



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

MARIA KAROLINE DE OLIVEIRA BETZEL

**OS DESAFIOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS
TIPO II: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

ARIQUEMES – RO

2020

MARIA KAROLINE DE OLIVEIRA BETZEL

**OS DESAFIOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS
TIPO II: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em enfermagem, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem.

Orientador (a): Prof. (a) Esp. Fabíola de Souza Ronconi

ARIQUEMES – RO

2020

MARIA KAROLINE DE OLIVEIRA BETZEL

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

B565d BETZEL, Maria Karoline de Oliveira.

Os desafios da adesão ao tratamento da Diabetes Mellitus Tipo II: atuação do enfermeiro. / por Maria Karoline de Oliveira Betzel. Ariquemes: FAEMA, 2020.

35 p.

TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. Esp. Fabíola de Souza Ronconi.

1. Diabetes Mellitus . 2. Patologia. 3. Insulina. 4. Tratamento. 5. Unidade Básica de Saúde. I Ronconi, Fabíola de Souza . II. Título. III. FAEMA.

CDD:610.73

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

MARIA KAROLINE DE OLIVEIRA BETZEL

**OS DESAFIOS DA ADESÃO AO TRATAMENTO DA DIABETES MELLITUS
TIPO II: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, com requisito parcial a obtenção do grau de Bacharela em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora Prof. (a) Esp. Fabiola de Souza Ronconi
Faculdade de Educação e Meio Ambiente –FAEMA
<http://lattes.cnpq.br/6092511123795801>

Prof. (a) MS. Jéssica de Souza Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente –FAEMA
<http://lattes.cnpq.br/9337717555170266>

Prof. (a) Esp. Rafael Alves Pereira
Faculdade de Educação e Meio Ambiente –FAEMA
<http://lattes.cnpq.br/4232989378960978>

ARIQUEMES – RO

2020

AGRADECIMENTO

Primeiramente, só tenho que agradecer a Deus e minha Nossa Senhora Aparecida por toda essa jornada. Aos meus pais que nunca mediram esforços para me dar do melhor, o Sr. Edmar meu pai que sempre foi o meu exemplo de vida de dignidade, simplicidade e bondade, e a Sr. Cleusa minha mãe, que sempre será a grande inspiração de mulher batalhadora e guerreira, que sempre fez o impossível para realizar meus sonhos.

Ao meu namorado Bruno por toda paciência e compreensão.

À minha querida orientadora Prof^a Fabiola de Souza Roncôni, por acreditar em mim e não deixar desistir jamais, que com seus ensinamentos me ajudou na construção desse trabalho, com todos seus conhecimentos e ética profissional, só tenho uma coisa a dizer: MUITO OBRIGADA DE CORAÇÃO!

A todos os parentes e amigos de qualquer forma direta ou indireta contribuíram nesta caminhada.

Ao corpo de docência da Faculdade FAEMA que com ética e sabedoria transmitiu todo conhecimento a mim.

Meus sinceros agradecimentos a todos!

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”!

Florence Nightingale.

RESUMO

O diabetes é uma patologia crônica não transmissível; pode ocorrer quando o pâncreas não produz insulina suficiente ou quando o corpo não é capaz de utilizar de maneira suficiente a insulina produzida. O tratamento para o controle da diabetes mellitus, é considerado de suma importância para o usuário, ainda é assunto a ser debatido devido um grande número de usuários não realizar esse tratamento em uma Unidade Básica de Saúde, estima-se que a no Brasil, há 11.933.580 pessoas com diabetes mellitus, sendo com a faixa etária entre 20 a 79 anos. **Objetivo:** Descrever de fato os principais desafios de adesão ao tratamento de DM II. **Metodologia:** utilizado foi levantamento bibliográfico, as estratégias de busca foram às bases de dados: por artigos em revistas eletrônicas, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Manuais do Ministério da Saúde e acervo da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA). **Conclusão:** Por meio da leitura e análise dos artigos, livros, cadernos de atenção básica, pode se observar que o profissional enfermeiro tem árduo caminho na implementação e educação de pacientes diabéticos em relação ao autocuidado na prevenção primária buscando a diminuição de novos casos.

Palavras chave: Diabetes Mellitus, Patologia, Insulina, Tratamento, Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

Diabetes is a chronic non-communicable condition; it can occur when the pancreas does not make enough insulin or when the body is not able to make enough use of the insulin produced. Treatment for the control of diabetes mellitus is considered of paramount importance for the user, it is still a subject to be debated due to a large number of users not performing this treatment in a Basic Health Unit, it is estimated that in Brazil, there are 11,933,580 people with diabetes mellitus, aged between 20 and 79 years. **Objective:** To describe the main challenges of adhering to the treatment of DM II. **Methodology:** a bibliographic survey was used, the search strategies went to the databases: for articles in electronic journals, Scientific Electronic Library Online (SciELO), Manuals of the Ministry of Health and the collection of the Júlio Bordignon Library of the Faculty of Education and Environment (FAEMA). **Conclusion:** Through reading and analyzing articles, books, primary care notebooks, it can be observed that the professional nurse has a hard way in the implementation and education of diabetic patients in relation to self-care in primary prevention, seeking to reduce new cases.

Keywords: Diabetes Mellitus, Pathology, Insulin, Treatment, Basic Health Unit.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AMGC	Automonitoramento da Glicemia Capilar
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes Mellitus
DM2	Diabetes Mellitus 2
ESF	Equipe da Saúde da Família
HbA1c	Hemoglobina Glicada
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MEV	Mudança de Estilo de Vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
SCA	Síndrome Coronariana Aguda
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO	12
2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	12
3 METODOLOGIA.....	13
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
4.1 DEFINIÇÃO DO PROCESSO FISIOTATÓLOGICO DA DIABETS MELLITUS.....	14
4.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE, VOLTADAS AO USUÁRIO PORTADOR DO DIABETES	19
4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO	23
4.4 DIABETES E QUALIDADE DE VIDA.....	26
CONCLUSÃO.....	28
REFERÊNCIAS	29

INTRODUÇÃO

De acordo com as diretrizes de 2015, estimou-se que em 2013 haveria cerca de 11.933.580 pessoas sendo com faixa etária entre 20 a 79 anos, com DM no território brasileiro. Dados apresentados pelas diretrizes de 2011, foram identificados as altas taxas de mortes por DM (cerca de 100 mil pessoas) 30,1% para a população geral, sendo que 27,2% no sexo masculino e 32,9% no sexo feminino (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015).

