



revista científica

LINKSCIENCEPLACE
interdisciplinar

Revista Científica Interdisciplinar. ISSN: 2358-8411

Nº 1, volume 1, artigo nº 2, Julho/Setembro 2014

D.O.I: 10.17115/2358-8411/v1n1a2

AÇÃO EDUCATIVA DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA AO PORTADOR DE DIABETES EM BOM JESUS DO NORTE-ES

Adriana Alves Delatorre Lus Camuzzi Souza¹

Graduanda em Enfermagem

Josélia Milato da Silva²

Graduanda em Enfermagem

Fernanda Castro Manhães³

Pós-Doutoranda em Cognição e Linguagem

Resumo

O estudo teve por objetivo avaliar a ação educativa do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família ao portador de diabetes no município de Bom Jesus do Norte-ES. A metodologia utilizada foi a pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa, em uma amostra composta por 30 usuários do serviço de saúde. Os resultados demonstraram que os usuários sentem-se bem informados sobre a doença, tendo, em sua maioria, recebido orientações de médicos e agentes de saúde. Concluiu-se que a participação do enfermeiro na educação em saúde da comunidade estudada é bastante tímida, sendo necessário que estes profissionais recebam capacitação para atuarem significativamente junto aos portadores de diabetes.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Diabetes; Enfermagem.

¹ Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana - Rio de Janeiro, e-mail: aa_delatorre@hotmail.com

² Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana - Rio de Janeiro, e-mail: joseliamilato@hotmail.com

³ Faculdade Metropolitana São Carlos- FAMESC, Bom Jesus do Itabapoana - Rio de Janeiro, e-mail: castromanhaes@gmail.com (Orientadora)

Abstract

The study aimed to evaluate the educational activities of the nurse in the Family Health Strategy bearer of diabetes in Bom Jesus do Norte-ES. The methodology used was descriptive and exploratory qualitative research, in a sample of 30 users of the health service. The results demonstrate that patients feel well informed about the disease, and, mostly, received guidance from doctors and health workers. It was concluded that the participation of nurses in health education of the community studied is quite shy, being necessary that these professionals receive training to work together to significantly with diabetes.

Keywords: Health Education; diabetes; Nursing.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, vem crescendo em todo o mundo o número de casos de diabetes mellitus (DM), aumentando os riscos de doenças cardiovasculares nessa população. No Brasil, estima-se que até o ano de 2030 haverá cerca de 11 milhões de pessoas diabéticas, o que colocará o país no sexto lugar na classificação de países com maior prevalência da doença (MATOS; BRANCHTEIN, 2006).

O DM acarreta graves consequências econômicas e sociais devido à gravidade de suas complicações, à sua natureza crônica e aos meios necessários para o seu controle, tornando-a uma doença muito onerosa para os indivíduos e para os sistemas de saúde (LOPES et al., 2012).

Assim, a educação em saúde junto aos portadores de DM se constitui em uma importante ferramenta para o autocuidado, evitando ou reduzindo as intercorrências ocasionadas pela doença, cabendo ao enfermeiro, durante as consultas de enfermagem, esclarecer ao doente sobre suas dúvidas em relação ao problema e importância do tratamento.

Nesse contexto, buscando avaliar a ação educativa do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família ao portador de diabetes no município de Bom Jesus do Norte-ES, foi realizada uma pesquisa descritiva e exploratória com

abordagem qualitativa em uma amostra composta por 30 usuários do serviço de saúde.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 Diabetes Mellitus

É cada vez mais significativa a proporção epidêmica que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm alcançando em todo o mundo, afetando indivíduos de todas as faixas etárias, nacionalidades e classes sociais, ocasionando morbidades e mortalidade, sendo resultado de diversos fatores, como as mudanças sociais, políticas e econômicas, aumento da expectativa de vida, alimentação inadequada, uso de tabaco e diminuição da atividade física (DIAS; CAMPOS, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde, as DCNT têm se tornado prioridades em grande parte dos países, devido ao impacto na morbimortalidade e aos altos custos ao sistema de saúde. Dentre estas, o Diabetes mellitus (DM) vem se apresentando como uma das principais ameaças à saúde humana no século XXI, sendo uma doença crônica que vem apresentando grandes impactos na saúde da população devido ao aumento de sua incidência (BRASIL, 2009).

