da enfermagem e se baseada no diálogo ou na troca de saberes, isto é, um intercâmbio entre o saber científico e popular, em que cada um deles tem muito a ensinar e muito a aprender, com isso promover a saúde e melhorar o seu estado de vida.

Podemos observar em estágios na área de saúde coletiva a falta de atenção diante das necessidades dos portadores do diabetes mellitus tipo 2 e de medidas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida deste cliente.

O profissional enfermeiro é responsável por prestar uma assistência de qualidade aos clientes, para isso é necessário o conhecimento de suas dificuldades e necessidades para que estas possam ser atendidas de forma adequada e integral.

Dessa forma, este estudo foi guiado pelos seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Elaborar uma proposta para implementação de uma prática educativa para as pessoas com DM no intuito de fortalecer a adesão ao tratamento.

Objetivos Específicos:

- Identificar as pessoas com DM que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento.

- Desenvolver atividades educativas para as pessoas com DM que apresentam dificuldade de adesão.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Conhecendo o Diabetes Mellitus

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006).

Morais et al. (2009), destaca que Diabetes Mellitus é um distúrbio crônico, caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose, resultando em uma hiperglicemia crônica. A hiperglicemia e as alterações metabólicas decorrem da deficiência de insulina e/ou da resistência dos tecidos a esse hormônio, impedindo-os de exercer, adequadamente, a sua função.

É uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente de fatores que levam a falta de insulina, da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, ou de ambas às situações (PEREIRA et al., 2008).

Para Zagury, Zagury e Guidacci (2000), caracterizam o diabetes como sendo uma doença causada por fatores genéticos que é uma predisposição para ter a doença devido à diagnósticos comprovados dela em antecedentes familiares e fatores ambientais que são os maus hábitos como: a má alimentação (obesidade), inatividade física (sedentarismo) que aumentam as chances de desenvolver o diabetes, mesmo não havendo predisposição genética. Já Smeltzer e Bare (2005), definem o DM tipo 2 como sensibilidade diminuída à insulina, e funcionamento prejudicado da célula beta resultando em produção diminuída de insulina, ocorrem dentre 90-95% de todos os casos de diabetes; obeso 80% do tipo 2; não obeso 20% do tipo 2, tendo início em qualquer idade, comumente depois dos 30 anos, usualmente obeso ao diagnóstico.

Assim sendo embora haja suspeita do diabetes por causa de seus sintomas deve ser realizado teste que confirme o diagnóstico. O exame de sangue pode diagnosticar os níveis glicose (açúcar) no sangue acima do normal, se esta quantidade for referente a 200 mg/dl de glicose ou superior realizado a qualquer hora do dia (teste de glicose plasmática) certamente o diagnóstico é diabetes, se este paciente estiver sem comer pelo menos 8 a 10 horas (teste de glicemia de jejum) se a glicose

estiver acima de 126 mg/dl haverá suspeita com confirmação após dois testes em dias diferentes com resultado acima desse valor (ZIMMERMAM e WALKER, 2002).

Os sintomas do diabetes incluem desejo freqüente de urinar, sede intensa, visão embaçada, emagrecimento inexplicável e extremo cansaço na maior parte do tempo sem razão aparente, irritabilidade, fadiga, infecções vaginais, feridas cutâneas que curam mal, as dores nas pernas também são características do DM 2, sendo uma indicação que causa dano nervoso ou má circulação, essas pessoas também costumam estar acima do peso mesmo que tenham emagrecido (SILVA e LIMA, 2002).

Rodrigues (2009), define as complicações crônicas onde incluem o mau funcionamento ou falência dos rins (nefropatia), problemas de retina com a possibilidade perda parcial ou total da visão (retinopatia), a neuropatia que é o comprometimento dos nervos sendo a mais comum a periférica, com risco de aparecimento de úlceras nos pés (conhecido como pé diabético), que podem chegar à amputação; as manifestações de disfunção autonômica afetam os nervos reguladores de funções vitais inconscientes, como o batimento cardíaco e a digestão.

Morais et al. (2009), refere uma complicação relacionada ao DM tipo 2 dentro dos critérios supracitados o pé diabético, o qual surge inicialmente após uma úlcera plantar em resposta à associação da neuropatia periférica, juntamente à doença vascular periférica e aos fatores extrínsecos (alterações biomecânicas do pé), resultando na maioria dos casos em infecções severas e até mesmo em amputações parcial ou total, quando não direcionado para um tratamento precoce e adequado.

