

SILEI DE BARROS COSTA SOUZA

HIPERDIA: CUIDE DA SUA SAÚDE DA MANEIRA CORRETA

VICENTINA – MS

2014

SILEI DE BARROS COSTA SOUZA

HIPERDIA: CUIDE DA SUA SAÚDE DA MANEIRA CORRETA

Projeto de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, como requisito para conclusão do curso de Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família.

Tutora: Prof^a Msc. Priscila Maria M. Fiorin

VICENTINA – MS

2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao esposo e a filha pelo amor e confiança depositados em mim e sempre me apoiaram em todas as dificuldades.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Deus por nunca ter me abandonado nos momentos mais difíceis da minha vida e ter permitido chegar até aqui.

Aos meus pais pelos esforços, dedicação e compreensão em todos os momentos dando apoio ao longo de nossas vidas.

A minha tutora Priscila Maria Marcheti Fiorin, pelo seu saber e por sempre me incentivar nos momentos mais difíceis, por ter acreditado em meu potencial, se cheguei até este ponto foi pelo seu incentivo, pessoa pelo qual tenho maior admiração e que considero uma pessoa virtuosa, pela sua atenção e por aceitar este desafio, onde sabiamente me orientou, proporcionando conhecimentos muito valiosos para o término deste projeto.

Aos funcionários da Unidade de Saúde da Família Jardim Vista Alegre por terem abraçado esta causa e todos que contribuíram direta ou indiretamente, oferecendo informações, amizades e experiências enriquecedoras.

RESUMO

Pretendeu-se com este trabalho investigar o cotidiano enfrentado pela Estratégia de Saúde da Família Jardim Vista Alegre no Município de Vicentina/MS no cuidado à saúde dos Hipertensos e Diabéticos e criar soluções para que esta população busque cada vez mais participar das reuniões mensais, junto com a equipe de multiprofissional. Foi notado que com o programa do governo “Farmácia Popular” os hipertensos/Diabéticos não se sentiam mais “obrigados” a participar das reuniões mensais e com isso perdendo os seus direitos e benefícios de serem acompanhados de forma correta pela equipe de multiprofissional. A partir desta realidade em junho de 2013 com o apoio da equipe de multiprofissional, coordenação de atenção básica e da secretaria municipal de saúde, vem sendo realizado uma série de atividade de educação em saúde a fim de efetivar plenamente as ações do Hiperdia. Pode-se observar uma mudança satisfatória com a presença de grande parte dos pacientes cadastrados no programa; inclusive com relatos de satisfação por parte dos presentes, o que possibilitou a redução de riscos relacionados a complicações do diabetes e da hipertensão, articulando atividades de promoção e prevenção das doenças, despertando o interesse e participação dos presentes, bem como um maior controle pressórico e da taxa de glicemia, incentivando a mudança de hábitos, como no caso da alimentação correta, redução do sedentarismo, controle do tabagismo, importância da atividade física visando uma melhor qualidade de vida.

Palavras- chave: Hipertenso e Diabético. Qualidade de Vida. Promoção a Saúde.

ABSTRACT

This intervention plan aimed at investigating the daily faced by the Family Garden Vista Alegre Health Strategy in the City of Vicentina / MS in health care of Hypertensive Diabetics and create solutions for this population seek increasingly participate in monthly meetings where there is a multidisciplinary team prepared to meet them. A situational diagnosis was conducted to learn why so many hypertension / Diabetics did not attend the monthly meetings to receive medications and monitoring their health through multidisciplinary team that were at his disposal. I noticed that with the government program "People's Pharmacy" hypertensive / Diabetics no longer felt "compelled" to attend the monthly meetings and thereby losing their rights and benefits of being followed correctly by the multidisciplinary team. From this reality in June 20013 with the support of a multidisciplinary team, coordination of primary care and the municipal health department, has been carried out a series of health education activities in order to fully effectuate the actions Hiperdia. proper nutrition, reduced physical inactivity, tobacco control, importance of physical activity to better quality of life.

Key word: Hypertensive, Diabetic, Quality of Life, Health Promotion.