O DM é uma desordem metabólica que possui etiologia múltipla, apresentando por característica hiperglicemia crônica originada por alterações na secreção ou ação da insulina, ocasionando redução da captação de glicose pelos tecidos periféricos (FERREIRA et al., 2011).

Além da hiperglicemia, é frequente a presença de dislipidemia, hipertensão arterial, obesidade abdominal e disfunção endotelial, manifestações que, associadas, podem desencadear outras complicações, como doenças cardiovasculares e microangiopatias com comprometimento da retina, glomérulo e nervos (CARVALHO et al., 2012).

A doença vem sendo considerada um grave problema de saúde pública não somente em países desenvolvidos, mas também naqueles em

desenvolvimento. Estima-se um aumento de 35% na prevalência da doença. No caso do Brasil, no ano 2000 ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de DM (4,6 milhões), estimando-se que ocupará a sexta posição em 2030, quando contará com 11,6 milhões de indivíduos diagnosticados (MORAES et al., 2010).

A prevalência crescente de DM está diretamente relacionada a fatores como o envelhecimento populacional, crescentes índices de obesidade, mudanças alimentares e no estilo de vida, com aumento da ingestão de gorduras, açúcares, além do sedentarismo. (CODOGNO et al., 2012).

Mesmo com todos os avanços ocorridos no decorrer dos anos, dos diferentes métodos diagnósticos, com o conhecimento da fisiopatologia das doenças e de novas drogas, a mortalidade por doenças crônicas ainda permanece muito elevada, especialmente no caso do DM, considerada um dos mais importantes fatores de risco para doença cardiovascular. Neste sentido, o diagnóstico precoce, aliado ao tratamento adequado, pode evitar ou retardar o surgimento das complicações e diminuir o impacto desta síndrome. De acordo com Claudio (2005, p. 4), “hoje, o DM é considerado uma das principais síndromes de evolução crônica que acomete o homem moderno em qualquer idade, condição social e localização geográfica”.

O DM é classificado de acordo com fatores etiológicos em duas categorias: o Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), causado por uma deficiência absoluta de secreção de insulina identificada por evidências sorológicas de um processo patológico auto-imune; e o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2), ocasionado por uma combinação de resistência à ação da insulina e resposta secretora de insulina compensatória inadequada, sendo suficiente para alterações funcionais em vários tecidos (RUBIN et al., 2011).

A classificação proposta pelo *Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus* (Comitê de Peritos sobre o Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus) e posteriormente aceita pelo Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes é demonstrada na tabela abaixo.

Tabela 1: Classificação etiológica do diabetes mellitus

I. Diabetes tipo 1

Destruição das células β , usualmente levando à deficiência completa de insulina**A- auto-imune****B- idiopático**

II. Diabetes tipo2Graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina

III. Outros tipos específicosA- Defeitos genéticos da função da célula β

B- Defeitos genéticos da ação da insulina

C- Doenças do pâncreas exócrino

D- Endocrinopatias

E- Indução por drogas ou produtos químicos

F- Infecções

G- Formas incomuns de diabetes imuno-mediado

IV. Diabetes gestacional

Fonte: Cláudio (2005, p. 5)

Quanto aos critérios diagnósticos para DM, estes foram revisados pelo *Expert Committee on The Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*, no qual se determina que as taxas de glicemia de jejum e 2 horas após 75g de dextrosol, classificam o indivíduo em 3 categorias: glicemia alterada, tolerância diminuída à glicose e DM.