2.2 A adesão ao tratamento da pessoa com Diabetes Mellitus no contexto da Atenção Básica

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM deve estar direcionada para um processo de educação em saúde que auxilie o cliente a conviver melhor com a sua condição crônica, reforçando sua percepção de riscos à saúde e desenvolvimento de habilidades para superar as possíveis complicações, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificando vulnerabilidades, prevenindo complicações além da conquista de um bom controle metabólico que, na maioria dos casos, depende de alimentação regular e de exercícios físicos (BRASIL, 2013).

O diabetes mellitus é uma doença crônica que requer uma vida de comportamentos especiais auto gerenciados. Como a dieta, a atividade física e o estresse físico e emocional afetam o controle do diabético, os pacientes devem aprender a equilibrar múltiplos fatores. Eles devem adquirir habilidades de autocuidado diário para evitar as flutuações agudas da glicose sanguínea; também devem incorporar no estilo de vida muitos comportamentos preventivos para evitar complicações do diabetes a longo prazo. (SMELTZER & BARE, 2005).

O emprego da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, deve ser utilizado na consulta de enfermagem, norteando as ações de educação em saúde para o autocuidado. (FILHO & RODRIGUES, 2008).

Os pacientes devem ser instruídos também sobre nutrição, efeitos dos medicamentos e efeitos colaterais, técnicas de monitorização da glicose e ajuste de medicação. Uma apreciação sobre o conhecimento e habilidades que os pacientes diabéticos devem adquirir pode ajudar os profissionais de enfermagem na realização da educação e aconselhamento efetivos do paciente. (SMELTZER & BARE, 2005).

O atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM pela equipe de saúde, deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas. (BRASIL, 2011).

O tratamento do diabetes mellitus tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares. (BRASIL, 2013, p.?).

Maior flexibilidade é recomendada também para pessoas com diabetes tipo 2 cujo início ocorreu tardiamente. Quando for difícil alcançar o controle glicêmico desejado, é bom considerar

a potencialidade do controle de outros parâmetros, como peso e pressão arterial, ou fatores de risco, como sedentarismo e alimentação inadequada. (RODRIGUES, 2009).

Souza et al (2013) coloca que para o enfermeiro orientar e motivar as ações de autocuidado aos usuários diabéticos, ele precisa reconhecer as crenças dos indivíduos sob o seu cuidado. Isto porque, crenças que interferem em três componentes para a mudança de comportamento em saúde: Componente cognitivo (a forma como aprendem a se cuidar); Componente afetivo (sobre como se cuidar); Componente comportamental (como passam a se cuidar).

3 MÉTODO

O produto deste trabalho trata-se de uma tecnologia de Concepção. Para Reibnitz (2013, p.38) “a tecnologia de concepção vem como projeto, para nortear e delimitar a prática profissional do enfermeiro com relação aos demais profissionais que compõe o processo de trabalho em saúde”.

O local de realização do estudo foi no município de Tangará da Serra, o qual se situa- se na Região Sudoeste do estado de Mato Grosso, conhecida como Médio Norte, a 240 quilômetros da capital Cuiabá. O município foi emancipado em 13 de maio de 1976 pela Lei Estadual nº 3.687/76. Sua população atual é de 90.252 habitantes, de acordo com o IBGE (2013). Possui área territorial de 11.565,98 km² representando 1,2803% do estado, 0,7226% da região e 0,1361% de todo o território brasileiro. Segundo informações contidas no Plano Diretor e no Plano Municipal de Saneamento Básico a área urbana do município possui 9.514.474,58 m², com 07 Macro-Setores e 26 Setores.

O Sistema Municipal de Saúde de Tangará da Serra, apresenta capacidade instalada para realização do serviço primário e secundário. Dispõe de 10 Unidades Básicas, 01 Centro de Saúde e 01 unidades hospitalar pública que não atende toda a demanda municipal sendo complementada pela oferta da rede privada conveniada.

A proposta será desenvolvida na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Santa Izabel, ao qual atende famílias da zona urbana e rural. A área de abrangência da USF é responsável pela cobertura de 4120 famílias, cerca de 17.211 pessoas, distribuídas em 10 microáreas, contendo 250 hipertensos cadastrados. Dentre os hipertensos cadastrados , 75% são do sexo feminino e 25% do sexo masculino.

Os sujeitos-alvo do estudo, potencialmente atingidos pela tecnologia serão pacientes diabéticos, de ambos os sexos e idades da área de adscrição da Unidade de Saúde da Família Santa Izabel.

O período de planejamento e discussão da proposta de intervenção ocorreu entre os mês de novembro de 2013 até o presente momento, e se trata de um projeto de caráter contínuo com aplicação de acordo com a necessidade da comunidade, conforme avaliação do processo saúde e doença dos clientes assistidos.