SUMÁRIO

1	ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	07
1.1	INTRODUÇÃO.....	07
1.2	OBJETIVO.....	12
2	ANÁLISE ESTRATÉGICA.....	13
3	IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO...	14
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
	REFERENCIAS.....	21

1 ASPECTO INTRODUTÓRIO

1.1 INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) representam um grave problema de saúde pública hoje no Brasil. Sua alta prevalência devido às complicações e sequelas decorrentes da enfermidade eleva os índices de mortalidade e custos para o sistema de saúde¹.

Um dos maiores problemas com que se defrontam os profissionais da saúde no atendimento aos diabéticos e hipertensos é a baixa adesão ao tratamento. A educação em saúde pode ser considerada uma das estratégias que possibilitam alcançar a adesão².

O modelo tradicional de assistência em saúde frequentemente deixa escapar aspectos culturais, sociais e subjetivos que permeiam o processo saúde doença³.

Nesse sentido, muitos programas de educação em saúde fracassam, pois negligenciam os aspectos psicológicos, socioculturais, interpessoais e as reais necessidades dos pacientes⁴.

O Atendimento dos hipertensos/diabéticos pela equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Jardim Vista Alegre do município de Vicentina ocorre durante a atividade de acolhimento realizada pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem. Os mesmos são agendados ou encaminhados para consulta médica de acordo com suas necessidades. É priorizado o atendimento médico imediato aos pacientes com crises de hipertensão ou diabetes, ou seja, os pacientes descontrolados que mantêm níveis pressóricos elevados mesmo com uso correto da medicação prescrita e aqueles com queixas agudas. São agendados para consulta posterior, aqueles pacientes que necessitam renovação de receita, os pacientes controlados e os que necessitam avaliação/solicitação de exames.

Mensalmente é realizado pela equipe da ESF reuniões com os pacientes hipertensos juntamente com grupo de pacientes portadores de diabetes. Nestes grupos são abordados temas diversos relacionados com hábitos de vida saudáveis, uso correto de medicação, e também realiza-se a aferição de pressão arterial e

controle de diabetes e entrega de medicamentos. É feito também algumas atividades físicas como por exemplo, alongamento com todos os participantes.

Mesmo com as ações realizadas pela equipe, a ESF Jardim Vista Alegre enfrenta um problema sério em relação ao comparecimento dos usuários hipertensos/diabéticos cadastrados no SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica). Encontra-se cadastrados no sistema 768 hipertensos e 180 diabéticos, porém o número que comparece as reuniões para acompanhamento com a equipe é de 32% dos cadastrados, ou seja, 68% dos pacientes não estão recebendo um acompanhamento adequado.

Seguindo este raciocínio, percebeu a necessidade de melhorar a adesão destes pacientes em comparecerem nas reuniões para ter uma melhor qualidade de vida e a proposta justifica-se uma vez que a hipertensão arterial é a morbidade mais prevalente. Haja vista que a HAS constitui um dos principais fatores de risco para o aparecimento das doenças cardíacas e comprometimento da funcionalidade de outros órgão, e seu controle está intimamente relacionado ao grau de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso, associado à dieta e exercícios físicos e comprometimento da família no acompanhamento do paciente e ao suporte oferecido pela equipe de saúde no acompanhamento e avaliação periódica deste paciente.

No Brasil, a prevalência da HA varia de 22,3% a 43% e os dados epidemiológicos nacionais e internacionais demonstram que a elevação da Pressão Arterial (PA) está intimamente relacionada ao processo de envelhecimento, principalmente os valores da pressão sistólica, influência no aumento do risco cardiovascular, e, portanto deve ser tratada⁵.

A hipertensão é considerada uma das principais causas de fatores de risco morbidade e mortalidade cardiovascular em adultos com considerável prevalência em crianças e adolescentes. Em consequência acarreta alto custo, uma vez que parte da população se aposenta precocemente e favorecendo assim a falta no trabalho. O sedentarismo também constitui importante fator de risco acarretando mortalidade em indivíduos que não praticam frequentemente exercícios físico no qual acomete mais o sexo feminino do que o sexo masculino⁶.