Tabela 2: Valores de glicose plasmática para diagnóstico de diabetes mellitus e outras categorias de hiperglicemia

Diagnóstico	Jejum *	Glicemia 2h após 75g dextrosol	Casual **
Diabetes mellitus	≥ 126	$200 \geq 200$ com sintomas	≥ 200 com sintomas
Tolerância diminuída à glicose	< 126	Entre 140 e 200	
Glicemia de jejum alterada	100-125	140-199	

*Jejum é definido como a falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas.

** Glicose plasmática casual é definida como aquela realizada a qualquer hora do dia.

Fonte: Claudio (2005).

Vale ressaltar que o diagnóstico deve ser sempre confirmado através da repetição do teste em outro dia, a não ser que haja hiperglicemia inequívoca.

O tratamento do DM deve buscar modificações no estilo de vida, como a abstinência ao fumo, atividades físicas regulares e reeducação alimentar. Na maioria das vezes, além das mudanças comportamentais, é necessário o uso de medicamentos antihiperglicemiantes (CLAUDIO, 2005).

Neste contexto, os portadores de DM devem ter acompanhamento multiprofissional, que lhes ofereça informações e conhecimento necessários para o autocuidado e o manejo da doença, tais como a tomada de decisões

diante de episódios de hiperglicemia e hipoglicemia, aceitação, valor calórico dos alimentos, monitorização da glicemia capilar no próprio domicílio, utilização correta dos medicamentos prescritos, além das comorbidades, como a hipertensão arterial (OLIVEIRA; ZANETTI, 2011).

1.2 A Estratégia Saúde da Família e a Educação em Saúde

A partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um dos tripés da Seguridade Social, sendo direito de todos, independente de contribuição previdenciária, garantida mediante políticas sociais e econômicas que assumiram o princípio da universalidade, equidade e integralidade dos serviços, idealizados pelo Movimento de Reforma Sanitária (BRASIL, 1988).

A NOB-SUS/96 modificou as condições de Gestão do SUS para Estados e Municípios; criou incentivos por programas, especialmente para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O PSF foi idealizado como modelo de atenção para todo o país, sendo desenvolvido fundamentalmente pelos municípios, com o objetivo de ampliar a cobertura de atenção à saúde da família, atingir a equidade e melhorar a qualidade de atenção à população em geral (DOMINGUEZ, 1998).

De acordo com Braga et al. (2008, p. 21):

Sua finalidade é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes dos profissionais envolvidos, promovendo educação continuada em saúde cuja lógica é manter coerência com a equidade e a integralidade da atenção.

O ESF se constitui na estratégia priorizada pelo Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica, tendo por objetivo promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua, levando-as para mais perto da família, melhorando, assim, a qualidade de vida dos brasileiros e incorporando e reafirmando os princípios básicos do SUS (universalização,

descentralização, integralidade e participação da comunidade), mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários (BRASIL, 2006).

A fim de reorganizar a atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população brasileira, o ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde ou no domicílio, pelos profissionais que compõem as equipes de saúde (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

A ESF enfrenta os desafios de não apenas ampliar o acesso à saúde, mas de oferecê-lo de forma integral, com enfoque familiar, humanizado, criando e fortalecendo vínculos entre os profissionais e a população assistida, com ações desenvolvidas segundo as características e problemas do território onde está situada (MAGALHÃES et al., 2012).

Sua operacionalização deve, portanto, ser adequada às diferentes realidades locais, desde que mantidos seus princípios e diretrizes fundamentais. O impacto favorável nas condições de saúde da população atendida deve ser o objetivo maior de todo o processo de implantação dessa estratégia (DOMINGUEZ, 1998).

Nesse contexto, segundo Vasconcelos (1999), esse modelo apresenta uma nova concepção de saúde, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, através da incorporação de ações mais abrangentes, como ações educativas atendendo domicílios e espaços comunitários diversos.