As etapas realizadas e discutidas para elaboração dessa proposta foram:

- Revisão de literatura para apropriar-se da temática.
- Discussão da proposta geral com a equipe.
- Discussão com a equipe de como proceder a identificação das pessoas com DM que apresentam dificuldade de adesão ao tratamento.
- Discussão e definição das atividades educativas a serem realizadas.

Em relação aos procedimentos éticos, será apresentado a equipe os objetivos do projeto, em que será esclarecido as dúvidas e informado acerca das etapas do mesmo. Como este estudo trata-se da elaboração de um plano de intervenção, não foi necessário submeter para o Comitê de Ética em pesquisa (CEP).

4 RESULTADO E ANÁLISE

A identificação dos usuários portadores de DM será realizada por meio do rastreamento, além das consultas de enfermagem que encaminhará para o médico em um segundo momento, a fim de confirmar o diagnóstico dos casos suspeitos. No tocante acompanhamento o processo educacional será trabalhado com a comunidade assistida e demais membros da equipe, apoiando-se na estratificação de risco para a pessoa com DM de acordo com o controle metabólico, considerando as particularidades e os determinantes sociais em saúde.

A intervenção apresentada nesse estudo será realizada por meio de oficinas temáticas com as pessoas com DM cadastradas e acompanhadas na ESF. As oficinas aqui propostas são mencionadas na literatura como sendo uma ação que estimula a adesão ao tratamento das pessoas com DM (BRASIL, 2013 ; FERREIRA & FERREIRA, 2009). O início da primeira oficina está prevista para Junho de 2014, onde o planejamento e a realização das oficinas será realizado pelo Enfermeiro da unidade e contará com a parceria dos agentes comunitários de saúde – ACS, técnicos de enfermagem, médico e dentista.

A etapa seguinte baseia-se na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a patologia e suas implicações, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica e conscientizar a adesão ao tratamento da Diabetes e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Tomando por base o plano de cuidados será usado durante o ciclo das oficinas que serão realizadas na reunião do Hiperdia, com o objetivo de informar e orientar aos diabéticos de uma forma clara, objetiva e ilustrativa. Será utilizado também álbuns seriados, que é uma relação metodológica ilustrativa, visando facilitar a transmissão e a interação do educador e o educando.

O Programa HIPERDIA desenvolvido na Unidade de Saúde da Família Santa Izabeltem como objetivo o acompanhamento sistematizado dos pacientes hipertensos e diabéticos, visando ao manejo adequado da HAS. As atividades previstas no programa são: o cadastro dos pacientes, a distribuição de medicamentos e o atendimento individual . Nesse Programa, estão incluídos pacientes adultos hipertensos de ambos os sexos, a maioria com idade superior a 50 anos, de diferentes raças e as variadas crenças religiosas e situações conjugais.

Vale ressaltar que as palestras/rodas de conversa serão realizadas nas mediações da comunidade, como escolas, igrejas e associação de moradores. A indução das ações de prevenção de DCNT e promoção da saúde constitui uma das principais atividades da área de vigilância. A partir do monitoramento contínuo da prevalência dos fatores de risco da ocorrência dessas doenças na população e do impacto econômico e social que elas provocam, é possível construir uma forte argumentação sobre a necessidade de se prevenir DCNT. Mostrar informações e argumentar para convencer os legisladores e tomadores de decisão que prevenir DCNT é um investimento extremamente custo efetivo (BRASIL, 2005).

Utilizaremos em benefício do cuidado, processos gerenciais em saúde e as ações práticas do cuidar para desenvolvimento do projeto de intervenção na realidade, o uso de tecnologias em saúde, como o SIAB- Sistema de Informação na Atenção Básica e o SISHIPERDIA Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitos da Atenção Básica.

Para Silva (2013), o uso das tecnologias em saúde, auxiliam o processo gerencial e do cuidado propriamente dito, seja a grupos, indivíduos ou comunidade, portanto o enfermeiro deve estar dotado de conhecimentos a cerca da problemática, que no nosso caso é a adesão ao tratamento dos pacientes em acompanhamento da DM. Contudo, existe a preocupação de adaptar as atividades e orientações para o contexto de nossa população, respeitando crenças, valores, limitações e desejo dos participantes.

O uso das tecnologias classificadas como leves tais como acolhimento, vínculo e busca de autonomia dos sujeitos, por meio de um diálogo aberto e uma escuta qualificada, pode ser percebido na realização de dinâmicas de grupo, brincadeiras, uso de linguagem adequada. Já as tecnologias leve-duras, como os conhecimentos técnico-científicos específicos, servem de subsídio para o manejo do processo de trabalho em grupos e também auxiliam na confecção de recursos pedagógicos como vídeos educativos, panfletos educativos, cartazes e cartilhas. Muito utilizamos também das tecnologias duras, nesse exemplo específico, são representadas por equipamentos, como glicosímetro, aparelho de pressão, balança, formulários para registro de atividades da prática de grupo, também são utilizadas no processo de cuidado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esperamos que este estudo possa contribuir para uma melhor assistência na saúde da comunidade e usuário, pois é a partir do conhecimento, que os profissionais e a sociedade poderão fazer uma reflexão do quanto é importante realizar de forma eficaz uma assistência humanizada e satisfatória.

