

FORTALEZA/CE



Implementação do serviço de teleconsulta farmacêutica para pessoas com diabetes *mellitus*: foco no autocuidado apoiado

RESUMO

No atual cenário da pandemia da Covid-19, pessoas com diabetes *mellitus* (DM) requerem, além dos cuidados médicos contínuos, com estratégias multifatoriais de redução de risco, a aproximação de profissionais de saúde capacitados para o apoio ao autocuidado, mesmo que de forma remota. Objetivou-se Implementar o serviço de teleacompanhamento farmacêutico, no contexto da Telessaúde, para prestação do autocuidado apoiado em pessoas com DM na pandemia da covid-19. A população envolvida foi formada por pessoas com DM tipo 2 que apresentavam hemoglobina glicada $\geq 9,0\%$ e que estavam dispostas a participar do acompanhamento por telefone com um farmacêutico da Central de Medicamentos dos terminais de ônibus (CDMT) do município de Fortaleza. Para iniciar a realização do acompanhamento era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A primeira fase do projeto de implementação do serviço foi a capacitação dos profissionais farmacêuticos, seguida da estruturação de um formulário para acompanhamento de pessoas com DM de forma remota, facilitando a identificação de indicadores de processo e de resultados clínicos no contexto do autocuidado apoiado. Entender e conhecer a realidade e o comportamento, auxiliando no processo do cuidado de pessoas com DM com alto risco, por meio de uma tecnologia de fácil acesso como o telefone, foi de valia, servindo de modelo para estender o atendimento a outras pessoas de forma a envolver mais farmacêuticos e outros profissionais, caracterizando assim um serviço multiprofissional dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

CARACTERIZAÇÃO

Descrição sociodemográfica do cenário da experiência

O cenário desta experiência se refere à cidade de Fortaleza, no estado do Ceará, inserida na região nordeste do Brasil. A principal fonte econômica do município está no setor terciário, em seguida, o setor secundário, com os complexos industriais. Em 2012, a porcentagem de contribuição de cada setor para a economia municipal era de 0,07%, 15,8% e 68,8% dos setores primário, secundário e terciário, respectivamente (IBGE, 2012). O índice de desenvolvimento Humano IDHM foi de 0,754 e o Produto Interno Bruto PIB per capita, em 2018, foi de 25.356,73 R\$ (IBGE, 2010; 2018).

Conforme o último censo do IBGE, realizado em 2010, Fortaleza contava com 2.452.185 pessoas; 1.304.267 habitantes eram mulheres, o que equivale a 53,19% da população, e 1.147.918, homens, representando 46,81% do total. Todos viviam em zona urbana e não existia zona rural no município. Em 2010, a população era composta por 1.403.292 pardos (57,23%), 901.816 brancos (36,78%), 110.811 negros (4,52%), 33.161 amarelos (1,35%) e 3.071 indígenas (0,13%) (IBGE, 2010). Para o ano de 2021 a população estimada corresponde a 2.703.391 habitantes (IBGE, 2021).

Perfil epidemiológico

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) corresponde a 90-95% de todos os casos de DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Aproximadamente 4 milhões de pessoas com idade entre 20 e 79 anos morreram por DM em 2015, o equivalente a um óbito a cada 8 segundos. O DM é responsável por 10,7% da mortalidade mundial por todas as causas, e isso é maior do que a soma dos óbitos causados por doenças infecciosas: 1,1 milhão por HIV/AIDS, 1,8 milhão por tuberculose e 0,4 milhão por malária (IDF, 2017).

Segundo o Boletim Epidemiológico de Doenças Crônicas do Estado do Ceará, publicado em 2018, entre 2010 e 2016, o DM vitimou 15.799 pessoas. De acordo com o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o número de óbitos se manteve estável no período: foram 2.136 mortes em 2010, e 2.125

em 2016. Dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) apontam que a quantidade de internações caiu de 5.324, em 2010, para 4.522, em 2016 (SESA, 2018). Considerando o excesso de peso um fator de risco importante para o DM, os dados do município de Fortaleza apresentados pelo VIGITEL apontaram que, entre os anos de 2006 a 2017, ocorreu aumento de 26,5% na prevalência do excesso de peso, passando de 42,2% em 2006 para 53,4%. O número de óbitos por DM em 2017 correspondeu a 4,3% dos óbitos em relação às doenças crônicas.