A educação em saúde não se propõe a fazer as pessoas mudarem seus hábitos e comportamentos considerados prejudiciais, mas ajudá-las na busca da compreensão das causas dos seus problemas de saúde, buscando soluções para tais problemas. De acordo com Vasconcelos (1997), uma educação em saúde só pode ser concebida quando baseada no diálogo, em uma constante troca entre o saber científico e o saber popular, onde ambos ensinam e aprendem.

No âmbito do Programa Saúde da Família (PSF), a educação em saúde se constitui em uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família, sendo estes devidamente capacitados para prestar uma assistência integral e contínua às famílias, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados para a melhoria do auto-cuidado dos indivíduos (BRASIL, 2001).

Para Machado (1997), a educação em saúde é uma estratégia mediante a qual os profissionais podem conseguir com que as pessoas cuidem delas próprias e tenham uma vida saudável. Nesse contexto, o enfermeiro é integrante essencial da equipe do ESF, por ser um profissional que atua priorizando ações de promoção e educação em saúde, a fim de sensibilizar as famílias e comunidades para atitudes que lhes proporcione uma vida mais saudável, com melhor qualidade de vida.

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. O foco de investigação foi o trabalho educativo em saúde desenvolvido pelos enfermeiros atuantes na ESF no município de Bom Jesus do Norte-ES junto aos pacientes diabéticos.

A amostra foi composta por 30 usuários do serviço de saúde, que aceitaram participar da pesquisa, tendo os mesmos sido esclarecidos sobre a mesma.

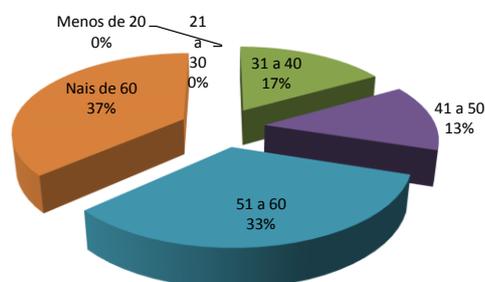
Os dados foram estatisticamente tabulados no Microsoft Excel 2010 e discutidos criticamente à luz da literatura.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário socioeconômico aplicado a 30 portadores de diabetes atendidos na Estratégia Saúde da Família no município de Bom Jesus do Norte-ES apresentou os seguintes resultados: quanto à idade dos entrevistados, nenhum possui menos de 30 anos; 5 (17%) possuem entre 31 e

40 anos; 4 (13%) entre 41 e 50 anos; 10 (33%) entre 51 e 60 anos; e 11 (37%) possuem idade acima de 60 anos, como se observa no Gráfico 1.

Gráfico 1: Idade dos entrevistados

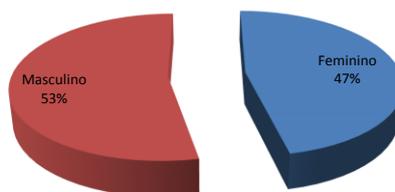


Fonte: Pesquisa dos autores

É possível observar que 83% da amostra possui idade acima de 40 anos, o que corrobora estudos anteriores que afirmam ser esta a faixa etária onde o diabetes apresenta maior prevalência (GROSS et al., 2002). Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2005), a faixa etária com maior prevalência é a de 60 a 69 anos, resultado constatado neste estudo.

Quanto ao sexo, a amostra foi composta por 14 (47%) mulheres e 16 (53%) homens (Gráfico 2).

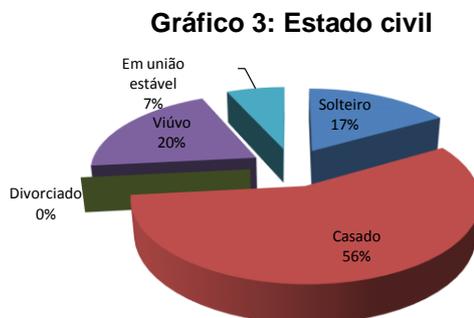
Gráfico 2: Sexo dos entrevistados



Fonte: Pesquisa dos autores

Não houve diferença significativa entre o sexo feminino e masculino, resultado observado nos estudos de Souza et al. (2003) e Goldenberg et al. (2003), que também constataram pequena prevalência na população masculina.