Dados da OMS verificaram que 16 milhões de brasileiros possuem diabetes. De acordo com o estudo, a taxa de incidência da doença cresceu 61,8% nos últimos dez anos. O DM é uma epidemia global e o Brasil ocupa o 4.º lugar na classificação dos países com o maior número de casos, atrás da China, Índia e Estados Unidos (FIOCRUZ, 2018).

DM é uma patologia crônica que não é transmissível, é caracterizada pelo aumento da glicose na corrente sanguínea acima da taxa normal (hiperglicemia). A taxa média normal é de cerca de 60 a 110 MG/dl% (BERTONHI; DIAS, 2018).

Em relação ao diabetes é importante mencionar que se não for tratado de forma adequada, pode levar a pessoa a apresentar complicações crônicas e irreversíveis, como disfunção e até falência de alguns órgãos, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos que podem acarretar outras categorias, também no infarto do miocárdio e acidentes vasculares e infecções (RAMOS; FERREIRA, 2011).

O enfermeiro, em especial, tem o desafio de prestar assistência aos indivíduos, família e comunidade, por meio do cuidado direto ou indireto. Compete-lhe desenvolver o cuidado em interação com estes pacientes, ajudando na compreensão da necessidade de assumir modificações no estilo de vida. Desse modo, podem contribuir para a adesão deles ao controle glicêmico (CRUZ, 2015).

A assistência na ESF é prestada por equipe interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, tendo sua participação social no gerenciamento e controle das atividades, através de ações de educação em saúde, pactuada com os níveis estadual, federal e as normatizações municipais, reorganizando a atenção à saúde, intervindo na família com maior impacto e significação social (CRUZ, 2012).

As ações desenvolvidas na ESF ao diabético contempla a realização de busca ativa de casos, principalmente na população com fatores de risco, detecção e diagnóstico precoce, cadastramento dos portadores do DM, acompanhamento multiprofissional, para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações propostas, educação continuada individual, ou em grupo, para os diabéticos e familiares, monitorização dos níveis de glicose sanguínea, dispensação de medicamentos, inserção no programa de auto monitoramento do diabético em insulino terapia e direcionamento de casos para níveis de maior complexidade (GUIDONI, C.M; OLIVEIRA, C.M.X; FREITAS. O; PEREIRA; L.R.L. et al., 2009).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- Descrever de fato os principais desafios de adesão ao tratamento de DM II.

2.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Descrever o processo fisiopatológico da Diabetes Mellitus tipo II;
- Traçar às principais políticas de Saúde voltadas ao usuário portador do Diabetes tipo II;
- Evidenciar a atuação do enfermeiro quanto á adesão ao tratamento.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de revisão bibliográfica de caráter exploratório, os artigos encontrados foram localizados por meio de uma buscas qual se fez o uso de referências bibliográficas, por meio de consultas de trabalhos indexados e publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); Periódicos Eletrônicos em Psicologia; Scientific Electronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual da Universidade de São Paulo; Biblioteca Virtual em Saúde de Psicologia; e o acervos de plataformas disponíveis base de dados da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Para um melhor complemento e entendimento, foram utilizados base de dados dos últimos 16 anos (2002 a 2018). Já que os mesmos apresentavam melhor o processo fisiopatológico. Os descritores utilizados foram Diabetes Mellitus, Patologia, Insulina, Tratamento, Unidade Básica de Saúde. Os critérios de inclusão que foram utilizados englobam publicações na língua portuguesa do Brasil e textos disponíveis na íntegra e os de exclusão foram artigos científicos que não abordava o tema DM perante as perspectivas do autor e que tratava os descritos de maneira superficial e em outras línguas diferentes da portuguesa e materiais que não atenderam à temática proposta.

Destes artigos utilizados, foram acessados 120 materiais e utilizados apenas 35 por abordar o tema em seus dados a finalidade do tema abordado. Alguns foram citados fora da média temporal por terem relevância para os dados obtidos na temática. O período da pesquisa ocorreu entre julho de 2019 a agosto de 2020.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 DEFINIÇÃO DO PROCESSO FISIOTATÓLOGICO DA DIABETS MELLITUS

O Diabetes Mellito inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. (DUNCAN et al., 2017)

A correta classificação do tipo de DM leva mais precocemente ao tratamento adequado, com maior índice de sucesso na obtenção de um bom controle glicêmico, o que por sua vez comprovadamente reduz as complicações microvasculares, tanto em pacientes com DM tipo 1, quanto no DM tipo 2. (GOMES; ACCARDO, 2018)

No diabetes tipo 1 ocorre destruição das células beta do pâncreas, usualmente por processo auto-imune (forma auto-imune; tipo 1A) ou menos comumente de causa desconhecida (forma idiopática; tipo 1B) (20,21). Na forma auto-imune há um processo de insulite e estão presentes auto-anticorpos circulantes (anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico. (DUNCAN et al., 2017)

O diabetes tipo 2 é mais comum do que o tipo 1, perfazendo cerca de 90% dos casos de diabetes. É uma entidade heterogênea, caracterizada por distúrbios da ação e secreção da insulina, com predomínio de um ou outro componente. A etiologia específica deste tipo de diabetes ainda não está claramente estabelecida como no diabetes tipo 1. A destruição autoimune do pâncreas não está envolvida. Também ao contrário do diabetes tipo 1, a maioria dos pacientes apresenta obesidade. (DUNCAN et al., 2017)

