

**Christiane Trevisan Slivinski
(Organizadora)**



Análise Crítica das Ciências da Saúde 3

Christiane Trevisan Slivinski

(Organizadora)

Análise Crítica das Ciências da Saúde

3

Atena Editora
2019

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Geraldo Alves
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Faria – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie di Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Mato Grosso
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^a Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Alexandre Leite dos Santos Silva – Universidade Federal do Piauí
Prof^a Dr^a Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^a Dr^a Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
A532	Análise crítica das ciências da saúde 3 [recurso eletrônico] / Organizadora Christiane Trevisan Slivinski. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. – (Análise Crítica das Ciências da Saúde; v.3) Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader. Modo de acesso: World Wide Web. Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-678-2 DOI 10.22533/at.ed.782190710 1. Farmacologia – Pesquisa – Brasil. 2. Saúde – Pesquisa – Brasil. I. Slivinski, Christiane Trevisan. II. Série. CDD 615.1
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

Após o sucesso dos dois primeiros volumes da coleção “Análise Crítica das Ciências da Saúde” venho com muita satisfação apresentar o terceiro volume, composto de 43 capítulos organizados e distribuídos nas seguintes áreas de conhecimento: Enfermagem, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Farmácia, Fisioterapia e Educação Física.

São apresentados aspectos que vão desde revisões bibliográficas relacionadas a aspectos epidemiológicos de doenças como dengue e hanseníase até questões que envolvem as dificuldades no atendimento das equipes multiprofissionais na atenção primária à saúde. Este volume também apresenta um foco laboratorial, onde os pesquisadores mostram as relações de compostos químicos e marcadores bioquímicos na prevenção à saúde e tratamentos de diversas patologias.

Outra discussão relevante se faz sobre implicações psiquiátricas em usuários de drogas, bem como a visão do adolescente sobre o sentido da vida trazendo uma visão clara da importância de se dar atenção especial na transição entre a adolescência e a vida adulta.

É de extrema importância a discussão entre estudantes de graduação e pós-graduação na área da saúde acerca de todos os aspectos que possam estar envolvidos com a sua atuação profissional. Somente uma análise crítica e responsável pode assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado.

Assim, este volume vem em complementação aos demais trazendo reflexões nas diversas vertentes da saúde, envolvendo profissionais pesquisadores de todo o país. Somente após a compreensão de como todo o processo ocorre em sua plenitude é que se podem traçar estratégias para a melhoria no atendimento à população. Convido aos leitores a fazer uma boa leitura e uma reflexão crítica que possa auxiliar no processo de construção do conhecimento e desta forma mudar a realidade da saúde no Brasil.

Prof^a Dr^a Christiane Trevisan Slivinski

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 1

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DENGUE NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA, ALAGOAS ENTRE 2015 A 2016

Bruna Brandão dos Santos
Hidyanara Luiza de Paula
Heloisa Antunes Araujo
Bárbara Rayssa Correia dos Santos
Glicya Monaly Claudino dos Santos
Kamilla Lopes dos Santos
Leandro Douglas Silva Santos
Mayara Pryscilla Santos Silva
Nádia Larissa Henrique de Lima
Ótamis Ferreira Alves
Symara Evaristo dos Santos
Ithallo Sathio Bessoni Tanabe

DOI 10.22533/at.ed.7821907101

CAPÍTULO 2 6

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA-AL EM 2017

Tiago Ferreira Dantas
Luana Gomes da Silva
Naise de Moura Dantas
Lyslem Riquelem de Araújo
Mirca Melo Rodrigues da Silva
Myrlla Lopes de Castro Pereira Leandro
Willian Cleisson Lopes de Souza
Carlos Miguel Azarias dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.7821907102

CAPÍTULO 3 13

ASSISTÊNCIA AOS DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DO PRECONIZADO AO REALIZADO

Giselle Cunha Barbosa Safatle
Helena Siqueira Vassimon
Branca Maria de Oliveira Santos

DOI 10.22533/at.ed.7821907103

CAPÍTULO 4 26

CONCEPÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO NORTE DE MINAS GERAIS QUANTO À REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

Patrick Leonardo Nogueira da Silva
Eduardo Luís Soares Neto
Fabio Batista Miranda
Isabelle Ramalho Ferreira
Vanessa Ferreira da Silva
Cláudio Luís de Souza Santos
Ana Izabel de Oliveira Neta
Adélia Dayane Guimarães Fonseca
Carolina dos Reis Alves

DOI 10.22533/at.ed.7821907104

CAPÍTULO 5 38

FATORES QUE INFLUENCIAM PARA A RECUSA FAMILIAR NO PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Danielly Matos Veras
Denise Sabrina Nunes da Silva
Victória Mércia de Sousa Alves
Morgana Laís Santos da Silva
Jancielle Silva Santos
João Gilson de Jesus Cantuário

DOI 10.22533/at.ed.7821907105

CAPÍTULO 6 49

FORTELECENDO O PROTAGONISMO DA CLASSE TRABALHADORA NAS AÇÕES DE SAÚDE NO TRABALHO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Adriana Maria Adrião dos Santos
Diego de Oliveira Souza
Janine Giovanna Pereira Chaves

DOI 10.22533/at.ed.7821907106

CAPÍTULO 7 58

GEORREFERENCIAMENTO DOS PACIENTES PORTADORES DE AIDS: A CIÊNCIA DOS DADOS COMO ABORDAGEM

João Pedro Gomes de Oliveira
Bruno Faria Coury
Gracielle Fernanda dos Reis Silva
Nathália Vilela Del-Fiaco
Natália de Fátima Gonçalves Amâncio

DOI 10.22533/at.ed.7821907107

CAPÍTULO 8 76

INFECÇÃO RESPIRATÓRIA ASSOCIADA AO USO DO SUPORTE VENTILATÓRIO MECÂNICO: ANÁLISE LONGITUDINAL PARA A BUSCA DE ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Eduardo Figueirinha Pelegrino
Carla Batista Moisés
Nádia Bruna da Silva Negrinho
Regina Helena Pires
Marisa Afonso de Andrade Brunherotti