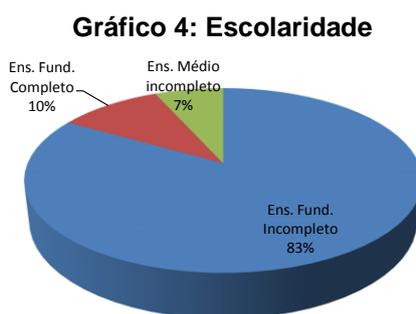
No que se refere ao estado civil, 5 (17%) são solteiros; 17 (56%) casados; nenhum divorciado; 6 (20%) viúvos; e 2 (7%) vivem em união estável (Gráfico 3).



Fonte: Pesquisa dos autores

Estudo de Morais et al. (2009) detectou uma predominância de pessoas casadas, o que pode ser explicado pela faixa etária da amostra, em sua maioria com idade acima de 40 anos. Para os autores, a mortalidade é mais frequente em indivíduos viúvos e solteiros, sendo baixa entre a população casada, pois o companheiro é um grande aliado na terapêutica da doença.

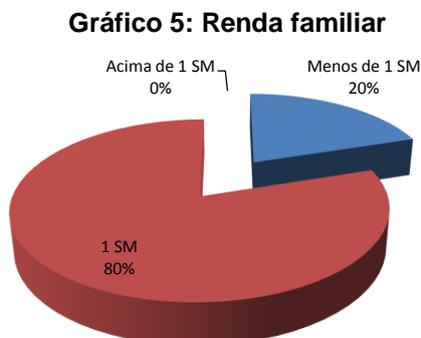
Em relação à escolaridade, 25 (83%) possuem ensino fundamental incompleto; 3 (10%) o ensino fundamental completo; e 2 (7%) o ensino médio incompleto, não tendo havido nenhum que tivesse escolaridade mais elevada (Gráfico 4).



Fonte: Pesquisa dos autores

Para Tavares et al. (2007), há uma relação direta entre baixa escolaridade e o aumento da prevalência do diabetes, o que deve ser considerado pelos profissionais de saúde para o desenvolvimento de ações educativas no nível primário de atenção.

No que se refere à renda mensal familiar, 6 (20%) declararam receber menos de 1 salário mínimo e 24 (80%) recebem 1 salário mínimo, não tendo havido nenhum com renda mensal superior a 1 salário mínimo (Gráfico 5).



Fonte: Pesquisa dos autores

O número significativo de entrevistados com baixa condição socioeconômica observado neste estudo coincide com resultados obtidos por Moraes et al. (2009), que consideram que este pode ser um fator limitante para uma dieta e tratamento adequado do diabetes, devido aos custos serem altos para esta população.

Quando questionados sobre há quanto tempo foram diagnosticados com diabetes, 1 (3%) declarou ter sido há menos de 1 ano; 17 (57%) entre 1 e 5 anos; 7 (23%) entre 6 e 10 anos; e 5 (17%) há mais de 10 anos (Gráfico 6).

Gráfico 6: Tempo de diagnóstico do diabetes

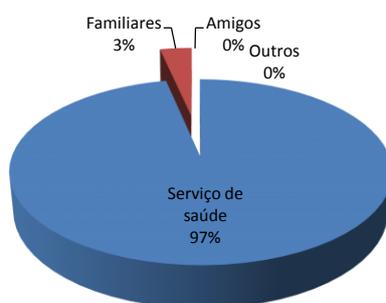


Fonte: Pesquisa dos autores

No presente estudo, a maior parcela de entrevistados foi diagnosticada entre 6 e 10 anos. Tavares et al. (2007) encontrou resultado diferente, onde um maior percentual havia sido diagnosticado entre 10 e 20 anos.