Estrutura da saúde pública local

O município de Fortaleza está dividido em 06 (seis) regiões administrativas. Cada região administrativa possui uma rede de equipamentos de saúde para atendimento da população, de forma mais próxima da residência. A rede é composta de 116 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), nove hospitais de atenção secundária, um hospital de atenção terciária, seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 15 Centros de Atenção Psicossocial (Caps) entre as modalidades Infantil, Geral e Álcool e Drogas (AD), quatro unidades de acolhimento, três Residências Terapêuticas, três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), quatro Policlínicas, além de espaços para desenvolvimento de práticas integrativas e complementares à saúde, que frequentemente funcionam dentro das unidades de atenção primária à saúde. A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações (FORTALEZA, 2017).

Assistência Farmacêutica

A rede de saúde do município possui farmácia em todas as suas 116 UAPS, em 10 Caps, nas quatro Policlínicas, seis UPAS e 10 hospitais. Nos serviços ambulatoriais são distribuídos medicamentos dos Componentes da Assistência Farmacêutica (Básico, Estratégico e Especializado), conforme a complexidade dos serviços. O município também dispõe de 14 Farmácias Polos que são unidades de referência, responsáveis pela dispensação de medicamentos especializados e que contam com o serviço de farmácia clínica (FORTALEZA, 2018). O município também dispõe de sete Centrais de Distribuição de Medicamentos, localizadas nos Terminais de Ônibus de Fortaleza (CDMT). Essas centrais funcionam como retaguarda logística,



Medicamentos dos terminais de ônibus (CDMT) do município de Fortaleza

garantindo o acesso aos medicamentos prioritários da Atenção Primária no caso de ruptura pontual de abastecimento nas UAPS. O município conta atualmente com aproximadamente 100 farmacêuticos distribuídos em 14 UAPS, 10 Caps, CAF, 07 CDMT e na gestão da Assistência Farmacêutica.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

Introdução

O estudo *Global Burden of Disease* (GBD) aponta que a carga representada pelo Diabetes Mellitus (DM) terá maior impacto, em termos de sistema de saúde e sociedade, nos países em desenvolvimento. Em relação ao fenômeno da transição epidemiológica, em termos econômicos, o DM representa uma importante carga, tanto nos custos diretos para o sistema de saúde e para a sociedade, como nos custos indiretos atribuíveis à mortalidade prematura e a incapacitações temporárias e permanentes decorrentes de suas complicações (SBD, 2017).

A educação e o apoio contínuos à autogestão do paciente são estratégias para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações a curto e longo prazo. Existem evidências significativas de intervenções para melhorar os resultados no controle da doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2018). No atual cenário da pandemia da Covid-19, as pessoas com DM requerem, além dos cuidados médicos contínuos, com estratégias multifatoriais de redução de risco, a aproximação de profissionais de saúde capacitados para o apoio ao autocuidado, mesmo que de forma remota.

Frente ao cenário da pandemia, o Sistema Único de Saúde (SUS) encontra-se diante de muitos desafios, ora tenta prover as ações emergenciais de suporte para o tratamento agudo provocados pela doença, ora propor ações que reduzam o impacto da pandemia sobre as pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Muitas atividades importantes na atenção primária à saúde e na atenção especializada ambulatorial e hospitalar foram descontinuadas ou paralisadas em função do privilegiamento das intervenções relativas à Covid-19 (MENDES, 2020). Decerto é um desafio para gestores, profissionais e os usuários do sistema de saúde romper com esse mecanismo estabelecido pela pandemia.