DOI 10.22533/at.ed.7821907108

CAPÍTULO 9 81

LEISHMANIOSE VISCERAL UM ESTUDO DE CASO

Caio César Silva França
Caroline França Fernandes
Maria Joara da Silva
Thiago Bruno da Silva Rocha

DOI 10.22533/at.ed.7821907109

CAPÍTULO 10	90
MICROCEFALIA EM RECÉM-NASCIDOS RELACIONADAS COM O VÍRUS ZIKA: REVISÃO DE LITERATURA	
Marivania Gonçalves da Silva e Oliveira Glória Lúcia Alves Figueiredo	
DOI 10.22533/at.ed.78219071010	
CAPÍTULO 11	99
MODELO ICR DE COMUNICACIÓN EN SALUD: UNA PROPUESTA CRÍTICA DESDE LA IDENTIDAD Y LOS CONTEXTOS	
Camilo José González-Martínez Adriana Lucia Acevedo-Supelano Maximiliano Bustacara-Díaz Luis Alejandro Gómez-Barrera Daniel Augusto Acosta Leal	
DOI 10.22533/at.ed.78219071011	
CAPÍTULO 12	112
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DE PACIENTES RENAIIS CRÔNICOS ADMITIDOS NA HEMODIÁLISE DE UM HOSPITAL PÚBLICO DA REGIÃO OESTE DO PARÁ	
Denilson Soares Gomes Junior Bruna Jacó Lima Samselski Victor Ferraz de Araújo Cristiano Gonçalves Morais Brenda dos Santos Coutinho Gabrielle da Silva Franco Marina Gregória Leal Pereira Antonia Irisley da Silva Blandes Emanuel Pinheiro Esposito Mônica Karla Vojta Miranda Luiz Fernando Gouvêa-e-Silva	
DOI 10.22533/at.ed.78219071012	
CAPÍTULO 13	124
PIOMIOSITE TROPICAL: DIABETES FACILITANDO O APARECIMENTO DE UMA DOENÇA INCOMUM	
Sylvia Rannyelle Teixeira Lima João Kennedy Teixeira Lima Antonio Leonel de Lima Júnior Índira Ravena Pereira Alves Fernandes Macedo Jaíne Dantas Peixoto	
DOI 10.22533/at.ed.78219071013	
CAPÍTULO 14	133
RELATO DE EXPERIÊNCIA – PROCESSO COMPARTILHADO NA CONSTRUÇÃO DO COAPES EM ARAÇATUBA-SP	
Paulo Ernesto Geraldo Bárbara Angela Honório Sandra Margareth Exaltação Rosimeire Carvalho Possani Morales Carmem Silvia Guariente	
DOI 10.22533/at.ed.78219071014	

CAPÍTULO 15 139

SÍNDROME DE BURNOUT EM POLICIAIS MILITARES DO PIAUÍ

Maylla Saete Rocha Santos Chaves
Iara Sayuri Shimizu
Sara Sabrina Vieira Cirilo
Hiugo Santos do Vale
Carlíane da Conceição Machado Sousa
Glenda Pereira Costa Silva
Amanda Cibelle de Souza Lima
Andreia Carolina Aquino Aguiar
Raydelane Grailea Silva Pinto
José Wennas Alves Bezerra
Celina Araújo Veras
Pedro Henrique dos Santos Silva

DOI 10.22533/at.ed.78219071015

CAPÍTULO 16 148

VIVER COM CHAGAS: A PERSPECTIVA DOS USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Natália de Fátima Gonçalves Amâncio
Mônica de Andrade

DOI 10.22533/at.ed.78219071016

CAPÍTULO 17 169

DESORDENS PSIQUIÁTRICAS EM USUÁRIOS DE COCAÍNA E CRACK DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Caroline Melo dos Santos
Bruna Brandão dos Santos
Amanda Jéssica Damasceno Santos
Ademir Ferreira Júnior
Helôisa Antunes Araujo
Hidyanara Luiza de Paula
Kamilla Lopes dos Santos
Karla Cavalcante Brandão dos Santos
Lino José da Silva
Maria Sandineia Bezerra
Antonio Egidio Nardi
Elaine Virgínia Martins de Souza Figueiredo

DOI 10.22533/at.ed.78219071017

CAPÍTULO 18 176

OFICINAS DE HABILIDADE DE VIDA EM ADOLESCENTES: UMA ABORDAGEM SOBRE O SENTIDO DA VIDA

Fernanda de Oliveira Cruz
Melissa de Andrade
Paulo Franco Taitson

DOI 10.22533/at.ed.78219071018

CAPÍTULO 19 188

ATIVIDADES EDUCATIVAS COM FOCO EM LEISHMANIOSE VISCERAL: PROMOVEDO SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA DE LAGOA DA CANOA, ALAGOAS

Tiago Ferreira Dantas

Luana Gomes da Silva
Laysa Lindaura Lau Rocha Cordeiro
Edvaldo Rosendo da Silva

DOI 10.22533/at.ed.78219071019

CAPÍTULO 20 196

UM ENSAIO CRÍTICO SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE E A OCORRÊNCIA DE CÂNCER ORAL E DISTÚRBIOS ORAIS POTENCIALMENTE MALIGNOS

Igor Ferreira Borba de Almeida
Márcio Campos Oliveira
Célia Maria Carneiro dos Santos
Waldson Nunes de Jesus
Deybson Borba de Almeida
Nívia Vanessa Carneiro dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.78219071020

CAPÍTULO 21 206

ATIVIDADE DA LEPTINA E GRELINA NO CONTROLE DO PESO CORPORAL

Paulo Sérgio da Paz Silva Filho
Lausiana Costa Guimarães
Nathalia Sabrina Silva Nunes
Rafael Everton Assunção Ribeiro da Costa
Adauyris Dorneles Souza Santos
Tarcis Roberto Almeida Guimaraes
Rute Emanuela da Rocha
Acácio Costa Silva
Ana Marcia da Costa Cabral
Even Herlany Pereira Alves
Cláudia Lorena Ribeiro Lopes
Víctor Lucas Ribeiro Lopes
José de Siqueira Amorim Júnior
Gabriela Lima de Araujo
Giovanna Fernandes Lago Santos

DOI 10.22533/at.ed.78219071021

CAPÍTULO 22 212

EFEITO DA DIETA DE CAFETERIA ASSOCIADA A FRUTANOS TIPO INULINA SOBRE O GANHO PONDERAL EM RATOS *Wistar*

Maria Aparecida de Lima Oliveira
Lívia Bruni de Souza
Francielle de Cássia Silva
Hudsara Aparecida de Almeida Paula
Thaiany Goulart de Souza e Silva
Débora Vasconcelos Bastos Marques

DOI 10.22533/at.ed.78219071022

SOBRE A ORGANIZADORA..... 218

ÍNDICE REMISSIVO 219

ASSISTÊNCIA AOS DIABÉTICOS ACOMPANHADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA: DO PRECONIZADO AO REALIZADO

Giselle Cunha Barbosa Safatle

Docente no Centro Universitário de Patos de Minas-UNIPAM

Patos de Minas- Minas Gerais

Helena Siqueira Vassimon

Universidade de Franca- UNIFRAN
Franca, São Paulo.