Ao serem perguntados sobre onde obtêm informações sobre o diabetes, 29 (97%) afirmaram que o fazem junto aos serviços de saúde; 1 (3%) com familiares, não tendo havido nenhum entrevistado que o faz por outros meios (Gráfico 7).

Gráfico 7: Obtenção de informações sobre o diabetes



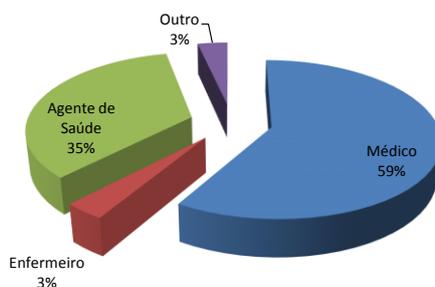
Fonte: Pesquisa dos autores

Todos os entrevistados afirmaram ter recebido orientações sobre autocuidado, possíveis intercorrências e sobre a importância do tratamento durante as consultas nos serviços de saúde.

De acordo com Xavier (2008), inúmeros fatores são responsáveis pela eficácia do tratamento, não bastando que os profissionais de saúde foquem somente naqueles inerentes à doença, mas também nos que se relacionam ao contexto social do paciente, incluindo as informações relativas à doença, além da disponibilidade e acessibilidade ao serviço de saúde.

Ao serem indagados sobre qual profissional lhes ofereceu tais informações, 17 (59%) responderam ter sido um médico; 1 (3%) por enfermeiro; 10 (35%) por agentes de saúde; e 1 (3%) por outro profissional, não tendo especificado qual (Gráfico 8).

Gráfico 8: Profissional que ofereceu informações sobre o diabetes

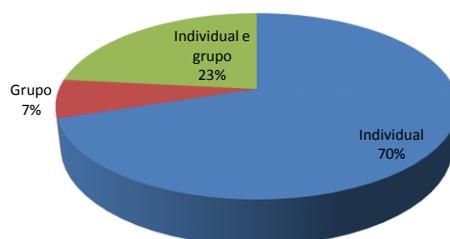


Fonte: Pesquisa dos autores

Foi possível observar que a quase totalidade da amostra obtém informações junto ao médico e aos agentes de saúde, havendo uma participação ínfima do enfermeiro, resultado semelhante ao obtido por Guimarães e Takayanagui (2002), que constataram que as orientações sobre o diabetes eram fornecidas, em sua quase totalidade, por médicos, detectando a ausência da atuação das outras categorias profissionais.

Questionados sobre como tais informações foram oferecidas, 21 (70%) afirmaram que individualmente; 2 (7%) em grupo; e 7 (23%) de forma individual e grupal, tendo sido possível observar que aqueles que obtiveram informações com os agentes de saúde a receberam individualmente e em grupos (Gráfico 9).

Gráfico 9: Forma como as informações sobre o diabetes foram oferecidas

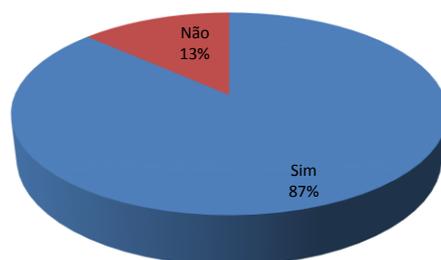


Fonte: Pesquisa dos autores

É possível entender a predominância das informações individuais pelo fato da maioria da amostra obter informações junto ao médico. No entanto, Damasceno (2003) ressalta que as intervenções grupais em educação em saúde apresentam uma forma eficaz de adesão ao tratamento e estímulo ao autocuidado, pois oferece aos participantes a troca de experiências.

Ao serem perguntados se sentem-se bem informados sobre as mudanças físicas e psicológicas ocasionadas pelo diabetes, 26 (87%) responderam afirmativamente e 4 (13%) responderam que não (Gráfico 10).