A atividade física tem um papel importante na redução da PA e deve ser orientada por profissionais capacitados e adaptada conforme aceitação e limitação do paciente. A escolha do tipo de atividade física deverá ser avaliada e prescrita

conforme a intensidade, frequência, duração, modo e progressão. Segundo o educador físico, Thiago Macedo, “Escolher o exercício que mais combina com o seu estilo fará você se sentir mais disposto e confiante”. Outra dica é manejar com o consumo de bebida alcoólica e abolir de vez o uso do cigarro⁷.

A DM é importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2002), quer seja por questões sociais, econômicas, familiares e pessoais.

O DM se refere a uma enfermidade metabólica, não transmissível e de etiologia multifatorial, caracterizada por hiperglicemia resultante de defeito na secreção de insulina ou ambos⁸.

Suas repercussões, no que se refere tanto às incapacitações e mortalidade prematura, quanto aos custos relacionados ao seu controle e ao tratamento de suas complicações, reafirmam cada vez mais a necessidade de investimento em programas de educação em saúde⁹.

Após a alteração do critério de diagnóstico de DM através da American Diabetes Association, em 1997, posteriormente aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), foram estabelecidos os seguintes critérios para o diagnóstico de DM:

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidas de glicemia casual acima de 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independente do horário das refeições;
- Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl. Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste no outro dia;
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl.

Existe, ainda, um grupo intermediário de indivíduos em que os níveis de glicemia não preenchem estes critérios para o diagnóstico de DM, sendo consideradas as categorias de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída, em são apresentados a seguir:

- Glicemia de jejum alterada – glicose de jejum acima de 100 mg/dl e abaixo de 126 mg/dl;
- Tolerância à glicose diminuída – quando, após uma sobrecarga de 75 mg/dl de glicose, o valor de glicemia de 2 horas se situa entre 140 e 199 mg/dl.

Para SBD, 2007 consideram que o jejum é definido como a falta de gestão calórica por oito horas.

Em relação ao DM tipo 2 atinge indivíduos de qualquer idade principalmente maiores de 40 anos compreendendo cerca de 7,6% do total da população brasileira. Sua prevalência crescente determina que em 2025, existirá cerca de 11 milhões de diabéticos no Brasil o que representam 100% das estatísticas atuais.

É um distúrbio metabólico caracterizado pela deficiência relativa de produção de insulina e uma diminuição na ação desta. O início é geralmente insidioso, sendo a história familiar comum e também está associada a fatores de risco. Trata-se de uma enfermidade sem cura, porém pode ser oferecido tratamento com base em dieta nutricional, exercício físico, medicamentos hipoglicemiantes orais e insulina. Originalmente é denominado de diabetes não-insulino-dependente.¹⁰

As manifestações clínicas mais frequentes com o aumento da glicemia são: poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fadiga, fraqueza, tonturas, etc. Caso não haja o controle dos índices glicêmicos, além dos sintomas citados, o paciente pode evoluir para uma Cetoacidose Diabética e Coma Hiperosmolar¹¹.

As manifestações em longo prazo, complicações tardias que podem atingir órgãos vitais, são a Retinopatia Diabética, problemas cardiovasculares, alterações circulatórias e problemas neurológicos. Em relação à Retinopatia diabética, esta pode ir desde uma turvação da visão até a presença de catarata, deslocamento da retina, hemorragia vítrea e a cegueira; os problemas cardiovasculares estão associados à obesidade, tabagismo, que pode precipitar o infarto agudo do miocárdio, a insuficiência cardíaca congestiva e as arritmias; as alterações circulatórias podem ocasionar uma lesão no membro inferior, acarretando um problema denominado “Pé Diabético”; e, em relação aos problemas neurológicos, responsáveis pelas neurites agudas ou crônicas, podem atingir as posições articulares.

É de suma importância explicar para o paciente que o DM tipo 2 não tem cura, e portanto, o tratamento inclui várias abordagens, como a orientação à mudança dos hábitos de vida, educação para saúde, dieta alimentar, atividade física e se necessário, medicamentos.

Dentre as doenças crônicas, a HAS e o DM são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações de comportamento em relação à dieta, adesão ao tratamento medicamentoso e o estilo de vida. A não mudança comportamental pode comprometer a qualidade de vida, se não houver orientação adequada quanto ao tratamento ou o reconhecimento da importância das complicações que decorrem destas patologias¹².