Branca Maria de Oliveira Santos

Universidade de Franca- UNIFRAN
Franca, São Paulo.

RESUMO: A Atenção Primária de Saúde (APS) em sua essência tem condições de acompanhar pessoas com doenças crônicas, fornecendo-lhes acesso, acompanhamento longitudinal e integral, coordenação e abordagem familiar e comunitária. **Objetivo:** Analisar a assistência aos diabéticos na APS de um município do interior de Minas Gerais, confrontando os resultados obtidos em prontuários com os preconizados pelas diretrizes brasileiras em Diabete Mellitus (DM). **Casuística e Métodos:** Pesquisa observacional, descritiva, de natureza transversal. O intervalo de observação foi o ano de 2013. Foram analisados 411 prontuários com o objetivo de coletar os dados clínicos e informações a respeito da assistência oferecida aos diabéticos pelos profissionais de saúde. Estes dados foram comparados ao que preconizam as diretrizes brasileiras de diabetes.

Resultados: Os registros mostraram que a idade média da população foi de 62,32 anos. Os seguintes dados registrados nos prontuários estavam dentro do preconizado pelas diretrizes: índice de massa corporal: 17%; pressão arterial sistólica: 55,4%; pressão arterial diastólica: 60,8%; glicemia em jejum: 15,8%; glicemia pós prandial: 35,2%; hemoglobina glicada: 45%; colesterol total: 64,9%; HDL-colesterol: 3,49%; triglicérides: 52,9%, microalbuminúria: 71,6%. A análise da assistência à saúde mostrou que a metformina foi a medicação para diabetes mais prescrita (65%). A adesão aos procedimentos preconizados pelas diretrizes para serem realizados em um ano: consultas médicas: 42,9%; consultas de enfermagem: 5,4%; participação em grupos operativos: 13,3%; exames dos pés: 10,19%; aferição do peso: 0,9%; aferição da pressão arterial: 46%; dosagem de glicemia em jejum: 24,8%; dosagem de hemoglobina glicada: 17%; dosagem de colesterol total: 51,7%; dosagem de HDL-colesterol: 49%; dosagem de triglicérides: 49,9%; dosagem de creatinina: 41,2%; dosagem de microalbuminúria: 17,9% e realização de eletrocardiograma: 13%. **Conclusão:** A assistência à saúde oferecida a pessoas com DM acompanhadas na APS deste estudo não é realizada conforme preconizado. Assim, as diretrizes clínicas são importantes ferramentas para que estes objetivos sejam

alcançados.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção primária à saúde; Diretrizes para o planejamento em saúde; Diabetes mellitus.

ASSISTANCE TO DIABETIC PEOPLE IN PRIMARY CARE: FROM WHAT IS PRECONIZED TO WHAT IS CARRIED OUT

ABSTRACT: Primary Health Care (PHC) is essentially able to accompany people with chronic diseases, providing them with access, longitudinal and integral follow-up, family and community coordination and approach. **Objective:** To analyze the assistance offered to diabetic people by PHC of a city of the State of Minas Gerais, comparing registries made in medical files of diabetic people with the preconized clinical diabetes mellitus (DM) Brazilian guidelines. **Casuistry and methods:** It's an observational, descriptive and cross-sectional study. The observational period was the year of 2013. Were evaluated 411 medical file in order to collect clinical and information about the assistance offered to diabetic people by health professionals. This data were compared to what are preconized by Brazilian diabetes guidelines. Results The registries showed that the mean age of the population was 62,32 years. The following data registered in files were within the preconized by the guidelines. body mass index: 17%; arterial systolic pressure: 55,4%; arterial diastolic pressure: 60,8%; fasting glycaemia: 15,8%; postprandial glycaemia: 35,2%; glycated hemoglobin: 45%; total cholesterol: 64,9%; HDL-cholesterol: 3,49%; triglycerides: 52,9%, microalbuminúria: 71,6%. The analysis of health assistance, showed that metformin was the most prescribed diabetes medication (65%). The adherence to procedures which were preconized by clinical guidelines to be done in a year: medical consultation: 57,1%; nurse consultation: 94,6%; workout groups: 85,7%; feet examination: 89,8%; 91,5%; fasting glycaemia: 75%; total cholesterol dosage: 48,3%; HDL-cholesterol dosage: 50,7%; triglycerides: 50%; creatinin: 58,7%; microalbuminúria: 82% e electrocardiogram: 86,8%. **Conclusion:** Health care offered for people with DM accompanied in the PHC of this study is not performed as recommended. Thus, clinical guidelines are important tools for these goals to be achieved.

KEYWORDS: Primary health care; Guidelines for health planning; Diabetes mellitus.

1 | INTRODUÇÃO

As condições crônicas podem ser definidas como circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de forma mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, episódicas ou contínuas, fragmentadas ou integradas dos sistemas de atenção à saúde, de seus profissionais e das pessoas usuárias. Estas condições estão aumentando em todo o mundo e nenhum país está imune ao seu impacto (Wagner et al., 2001; Rothman; Wagner, 2003)

As condições crônicas são problemas de saúde que requerem acompanhamento durante um período de anos ou até décadas e englobam uma vasta gama de

patologias (Rothman; Wagner, 2003). Compartilham características e requerem algum grau de cuidado de saúde ao longo do tempo. Elas desafiam seriamente a eficiência e efetividade dos sistemas de saúde atuais e testam as habilidades dos sistemas de saúde para que atendam as demandas iminentes. Impõem sérias consequências econômicas e sociais a todas as regiões do planeta e ameaçam os recursos destinados à saúde em todos os países. Estas condições somente serão conduzidas adequadamente quando os governos e os sistemas de saúde adotarem mudanças e inovações necessárias (Rothman; Wagner, 2003; Mendes, 2012).