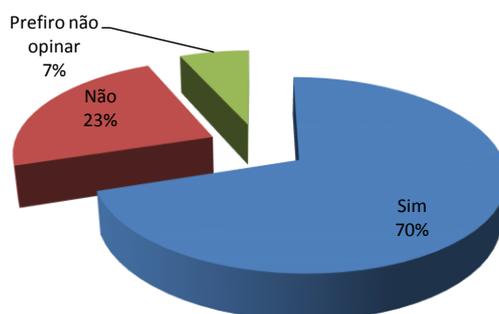
Gráfico 10: Sentem-se bem informados sobre as mudanças físicas e psicológicas causadas pelo diabetes



Fonte: Pesquisa dos autores

Indagados se sentem-se à vontade, durante a consulta de enfermagem, para tirar suas dúvidas sobre tratamento, autocuidado e medicamentos, 21 (70%) afirmaram que sim; 7 (23%) disseram que não; e 2 (7%) preferiram não opinar (Gráfico 11).

Gráfico 11: Sentem-se à vontade para tirar dúvidas durante a consulta de enfermagem

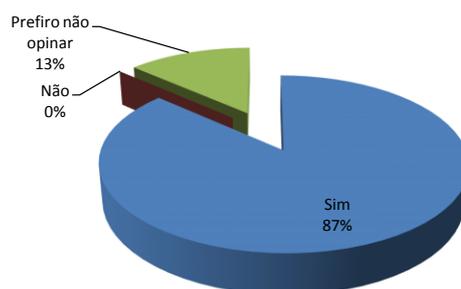


Fonte: Pesquisa dos autores

Segundo Rosa et al. (2006), a atuação da enfermagem é de essencial importância nas questões educacionais, devendo ser considerada indispensável na prática desse profissional, que deve desenvolver ações que propiciem momentos para a assistência aos problemas médicos da população.

Quando questionados se sentem-se satisfeitos com o atendimento recebido na ESF, 26 (87%) responderam que sim; nenhum respondeu negativamente; e 4 (13%) preferiram não opinar (Gráfico 12).

Gráfico 12: Sentem-se satisfeitos com o atendimento recebido na ESF



Fonte: Pesquisa dos autores

Segundo Trindade et al. (2006), estabelecer vínculos com o usuário, através do acolhimento realizado pela equipe, é uma ferramenta essencial para a humanização da assistência em saúde, pois, para o usuário, tão importante quanto o acesso ao serviço é o modo como este é recebido, assim como os vínculos que serão formados entre ele e os profissionais responsáveis pela atenção.

5. CONCLUSÕES

Analisando os resultados deste estudo, foi possível verificar que a amostra possui faixa etária acima de 30 anos, com uma pequena prevalência do sexo masculino, baixa escolaridade e renda mensal familiar.

Os entrevistados consideram-se bem informados sobre a doença, obtendo tais informações junto ao serviço de saúde, especialmente de médicos, o que demonstra a tímida participação do enfermeiro na educação em saúde da comunidade estudada.

Conclui-se, portanto, que estes profissionais necessitam de uma maior capacitação para atuarem significativamente junto aos portadores de diabetes, a fim de orientarem esta população sobre a doença, tratamento e adoção de hábitos de vida saudáveis, tornando possível um maior conhecimento dos mesmos sobre o problema e conseqüentemente da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

BRAGA, A.F.; ROSA, K.O.L.C.; NOGUEIRA, R.L. Atuação do fisioterapeuta nas equipes de saúde da família. **Investigação**, v. 8, n. 1-3, p. 19-24, jan./dez. 2008.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica. n. 16, série A. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. Informes Técnicos Institucionais. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 1-2, 2009.

_____. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CARVALHO, F.S.; PIMAZONI NETTO, A.; ZACH, P. et al. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 110-9, 2012.

CLAUDIO, I.L.P. **Efeito antigenotóxico da metformina no diabetes mellitus**. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

CODOGNO, J. S.; FERNANDES, R.A.; MONTEIRO, H.L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 6-11, 2012.

DAMASCENO, C.F. **Educação popular em saúde: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus – adultos (DM2) e profissionais**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2003.