Diante do cenário que dificulta o atendimento às pessoas com doenças crônicas, em especial diabetes *mellitus*, coube à Gestão da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (COAF), de Fortaleza, uma indagação: como implementar um sistema de atendimento farmacêutico remoto que possibilite o autocuidado apoiado às pessoas com DM, de muito alto risco, no período da pandemia da Covid-19? Em outubro de 2020, no sentido de responder a essa pergunta, a COAF, em parceria com o Departamento de Farmácia, da Universidade Federal do Ceará, lançou um olhar voltado à gestão da condição em saúde, enquanto serviço farmacêutico, para o DM, por meio da teleconsulta, de forma a estimular e promover o autocuidado.

No Brasil, a telefarmácia e os serviços de teleconsulta, pelo farmacêutico, ainda não estão regulamentados pelo Conselho Federal de Farmácia, mas percebe-se que essa pauta está cada vez mais presente nas discussões do exercício da profissão (GOSSENHEIMER, RIGO E SCHNEIDERS, 2021). No entanto, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) deliberou, no dia 28 de abril de 2020, a Nota Técnica nº 96/2020/SEI/GRECS/GGTES/DIRE1/ANVISA, no item 19, informando que “os farmacêuticos que prestam serviços de assistência a pacientes de doenças crônicas, serviços de gerenciamento de medicamentos, e outros serviços que não requerem encontros presenciais, devem fazer todos os esforços para usar estratégias de telefone, telessaúde ou telefarmácia.”

Nessa perspectiva, objetiva-se relatar a experiência da implementação de um serviço de teleconsulta farmacêutica, para pessoas com DM nas Centrais de Distribuição de Medicamentos dos Terminais de ônibus (CDMT), do município de Fortaleza, desde a sua

estruturação, incluindo documentação e registros, bem como a capacitação dos farmacêuticos envolvidos no processo de autocuidado das pessoas assistidas, por meio de estratégia remota, no período da pandemia de Covid-19.

Metodologia

Capacitação de Farmacêuticos para o Autocuidado

Ofertou-se de forma assíncrona uma capacitação intitulada “Capacitação de Farmacêuticos para o Autocuidado Apoiado para Pessoas com Diabetes *Mellitus* através da Telessaúde” tendo como público-alvo todos os farmacêuticos da rede de atendimento da Prefeitura de Fortaleza, com carga horária de 30 horas. O objetivo foi exercitar os farmacêuticos quanto ao manejo do DM no contexto do teleacompanhamento farmacêutico, em situação pré-estruturada para o período da pandemia da Covid-19.

Foram desenvolvidos temas relacionados ao cenário das Redes de Atenção – RAS ao DM; Evidências em saúde; Serviços de estratégia e apoio na atenção primária; Comunicação efetiva na atenção farmacêutica; Desenvolvimento de habilidades para teleacompanhamento, e Manejo do atendimento da pessoa com DM.

Etapas de Estruturação do formulário para o acompanhamento dos pacientes

O instrumento elaborado para o teleacompanhamento farmacêutico seguiu um roteiro de perguntas e respostas abertas e/ou dicotômicas (sim-não); relacionadas aos aspectos sociais, familiares, demográficos, psicológicos e perfil farmacoterapêutico. Contemplou ainda uma tabela contendo lista de intervenções relacionadas ao tratamento do DM, e ainda foi proposto um plano terapêutico considerando as características individuais de cada paciente. O instrumento foi elaborado junto com um *script*, a fim de facilitar a comunicação entre Farmacêutico/Paciente.

As intervenções farmacêuticas foram divididas em blocos: Aconselhamento ao paciente/cuidador sobre diabetes *mellitus*; Aconselhamento ao paciente/cuidador – hábitos de vida saudável; Aconselhamento ao paciente/cuidador – uso de insulina e antidiabéticos orais; Aconselhamento ao paciente/cuidador – comorbidades e complicações do diabetes; Aconselhamento ao paciente/cuidador – automonitoramento

e Aconselhamento ao paciente/cuidador – acesso aos medicamentos.

Estudo – Piloto

O piloto ocorreu num período de três meses por meio de ligações telefônicas quinzenais. Foram registrados valores laboratoriais iniciais (hemoglobina glicada A1C, perfil lipídico e função renal). Ao final dos três meses, o paciente foi encaminhado para a unidade de apoio, a fim de refazer os exames iniciais.

