

GESTÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS A PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E INSUFICIÊNCIA RENAL EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A PRIMARY CARE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS AND RENAL FAILURE IN BASIC HEALTH UNITS

A GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS Y INSUFICIÊNCIA RENAL EM UNIDADES BÁSICAS DE SALUD

Renato Ribeiro Nogueira Ferraz¹, Antônio Pires Barbosa², Anderson Sena Barnabé³, João Victor Fornari⁴.

RESUMO

Com o aumento da expectativa de vida das populações urbanas observa-se também o acréscimo na ocorrência das doenças crônicas degenerativas, sendo o Diabetes Mellitus (DM) uma das condições de agravo em que o impacto sobre a sociedade como um todo, e o Sistema de Saúde em particular, apresenta-se como elemento de difícil gerenciamento. Aspectos relacionados às condições socioeconômicas das populações, aos padrões de qualificação dos recursos humanos em saúde, aos padrões de consumo das famílias e ao

acesso aos recursos de assistência farmacêutica, emergem como importantes fatores condicionantes da aderência aos protocolos de tratamento. O presente trabalho teve por objetivo avaliar o sistema de gerenciamento do DM e o número de pacientes portadores de insuficiência renal como um indicativo de deficiência de gerenciamento em uma cidade do interior do estado de São Paulo, assim como suas falhas e dificuldades, utilizando como ferramenta um questionário com perguntas específicas sobre o processo de gestão, aplicado aos profissionais coordenadores dos serviços de enfermagem. Evidenciou-se que 23% da população do município portava DM, e um volume variável de indivíduos apresentou como comorbidade a insuficiência renal. Das 4 unidades estudadas, as duas maiores demonstraram falhas no processo gerencial, tendo sido apontadas como causas a alta demanda, a escassez de recursos humanos capacitados, a

¹ Biólogo. Doutor em Ciências pela UNIFESP. Professor Titular do Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde (PMPA-GSS) – Universidade Nove de Julho (UNINOVE). E-mail: renatoferraz@uninove.br.

² Médico. Doutor em Administração pela USP. Professor Titular do PMPA-GSS-UNINOVE. e-mail: rbepires@gmail.com.

³ ³ Biólogo. Doutor em Saúde Pública pela USP. Professor do Departamento de Saúde da UNINOVE e-mail: anderson@uninove.br.

⁴ Enfermeiro e Nutricionista. Mestre em Saúde Coletiva pela UNIFESP. Professor do Departamento de Saúde da UNINOVE. e-mail: joaovictor@uninove.br.

condição de carência social da população, a dificuldade de compreensão sobre a doença e seus agravos, a ausência de equipes multiprofissionais, e o baixo volume de investimentos em estruturas de saúde. Observou-se também a necessidade de incorporação de ferramenta de gestão sistêmica de informações que permita à equipe local melhor manejo e conhecimento dos dados epidemiológicos da população assistida.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Cuidados primários. Diabetes Mellitus. Insuficiência Renal.

ABSTRACT

With the increase in life expectancy of urban populations, also is observed the increase occurrence of chronic degenerative diseases and diabetes mellitus (DM) a condition of injury where the impact on society as a whole, and the Healthcare System in particular, presents itself as an element of management difficult. Aspects related to the socioeconomic conditions of the population, the standards of qualification of human resources for health, the consumption patterns of households and access to resources for pharmaceutical care, emerge as important factors affecting the

adherence to treatment protocols. This study aimed to evaluate the management system of the DM and the number of patients with renal failure as an indication of mismanagement in a Brazilian city, as well as their failures and difficulties, such as using a questionnaire with specific questions about the management process, applied to the coordinators of nursing services professionals. It was observed that 23 % of population carried DM, and a variable volume of the subjects had comorbid renal insufficiency. In the four units studied, the two largest failures demonstrated managerial process, having been identified as causes of the high demand, the shortage of qualified human resources, the condition of social deprivation of the population, the difficulty of understanding about the disease and their complications, the lack of multidisciplinary teams, and low levels of investment in health facilities. We also observed the need for incorporation of systemic management tool that allows information to the best local team management and knowledge of the epidemiological data of the assisted population.

Keywords: Health management. Primary care. Diabetes Mellitus. Renal Failure.