Essas mudanças permitem que aspirem a uma vida mais longa, sem preocupação com limitações, incapacidades e dependências, próprias do envelhecimento.¹³

No Brasil, os altos índices de óbitos causados por doenças crônicas decorrem do estágio atual da transição demográfico/epidemiológica pela qual passa a população brasileira, resultando no envelhecimento populacional¹⁴.

Dentro da ESF os profissionais que ali atuam, necessitam integrar as dimensões biopsicossociais no cuidado do indivíduo e de sua família e comunidade, com novas estratégias de agir e integrar com sua prática profissional, afim de atender as necessidades de saúde de cada pessoas nos seus mais diversos aspectos¹⁵.

A caracterização do perfil de uma comunidade esta diretamente relacionada a diversos fatores, tais como: ambiente, renda, tipo de moradia, escolaridade, trabalho, lazer e meio ambiente. Assim a promoção da saúde é um meio no qual os profissionais podem utilizar para enfrentar os mais diversos tipos de problemas encontradas na sua comunidade utilizando para tal seus conhecimentos, o saber popular, recursos disponíveis na rede pública e privada, buscando soluções viáveis para os diversos problemas de saúde¹⁶.

Cabe destacar que um dos objetivos da ESF é orientar a comunidade para o auto-cuidado, para que a mesma saiba enfrentar o processo saúde-doença, sendo que as atividades educativas promove o elo entre o saber científico e o popular, a fim de trazer mudanças de hábitos e atitudes. A educação em saúde é um instrumento fundamental para interagir e capacitar a população, promovendo o dialogo entre a equipe de saúde e o usuário, através da escuta, valorizando a

experiência de vida de cada indivíduo. Portanto a equipe multidisciplinar de saúde deve conhecer as formas de se promover a educação para coletividade, valorizando o olhar, a relação estabelecida e o conhecimento adquirido no dia a dia¹⁷.

A educação em saúde deve ser entendida como um meio que desperte no indivíduo e na comunidade a capacidade de enxergar de forma crítica e apurada a realidade no qual esta inserido, promovendo o poder de decisão de forma conjunta com o grupo, afim de buscar soluções através da autocrítica, da resolutividade, modificando, avaliando e solucionando os problemas, com o propósito de alcançar seus objetivos¹⁸.

1.2 OBJETIVOS

Elaborar um plano de ação para o programa HIPERDIA na ESF Jardim Vista Alegre em Vicentina-MS.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

Trata-se de um projeto de intervenção que foi desenvolvido na ESF Jardim Vista Alegre, por existirem um número considerável de 768 pacientes portadores de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial.

1ª Passo: Foram convidados o gestor e profissionais da área para uma reunião com a finalidade de convencê-los sobre a necessidade da intervenção para a ESF Jardim Vista Alegre, baseado no diagnóstico situacional da Unidade.

2ª Passo: Mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela a ESF Jardim Vista Alegre e seus familiares para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso.

3ª Passo: Capacitação dos ACS para identificar e conquistar o usuário a comparecer nas reuniões.

4ª Passo: Capacitação da equipe multidisciplinar da USF Jardim Vista Alegre e conjunto com educadores de práticas físicas e corporais, para abordagem de metodologias capaz de produzir incentivo para o usuário comparecer as reuniões.

As oficinas para conscientização da equipe ocorreram na própria sede ESF Jardim Vista Alegre e ou no Centro de Convivência dos Idosos.

Os participantes da intervenção foram toda a equipe da ESF e todos os hipertensos e diabéticos atendidos na localidade. No entanto, existem pacientes que são adeptos de outras religiões que não puderam praticar atividade física (dança) dificultando assim adesão dos mesmos. Também existem idosos sedentários..

3 IMPLANTAÇÃO, DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

O presente projeto de intervenção começou a ser executado, com a sua breve apresentação ao secretário de saúde do município de Vicentina, onde o mesmo se mostrou muito interessado com a sua execução, incubindo a coordenadora de atenção Básica para auxiliar na sua viabilização. Desta forma, tive o importante apoio da gestão municipal.