O local do estudo foi selecionado de forma aleatória, envolvendo, assim, os farmacêuticos de duas unidades da CDMT e como Apoio de referência: Centro Especializado para Diabetes e Hipertensão – CE-ADH, policlínica do Passaré, as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), Núcleo de Atenção à Saúde da Família – Nasf (IV), duas Farmácias seguindo o fluxo de referenciamento entre os equipamentos dos territórios envolvidos.

Por meio do sistema de informação de prontuários foram selecionadas 22 pessoas com DM que apresentavam A1C $\geq 9,0\%$, e que estavam dispostas a participar de um acompanhamento por telefone com o farmacêutico:

Etapas do Teleacompanhamento Farmacêutico

Fase 1 – Pré teleacompanhamento:

1. Coleta de dados sociodemográficos;
2. Identificação de medicamentos e insumos em uso pelo paciente;
3. Coleta de dados laboratoriais (perfil lipídico, dosagem de ureia/creatinina);
4. Verificação de critérios para referenciamento à sala de situação, recebendo apoio do farmacêutico do Núcleo Ampliado de Saúde da Família – Nasf e ou farmacêuticos clínicos das farmácias polo, ou seja, seguia-se o fluxo de referenciamento entre os equipamentos dos territórios envolvidos.

Fase 2 – Teleacompanhamento:

O teleacompanhamento aconteceu entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, consideraram-se os pacientes que estavam em uso de dois ou mais antidiabéticos orais e/ou insulina e A1C $>9,0\%$. Aqueles em monoterapia com metformina e A1C $>9,0\%$ foram referenciados às unidades de apoio para verificar o controle e ajuste da terapia medicamentosa. Sendo

assim, após três tentativas de ligações telefônicas, o paciente foi captado para a entrada no serviço. Foram incluídos, no piloto, todos os pacientes que concordaram em participar das seis etapas do teleacompanhamento, por meio remoto, com contatos quinzenais, totalizando três meses.

Resultados e Discussão

Capacitação de Farmacêuticos para o Autocuidado

A Capacitação envolveu 30 farmacêuticos, sendo 15 farmacêuticos das CDMT e 15 farmacêuticos das farmácias polo. Os participantes (n=30) foram avaliados por meio de apresentação de casos clínicos vivenciados no piloto, respeitando-se as questões éticas de identificação de cada paciente. Evidenciou-se expressivo envolvimento dos farmacêuticos na capacitação, com mais de 80% da frequência dos participantes.

Esta etapa foi de grande importância, pois sabe-se que as atividades de profissionais de saúde minimamente treinados para melhorar o acesso às unidades de saúde têm se mostrado um sucesso em países de baixa e média renda (JEET ET AL, 2017; ALOEF et al, 2017).

Etapas de Estruturação do formulário para o acompanhamento dos pacientes

Após o final do piloto foram realizadas reuniões com os farmacêuticos e a COAF, e alguns pontos foram discutidos, principalmente sobre o *script* proposto, os critérios de encaminhamento para as unidades de saúde referenciadas, os tipos de intervenções, e os planos terapêuticos. Foram solicitadas mudanças nas etapas do teleacompanhamento e alteração de alguns critérios clínicos que poderiam estar relacionados à infecção da Covid-19. As alterações foram todas refeitas respeitando os critérios clínicos e individuais de cada participante (Quadro 1).

Quadro 1. Etapas do Teleacompanhamento farmacêutico.