RESUMEN

Con el aumento de la esperanza de vida de las poblaciones urbanas también observó el aumento en la aparición de enfermedades degenerativas crónicas y la diabetes mellitus (DM), una condición de lesiones donde el impacto en la sociedad en su conjunto, y el Sistema de Salud en particular, se presenta como un elemento de difícil manejo. Los aspectos relacionados con las condiciones socioeconómicas de la población, los niveles de cualificación de los recursos humanos para la salud, los hábitos de consumo de los hogares y el acceso a los recursos para la atención farmacéutica, emergen como factores importantes que afectan a la adherencia a los protocolos de tratamiento. Este estudio tuvo como objetivo evaluar el sistema de gestión de la DM y el número de pacientes con insuficiencia renal como una indicación de la mala gestión en una ciudad en el estado de São Paulo - Brasil, así como de sus fracasos y dificultades, como el uso de cuestionario con preguntas específicas sobre el proceso de gestión, aplicadas a

los coordinadores de los profesionales de los servicios de enfermería. Se observó que el 23 % de la población de la ciudad llevado a DM, y un volumen variable de los sujetos tenían insuficiencia renal concomitante. En las cuatro unidades estudiadas, los dos fracasos más grandes demostraron proceso de gestión, después de haber sido identificados como causas de la elevada demanda, la escasez de recursos humanos calificados, la condición de las carencias sociales de la población, la dificultad de comprensión sobre la enfermedad y sus complicaciones, la falta de equipos multidisciplinarios, y los bajos niveles de inversión en las instalaciones de salud. También se observó la necesidad de incorporación de la herramienta de administración sistémica que permite que la información de la mejor gestión del equipo local y el conocimiento de los datos epidemiológicos de la población asistida.

Palabras clave: Gestión de la Salud. La atención primaria. Diabetes Mellitus. Insuficiencia renal.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é considerado uma doença crônica da era moderna, cuja incidência na população

está se elevando de forma rápida, com forte associação ao envelhecimento, à maior concentração urbana, à crescente incidência de obesidade e sedentarismo e às mudanças dos perfis de consumo da sociedade. O paciente portador de Diabetes Mellitus tipo II (insulino-resistente) demanda atenção especial dos serviços de saúde devido à possibilidade do surgimento de comorbidades como as alterações vasculares, as retinopatias e a insuficiência renal, complicações que, uma vez instaladas, interferem na qualidade de vida do portador e de sua família, e geram grandes custos para o sistema de saúde ¹.

Com a finalidade de se prevenir as comorbidades e os impactos a ela associados, os serviços de saúde assumem a estratégia de gerenciamento da doença na atenção básica, processo que pode prevenir e diminuir os índices de complicações relacionados à DM tipo I e II. Dentre as principais ações tem-se o objetivo de manutenção dos níveis glicêmicos dentro dos parâmetros recomendados pelo Ministério da saúde (MS), que é de 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7%. No entanto, manter esses níveis constitui tarefa de difícil execução tanto para o paciente como

para o profissional de saúde, devido os fatores que afetam o processo de gestão da condição de saúde e que podem estar relacionados à situação socioeconômica dos usuários do sistema, à insuficiente capacitação dos profissionais da saúde em gerenciar informações, à carência de recursos humanos, às deficiências estruturais do sistema de saúde, assim como ausência de cultura de registro de dados estatísticos que permitam aos gestores maior conhecimento da realidade de suas comunidades ².

O Ministério da Saúde preconiza que pacientes diabéticos devam aderir a pelo menos 80% das práticas e tratamento propostos. Entretanto o que se observa na prática assistencial é que cerca de 60% dos pacientes diagnosticados na rede básica apresentam uma baixa adesão aos protocolos terapêuticos disponíveis neste nível de assistência. Tal observação traz impactos significativos no perfil de morbi-mortalidade associados, como por exemplo a morte de cerca de 36 mil diabéticos por ano, complicações associadas às comorbidades, hospitalizações, internações de longa permanência, absenteísmo no trabalho, invalidez, aposentadoria precoce e outros eventos ^{3,4}.