A fisiopatologia da DM2 consiste em uma síndrome relacionada com a disfunção da insulina no processo de regulação da glicose sérica (LACERDA, 2016). Essa por sua vez, é a de maior prevalência na população diabética, correspondendo a cerca de 90 a 95% de todos os casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

No caso do Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), no Brasil é de 5.6%, sendo bem mais frequente em mulheres (6%) do que em homens (5.2%) (VIGITEL, 2011), e com estimativas que em 2025 possam haver 11 milhões de diabéticos no Brasil, tendo um grande aumento de mais ou menos de 100% em relação aos 5.000.000 milhões que já são existentes em 200 mil apresentam DM. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

O Ministério da Saúde também realizou um levantamento do número de internações e óbitos por diabetes no Sistema Único de Saúde (SUS), que apresentou aumento de 10% entre 2008/2011, passando de 131.734 hospitalizações para mais de 140 mil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) é uma das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) mais frequentes no mundo sendo a quarta principal causa de morte. Junto à doença renal crônica, causa um impacto crescente nos sistemas de saúde mundial e brasileiro, esta doença caracteriza-se como um complexo conjunto de distúrbios metabólicos que têm em comum a hiperglicemia causada por defeitos na ação e/ou na secreção de insulina. (DUNCAN et al., 2017)

O DM tipo 2 é uma síndrome de etiologia múltipla, que acomete a função endócrina do pâncreas, especificamente as células beta pancreáticas, responsáveis pela secreção da insulina. Trata-se, portanto, de uma doença metabólica, caracterizada por hiperglicemia crônica, resultante de defeitos na secreção de insulina, podendo alterar o metabolismo de proteínas, carboidratos e lipídios. A fisiopatologia no diabetes há deficiência relativa ou absoluta de insulina com redução da eficácia no metabolismo dos carboidratos ingeridos. (MANNA, 2007).

Desta forma, não é ativada a glicólise e a glicose que deveria ser usada como fonte de energia é perdida na urina. Para proporcionar nova energia e calorias, o organismo promove a fome. Com a carência de insulina e a falta de metabolização da glicose, haverá uma concentração elevada de glicose no sangue, que ultrapassa o limiar de controle renal (até 170 MG/dl). Assim, os rins começam a eliminar glicose pela urina. (LIMA, 2018)

A hiperglicemia é característica fundamental do DM tipo 2, decorrente da alteração funcional da insulina, enquanto hormônio regulador do metabolismo da glicose. A resistência à ação da insulina advém justamente de interferências no processo de sinalização das células-alvo. E sendo assim infere-se que é por meio de uma cascata de eventos que a insulina torna possível o transporte de glicose para o

meio intracelular, a partir de sua interação com o receptor de insulina (RI), disposto na membrana celular e composto por duas cadeias alfa e duas cadeias β (uma em sequência da outra, respectivamente, com domínio extra e intracelular). (GOMES; ACCARDO, 2018)

Deste modo, inicia-se o processo de sinalização da insulina, o qual promove sucessivas fosforilações, ativando duas vias principais, conhecidas como via das proteínas quinases ativadas por mitógenos (MAPK) e via do fosfatidilinositol-3-quinase (PI3K), a primeira incidindo sobre os tecidos sensíveis à insulina e a segunda agindo sobre o metabolismo da glicose e lipídeos. (GOMES; ACCARDO, 2018)

Os pacientes com DM tipo 2 normalmente produzem insulina, mas suas células não conseguem utilizá-la adequadamente devido à diminuição da sua ação, quadro caracterizado como resistência à insulina. Dessa forma, não há efetiva ação hipoglicêmica da insulina e a diminuição da captação de glicose pelas células resulta no aumento da produção de glicose hepática, o que colabora ainda mais com o aumento da glicemia e se associa com altos níveis de insulina no sangue. (BERTONHI; DIAS, 2018).

Os rins são os principais órgãos excretores do organismo, pois eliminam todos os produtos de degradação metabólica do corpo. Quando ocorre o excesso de glicose plasmática no organismo surge um processo inadequado de filtração das substâncias, fazendo com que o processo de excreção não atue adequadamente e moléculas importantes como as proteínas de baixo peso molecular (albumina e globulina) sejam perdidas junto à urina, o que caracteriza a nefropatia diabética (ND). As pessoas com DM têm de 20 a 40% de chance de desenvolver doença renal, sendo em maior parte com indivíduos com DMT2. (BERTONHI; DIAS, 2018).

É importante destacar que a adiposidade, a hiperplasia e a hipertrofia de adipócitos estão intimamente ligadas com aumento de mediadores inflamatórios, diminuição de adiponectina, aumento da resistência à ação da insulina, aumento da inflamação e hiperinsulinemia, aumento do estresse oxidativo e metabolismo anormal de lipídios. (SILVA, 2018).

É importante destacar que a adiposidade, a hiperplasia e a hipertrofia de adipócitos estão intimamente ligadas com aumento de mediadores inflamatórios, diminuição de adiponectina, aumento da resistência à ação da insulina, aumento da inflamação e hiperinsulinemia, aumento do estresse oxidativo e metabolismo anormal de lipídios. (SILVA, 2018).

Ambos os tipos de diabetes estão associados com complicações secundárias que culminam na redução da qualidade de vida destes pacientes, mas em específico DM tipo 2. Contem alterações micro e macrovasculares, o diabetes tem sido correlacionado com doenças cardiovasculares, retinopatia, nefropatia, neuropatia, amputação de membros inferiores, redução da capacidade de cicatrização e aumento de suscetibilidade a doenças infecciosas. Outra complicação do diabetes é a retinopatia, uma complicação microvascular retinal que afeta de forma moderada ou grave a visão em pacientes diabéticos, podendo progredir para casos que resultem até em perda total da visão. (SILVA, 2018).