Teleacompanhamento Farmacêutico	Objetivo	Roteiro/Instrumentos de apoio
1º Teleacompanhamento	Apresentação e convite aos pacientes para participar do teleatendimento, leitura do TCLE e entrevista inicial.	<ul style="list-style-type: none"> – Questionário com perguntas norteadoras sobre o perfil do paciente, história social, hábitos de vida – Acesso aos medicamentos – Avaliação dos problemas relacionados ao DM/queixas; – Intervenções Farmacêuticas – Proposta do Plano de cuidado
2º Teleacompanhamento	Avaliação da adesão ao tratamento, Classificação dos problemas relacionados aos medicamentos PRM	<ul style="list-style-type: none"> – Queixas do paciente / Acolhimento – Aplicação de instrumento para avaliação da adesão ao tratamento – Classificação e avaliação dos PRMs – Avaliação das intervenções propostas no primeiro teleatendimento, reorientação das condutas.
3º Teleacompanhamento	Avaliação do intervenções propostas no 2º atendimento e identificação dos obstáculos no plano de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> – Queixas do paciente / Acolhimento – Avaliação das intervenções propostas – Repactuação das ações não aceitas – Aplicação do questionário de terapias alternativas/complementares
4º Teleacompanhamento	Avaliar as intervenções propostas no 3º atendimento e repactuar as ações não aceitas	<ul style="list-style-type: none"> – Avaliação da repactuação das intervenções – Fortalecimento das medidas de educação em saúde avaliando o estado de saúde do paciente de forma individualizada – Encaminhar para realizar exame laboratorial de monitoramento do controle do Diabetes
5º Teleacompanhamento	Avaliar as intervenções propostas no 4º atendimento e repactuar as ações não aceitas	<ul style="list-style-type: none"> – Queixas do paciente e Acolhimento – Monitoramento do estado geral do paciente – Checar todas as intervenções do Plano terapêutico junto com o paciente – Finalização e agendamento.
6º Teleacompanhamento	Mensurar o desfecho do acompanhamento e avaliar a satisfação com o serviço	<ul style="list-style-type: none"> – Queixas do paciente e Acolhimento – Avaliação dos resultados laboratoriais solicitado no 4º Teleatendimento – Avaliação do serviço ofertado (Aplicação de um questionário) – Alta do paciente

Fonte: elaborado pelos autores (2021).

Estudo Piloto

O estudo piloto envolveu 10 pacientes. Após o pré teleacompanhamento, considerou-se avaliação para os critérios de participação (nível A1C \geq 9,0% e DM2) conforme avaliação da farmacoterapia, e os pacientes foram contatados para o teleacompanhamento farmacêutico. A maioria dos participantes correspondeu ao sexo feminino, com média de idade de 50 anos, variando de 27 a 75 anos. Verificou-se que 50% (n=5) dos pacientes cumpriam com as orientações de dieta alimentar e exercício físico. Quando questionados sobre conhecer o DM, 90% (n=9) referiram conhecer a doença; quanto ao consumo de tabaco, apenas um participante declarou fazer uso de cigarros, e consumo de bebida alcoólica 30% (n=3) referiram ingestão esporádica (Gráfico 1).

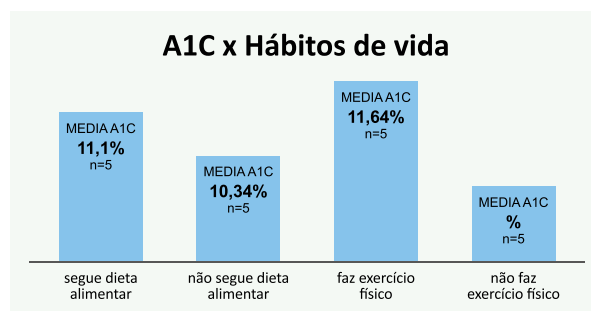
Gráfico 1. Avaliação parcial dos hábitos de vida dos participantes do piloto (n=10).



Fonte: elaborado pelos autores (2021).

Quanto aos parâmetros associados aos hábitos de vida, percebeu-se um resultado inverso aos estudos realizados com essas variáveis. Portanto, o grupo de pessoas que referiram cumprir com a dieta alimentar e a prática de exercício físico, apresentaram média de A1C maior que o grupo que referiu não cumprir com as orientações de dieta alimentar e exercício físico (Gráfico 2). No entanto, a implementação de atividades físicas e modificações dietéticas são opções eficazes de tratamento de baixo custo para o controle de episódios hiperglicêmicos em pacientes com diabetes tipo 2 (STEPHENSON E SMILES, 2014). Foi um desafio estimular essas pessoas aos hábitos saudáveis no período pandêmico, mas foi possível a oferta de modelos e práticas de atividade física e orientação sobre alimentação saudável.