Este projeto iniciou-se em junho de 2013, sendo bem aceito pelo gestor e pela equipe da ESF Jardim Vista Alegre, na qual todos contribuíram para o bom andamento deste.

Figura 1 – Reunião de Hipertensos/Diabéticos já com 3º meses de Andamento do PI



Neste primeiro momento, foi realizada reunião com toda a equipe multiprofissional para elencar as prioridades a serem abordadas nos encontros mensais e ficou decidido que além dos profissionais que já contribuíam para a realização de palestras, controle de glicemia, controle da hipertensão, controle de peso, contaríamos agora com um professor de educação física e um farmacêutico para sanar todas as dúvidas possíveis da população a ser trabalhada.

Para implementação deste PI, várias atividades foram conduzidas desde seu planejamento até o final da sua execução, entre elas: participação efetiva do

Secretario Municipal de Saúde, colaboração da Promoção Social que cedeu o centro de convivência do idoso, comprometimento de toda a equipe de saúde da família do Jardim Vista Alegre, sendo, desde a pessoa que limpa até o médico, onde todos participação das reuniões por mim proposta.

Figura 2 – Reunião de Hipertensos/Diabéticos já com 3º meses de andamento do PI e contamos com o farmacêutico Anderson para orientar os hipertensos/diabéticos sobre os medicamentos



Definimos metas e chegamos a conclusão que iríamos usar datas comemorativas para chamar a atenção dos hipertensos/diabéticos a se fazerem presentes mesmo quando tinha adquiridos os seus medicamentos na farmácia popular, onde ficou decidido que a melhor maneira para sensibiliza-los pela primeira vez seria através de carro de som convidando para a reunião mensal com um convite extra que seria uma quadrinha, pois os mesmo teriam que ensaiar e sempre estavam presentes, e com isso conseguíamos nosso objetivo de conseguirmos aumentar o números de hipertensos/diabéticos que frequentariam as reuniões mensais, onde os mesmo eram orientados através de palestras, controle de glicemia, controle de hipertensão, controle de peso além de receber orientações do farmacêutico e realizar alongamentos com a professora de educação física.

Figura 3 – Reunião de Hipertensos/Diabéticos utilizando datas comemorativas onde contamos com a participação da nutricionista, psicóloga, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes de saúde.



Figura 4 – Reunião de Hipertensos/Diabéticos utilizando datas comemorativas onde contamos com a participação da Médico da ESF Jardim Vista Alegre.



Figura 5 – Reunião de Hipertensos/Diabéticos utilizando datas comemorativas onde contamos com a participação do Farmacêutico.



Figura 6 – Reunião de Hipertensos/Diabéticos utilizando datas comemorativas – Controle de Hipertensão com a técnica de enfermagem.



As intervenções seguiram uma estratégia de atendimento de suporte e focal, na qual se buscava favorecer a troca de experiências e a construção de significados compartilhados no enfrentamento da doença e das dificuldades do tratamento. O foco do trabalho foi direcionado para os aspectos emocionais associados aos hipertensos/diabéticos; evitou-se abordar conteúdos psíquicos mais profundos que não estivessem estritamente relacionados à enfermidade.

Atualmente é percebido o retorno do trabalho executado, mas ainda temos muito a fazer.

Está sendo criada uma parceria com os farmacêuticos das farmácias populares para que incentivem os pacientes Hipertensos/Diabéticos que adquiram os medicamentos na farmácia, comparecer as reuniões realizadas pela UBSF Jardim Vista Alegre.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a sensibilização do gestor municipal e profissionais de saúde e o principal a população quanto a importância das práticas saudáveis na melhoria da qualidade de vida, através das reuniões mensais e implementação das atividades educativas no Programa de Hipertensos/Diabéticos na ESF Jardim Vista Alegre foram executadas gradativamente a médio prazo e baseada no planejamento e no envolvimento de diferentes atores sociais, por meio da parceria entre a especializando e a equipe da ESF, em parceria com equipe multiprofissional e coordenação de atenção básica de Vicentina/MS.