Neste contexto, a gestão dos cuidados primários pode exercer um papel fundamental, pois permite a identificação de potenciais complicações no grupo de pacientes acompanhados, assim como contribui para a prevenção de agravos propiciando melhor qualidade de vida para os diabéticos e seus familiares, além da redução dos custos para o sistema de saúde².

OBJETIVO

Avaliar o sistema de gerenciamento de pacientes com DM nas unidades básicas de saúde de uma cidade do interior do estado de São Paulo.

MÉTODO

O estudo baseou-se em um procedimento de pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória, aplicada nas quatro unidades básicas de saúde que compunham a rede de Atenção Básica de um município de pequeno porte do interior do estado de São Paulo. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado contendo sete questões abertas e fechadas, abrangendo tópicos relativos à gestão dos cuidados primários do DM. Foram entrevistados

os enfermeiros responsáveis de cada unidade, sendo de livre consentimento sua participação, através da assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, inclusive garantido seu anonimato. O preenchimento do questionário durou cerca de 10 minutos sem qualquer interferência dos pesquisadores.

As variáveis categóricas foram expressas por frequência absoluta e relativa ao total da amostra, sem a aplicação de testes estatísticos específicos. As variáveis numéricas foram apresentadas por uma medida de tendência central seguida de uma medida de dispersão. Não foi divulgada nenhuma informação que pudesse identificar as UBS onde esta pesquisa foi realizada, ou mesmo os participantes deste trabalho. Esta pesquisa foi registrada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) através da Plataforma Brasil, e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde da cidade avaliada por atender às diretrizes previstas na resolução 466/2012, que substituiu a resolução 196/1996 do próprio CNS, quanto aos seus aspectos éticos e legais.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Os dados primários coletados para as quatro Unidades de Saúde prospectadas, apresentaram a

distribuição de volumes de pacientes conforme descrição presente na Tabela 1:

Tabela 1- Quantitativo de pacientes atendidos média mensal. São Paulo, 2013.

Unidade	Nº.pactes atendidos/mes	Nº.pactes Diabéticos I e II	Nº.pactes com Ins. Renal
A	675	52	04
B	1700	75	05
C	3800	679	06
D	4500	232	12
Total	10.675	1038	27

Do total de atendimentos médios mensais de usuários da Unidade de Saúde A, 8% foi composto por pacientes diabéticos e 8% destes apresentaram como comorbidade secundária a Insuficiência Renal (IR). Na unidade B, o público diabético correspondeu a 4% do volume total e, dentre eles, 7% apresentaram IR. Na Unidade C, 18% dos usuários eram diabéticos. Dentre eles, 1% apresentavam a IR como complicação. A Unidade D não dispunha de dados registrados sobre a quantidade de pacientes diabéticos atendidos, e o que se pode observar foi que somente os pacientes dependentes de insulina correspondiam a 5% do total de usuários da unidade, e que 5% destes apresentavam IR associada. Embora os

dados tenham sido colhidos diretamente dos sistemas de gerenciamento das Unidades, os entrevistados questionam a fidedignidade dos mesmos pela inexistência de um sistema de baixa dos óbitos de pacientes diabéticos, assim como portadores de IR, fato considerado um indicativo de falha no sistema de gerenciamento.

A cidade pesquisada possuía, segundo o censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), aproximadamente 45 mil habitantes, sendo estimado um contingente de cerca de 23% da população como portadores de DM, e 1% de portadores de IR.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), estimou que houvessem cerca de 12 milhões

portadores de DM do tipo II em 2010, índice que se eleva rapidamente devido ao estilo de vida moderna. Ainda, segundo o IBGE, em 2010 registraram-se 836.300 internações relacionadas à comorbidades do tipo IR crônica, perfazendo um custo aproximado de US\$ 243,9 milhões, que representaram 2,2% do orçamento total em saúde, não sendo dimensionados os custos econômicos indiretos com a perda da

produtividade por incapacidade, e os custos sociais relacionados à morte prematura⁵.

Segundo os entrevistados, as dificuldades em gerir os programas de saúde voltados ao paciente diabético podem ser classificadas segundo dois polos principais: um ligado aos fatores socioeconômicos, e outro ligado aos fatores administrativos do sistema de saúde.