A história natural do diabetes é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, geralmente classificadas como microvasculares e macrovasculares. Todas são responsáveis por expressiva morbimortalidade, com taxas de mortalidade cardiovascular e outras muito superiores a indivíduos sem diabetes. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Diabetes Mellitus do tipo 2 como uma doença metabólica complexa, multifatorial e de presença global, que afeta a qualidade e o estilo de vida dos acometidos, podendo levar a uma redução pronunciada na expectativa de vida dessa população. Portadores de diabetes podem ter uma redução de 15 ou mais anos de vida, com a grande maioria morrendo em decorrência das complicações cardiovasculares. (BOSCARIOL et al., 2018).

Os mecanismos do aparecimento destas complicações ainda não estão completamente esclarecidos, mas a duração do diabetes e seu controle interagem com outros fatores de risco, como hipertensão arterial, fumo e dislipidemia determinando o curso das complicações micro e macro vasculares. (FURTADO, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

As doenças cardiovasculares (DCV) englobam as doenças do aparelho circulatório, que compreendem um amplo espectro de síndromes clínicas, tendo como principal causa a aterosclerose, que aumenta também o risco de síndromes coronarianas agudas (SCA). A incidência das DCV chega a 20% em 7 anos, em diabéticos, contra 3,5% em não-diabéticos. As DCV são responsáveis por até 80% das mortes em indivíduos com DM2, e em 1988, no Brasil, elas foram responsáveis pela maior proporção de óbitos no país, sendo a principal causa a partir dos 40 anos de idade (RIQUE; SOARES; MEIRELLES, 2002).

Dessa maneira, fatores como sedentarismo e uma má alimentação contribuem para o sobrepeso e a obesidade que são fatores de risco para a formação e o desenvolvimento da DM (SAMPAIO, 2015).

Além disso, caso não haja o controle precoce, poderá acometer consequências graves ao paciente, como cegueira, insuficiência renal, e dislipidemias que favorecem DCV como a aterosclerose, e em longo prazo acometimentos como o (IAM) infarto agudo do miocárdio (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Sendo assim, seu controle deve-se estabelecer entre uma alimentação saudável prática de exercícios físicos, e em caso de não controle o apelo pela medicação a fim de obter controle da hiperglicemia, pois o objetivo do tratamento farmacológico para o diabetes tipo 2, é utilizado para atingir o controle glicêmico satisfatório em pacientes que não o conseguiram através de medidas não-farmacológicas, como perda de peso, mudanças de hábitos alimentares e aumento da atividade física. Os fármacos disponíveis visam corrigir a insuficiência insulínica (secretagogos de insulina), a resistência insulínica (metformina e tiazolidinedionas) ou diminuir a absorção de glicose (inibidores de alfa-glicose). (SAMPAIO et al, 2018).

4.2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE, VOLTADAS AO USUÁRIO PORTADOR DO DIABETES.

O SUS foi uma grande conquista dos cidadãos brasileiros, sendo discutido desde 1988 e implementado em 1990. É importante mencionar, que apesar dos avanços aguçados por esta conquista, os problemas contemporâneos, como as mudanças nos aspectos econômicos, sociais no sistema de saúde, doenças são visíveis, assim como os que se dão na relação entre Estado e as políticas públicas. Essa relação que se pretende problematizar neste momento que o projeto de uma Política Nacional de Humanização retoma o que está na base da reforma da saúde do porte daquela que resultou na criação do SUS. (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Em 2015, o número total de pessoas com diabetes já chegou a 415 milhões, o que corresponde a uma prevalência de 8,8%. Além das taxas crescentes de mortalidade, o DM 2 preocupa devido ao custo econômico associado à doença. Se a epidemia global de DM tipo 2 continuar aumentando, haverá, muito provavelmente, um crescimento maciço das despesas de saúde nos próximos anos. (MALTA, 2013).

O DM tipo 2 é um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária. As evidências demonstram que o bom manejo desse agravo na AB evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. (Borges 2018).

O conhecimento dos direitos dos usuários é essencial para o desenvolvimento de uma consciência democrática, responsável e reflexiva do cidadão, tanto no papel de usuário quanto no de profissional da saúde. (SANTOS et al, 2011).

Conhecer os direitos é o primeiro passo para diminuir as barreiras enfrentadas pelos usuários com diabetes mellitus tipo 2 para o acesso pleno a seus direitos de cidadania. O direito é um componente central da noção de cidadania. Assim, o respeito aos direitos do cidadão, como usuários, constitui um dos principais indicadores de qualidade para o planejamento e gestão dos serviços de saúde.

Cabe destacar que, no regime democrático, a justiça distributiva refere-se à distribuição dos direitos e responsabilidades na sociedade, incluindo os direitos civis e políticos (SANTOS et al., 2011).

Para que as ações voltadas ao controle do DM tipo 2 se desenvolvam de forma efetiva e eficiente, a AB deve atuar como porta de entrada no sistema de saúde e coordenadora do cuidado. Práticas centradas no modelo biomédico; no precário funcionamento dos mecanismos de referência e contra referência; no desconhecimento

dos profissionais da AB quanto aos fluxos de acesso aos demais pontos de atenção; em déficits na formação das equipes, descompromisso dos profissionais com o cumprimento das normas técnicas e com os resultados esperados; em condições de trabalho precárias, incluindo (BORGES, 2018).

A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM tipo 2 na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para MEV, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas (SANTOS et al, 2011).

As medidas do Ministério da Saúde brasileiro têm proposto uma série de formalidades e políticas do SUS, que priorizam o investimento em capacitação dos profissionais da rede básica, para garantir à estabilidade, e oferecer o acesso dos pacientes as unidades de saúde, para tratamento, acompanhamento e promover a reorganização e a ampliação do atendimento na qualidade de vida para os portadores das doenças crônicas (MELO et al., 2011).