Diante das atividades realizadas no decorrer do período observou-se que as atividades implementadas na unidade de saúde tiveram como objetivo geral esclarecer a população sobre a hipertensão e o diabetes, bem como oferecer soluções viáveis para que a população em questão pudesse conviver com maior qualidade de vida diante dessa doença e não só com a medicação que eles adquiriam nas farmácias populares.

Para que o projeto funcionasse de maneira adequada com professor de educação física para realizar atividades de alongamentos e exercícios saudáveis para cada idade, buscamos apoio da Secretaria de Promoção Social para nos ceder o centro de convivência do Idoso para que pudesse ter um local com mais espaço.

Verificou-se que a equipe já realizava um trabalho parecido, mas não com tanto empenho em sensibilizar os familiares para encorajar os idosos a participarem das atividades de promoção a saúde, haja vista, que para eles os medicamentos já eram suficientes para controle. Com a ajuda dos familiares conseguimos aumentar o número de pacientes que passaram a frequentar as reuniões mesmo adquirindo seus medicamentos nas farmácias populares.

Com o término do projeto, sugere-se que a equipe de saúde da família da ESF Jardim Vista Alegre, trabalhe de forma integral e humanizada, vendo o indivíduo como um todo, e que, sejam realizadas atividades de educação permanente na unidade a fim de capacitar a equipe a cada dia para que continue a desenvolver atividades educativas, bem como continue a executar as ações do programa de Hipertenso/Diabético de forma sistemática, criando um vínculo entre profissionais e a população, avaliando o bem estar do indivíduo, na busca de acolher

as necessidades do paciente, proporcionando ao mesmo uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais da ação. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2003;
2. Torres HC, Hortale VA, Schall V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. Cad Saúde Pública. 2003;
3. Santos ECB, Zanetti ML, Otero LM, Santos MA. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. Rev Latino-Am Enfermagem. 2005;
4. Zanetti ML, Mendes IAC. Tendência do *locus* de controle de pessoas diabéticas. Rev Esc Enferm USP. 1993;
5. Barroso, et al., Influência da atividade física programada na pressão arterial de idosos hipertensos sob tratamento não-farmacológico. Revista Associação de Medicina Brasileira, GOIÁS, 2008;
6. Nobre, MJFS. Melhorando adesão do paciente diabéticos e hipertensos ao tratamento não-farmacológico Beberibe-ce, 2009;
7. Macedo, T. Viva mais e com qualidade. Jornal O Povo, Fortaleza. Cadernos Ciência & Saúde, maio. 2009;
8. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, v. 27, ,. p. 55-510, jan 2004a. Suplemento 1.
9. (BRASIL, 1996) MS (Ministério da Saúde), 1996. *Diabetes Mellitus: Guia Básico para Diagnóstico e Tratamento*. Brasília: MS. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000105&pid=S0102-311X200300040002600006&lng=en;
10. SMELTZER, S. C, BARE, Brunner & Suddarth:.. tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002;
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília, DF, 2001;
12. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. What is diabetes?. [homepage da internet]. Brussels (BE): IDF; 2006. Acesso em Junho 2014. Disponível em: <http://www.idf.org/home/index.cfm?node=2>;
13. Fardo, V.M, Creutzberg M, Silva MCS. Qualidade de vida de idosos hospitalizados: um estudo preliminar. Rev Nurs. 2005;
14. Pierin, A.M.G.; Strelec, M.A.A.M; Junior, M.D. O Desafio do Controle Da Hipertensão Arterial e a Adesão Ao Tratamento. IN: PIERIN, G.M.A. Hipertensão

Arterial:Uma Proposta para o Cuidar, editora Manole Ltda, 1ª.ed. Barueri- SP.2004.
Rev Bras Hipertens vol.14, 2007;

15. Acioli S. Os sentidos de cuidado em práticas populares voltadas para a saúde e a doença. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. São Paulo: Hucitec; 2004;

16. Buss. P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cien Saude Colet* 2011;

17. Cervera, D. P.P.; Parreira, B. D. M. In: Goulart, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Ciênc. saúde coletiva*, 2011;

18. FREIRE P. Pedagogia do oprimido. 46a. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.