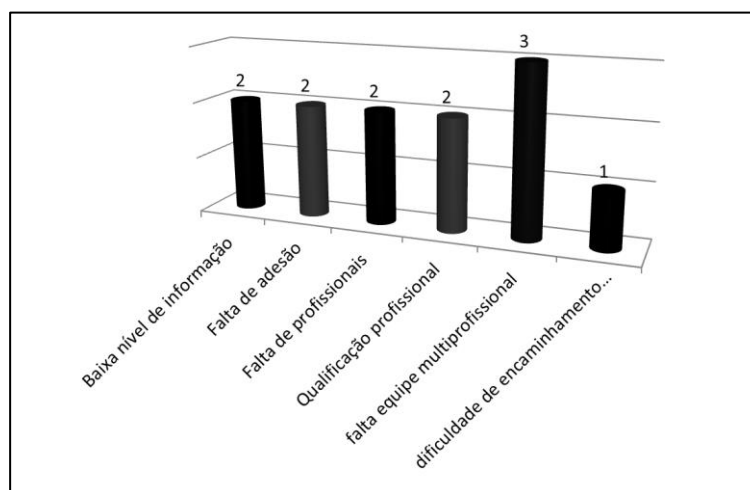


Figura 1 - Principais fatores dificultadores do gerenciamento do DM nas Unidades de Saúde investigadas.

Uma das associações observadas pelos entrevistados foi que fatores socioeconômicos, como por exemplo a baixa renda familiar, tornam difícil a adesão de uma dieta adequada, assim como o baixo nível de escolaridade do paciente interfere com a compreensão da doença, demonstrando assim uma

estreita relação entre a não adesão e a vulnerabilidade social⁶, confirmando assim similaridades com as descrições de literatura.

Outros pontos atribuídos a não efetividade do gerenciamento do DM são a insuficiência de profissionais para atender a demanda, a baixa qualificação

profissional, a ausência de uma equipe multiprofissional, a deficiência nos encaminhamentos (principalmente para endocrinologista e para a realização de exames de fundo de olho), que podem decorrer de falhas estruturais ou administrativas.

O estudo demonstrou também que um dos grandes problemas enfrentados pelos municípios de pequeno porte é a falta de recursos humanos especializados, principalmente a falta de médicos especialistas que sirvam de referência para a atenção básica, além do número reduzido de profissionais de outras

qualificações na equipe de saúde. Além disso, segundo os entrevistados, um outro ponto pertinente foi a baixa resolubilidade dos problemas relativos à demora no atendimento, à dificuldade no sistema de referência e contra-referência, e os poucos profissionais em atividade, corroborando observações de outros estudos ⁷.

No que tange ao processo de gerenciamento do diabetes nas Unidades de saúde do município os profissionais relataram seguir na medida do possível os programas do governo como, representado pela distribuição disposta Figura 2:

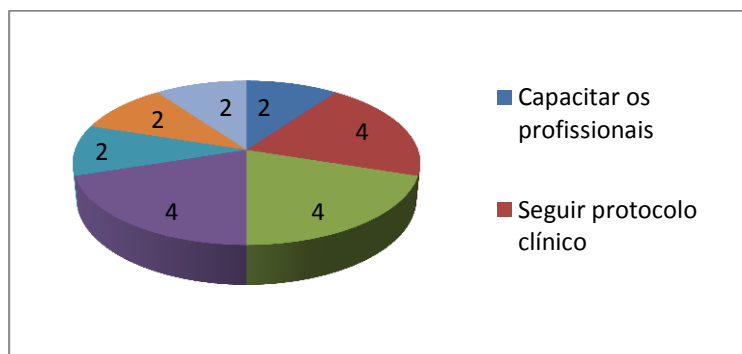


Figura 2 - Utilização de ferramentas sistêmicas de gerenciamento de casos de DM por enfermeiros coordenadores nas 4 unidades do município estudado.

Das ferramentas componentes do sistema de gerenciamento, apenas a Unidade A e a Unidade B relataram realizar a capacitação dos profissionais, a formação de grupo de diabéticos, e orientações sobre alimentação, enquanto

as demais não oferecem tais programas, devido à alta demanda de trabalho para os poucos profissionais atuantes, resultando apenas no atendimento básico .