O Hiperdia se constitui como uma estratégia: "De acompanhamento de usuários hipertensos e/ou diabéticos, com as funções de vincular o paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Equipe de Saúde da Família (ESF). (FIGUEIREDO JUNIOR; CARVALHO FILHA; NOGUEIRA et al, 2016).

Em 2001, o Ministério da Saúde (MS) propôs o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus tipo 2, reconhecendo a importância da atenção básica na abordagem desses agravos, feita por meio do modelo de atenção programático denominado HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos), possibilitando o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade.

Destarte, o grupo de hiperdia foi criado mediante a Portaria nº 371/GM, em 4 de março de 2002, por meio de um plano de regionalização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus com objetivo de instituir diretrizes para desenvolver ações de prevenções no controle das doenças e na reorganização do trabalho desenvolvido na atenção à saúde. Diante deste contexto, "tratar-se de reuniões voltadas para hipertensos e diabéticos, acompanhados em unidades de saúde, nas quais esses pacientes recebem orientação sobre suas doenças" e medicamentos para o controle da doença. (OLIVEIRA GOMES; ROCHA; SANTOS, 2010).

Através da vinculação do paciente à Unidade Básica de Saúde (UBS) e à Estratégia de Saúde da Família (ESF) que ele está inserido na perspectiva de assim poder realizar uma assistência continuada e com qualidade, fornecendo medicamentos de maneira regular, acompanhamento também regular de acordo com a necessidade de cada paciente e fazer avaliação de risco entre os pacientes cadastrados. E que pacientes DM tipo 2 façam uso do programa visando diminuir a morbimortalidade por doenças vasculares, falamos de infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca, acidentes cerebrovasculares psicomotores em geral, agravos causados fundamentalmente por essas duas doenças crônicas não transmissíveis. (SOUZA; COSTA, 2015).

Desta forma, é no contexto da UBS que os pacientes têm acesso a essas políticas. Assim, são cadastrados nacionalmente, garantindo um atendimento especializado na rede ambulatorial, através do grupo de hiperdia. O procedimento é realizado da seguinte forma. (NETA, 2015).

Os usuários são cadastrados no sistema informatizado disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), denominado: Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e/ou Diabéticos (HIPERDIA), tendo garantia de uma única identificação do indivíduo através da utilização do Cartão Nacional de Saúde. Uma vez o usuário cadastrado, é possível gerar informações para a aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática. (RODRIGUES et al., 2012).

Algumas leis foram criadas para respaldar pessoas com diabetes entre elas se destacam a Lei nº 8.036, de 11 de maio de 1990: Permite a movimentação da conta vinculada ao Fundo de Garantia do tempo de serviço (FGTS) do trabalhado com diabetes mellitus.

Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991: Inclui o DM tipo 2 entre as doenças que dão direito a inexistência de prazos de carência para a concessão do auxílio doença e da aposentadoria por invalidez e Lei nº 8.899, de 29 de junho de 1994: Estendo os benefícios do passe livre nos transportes coletivos aos portadores de diabetes.

O Portador de DM tipo 2 tem direito ao monitoramento da glicemia gratuitamente nos Centros de Saúde; Acolhimento personalizado sobre a alimentação adequada; Aconselhamento sobre atividades físicas adequadas;

Indicação sobre a dosagem e o horário de medicação e ainda sobre como adequar as doses com base autovigilâncias; Indicação sobre os objetivos para o seu peso, glicemia, lipídios no sangue e tensão arterial; Análises laboratoriais regulares para controlo metabólico e do seu estado físico; Revisão, pela equipa de saúde, dos resultados da autovigilância e do tratamento corrente (FAPEMIG, 2014).

De acordo com O Ministério da Saúde (OMS) com a portaria nº 2.583 de 10 de outubro de 2017, define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo SUS, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de DM tipo 2.

Um programa de cuidado integral ao DM tipo 2 deve ter como prioridades estratégicas: a prevenção primária da doença com ações sobre os fatores de risco, a detecção precoce, o tratamento adequado que permita modificar a evolução da doença, previna as complicações e melhore a qualidade de vida dos portadores (FARIA et al; 2013).

Essas estratégias devem ser coordenadas e integradas, levando em conta tanto ações de base populacional como aquelas sobre os grupos de risco e as de características individuais; devem ser custo-efetivas e fundamentadas em evidências científicas. (FAPEMIG, 2014).

A organização do cuidado integral deve estar centrada na pessoa que vive com diabetes, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejada levando em conta os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos local. A abordagem terapêutica deve ser multiprofissional, incluindo a assistência farmacêutica, o monitoramento da glicemia e outros parâmetros clínicos, planejamento da atividade física e orientação dietética. A participação do paciente e seu envolvimento constante e harmonioso com a equipe de saúde são fundamentais para que as recomendações sejam seguidas e o tratamento, efetivo. (SANTOS et al; 2011).

As duas abordagens fundamentais para avaliar o controle glicêmico são: a medida da Hemoglobina Glicada (A1c) e o automonitoramento da glicemia capilar (AMGC); ambas fornecem informações fundamentais e complementares para um tratamento adequado. (FARIA, et al; 2013).

4.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Em relação ao DM2 é importante mencionar que se não for tratado de forma adequada, pode levar o indivíduo a apresentar, em longo prazo complicações crônicas e irreversíveis, como disfunção e até falência de alguns órgãos, como rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos que podem acarretar outros tipos de doenças, e também o IAM, AVC e infecções. (RAMOS; FERREIRA, 2011).

A não adesão ao tratamento do DM2 é um problema conhecido no cenário nacional e internacional, pois prejudica a resposta fisiológica à doença, aumenta o custo direto e indireto do tratamento. (FARIA, et al; 2013).