O programa Hiperdia encontra-se implantado porem sem delimitação adequada de cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF, que é uma excelente estratégia na prevenção dos agravos cardiovasculares, no entanto existem ações limitadas em relação à promoção de saúde e prevenção de doenças. Dessa maneira, torna-se necessária a intensificação da atuação das ESF através de sua ampliação da cobertura, valorização, integração dos profissionais e a inclusão de outros profissionais de saúde neste contexto, como: o farmacêutico, o nutricionista e o educador físico além dos gestores em saúde.

Por fim ressaltamos a necessidade de utilização de instrumentos disponíveis na atenção básica como o SIAB, HIPERDIA além das fichas B que são eficazes para o adequado acompanhamento ao tratamento terapêutico medicamentoso e não medicamentoso ao cliente diabético e sua família.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Holga G. Gentil et al. Perfil de pacientes diabéticos tipo1 insulino terapia e automonitorização. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n. 2, v. 48. São Paulo: abr/jun. 2002. p.151 - 155.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: diabetes mellitus**, n. 16. Brasília: Cadernos de atenção básica, série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. n. 36. Cadernos de atenção básica, série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: 2013.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

Brasil. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica, n. 36. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

FERREIRA, Celma Lúcia Rocha Alves; FERREIRA, Márcia Gonçalves. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 12 set. 2009.

FILHO, Carlos Victor dos Santos.; RODRIGUES, Wilma Helena Carvalho; SANTOS, Rita Batista. Papéis de Autocuidado – subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ): 2008.

MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz et al. O Diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro: 2009.

ORTIZ, Maria Carolina Alves; ZANETTI, Maria Lúcia. Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 3. Ribeirão Preto: mai. 2001.

PEREIRA, José Gilberto; et al. Estudo Comparativo da Assistência ao Paciente Portador de Diabetes Mellitus na Rede Pública de Saúde, entre Municípios do Estado do Paraná - Brasil,

nos anos de 2004 e 2005. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 10, n. 1, p. 07-15, dez. 2008. Disponível em: www.ccs.uel.br/espacoparasaude. Acesso em 15 nov 2009.

RODRIGUES, Flávia Fernanda Luchetti et al. Conhecimento e atitude: componentes para a educação em diabetes. Rev. Latino Am. Enfermagem, Ribeirão Preto: 2009.

REIBNITZ, K. S. et al. Desenvolvimento do processo de cuidar. In Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

SANTOS, Ellen Cristina dos; et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.13 no.3 Ribeirão Preto May/June 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em 25 nov. 2009

SOUZA, A. I. J. et al. Linha de Cuidado: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. In Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel; CARDOSO, Marly Augusto. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. Cad. Saúde pública, v. 22, n. 1. Rio de Janeiro: jan. 2006.

SILVA, Carlos A.; LIMA, Walter C. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do Diabetes Mellitus tipo 2 à curto prazo. Scielo Brasil, Arq Bras Endocrinol Metab vol.46 no.5 São Paulo Oct. 2002.

SILVA, D. M. G. V. et al. Tecnologias do cuidado em saúde. In Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem. Florianópolis: UFSC/ Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda G. BRUNNER e SUDDARTH: tratado de enfermagem médico-cirúrgica, 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TANGARA DA SERRA. Plano de Desenvolvimento Institucional Integrado 2014- 2023. Ed. Idéias: Tangará da Serra, 2014.

TEIXEIRA, Carla Regina de Souza; ZANETTI, Maria Lúcia; PEREIRA, Marta Cristiane Alves. Perfil de diagnósticos de enfermagem em pessoas com diabetes segundo modelo conceitual de Orem. Acta Paulista de Enf. v. 22, n.4. São Paulo: 2009.

ZAGURY, Laércio; ZAGURY, Tereza; GUIDACCI, José. Diabetes sem medo. Arq. Bras. Endocrinologia e Met. v. 14, n. 5. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

ZIMMERMAM, Bruce R; WALKER Elizabeth A. Guia completo sobre diabetes da American Diabetes Association: os novos medicamentos e a insulina - alcançando o controle de açúcar no sangue - prevenindo complicações - como lidar com emergências - testes - nutrição - exercícios - sexualidade - vida em família – viagens - seguros. Rio de Janeiro: Anima, 2002.