Quanto ao programa de atividade física, as Unidades A e B oferecem tal programação aos usuários. Em relação à assistência farmacêutica, as quatro unidades relataram possuir cobertura e participação do profissional de educação física no atendimento aos diabéticos. Todas as unidades procuram seguir os protocolos / diretrizes clínicas do SUS voltados ao atendimento dos pacientes com DM.

Com referência ao programa “Hiperdia” do Ministério da Saúde, que instrumentaliza a gestão dos pacientes diabéticos e hipertensos, todas as unidades relataram atender de maneira apenas parcial aos requisitos do programa, especialmente devido à baixa adesão do paciente ao tratamento e à falta de profissionais habilitados no uso do próprio sistema, visto que, para um atendimento total, é necessário o dispêndio de certa disponibilidade dos profissionais. Dentre os entrevistados, os enfermeiros das Unidades A e B consideram seu sistema de gerenciamento efetivo. Porém, os enfermeiros da Unidade C e D não consideram suas medidas efetivas, destacando a ausência de programas e assistência descritos.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, a falta de capacitação

profissional está inteiramente ligada à baixa adesão dos pacientes aos programas terapêuticos, posto que um profissional pouco ou mal capacitado atua de modo limitado, sendo suas orientações baseadas em restrições e proibições que são impostas ao paciente, e que trazem sentimentos de falta de liberdade, angústias e tristezas, condições que associadas à frustração com a condição clínica, aos preconceitos que cercam a patologia e a baixa escolaridade, interferem significativamente na adesão ao tratamento⁸.

Os protocolos e diretrizes clínicos constituem elementos muito importantes dentro do processo de gerenciamento do DM, já que oferecem base técnica à assistência primária, padronizando processos da assistência e outras atividades que deverão ser desenvolvidas. Entretanto, os protocolos podem apresentar limitações em seu uso já que, embora embasados em evidências científicas, não devem ser seguidos de maneira generalizada e sem o adequado treinamento das equipes multidisciplinares, além do que devem passar por revisões periódicas baseadas no acompanhamento permanente dos programas, de forma a administrar os riscos associados e incorporar

renovações e inovações técnicas que provejam maior efetividade e maior qualidade assistencial⁹.

No que se refere ao apoio da assistência farmacêutica, a equipe de saúde deve identificar no seu grupo de pacientes aqueles com maior grau de dificuldade em aderir ao tratamento medicamentoso e encaminhá-los ao profissional de farmácia. O farmacêutico deve estar atento ao programa terapêutico recomendado e verificar o grau de compreensão que o paciente teve acerca das recomendações feitas e quais suas dificuldades. Se o paciente for idoso, o farmacêutico deverá saber ainda quem é o responsável pelo tratamento, detectando e corrigindo possíveis distorções do que foi recomendado¹⁰.

SIS-Hiperdia constitui-se em um sistema de informações disponibilizado pelo DATASUS – Ministério da Saúde,

e é uma ferramenta útil para o planejamento das ações de saúde voltadas aos portadores de DM e hipertensos cadastrados junto às equipes de saúde. A inserção de dados relativos aos pacientes / usuários da assistência farmacêutica possibilitam, com a sua utilização, a elaboração de relatórios de perfis epidemiológicos e monitoramento de indicadores das condições de saúde dos sujeitos, que permitem aos gestores do SUS em todos os níveis a programação de ações e investimentos que, ao serem implantadas, melhoram a condição de assistência destas doenças crônicas^{11,12}. Entretanto, o presente estudo evidenciou que as equipes de saúde e os enfermeiros das unidades pesquisadas possuem dificuldade para o seu manejo de maneira efetiva, como se pode perceber das observações constantes do Quadro 1:

Unidade A	Unidade B	Unidade C	Unidade D
"Com os dados do hiperdia o governo oferece apenas medicamentos: uma necessidade básica."	"Através do Hiperdia os usuários tem um tratamento diferencial, melhorando sua expectativa de vida."	"Funciona apenas no papel. Há uma necessidade extrema de apoio de uma equipe multiprofissional para que o programa funcione como a teoria."	"Através do Hiperdia conseguimos identificar as prioridades, porém a continuidade do processo não funciona."