A baixa adesão ao tratamento é uma das principais preocupações dos profissionais de saúde, em consonância com estudos que apontam taxas de adesão com variação entre 40 e 90%, decorrentes de causas multifatoriais relacionadas ao paciente, à relação profissional/paciente, à doença e sua história natural de evolução, ao esquema terapêutico e aos gestores, a quem cabe garantir recursos materiais de forma efetiva e recursos humanos mínimos e necessários em cada nível da assistência (GROFF; SIMÕES; FAGUNDES, 2015).

As causas atribuídas ao paciente são advindas da necessidade de mudanças no estilo de vida, diminuição na capacidade cognitiva e motora com o envelhecimento, aumento da dependência para as ações de autocuidado, possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, necessidade de seguimento do plano alimentar e exercícios físicos, além da descrença nos impactos negativos na saúde, em longo prazo, pois essa patologia tem caráter assintomático e não apresenta desconforto imediato (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009).

O enfermeiro, em especial, tem o desafio de exercer assistência aos indivíduos, família e comunidade, por meio do cuidado direto ou indireto. Compete-lhe desenvolver o cuidado em interação com estes pacientes, ajudando na compreensão da necessidade de assumir modificações no estilo de vida. Desse modo, podem contribuir para a adesão deles ao controle glicêmico (CRUZ, 2015).

A relação profissional-paciente apresenta influência direta no monitoramento da adesão ao tratamento e na motivação para o autocuidado. Desta maneira, a desatualização e não domínio do conhecimento, pelo profissional, favorece a

transmissão deficiente ou imprecisa de informações acerca da doença e do tratamento, tornando difícil o estabelecimento de prioridades por meio da educação em saúde gradativa, contínua e interativa, no atendimento individual e/ou em grupo (GIMENES; ZANETTI; HAAS, 2009)

A adesão ao tratamento, portanto, é fundamental para melhorar o controle glicêmico e metabólico, minimizar e prevenir as complicações e lesões em múltiplos órgãos, decorrentes da história natural do DM2, além de reduzir custos dos serviços de saúde em curto e longo prazo (CRUZ, 2015).

A maioria dos estudos focaliza alguns fatores associados à adesão ao tratamento medicamentoso. Por outro lado, verifica-se a necessidade de estudos que investiguem, concomitantemente, parâmetros dietéticos, exercício físico e tratamento medicamentoso, e sua relação com o controle metabólico.

Entende-se adesão ao tratamento à adesão terapêutica como o grau em que o paciente é capaz de assimilar e incorporar em sua vida, voluntariamente, as orientações dos profissionais de saúde envolvidos no tratamento de sua doença.

A adesão ao tratamento em paciente crônico representa a extensão no qual o comportamento das pessoas coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios (FARIA et al, 2013).

Segundo publicação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a OMS destacou diversos fatores relacionados à não adesão ao tratamento para a diabetes, entre eles podem citar: Sobre as pessoas, são os fatores ligados ao conhecimento sobre a doença, atitudes, crenças, percepções, expectativas. Motivação para se tratar, capacidade de se envolver em comportamento de adesão. Pode-se destacar a convivência com pessoas próximas, motivo de extrema satisfação, fazendo com que os encontros frequentes para a realização de alguma atividade tornem-se uma rotina em suas vidas.

A assistência na ESF é prestada por equipe interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades, por meio de ações de educação em saúde, pactuada com os níveis estadual, federal e as normatizações municipais, reorganizando a atenção à saúde, intervindo na família com maior impacto e significação social (BRASIL, 2006; GOMES, 2009; CRUZ, 2012).

As ações desenvolvidas na ESF ao diabético contempla a realização de busca ativa de casos, principalmente na população com fatores de risco, detecção e diagnóstico precoce, cadastramento dos portadores do DM2, acompanhamento multiprofissional, para avaliar a evolução da doença e a adesão às orientações propostas, educação continuada individual, ou em grupo, para os diabéticos e familiares, monitorização dos níveis de glicose sanguínea, dispensação de medicamentos, inserção no programa de auto monitoramento do diabético em insulino terapia e direcionamento de casos para níveis de maior complexidade (GUIDONI et al., 2009; RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Na ESF, o acompanhamento realizado pela equipe de saúde ao diabético e a familiar, tem ênfase nas atividades em visitas domiciliares, que é um método ou técnica rica ao estabelece relações de vínculo e acolhimento com escuta qualificada (BRASIL, 2010).

As ações de enfrentamento ao diabetes atualmente desenvolvidas no Brasil destacam-se as desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família (PSF). Essas atividades vão desde o atendimento ambulatorial com a realização de consultas e outros procedimentos, até as visitas domiciliares, as ações de educação em saúde e vigilância epidemiológica, entre outras. (SANTOS et al, 2008).

O PSF contribui ainda como excelente fonte de dados sobre a população assistida, viabilizando assim a condução de estudos epidemiológicos que permitam conhecer a real dimensão do problema, proporcionando um acervo de dados úteis ao manejo da situação. Já que o papel de detectar precocemente essas complicações, o presente artigo tem por objetivos: investigar a frequência e distribuição de complicações crônicas do diabetes tipo 2 na população e verificar a sua associação com características inerentes à pessoa, escolaridade e perfil glicêmico, em pacientes atendidos nas Unidades de Saúde. (SANTOS et al, 2008).

O trabalho do enfermeiro atuante no ESF vai além de prestar um primeiro atendimento aos pacientes eles também têm que gerenciar a unidade, se atentando para a atualização de dados que fica aquém do ideal. Por fim, prejudica-se o trabalho do médico, que devido a alta demanda de atendimento, acaba por focar mais em atendimento ao usuário (consulta médica) e, deixa de realizar as atividades de promoção e prevenção de saúde. (TEIXEIRA, 2015).