O diabetes mellitus (DM), uma das condições crônicas mais prevalentes mundialmente. Constitui-se em um grupo heterogêneo de transtornos metabólicos que apresentam a hiperglicemia como característica comum. Esta surge em consequência da ação deficiente da insulina no organismo. O DM é uma condição crônica de saúde que cursa, muito frequentemente em sua evolução, com complicações graves e incapacitantes, além de mortalidade prematura (American Diabetes Association, 2014).

O DM representa um dos principais problemas de saúde pública no mundo, sobretudo nos países em desenvolvimento (Schmidt, 2011). Segundo estimativas da Internacional Diabetes Federation (IDF) existiam em 2015, 387 milhões de pessoas, mundialmente vivendo com DM, tendo sido esta a causa da morte de, aproximadamente, cinco milhões de pessoas. Isto corresponde a uma morte por DM a cada seis segundos. Embora impressionantes, estes números, provavelmente, subestimam a realidade porque os diabéticos morrem, frequentemente, de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares consequentes ao controle inadequado da doença. Adespite disso, o DM não costuma ser registrado nas declarações de óbitos (International Diabetes Federation, 2015).

O número de diabéticos está aumentando, mundialmente, em virtude do crescimento populacional, assim como de seu envelhecimento. Ainda contribuem para o aumento da prevalência a rápida urbanização que aconteceu nas últimas décadas, a mudança dos hábitos alimentares, o crescente sedentarismo e o consequente aumento da prevalência de obesidade (Organização Mundial da Saúde, 2003; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015).

No Brasil, no final da década de 80, foi realizado um estudo que estimou a prevalência de DM de 7,6% na população adulta (Malerbi; Franco, 1992). Dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas como 13,5% em São Carlos-SP e de 15% em Ribeirão Preto-SP. Estes estudos revelam o incremento significativo da prevalência de DM em nosso país, em consonância com outros países em que estudos semelhantes foram realizados (Costa, 2003; World Health Organization, 2014).

A abordagem terapêutica é orientada pelas principais diretrizes de DM. As diretrizes mais usadas em nosso meio são: a Diretriz da Sociedade Brasileira de

Diabetes e a diretriz da American Diabetes Association e a Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica do Estado de Minas Gerais (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015; American Diabetes Association, 2016; Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2013).

O surgimento das complicações, no diabético, está intimamente relacionado à exposição do organismo à hiperglicemia. É resultado, portanto, do grau de hiperglicemia a que o indivíduo se expôs e o tempo total em que esta hiperglicemia ocorreu (Larsen, 2013). A hiperglicemia altera várias vias metabólicas essenciais, levando à alteração de suas funções e o desenvolvimento das complicações crônicas (Secretaria de Atenção à Saúde, 2013). A doença coronariana, a doença vascular periférica, o acidente vascular encefálico, a neuropatia diabética, as amputações de membros inferiores, a insuficiência renal crônica e a perda da visão são complicações crônicas comumente associadas ao DM (NICE, 2015). Estas complicações resultam em incapacidade importante e precoce além de redução da expectativa de vida e impõem custos inaceitavelmente altos dos pontos de vista econômico, social e humano em todos os países (Nathan, 2009).

Ainda não são completamente conhecidos os múltiplos mecanismos fisiopatológicos que determinam o surgimento das complicações do DM. Porém, já é consenso que a evolução das lesões que decorrem da hiperglicemia relaciona-se intimamente à duração e às alterações metabólicas causadas por ela (American Diabetes Association and European Association for the Study of Diabetes, 2009; Ducan; Schmidt; Giugliani 2014).

A complexidade de condições crônicas, como DM, e o envolvimento que as equipes multiprofissionais necessitam para conduzi-las, exigem delas um grande preparo técnico e a utilização de ferramentas eficazes que organizem os processos de trabalho (Rothman; Wagner, 2003; Mendes, 2012; Burgers, 2002).

Nos últimos anos, as diretrizes clínicas têm se tornado pontes entre a pesquisa e a prática. Representam um esforço conjunto para dar suporte às decisões clínicas com evidências científicas. Os grupos que desenvolvem as diretrizes clínicas têm como objetivo o uso da totalidade das evidências relevantes das pesquisas para formular as recomendações (Stolar, 1995; Ministério da Saúde, 2013).

No Brasil, o MS iniciou, em 2002, a publicação de diretrizes clínicas baseadas em evidências como estratégia de qualificação do cuidado prestado pela APS. A primeira diretriz, denominada Caderno de Atenção Básica de Hipertensão e Diabetes, abordava os aspectos clínicos do diagnóstico, tratamento, rastreamento e prevenção das complicações destas patologias. Além disso, explicitava as atribuições de cada membro da ESF no acompanhamento das mesmas. Duas atualizações sobre o acompanhamento do DM foram publicadas posteriormente, denotando a importância atribuída pela APS ao acompanhamento adequado das pessoas que vivem com esta patologia (Silva, 2011). Assim, fez-se necessária a realização do presente estudo com o objetivo de comparar o registro nos prontuários das ações realizadas nas Unidades

de APS de um município do interior de Minas Gerais, com o que é preconizado pelas principais diretrizes de cuidado ao diabético.

2 | CASUÍSTICA E MÉTODOS

Este é um estudo observacional, descritivo, de natureza transversal, realizado em um município de médio porte do interior do estado de Minas Gerais no ano de 2013. Foram avaliados os registros dos prontuários dos diabéticos sob os cuidados das Equipes de Saúde da Família (ESF) que estiveram completas no ano em estudo. Foi considerada equipe completa no ano estudado, aquela que pode contar com os profissionais médicos e de enfermagem por 11 meses completos ou mais. Portanto, não foram incluídas as equipes que ficaram incompletas no ano estudado e as equipes da área rural, uma vez que a lógica do atendimento destas equipes difere das equipes da área urbana: periodicidade de atendimento na área rural é variável, sendo que algumas localidades recebem os profissionais apenas uma vez ao mês, dificultando a análise e comparações posteriores.