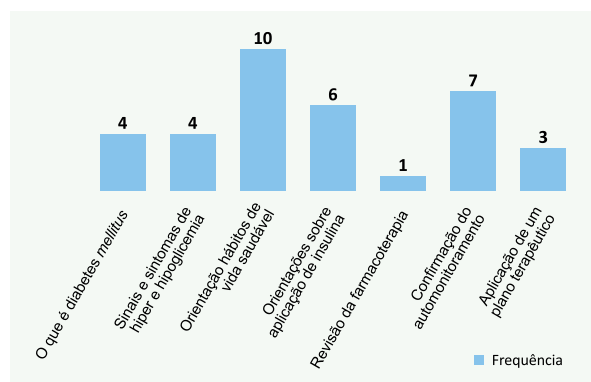
Gráfico 2. Relação da média de A1C e hábitos de vida.



Fonte: elaborado pelos autores, (2021).

Algumas intervenções foram realizadas pelos farmacêuticos, sendo *orientações sobre hábitos de vida saudáveis e orientações sobre automonitoramento* as de maior frequência. Em um estudo de meta-análise, Roxana e colaboradores (2017) ressaltaram que as estratégias interventivas dos programas educativos para DM, na maioria dos documentos analisados, foram efetivas e favoráveis ao desenvolvimento cognitivo, emocional e motivacional, promovendo, assim, o autogerenciamento dos pacientes (Gráfico 3).

Gráfico 3. Frequência das propostas de intervenções no plano terapêutico.



Fonte: elaborado pelos autores (2021).

Próximos passos, desafios e necessidades

A pandemia da Covid-19 trouxe a necessidade de adequações nos atendimentos das UAPS, com a adoção de medidas preventivas como o distanciamento social, prorrogação da validade das prescrições e aumento dos quantitativos de medicamentos dispensados para população de risco, principalmente idosos e pessoas com doenças crônicas, com o intuito de diminuir a transmissão comunitária da doença.

A presente iniciativa mostrou que as ligações telefônicas podem ser utilizadas para avaliar a adesão à terapêutica e estimular hábitos saudáveis em tempos de pandemia da Covid-19, tendo em vista que pessoas com doenças crônicas têm evitado buscar por atendimento presencial.

Após a realização desse piloto, verificou-se a viabilidade da implementação do serviço no município, contudo, destacam-se como desafios: dados telefônicos desatualizados no prontuário eletrônico, o que dificultou o contato com os pacientes; perda de seguimento durante o teleatendimento; necessidade de melhorar a articulação entre o serviço de teleatendimento e os demais pontos de atenção para o autocuidado apoiado; necessidade de capacitação contínua dos farmacêuticos para o teleatendimento; desenvolvimento de um plano de comunicação e divulgação do serviço.

Como próximos passos, pretende-se: ampliar o teleatendimento para as 07 CDMT, estabelecendo metas de monitoramento e avaliação; divulgar o serviço; avaliar o impacto no processo do autocuidado apoiado e na promoção da gestão multiprofissional nos processos de referência e contrarreferência, em busca de resolutividade de casos.

Conclusão

A experiência vivenciada com o desenvolvimento da implementação da gestão da condição de saúde, para as pessoas com diabetes, expressando autocuidado apoiado pelo farmacêutico e utilizando a estratégia remota de teleatendimento, mostrou-se relevante e viável no enfrentamento de tragédias como é o caso do cenário pandêmico atual. Na verdade, a COAF entende e percebe a importância desse serviço, visto que ele já existia dentro da coordenadoria, porém não estava estruturado para acompanhar pacientes com DM durante a pandemia da Covid-19. Assim, existem ótimas perspectivas da continuidade de estratégias de telessaúde nesse contexto, fortalecendo o cuidado farmacêutico na rede de atenção à saúde para as pessoas com DM de Fortaleza.