Essa estratégia de cuidado envolve a participação da família no processo de assistência. Nesse espaço, a equipe de saúde observa o ambiente e compara os relatos aos detalhes dos fatos apresentados e, com o diálogo, podem ocorrer revelações de situações que vão impactar o seu acompanhamento (LOPES; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

4.4 DIABETES E QUALIDADE DE VIDA

O principal objetivo do tratamento é prevenir o aparecimento ou a progressão das complicações crônicas, como as microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia diabética) e as macrovasculares (acidente vascular cerebral e doença arterial periférica), ao mesmo tempo minimizando os riscos das agudas como a hipoglicemia (CANADIAN, 2013)

O estilo de vida é um importante determinante do controle glicêmico em pacientes diabéticos tipo 1 e 2. O tratamento interfere no estilo de vida, é complicado, doloroso, depende de autodisciplina e é essencial à sobrevivência do paciente (GOES, 2007).

A abordagem terapêutica envolve vários níveis de atuação, como a insulino-terapia, a orientação alimentar, a aquisição de conhecimentos sobre a doença, a habilidade de autoaplicação da insulina e o auto monitorização da glicemia, a manutenção da atividade física regular e o apoio psicossocial (SETIAN, 2003).

Devido a muitos efeitos benéficos, a atividade física regular é indicada para pacientes com DM tipo 2, uma vez que melhora o controle metabólico e diminui o risco cardiovascular, também agrega um efeito importante na prevenção das complicações crônicas desta patologia (LOTTENBERG, 2008).

No DM tipo 2 é importante realizar uma dieta balanceada, adotando conhecimentos quanto ao consumo correto de carboidratos, proteínas e gorduras. A observação das quantidades e qualidades necessárias de cada grupo alimentar possibilita o controle glicêmico e a prevenção de complicações, pois a adesão ao tratamento é a chave para alcançar os objetivos desejados (LOTTENBERG, 2008).

Visto que o diabetes exige um controle intenso para evitar complicações, o emocional influenciará de forma significativa nesse controle, tendo em vista que tal patologia pode provocar vários sentimentos negativos. Assim, muitas vezes, torna-se

necessário o acompanhamento psicológico, em grupo ou individual, para melhorar a qualidade de vida (LOTTENBERG, 2008).

Estudos comprovam que a prevenção do DM2 ocorre através da mudança do estilo de vida. Entre tais mudanças, incluem-se dieta balanceada, controle ponderal e aumento dos níveis de atividade física. O simples fato de se adotar um estilo de vida mais ativo é capaz de promover benefícios aos usuários com DM tipo 2, pois lhe proporcionam um melhor controle glicêmico. Conclui-se que o exercício por si só, promove uma melhora no perfil glicêmico independentemente da perda de peso. Pessoas com DM2 precisam ser mais ativas fisicamente, pois dessa forma aumenta o gasto energético total, o que irá favorecer uma possível perda de peso, além de redução dos riscos de doenças cardiovasculares. (SILVEIRA, 2016).

É de suma importância que o enfermeiro mantenha a comunicação com toda a equipe durante a implementação do Sistema da Assistência de Enfermagem, ampliando o escopo do diagnóstico e do planejamento para além da equipe de enfermagem, envolvendo também o médico, os agentes comunitários de Saúde e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), quando disponível e necessário, nas ações desenvolvidas. Já que muitos pacientes não compreendem a necessidade de se realizar atividade física e consideram o trabalho na lavoura ou cotidiana como uma forma de não serem sedentários. Não existem locais pavimentados para caminhadas, academias de saúde públicas ou particulares. Além disso, devido à dificuldade de acesso, distância e transporte, o NASF não possui atividade no local. (SILVA, 2018)

Pacientes DM do Tipo 2, não insulino dependente, e que os fatores de risco que contribuem diretamente para que a doença crônica degenerativa se estabeleça são prioritariamente o sedentarismo, alimentação desbalanceada e sobrepeso/obesidade, determinase o papel da atenção básica, através das Estratégias Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. (SILVEIRA, 2016).

E com isso reforça-se a importância da atuação do profissional do enfermeiro e a equipe multidisciplinar, que compõe a equipe do NASF, contribuindo em várias frentes, como a prescrição individual de exercícios e a realização de grupos de atividades físicas. (TEIXEIRA, 2015).

CONCLUSÃO

O diabetes mellitus é uma enfermidade grave que se não for tratada corretamente e o paciente não tomar os cuidados necessários, pode resultar em sérias complicações como amputação de membro inferior, cardiopatias e cegueira. As maiores dificuldades encontradas para adesão do tratamento DM 2 é A primeira maior dificuldade é a aceitação da doença. O diagnóstico do diabetes é tão pesado emocionalmente que o primeiro obstáculo é essa aceitação, já que a negação da doença leva à não adesão ao tratamento. Por essa razão é importante desenvolver programas educacionais e melhoria no atendimento. Por meio da prática educativa introduzem-se rotinas para o autocuidado, algo necessário para a prevenção primária do diabetes em população de risco é tanto para prevenir o aparecimento de novos casos quanto o aparecimento de complicações.

Nos dias atuais, o trabalho educativo é muito importante, pois os hábitos de vida mudaram muito, o sedentarismo aumentou a alimentação também teve mudança, que são um dos responsáveis pelo aumento da população diabética. Tais fatores podem ser modificados através de intervenções e políticas pública na procura pela sensibilização para adoção de novos hábitos e estilo de vida, sobre os riscos que a doença pode trazer caso não controlado a glicemia. Através deste trabalho, pode-se observar que é importante o trabalho educativo por meio de projetos.

A melhoria do atendimento também contribui muito para a população diabética atendida as ações não focalizam somente o sujeito diabético; as ações também abrangem a população de um modo geral e buscam melhorar o atendimento dos pacientes diabéticos. Fica evidenciado, também, que é preciso intervir sobre o ambiente, no intuito de dar abertura para modificação de mecanismos que possam afetar a adoção de hábitos saudáveis. Dessa maneira, a educação em saúde e o aprimoramento do atendimento para pacientes diabéticos mostram-se eficazes para a melhoria no prognóstico.