O município possuía em 2013, ano da coleta dos dados da pesquisa, 5.678 pessoas com diagnóstico de DM, cadastradas nas ESF. Para a definição dos prontuários que seriam avaliados foi feita, inicialmente, a seleção das ESFs que mantiveram suas equipes completas durante o ano de 2013, resultando na inclusão de 17 ESF.

Após estes procedimentos, foi determinada uma amostra de 20% de prontuários de cada ESF por meio de sorteio. Cada ESF é constituída de 6 a 8 microáreas. Foi retirada a amostra de 20% de cada microárea e, portanto, 20% de cada equipe escolhida, totalizando 411 prontuários de diabéticos cadastrados nas ESF da APS do município. Os dados incluídos no estudo foram os correspondentes ao período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2013.

Tendo em vista os objetivos propostos, foram coletados os dados relacionados aos aspectos clínicos e à assistência oferecida pela ESF aos diabéticos. Os dados foram colhidos pela pesquisadora nas unidades de saúde. Posteriormente foram lançados em um programa que os transformou em uma planilha de Excel e estes foram trabalhados estatisticamente. Os dados encontrados foram comparados com o preconizado por diretrizes clínicas e protocolos assistenciais nacionais, a saber: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2013 ou Linha Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica 2013.

Vale considerar que os dados clínicos e os procedimentos preconizados relacionados à assistência à saúde que não estavam registrados no prontuário foram considerados não realizados e que uma mesma variável poderia ser registrada mais de uma vez no mesmo prontuário. Nestes casos, foi feita a média dos resultados para obtenção de um valor que pudesse ser comparado com o das diretrizes e da linha

guia adotados.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Patos de Minas sob o CAAE: 35725214.7.0000.5549, em atendimento à resolução 466/2012 do MS. Não foi necessária a elaboração do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por tratar-se de uma pesquisa realizada em prontuários. Foi obtida, também, autorização do Secretário Municipal de Saúde para utilização destes

Foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 23. Realizou-se análise descritiva dos dados, apresentados em frequências e porcentagens conforme tipo de variáveis.

Os autores declaram não ter recebido qualquer auxílio financeiro para a realização da pesquisa.

3 | RESULTADOS

Dos participantes, 161 (39,2%) eram homens e 250 (60,8%) mulheres. A idade média foi de 62,32 ($\pm 14,22$) sendo praticamente a mesma para homens e mulheres. A altura média das mulheres foi de 156 cm (± 8) e dos homens de 166 cm (± 10). O Índice de Massa Corporal (IMC) não foi registrado nos prontuários consultados, denotando uma despreocupação em avaliar a condição metabólica do paciente de forma mais profunda. O IMC foi calculado na fase da coleta de dados, uma vez que foram colhidos peso e altura disponíveis no prontuário, e segundo o preconizado (IMC normal: 18 a 25 kg/m²; Sobrepeso: 25,1 a 30 kg/m²; Obesidade grau 1: 30,1 a 35 kg/m²; Obesidade grau 2: 35,1 a 40 kg/m²; Obesidade grau 3: >40 kg/m²). É possível destacar que apenas 17,4% dos participantes tinham o peso normal. Os pacientes restantes dividiram-se em sobrepeso (29,46%), obesidade grau 1 (32,36%), obesidade grau 2 (11,59%) e obesidade grau (39,17%).

A **Tabela 1** mostra o número de prontuários nos quais as variáveis foram registradas e em quantos elas estavam com valores dentro do que é pelas diretrizes.

Variáveis de controle	Número de prontuários com registro do dado	Valores preconizados pelas diretrizes de cuidados	Número de prontuários com os dados controlados	Porcentagem
P. A. Sistólica	316	≤ 130 mmHg	175	55,4%
P.A. diastólica	316	≤ 80 mmHg	192	60,8%
Glicemia em jejum	259	≤ 110 mg/dl	41	15,8%
Glicemia posprandial	170	≤ 140 mg/dl	60	33,3%
Hemoglobina glicada	189	$\leq 7\%$	85	44,9%
Colesterol total	214	≤ 200 mg/dl	139	64,9%
HDL-colesterol	203	≥ 40 (H)/ ≥ 50 (M)	80	39,4%
LDL-colesterol	42	≤ 100 mg/dl	12	28,6%
Triglicérides	206	≤ 150 mg/dl	109	52,9%

Microalbuminúria	74	≤ 30gramas	53	17.4%
Creatinina	154			
IMC (Kg/m ²)	207	≤ 25 Kg/m ²	36	17.4%
Úlcera plantar	42	Ausente	42	100%

Tabela 1. Adequação dos valores das variáveis clínicas registrados nos prontuários dos pacientes comparado ao dados preconizados pelas diretrizes e linha guia. Patos de Minas/MG. 2013.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

As **Tabelas 2 e 3** mostram respectivamente os medicamentos usados para o controle de HAS e DM.

Tratamento medicamentoso para a HAS	Sim		Não	
	n	%	n	%
Uso de IECA	127	46,4	147	53,6
Uso de BRA	97	35,4	177	64,5
Uso de Beta bloqueador	54	19,7	220	80,2
Uso de diurético tiazídico	98	35,7	176	64,2
Uso de diurético de alça	20	7,2	254	92,8
Uso de Alfametildopa	2	0,7	272	99,3
Uso de bloqueador de canal de cálcio	40	14,5	234	85,4

Tabela 2. Tratamento medicamentoso para a HAS instituído aos 274 diabéticos hipertensos e obtido dos prontuários. Patos de Minas/MG. 2013.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Tratamento medicamentoso instituído aos diabéticos	n	%
Sulfonilureias	27	6,6
Metformina	114	27,7
Sulfonilureias + Metformina	98	23,8
Sulfonilureias + Insulina	3	0,7
Biguanidas + Insulina	47	11,4
Sulfonilureia+Metformina+ insulina	9	2,2
Insulina	38	9,2
Total	336	81,6

Tabela 3. Tratamento medicamentoso instituído aos diabéticos e obtido dos prontuários. Patos de Minas/MG. 2013.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Também foi analisada a quantidade de procedimentos que os diabéticos receberam no ano de 2013 comparando-se ao número de procedimentos preconizados pelas diretrizes de diabetes (**Tabela 4**).