Documentação e registro adequado, atentando para as características biopsicossociais dos pacientes e ferramentas remotas, bem como a capacitação dos atores envolvidos são importantes e podem viabilizar uma melhor prestação de serviço e visualização dos indicadores de qualidade em saúde durante os atendimentos, possibilitando minimização de riscos, maior segurança e efetividade do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

IDF. CLINICAL GUIDELINES TASK FORCE Atlas Diabetes no Brasil. Número de pessoas com diabetes no mundo e por região em 2017 e em 2045 Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/poster-atlas-idf-2017.pdf>. Acesso em: 02/09/2021.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2017). «Base de dados por municípios das Regiões Geográficas Imediatas e Intermediárias do Brasil». Consultado em: 24/09/2021.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Estatísticas do cadastro central de empresas 2012. Acesso em: 20/09/2021.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus – SUFRAMA (2018). Acesso em: 22/09/2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, v. 200, 2016. Acesso em: 15/09/2021.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. The journal of clinical and applied research and education, v. 41, SUPPLEMENT 1, 2018. Acesso em: 10/09/2021.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ – Secretária da Saúde (SESA) – Boletim epidemiológico – Doenças crônicas não transmissíveis – Coordenadoria de Vigilância em Saúde | Núcleo de Vigilância Epidemiológica, 14/11/2018. Acesso: 20/09/2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018** / Organização: José Egidio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. – São Paulo: Editora Clannad, 2017.

_____. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020** / Organização: Adriana Costa e Forti, Antonio Carlos Pires, Bianca de Almeida Pittito, Fernando Gerchman, José Egidio Paulo de Oliveira, Lenita Zajdenverg, Marcio Krakauer, Maria Cristina Foss-Freitas, Mauro Scharf Pinto, Roberto Abrão Raduan, Roberto Zagury, Sandra Roberta Gouvea Ferreira Vivolo, Sérgio Vencio, Simão Augusto Lottenberg. – São Paulo: Editora Clannad, 2019.

O LADO OCULTO DE UMA PANDEMIA: A TERCEIRA ONDA DA COVID-19 OU O PACIENTE INVISÍVEL. Eugenio Vilaça Mendes, 2020. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/12/Terceira-Onda.pdf>>.

GOSENHEIMER, Agnes Nogueira; RIGO, Ana Paula; SCHNEIDERS, Roberto Eduardo. ORGANIZAÇÃO DO SERVIÇO DE TELECUIDADO FARMACÊUTICO COMO ESTRATÉGIA DE COMBATE À COVID-19 NO RIO GRANDE DO SUL. *REAd. Rev. eletrôn. adm.* (Porto Alegre), Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 524-535, dez. 2020. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-23112020000300524&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20/01/2021. Epub 15/01/2021 <<https://doi.org/10.1590/1413-2311.293.109474>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria Nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. Brasília 2011.

Jeet G, Thakur JS, Prinja S, et al. Agentes comunitários de saúde para prevenção e controle de doenças não transmissíveis em países em desenvolvimento: evidências e implicações. *PLoS One* 2017; 31 : 1497.

Alaofè H, Asaolu I, Ehiri J, et al. Agentes comunitários de saúde na prevenção e gestão do diabetes nos países em desenvolvimento. *Ann Glob Heal* 2017; 83.

Stephenson EJ, Smiles W, Hawley JA. The relationship between exercise, nutrition and type 2 diabetes. *Med Sport Sci.* 2014;60:1-10. doi: 10.1159/000357331. Epub 2014 Sep 9. PMID: 25226796.

IQUIZE CONDORI, Roxana Claudia *et al.* **Educational practices in diabetic patient and perspective of health professional:** a systematic review. 2017.

Instituição

Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS – Fortaleza)
Coordenadoria de Assistência Farmacêutica (COAF)

Autora

Reijane Mara Pinheiro Queiroz

Coautores

Nívia Tavares Pessoa
Nirla Rodrigues Romero
Marta Maria de França Fonteles

Contato

reijapinheiro@gmail.com
nivatavares80@gmail.com
nirla@ufc.br
martafonteles@yahoo.com.br