REFERÊNCIAS

- BACKES, D.S.; BACKES, M.S.; ERDMANN, A.L.; BÜSCHER, A. **O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à Estratégia de Saúde da Família.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Campo Grande, v.17, n.1, p. 223-230, 2012.
- BALDA, C. A. and PACHECO-SILVA, A.. **Aspectos imunológicos do diabetes mellitus tipo 1.** (2019).
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Brasília: MS; 2013. (Cadernos de Atenção Básica). >
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil, 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Estimativas de população.** 2010a.
- BRASIL. **Ministério da Saúde.** Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. IDB 2006a- **Indicadores de morbidade e mortalidade - D.10 Taxa de prevalência do diabetes mellitus.** Brasília. Disponível em: . Acesso em: 26 de julho 2007.
- CHAVES, Fernanda Azeredo et al. **Tradução e adaptação cultural do Behavior Change Protocol para as práticas educativas em Diabetes Mellitus.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online].

Coqueiro Jandesson Mendes, Oliveira Adauto Emmerich, Figueiredo Túlio Alberto Martins de **Diabetes Mellitus na mídia impressa: uma análise das matérias nos jornais do Espírito Santo, Brasil.**

DIB, Sergio Atala; TSCHIEDEL, Balduino and NERY, Marcia. **Diabetes melito tipo 1: pesquisa à clínica.** Arq Bras Endocrinol Metab [online]. 2008, vol.52, n.2 [cited 2019-10-16], pp.143-145.

Diretrizes - **Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus.** 2018

DAMASCENO, M.M.C. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus.** Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v.26, n.3, p.231-237, 2013.

Ferreira FS, Santos CB. **Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes diabéticos atendidos pela Equipe de Saúde da Família.** Rev enferm UERJ 2009;

Figueiredo Junior, A. G., Carvalho Filha, F. S. S., Nogueira, L. T., Santana, J. V. & Mesquita, A. F. (n.d.). **Programa Hiperdia: do preconizado ao realizado- Interfaces com a ética na enfermagem.** 2016; p. 02.

Furtado MV, Polanczyk CA. **Prevenção cardiovascular em pacientes com diabetes: revisão baseada em evidências.** Arq. Bras. Endocrinologia e Metabologia. 2007;2(51):12-8.

GIMENES, H.T.; ZANETTI, M.L.; HAAS, V.J. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.17, n.1, p.46-51, 2009.

GOMES, M. B. ; et al. **Prevalência de sobrepeso e obesidade em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 no Brasil.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. v. 50 n. 1 São Paulo fev. 2006.

GROFF, D.P.; SIMÕES, P.W.T.A.; FAGUNDES, A.L.S.C. **Adesão ao tratamento**

dos pacientes diabéticos tipo II usuários da Estratégia Saúde da Família situada no bairro Metrópol de Criciúma, SC. Arquivos Catarinenses de Medicina, Florianópolis, v.40, n.3, p.43-48, 2015.

GUIDONI, C.M.; OLIVERA, C.M.X.; FREITAS, O.; PEREIRA, L.R.L. **Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual.** Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, Ribeirão Preto, v.45, n.1, p.37-48, 2009.

GUIMARAES, Fernanda Pontin de Mattos and TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. **Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2.** Rev. Nutr. [online]. 2002,

LACERDA, Luciana de Castro Borges. **Diabetes Mellitus tipo 2.** 2016.

LIMA, Mariana Brito et al. **Insulinoterapia no diabetes mellitus e o acompanhamento farmacoterapêutico.** Mostra Científica da Farmácia, v. 4, n. 2, 2018

LOPES, W.O.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa.** Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.7, n.2, p.241-247, 2008.

Lucena Bezerra da Silva Joana. **DIABETES MELLITUS TIPO 1 E TIPO 2.**; 2007.

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Prevalência de diabetes mellitus determinada pela hemoglobina glicada na população adulta brasileira,** Pesquisa Nacional de Saúde. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2019, vol.22.

MARCELINO, Daniela Botti and CARVALHO, Maria Dalva de Barros. **Reflexões sobre o diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional.** Psicol. Reflex. Crit. [online]. 2005, vol.18, n.1 [cited 2019-10-25], pp.72-77.

Marsh, Kate, et al. **"Glycemic index and glycemic load of carbohydrates in the**

diabetes diet.” Current diabetes reports 11.2 (2011): 120 -127.

MELO, Lucas Pereira de. et al. **A experiência de estudantes de enfermagem em um grupo de educação em saúde: uma abordagem dialógica.** Rev. Bras. em Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 180-188, 2011.

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

Ministério da Saúde (BR). **Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.** Protocolo. Brasília: Ministerio da Saúde; 2001. (Cadernos de Atenção Básica, 7).

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

OLIVEIRA GOMES, Tiago José; ROCHA, Monique Vércia Silva; SANTOS, Almira Alves dos. **Controle da pressão arterial em pacientes atendidos pelo programa Hiperdia em uma Unidade de Saúde da Família.** Rev. Bras. Hipertensvol, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 132-139, 2010.

RAMOS, Luciane; FERREIRA, Eleonora Arnaud Pereira. **Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo2.** Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 867-877, 2011.

RIQUE, Ana Beatriz Ribeiro; SOARES, Eliane de Abreu and MEIRELLES,

Claudia de Mello. **Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares.** *Rev Bras Med Esporte* [online]. 2002, vol.8, n.6, pp.244-254. ISSN 1806-9940.

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho et al. **Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2015, vol.20, n.3, pp.865-874.



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Maria Karoline de Oliveira Betzel

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 04.09.2020

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: 9,05%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet 

Suspeitas confirmadas: **5,37%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados 

Texto analisado: **90,69%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11
sexta-feira, 4 de setembro de 2020 14:44

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **MARIA KAROLINE DE OLIVEIRA BETZEL**, n. de matrícula **21612**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 9,05%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Assinado digitalmente por: Herta Maria de AÇucena do Nascimento Soeiro
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Localização: Ariquemes RO
O tempo: 08-09-2020 08:42:11