Quadro 1- Respostas dos enfermeiros entrevistados com relação à dificuldade de manejo do programa SIS-Hiperdia.

Entende-se que, para que o Programa atinja os objetivos propostos, seriam necessárias outras ações da equipe multiprofissional, com cada profissional realizando sua avaliação, discutindo as proposições com os demais membros da equipe multidisciplinar e, em conjunto, traçando metas para o desenvolvimento de ações para a promoção, recuperação e manutenção do estado de saúde ¹³.

A atividade física nas unidades básicas tem como objetivo atingir o público inativo fisicamente e que não possui acesso à programas desse tipo. Visa ainda a prevenção das complicações da doença, a promoção da saúde dos pacientes e a interação social. Estudos salientam que atividade física 3 vezes por semana ajuda a prevenir doenças cardiovasculares, aumentando força, agilidade, equilíbrio, flexibilidade, coordenação, e aptidão funcional. Favorece também a perda de peso, o controle da pressão arterial e do

DM, diminuindo consequentemente os índices de complicações como a IR ¹⁴.

Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da saúde preconizam os programas de orientação alimentar na saúde básica, baseando suas recomendações em evidências epidemiológicas de estudos recentes que demonstram que a adesão a um padrão alimentar rico em fibras, com ácidos graxos polinsaturados, pobre em gorduras saturadas e ácidos graxos *trans* pode reduzir em até 91% o risco de desenvolver complicações relacionadas ao DM, como a IR ¹⁵.

De acordo com as respostas dos profissionais entrevistados, observou-se que, na região, há 27 pacientes com problemas renais decorrentes do DM, sendo que 18 deles estão sobre a área de abrangência das Unidades C e D, cujos resultados demonstraram maior falha e dificuldade no processo de gerenciamento da doença.

	Unidade A	Unidade B	Unidade C	Unidade D
Demanda	Pequena	Média	Alta	Alta
Recursos humanos	Suficiente	Suficiente	Faltam funcionários, treinamento, equipe multiprofissional, atuante (exames de fundo de olho e endocrinologista), agilidade no processo de referências e contra referência.	Faltam funcionários, treinamento, equipe multiprofissional, atuante (exames de fundo de olho e endocrinologista), agilidade no processo de referência e contra referência.
Programas	Todos em andamento	Falta programa de atividade física	Exceto atividade física, os demais estão em deficiência	Programa Hiperdia funciona parcialmente, os demais não estão sendo aplicados na unidade.
Falhas no processo de gestão	Programa não abrange toda a população proveniente de chácaras e sítios	Falta de controle estatístico da unidade. Não adesão dos programas de educação em saúde	Ausência grupos de diabéticos, orientação alimentar regular. Falha no manejo do programa hiperdia. Ausência de dados estáticos atualizados	Não há treinamento e capacitação da equipe, ausência dos programas, falta de dados estatísticos sobre os pacientes diabéticos e renais.
Gestão e necessidades	Considerável	Necessidade de ajustes técnicos	Ampliar quadro de profissionais, e qualificá-los, ter uma equipe multiprofissional atuando em conjunto, fazer busca ativa da população diabética e inseri-lo nos grupos, delegar um funcionário para manejar o programa Hiperdia, montar planilhas de controle estatístico para controle.	Ampliar quadro de profissionais, e qualificá-los, ter uma equipe multiprofissional atuando em conjunto, fazer busca ativa da população diabética e inseri-lo nos grupos, delegar um funcionário para manejar o programa Hiperdia, montar planilhas de controle estatístico para controle.

Tabela 2 - Representação da Avaliação do sistema de gestão e falhas administrativas nas quatro unidades de saúde.

CONCLUSÃO

As unidades C e D foram as que apresentaram maior dificuldade no gerenciamento dos processos de assistência ao DM, com uma maior prevalência de pacientes com problemas renais. Tal fato pode ser um indicativo

de deficiência no gerenciamento de casos de DM, ou decorrência de fatores tais como localização, concentração de baixa renda, e dificuldade de acesso às estruturas de saúde mais adequadas. Outra conclusão é que o volume de pacientes atendidos nos programas e

que apresentam impacto negativo sobre suas função renal variou entre as unidades sem que houvesse menção à qualquer fator que explicasse suas variações. Avaliando o processo de gerenciamento do DM no município, em relação aos achados de literatura, observou-se similaridade entre as dificuldades, sobressaindo-se os fatores socioeconômicos das comunidades, além de deficiências administrativas, como elementos importantes do quadro observado.