Variáveis de cuidado	Número	Número Realizado (em%)					
	Preconizado	0	1	2	3	4	≥5
Consultas médicas*	2 a 3	31,6	25,5	23,3	10,9	3,6	5,1
Consultas enfermagem*	2 a 3	77,4	17,2	4,4	0,5	0,5	0,0
Grupos operativos**	2 a 4	66,5	19,2	9,7	3,6	0,0	0,0
Exames dos pés.	1	89,8	10,2	0,0	0,0	0,0	0,0
Peso***	4 a 6	50,4	31,4	10,7	6,3	0,7	0,2
Pressão arterial****	4 a 6	23,3	30,6	25,5	12,1	5,1	3,3
Glicemia de jejum	2 a 4	37,1	38,1	18,2	5,1	1,0	0,5
Hemoglobina glicada	2 a 4	54,1	31,1	11,9	2,2	0,7	0,0
Colesterol total	1	48,3	47,1	4,4	0,2	0,0	0,0
HDL	1	50,7	45,6	3,2	0,2	0,2	0,0
LDL	1	89,8	9,5	0,7	0,0	0,0	0,0
TG	1	50,0	46,1	3,6	0,2	0,0	0,0
Creatinina	1	58,7	37,1	2,9	1,2	0,0	0,0
Taxa filtração glomerular	1	00,0	00,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Microalbuminúria	1	82,1	17,7	0,2	0,0	0,0	0,0
Eletrocardiograma	1	86,8	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabela 4. Adequação dos valores das variáveis relacionadas à assistência à saúde registrados nos prontuários com o preconizado pelas diretrizes. Patos de Minas/MG. 2013.

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Foram consideradas consultas médica ou de enfermagem, qualquer anotação realizada pelo profissional no prontuário, mesmo que não fosse direcionada ao DM.

** Os grupos operativos são reuniões promovidas pela ESF com os diabéticos, onde são fornecidas orientações sobre o DM, o tratamento, as formas de se evitar as complicações e os cuidados necessários com os pés.
São

realizadas em uma sala de reuniões da própria Unidade de Saúde ou em outro local próximo à esta.

*** O número anual de pesagens não foi definido pelas diretrizes mas pode-se inferir que todo paciente que for à consulta médica ou de enfermagem deve ter seu peso e seu IMC avaliado.

****O número de aferições de pressão arterial que deve ser realizado em um ano não foi diretamente definido pelas diretrizes. Porém, existe a recomendação de que a pressão arterial seja aferida em qualquer consulta sendo médica ou de enfermagem.

4 | DISCUSSÃO

Avaliando as informações colhidas sobre os dados clínicos observamos que apenas 17% dos diabéticos apresentam peso normal, ficando o restante distribuído em graus variáveis de obesidade e sobrepeso.

As outras variáveis clínicas como pressão arterial sistólica, diastólica, as variáveis bioquímicas mostram grau de controle bastante abaixo do esperado, se comparadas às diretrizes brasileiras.

No caso das úlceras plantares, 100% dos pacientes não apresentaram, sendo este um bom resultado. Porém, para que sejam atendidas as diretrizes, todos os pacientes deveriam ter tido os pés examinados pelo menos uma vez ao ano, ação esta que diverge do ideal, pois 89,8% dos pacientes deste estudo nunca receberam esta ação de saúde.

As variáveis de cuidado mostraram um número insuficiente de consultas médicas e, principalmente, de consultas de enfermagem. Também foram insuficientes os grupos operativos, demonstrando que o modelo de atenção centrado no médico é o predominante. Quanto aos outros procedimentos como dosagem de glicemia em jejum, hemoglobina glicada, colesterol e suas frações, creatinina e microalbuminúria, todos estão abaixo do preconizado pelas diretrizes de cuidados. Aparentemente as ESF não estão conseguindo se adequar ao cuidado do paciente crônico, especificamente do paciente diabético.

Analisando estes dados globalmente, percebemos que o controle clínico e a assistência ao diabético tem uma qualidade abaixo do mínimo preconizado pelas diretrizes de cuidado brasileiras para a APS.

Vários estudos têm sido realizados para avaliar a assistência oferecida aos diabéticos e discutir suas fragilidades. O estudo de Silva *et al.*, (2011), também trabalhou com prontuários de diabéticos atendidos em uma unidade de saúde. O trabalho mostrou centralização do atendimento na figura do médico e poucos registros de procedimentos de outros profissionais de saúde e de procedimentos como exames laboratoriais.

O estudo de Gonçalves *et al.*, (2013), revelou uma realidade diferente. No grupo de Alto Escore Geral para APS observa-se 8,5 consultas em média por ano, 43% fizeram exames dos pés; 46,4% foram encaminhados ao oftalmologista; 94,1% tiveram a PA aferida; 75,4% tiveram o peso aferido: 68,1 tiveram a altura medida; 78,3 tiveram o exame de urina solicitado (embora não haja relato se este exame é de urina rotina ou dosagem de proteinúria ou microalbuminúria), 44,9% tiveram um ECG de repouso solicitado e 91% tiveram um pedido de perfil lipídico. Já no grupo de Baixo Escore para a APS tivemos 4,9 consultas ao ano; 22% fizeram exame dos pés; 32,1% foram encaminhados para o oftalmologista; 82,2% tiveram a PA aferida; 68,7% tiveram o peso verificado no ano; 51,1% tiveram o peso verificado; 66,4% tiveram solicitação do exame de urina; 45,8% tiveram um ECG de repouso solicitado e 75,6% tiveram um perfil lipídico solicitado.

Os resultados das análises, segundo os autores, sugerem que serviços com alto grau de orientação para a APS fornecem mais práticas e orientação preventivas relevantes ao manejo das complicações do DM e atendem, de forma continuada pacientes com doença mais avançada. Analisando os resultados apresentados,

percebemos que estes ficaram mais próximos do que preconizam as diretrizes de DM.