DIAS, J.C.R.; CAMPOS, J.A.D.B. Diabetes mellitus: razão de prevalências nas diferentes regiões geográficas no Brasil, 2002-2007. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 239-44, 2012.

DOMINGUEZ, B.N.R. **Programa de saúde da família: como fazer**. São Paulo: Parma, 1998.

FERREIRA, L.T.; SAVIOLLI, I.H.; VALENTI, V.E.; ABREU, L.C. Diabetes Mellitus: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 182-8, 2011.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF):** comentado. Goiânia: AB, 2003.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, J.L. Prevalência do Diabetes Mellitus: diferença de gênero e igualdade entre sexo. **Revista Brasileira Epidemiológica**, v. 6, n. 1, 2003.

GROSS, J.L.; SILVEIRO, S.P.; CAMARGO, J.L. Diabetes Mellitus: diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 46, n. 1, 2002.

GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Rev Nutrição**, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

LOPES, V. P.; SANTOS JÚNIOR, M. C.; SANTOS JÚNIOR, A. F.; SANTANA, A. I. C. Farmacologia do diabetes mellitus tipo 2: antidiabéticos orais, insulina e inovações terapêuticas. **Revista Eletrônica de Farmácia**, v. 9, n. 4, p.69-90, 2012.

MACHADO, M.L.T. **Educação e saúde:** concepções teóricas e práticas profissionais em um serviço público de saúde. Dissertação (Mestrado em Fundamentos da Educação). São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 1997.

MAGALHÃES, J.C.G.; GONDIM, A.C.; BARROS, G.A.S.O.R. **Inserção da fisioterapia na estratégia de saúde da família.** Monografia (Especialização em Saúde da Família). Campos dos Goytacazes: Faculdade Redentor, 2012.

MATOS, M.C.G.; BRANCHTEIN, L. O uso de antidiabéticos orais no paciente com diabetes mellitus e doença cardíaca. **Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul**, v. 15, n. 8, p. 1-4, maio/ago. 2006.

MORAES, S.A.; FREITAS, I.C.M.; GIMENO, S.G.A.; MONDINI, L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 929-41, maio 2010.

OLIVEIRA, K.C.S.; ZANETTI, M.L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 4, p. 862-8, 2011.

ROSA, R.B., MAFFACCIOLLI, R., NAUDERER, T.M., PEDRO, E.N.R. A educação em saúde no currículo de um curso de enfermagem: o aprender para educar. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 185-92, jun. 2006.

RUBIN, O.; AZZOLIN, K.; MULLER, S. Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 44, n. 4, p. 367-76, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Consenso de diabetes**. Rio de Janeiro: Diagrafic, 2005

SOUZA, L.J.; CHALITA, F.E.B.; REIS, A.F.F. et al. Prevalência de diabetes mellitus e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 47, n. 1, p. 69-74, 2003 .

TAVARES, D.M.S.; RODRIGUES, F.R.; SILVA, C.G.C.; MIRANZI, S.S.C. Caracterização de idosos diabéticos atendidos na atenção secundária. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1341-1352, 2007.

TRINDADE, L.L.; MARIOTTO, I.; BORGES, B.B. et al. Organização da rede de atenção básica: contribuições do Comitê Municipal de Humanização. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, jul./dez. 2006.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular nos Serviços de Saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

XAVIER, A.T.F. **Educação em saúde como intervenção de enfermagem com pacientes adultos diabéticos**: uma análise de estudos que trazem evidências. Monografia (Especialização em Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial). Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará, 2008.

Sobre os Autores

Autor 1: Graduanda em Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC. E-mail: joseliamilato@hotmail.com

Autor 2: Graduanda em Enfermagem da Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC. E-mail: aa_delatorre@hotmail.com

Autor 3: Pós-Doutoranda da Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro – UENF. Docente da Faculdade Metropolitana São Carlos - FAMESC. E-mail: castromanhaes@gmail.com