Assumimos que tanto a amostra populacional quanto o tempo de observação considerados neste estudo foram deveras reduzidos. Estudos controlados, realizados com um maior número de participantes, acompanhados por um maior intervalo de tempo, e com controle mais adequado das variáveis envolvidas devem ser realizados com o intuito de observar se o fenômeno aqui relatado pode se repetir em uma escala mais ampla. Novos estudos com a ampliação do contingente de agentes pesquisados, envolvendo mais membros das equipes de saúde, avaliando a efetividade das demais práticas terapêuticas e buscando maior especificidade nos questionamentos poderão subsidiar gestores e responsáveis pelo

planejamento da assistência aos pacientes crônicos do município.

REFERÊNCIAS

1. Guedes FJ, Júnior SM, Rocha SCV, Costa CS, Carvalho ABMO. O conhecimento dos portadores de Diabetes Mellitus sobre as complicações da patologia. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Universidade Federal do Piauí. Piauí, 2011.
2. Pontieri MF, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(1):151-160.
3. Santos FS, Oliveira KR, Colet CF. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade Básica de Saúde no município de Ijuí/RS: um estudo exploratório. *Rev Ciênc Farm Básica Apl* 2010; 31(3):223-227.
4. Alves BA, Calixto AATF. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e

diabetes em uma unidade básica de saúde do interior paulista. *J Health Sci Inst* 2012; 30(3):255-260.

5. Hillary RB, Steven DM, Heather FV, Sumedha C, Ravishankar J, Jayadevap PA. Assessment of cost and health resource utilization for elderly patients with heart failure and diabetes mellitus. *Journal of Cardiac Failure* 2010; 16(6):454-460.

6. Tobias RF, Dadalti MRM. Diabetes: dificuldades de adesão ao tratamento, uma experiência adquirida na prática – estudo de caso. [Trabalho de conclusão de curso]. Faculdade Atenas Paracatu MG, 2011.

7. Moiamaz SAS et al. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva* 2010; 20(4).

8. Sociedade Brasileira de Diabetes. Tratamento e acompanhamento do Diabete Mellitus uso da insulina no tratamento do Diabetes mellitus tipo 1. Gestão

2006/2007. Rio de Janeiro. Diagraphic, 2007 .

9. Santo MBE, Souza LME, Souza ACG, Ferreira FM, Silva RCNM, Taitson PF. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. *Enfermagem Revista* 2012; 15(1), 88-101.

10. Werneck MAF. Protocolos de cuidado a saúde e de organização de serviços. Curso de especialização em atenção básica em saúde da família. Universidade de Belo Horizonte, 2009.

11. Silva EF. Avaliação da implantação do hiperdia, no município de foz do Iguaçu – PR [Dissertação de mestrado] Universidade Federal de Pelotas, 2010.

12. Zillmer JGV, Schwartz E, Muniz RM, Lima LM. Avaliação da completude das informações do Hiperdia em uma unidade básica do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm* 2010; 31(2), 240-246.

13. Filha FSC. Programa Hiperdia: desafios

vivenciados por profissionais de enfermagem da estratégia saúde da família. [Trabalho submetido ao 14º congresso brasileiro dos conselhos de enfermagem]. Teresina Piauí 2011.

14. Eduardo K. Programa de atividade física em unidades básicas de saúde: relato de experiência no município de Rio Claro - SP. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde 2012; 12(1), 45-53.

15. Sartorelli DS. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública 2006; 22(1), 7-18.

16. Silva TR et al. Controle de diabetes *Mellitus* e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Saude Soc 2006; 15(3):180-189.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2014-02-27
Last received: 2014-12-18
Accepted: 2015-01-12
Publishing: 2015-01-30

Corresponding Address

João Victor Fornari
E-mail: joavictor@uninove.br.
Endereço: Av. Francisco Matarazzo, 612 - 1o. andar - Prédio C - Barra Funda - CEP: 01156050 - São Paulo, SP.