O estudo de revisão sistemática realizado por Cabana *et al.*, (1999) que se propôs a pesquisar as barreiras para a aderência dos profissionais às diretrizes clínicas, considerando que as mesmas são desenvolvidas para ajudar os profissionais de saúde e pacientes a tomarem decisões apropriadas nos cuidados de saúde, melhorando a qualidade do cuidado, reduzindo as variações indesejáveis da prática médica e favorecendo a aplicação dos avanços na prática diária, identificaram alguns fatores que merecem ser considerados. Como: conhecimento, atitude e recomendações das diretrizes clínicas.

Com relação ao item conhecimento, o estudo levantou como barreiras a falta de familiaridade do profissional com o volume de informações, tempo necessário para ficar informado e acessibilidade das diretrizes clínicas. Quanto às atitudes dos profissionais, a falta de concordância com as diretrizes clínicas específicas, a interpretação da diretriz como não sendo custo-efetiva para o paciente e a falta de confiança no profissional que desenvolveu as diretrizes, foram as barreiras levantadas. Alguns clínicos não acreditavam que a adoção das recomendações das diretrizes clínicas pudesse levar ao desfecho desejado e outros se sentiam incapazes de implantar as recomendações das mesmas. A falta de motivação também foi considerada, assim como a inércia das práticas prévias (hábitos e rotinas). Foi levantada, também, a influência de fatores externos na que implantação das diretrizes clínicas, tais como as preferências dos pacientes, características das diretrizes, sendo que algumas trazem informações contraditórias, falta de tempo e de recursos e restrições organizacionais (Cabana *et al.*,1999).

Este estudo nos permite conhecer a realidade do atendimento ao diabético na APS e suas vulnerabilidades. Vários autores discutem que isto se deve, em grande parte, à lógica de atendimento que ainda predomina na APS. Esta se organiza para atender, predominantemente as condições agudas que são a principal demanda diária. Os usuários que vivem com condições crônicas precisariam de ações programadas para terem suas necessidades atendidas mas, aparentemente, não é o que vimos acontecer (Cabana *et al.*,1999).

Pensamos que o presente estudo seja um instrumento que nos ajuda a refletir sobre como está o acolhimento e atendimento ao paciente que vive com patologias crônicas, especialmente o paciente diabético. Ele pode ajudar as equipes de saúde da família e outras que tenham o perfil parecido a perceber onde estão as fragilidades no atendimento ao paciente e rever suas condutas. Isto pode ser feito, inclusive, em discussões com a própria comunidade que pode ser ouvida participando assim, do processo e das decisões.

Por ser um trabalho realizado com registros em prontuários, não podemos afirmar que não houve a possibilidade de alguns erros pelo caminho como o esquecimento de alguns pacientes pelas agentes de saúde na confecção das listas ou esquecimento

de alguns registros nos próprios prontuários. Também não temos como avaliar o atendimento ao diabético como um todo pois este se faz pelo contato com a equipe no dia a dia: uma informação, um curativo, um bom dia, um sorriso, um vínculo que se estabelece. Isto não se registra no prontuário.

5 | CONCLUSÃO

Embora o presente estudo tenha sido realizado com base em prontuários de diabéticos, a leitura de outros trabalhos semelhantes nos indica que esta é uma realidade em muitos outros lugares onde existe a Atenção Primária à Saúde. Precisariamos realizar uma profunda reflexão para podermos entender porque ferramentas tão eficazes e poderosas como diretrizes clínicas não estão sendo empregadas em benefício da saúde do usuário e saúde.

Espera-se que esta pesquisa sirva de diretriz e incentivo para futuras pesquisas, que tenham também o objetivo de analisar a assistência oferecida aos diabéticos, conforme preconiza as diretrizes brasileiras em DM.

Espera-se, ainda, que pela análise ordenada deste material, estes resultados não sejam apenas para mostrar o perfil dos indivíduos acometidos por diabetes, mas que sirvam como um meio dos gestores e políticos enxergarem a realidade dessa população, pois a doença atinge a população muitas vezes sem escolher nível social, e é necessário que se busque beneficiar a população como um todo, disseminando as informações numa ação multiplicadora através de programas de saúde mais eficientes.

Assim, os achados deste estudo podem auxiliar na reorientação das práticas de saúde, fornecendo subsídios para a reformulação de estratégias e ações de promoção de saúde que venham a contribuir para a melhoria e humanização da atenção ao paciente portador do Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

American Diabetes Association and European Association for the Study of Diabetes. A consensus Algorithm for the initiation and adjustment of therapy. **Diabetes Care**. 2009.

American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**. 37. 2014.

American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**. 2016.

Burgers JS, Bailey JV, Klazinga NS, Bij AK, Grol R, Feder G. Comparative analysis of recommendations and evidence in diabetes guidelines from 13 countries. **Diabetes Care**. 25. 2002.

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. **JAMA**. Oct 20 282(15):1458-1465. 1999.

Costa MTd, Torquato G, Montenegro RM, Viana LAL, Souza RAHGd, Lanna CMM, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo Med J.** 121. 2003.

Donnelly R, Emslie-Smith AM, Morris IDGAD. ABC of arterial and venous disease: Vascular complications of diabetes. **British Medical Journal.** 320. 2000.

Ducan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. **Medicina Ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed Editora. 2014.

Gæde P, Vedel P, Larsen N, Jensen GVH, Parving HH, Pedersen O. Multifactorial Intervention and Cardiovascular Disease in Patients with Type 2 Diabetes. **The New England journal of medicine.** 2008.

Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AdA, Duncan BB. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade.** 29. 2013.

International Diabetes Federation. **IDF diabetes atlas Belgica:** Karakas Print; 2015.

Larsen PR, Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS. **Williams: Tratado de Endocrinologia** São Paulo: SBEM. 2013.

Malerbi DA., Franco LJ. Multicenter Study of the Prevalence of Diabetes Mellitus and Impaired Glucose Tolerance in the Urban Brazilian Population Aged 30-69 Yr. **Diabetes Care.** 1992; 15.

Mendes EV. **O Cuidado Das Condições Crônicas Na Atenção Primária à Saúde:** o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012.

Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus Brasília. 2013.

Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, Ferraninni E, Holman RR, Sherwin R, et al. Medical Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Consensus Algorithm for the Initiation and Adjustment of Therapy. **Diabetes Care.** 2009.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Type 2 diabetes in adult: management** UK. 2015.

Organização Mundial da Saúde. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação: relatório mundial Brasília. 2003.

Rothman AA, Wagner EH. Chronic Illness Management: What Is the Role of Primary Care? **Annals of Internal Medicine.** 138. 2003.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GAe, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet.** 2011.

Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica:** estratégia para o cuidado da pessoa com doenças Brasília. 2013.

Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Linha-guia de Hipertensão, Diabetes e Doença Renal Crônica.** 3a ed. Belo Horizonte. 2013.

Silva ASBe, Santos MAD, Teixeira CRdS, Damasceno MMC, Camilo J, Zanetti ML. Avaliação da atenção à saúde em diabetes mellitus em uma unidade básica distrital de saúde. **Contexto Enferm.** 2011.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. São Paulo: AC Farmacêutica. 2015.

Stolar MW. Clinical Management of the NIDPM Patient. **Diabetes Care**. 18. 1995.

Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence Into Action. **Health Affairs**. 20:64-78. 2001.

World Health Organization. **Global Status Report: on noncommunicable diseases 2014** Switzerland: WHO. 2014.

SOBRE A ORGANIZADORA

Christiane Trevisan Slivinski - Possui Graduação em Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2000), Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (2007) e Doutorado em Ciências - Bioquímica pela Universidade Federal do Paraná (2012). Tem experiência na área de Bioquímica, com ênfase em Biotecnologia, atuando principalmente nos seguintes temas: inibição enzimática; fermentação em estado sólido; produção, caracterização bioquímica e purificação de proteínas (enzimas); e uso de resíduo agroindustrial para produção de biomoléculas (biossurfactantes). É professora na Universidade Estadual de Ponta Grossa nas disciplinas de Bioquímica e Química Geral desde 2006, lecionando para os cursos de Bacharelado e Licenciatura em Ciências Biológicas, Farmácia, Educação Física, Enfermagem, Odontologia, Química, Zootecnia, Agronomia, Engenharia de Alimentos. Também leciona no Centro de Ensino Superior dos Campos Gerais – CESCAGE desde 2012 para os cursos de Fisioterapia, Odontologia, Farmácia, Nutrição, Enfermagem, Agronomia e Medicina Veterinária, nas disciplinas de Bioquímica, Fisiologia, Biomorfologia, Genética, Metodologia Científica, Microbiologia de Alimentos, Nutrição Normal, Trabalho de Conclusão de Curso, Tecnologia de Produtos Agropecuários, Histologia e Embriologia e Ciências do Ambiente. Atuou ativamente nas pesquisas realizadas pelos acadêmicos e pesquisadores dos cursos de Fisioterapia e Enfermagem, estando inserida em todo o processo dentro da construção do conhecimento em saúde pública e coletiva. Também lecionou nas Faculdades UNOPAR de 2015 a 2019 para o curso de Enfermagem nas disciplinas de Ciências Celulares e Moleculares, Microbiologia e Imunologia.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Abscesso 124
Adolescentes 2, 4, 176, 177, 179, 186, 187
Agentes comunitários de saúde 26, 27, 28, 36, 37, 121, 165
AIDS 75
Atenção à saúde 14, 24, 28, 30, 54, 92, 97, 120, 123, 136, 170, 186, 187
Atenção primária à saúde 14
Atitudes e práticas 148, 150

C

Câncer bucal 196, 204
Condições sociais 196, 197, 198
Conhecimentos 46, 55, 92, 148, 149, 150, 151, 155, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 188, 192, 194
Contrapartida 133, 134, 135, 201

D

Dengue 5, 6, 1, 2, 3, 4, 5, 127, 130, 132
Densidade de incidência 76, 78, 79
Dependência química 170
Determinantes sociais da saúde 196, 204
Determinantes sociales 99, 102, 104, 106, 107
Diabetes mellitus 14, 15, 24, 113, 124, 125, 126, 129, 130, 209, 212, 213
Dieta de cafeteria 212, 213, 214, 215, 216
Diretrizes para o planejamento em saúde 14
Distúrbios orais potencialmente malignos 196
Doação de órgãos 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48
Doença de chagas 164, 165

E

Epidemiologia 2, 5, 12, 59, 80, 98, 123, 149, 166, 190, 194, 198
Esgotamento profissional 140, 143, 145
Espiritualidade 176, 186, 187
Estratégia saúde da família 36

F

Familiar 13, 28, 36, 38, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 53, 91, 117, 125, 129, 151, 153, 154, 162, 166, 177, 202
FOS 215

G

Georreferenciamento 58, 59, 60, 61, 70, 74, 75

H

Habilidades de vida 176, 177, 178, 183, 186, 187

I

Infecções estafilocócicas 124

Intervención en salud 99

Inulina 212, 214, 215, 216, 217

L

Leishmaniose visceral 81, 83, 84, 88, 89, 167, 188, 189, 190, 192, 194

M

Mediação comunicativa 99

Microcefalia 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98

P

Piomiosite 124, 131

Pneumonia 76, 77, 78, 79, 80

Polícia 140, 142, 146, 160

Prebióticos 212, 213, 214, 215, 216

Prevalência 2, 15, 58, 73, 74, 83, 98, 114, 116, 121, 122, 123, 145, 147, 152, 212

Prevenção de doenças 30, 35, 188, 193, 194

Processo de enfermagem 81, 82

Programa de agentes comunitários de saúde 36

Promoção de saúde 23, 36, 76, 80, 148, 166, 198

R

Recém-nascido 90, 91

S

Saúde do trabalhador 54, 56, 57, 140

Saúde mental 86, 147, 170, 174, 176

Saúde pública 8, 12, 15, 56, 58, 59, 75, 92, 93, 97, 114, 133, 134, 167, 169, 170, 171, 174, 189, 196, 197, 199, 206, 208, 213

Sentido da vida 5, 176, 186

V

Ventilação mecânica 40, 76, 77, 79, 80

Visita domiciliar 26, 27, 28, 36, 37, 166

Vivência hospitalar 81, 88

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-678-2

