

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA E SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PERFIL DOS PORTADORES DE DIABETES RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE KOBU. GOUVEIA-MINAS GERAIS**

**LUIZA MARILAC DA SILVA**

**CORINTO - MINAS GERAIS**

**2012**

**LUIZA MARILAC DA SILVA**

**PERFIL DOS PORTADORES DE DIABETES RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE KOBU. GOUVEIA-MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

**CORINTO - MINAS GERAIS**

**2012**

**LUIZA MARILAC DA SILVA**

**PERFIL DOS PORTADORES DE DIABETES RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA  
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE KOBU. GOUVEIA-MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto

Banca Examinadora

Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012

Primeiramente agradeço a Deus presença fundamental em minha vida.

À minha família e meu noivo Fábio que sempre me apoiaram e incentivaram em todos os momentos.

À tutora Mariana Véio Nery de Jesus e minha orientadora Profa. Dra. Helena Hemiko Iwamoto pela atenção e auxílio na conclusão deste trabalho.

À equipe PSF KOBU do município de Gouveia sempre empenhados e dedicados ao trabalho.

## RESUMO

No Brasil, o diabetes mellitus está entre as principais causas de morte. Por esta razão consideramos de extrema valia conhecer as características dos diabéticos, em especial a dos usuários de uma unidade básica de saúde de um município do interior mineiro. Neste contexto, o presente estudo teve por objetivo traçar o perfil dos portadores de diabetes na Unidade Básica de Saúde Kobu. Realizou-se uma análise a partir dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica Municipal sendo complementada com textos da literatura nacional para o embasamento desta análise. Verificou-se o predomínio de pessoas diabéticas idosas, do sexo feminino e com baixa escolaridade, o que nos leva a repensar a forma e o modo como estão organizadas as ações educativas voltadas para o diabético. Conclui-se que é urgente a implantação de estratégias que visem o atendimento às reais necessidades dos usuários, levando-se em consideração o perfil epidemiológico, a faixa etária, sexo, as dificuldades e o modo de pensar e agir dos diabéticos. Portanto os dados do PSF Kobu apontam a necessidade de criar programas simples com auxílio de recursos didáticos e de fácil compreensão pelos diabéticos.

Descritores: Diabetes mellitus, Tratamento, Programa Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

In Brazil, diabetes mellitus is among the leading causes of death. For this reason we consider extremely important to know the characteristics of diabetics, especially among users of a basic health unit of a mining city in the interior. In this context, this study aimed to define the profile of people with diabetes in the Basic Health Unit Kobu. We conducted an analysis of data from the Information System of the Municipal Primary and is complemented with texts of national literature for the foundation of this analysis. There was a predominance of elderly diabetics, females with low education levels, which leads us to rethink the way they are organized and how the educational interventions for diabetes. It is urgent that the implementation of strategies aimed at meeting the real needs of users, taking into account the epidemiological profile, age, sex, difficulty and way of thinking and acting of diabetics. Therefore the data from the PSF Kobu point to the need to create simple programs with the aid of teaching resources and easily understood by diabetics.

Keywords: Diabetes mellitus, Treatment, Family Health Program

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>10</b>
<b>3. OBJETIVO .....</b>	<b>15</b>
<b>4. MATERIAL E MÉTODOS .....</b>	<b>16</b>
<b>5. REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
<b>6. NÁLISE DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DA EQUIPE DE SAÚDE KOBU .....</b>	<b>19</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>26</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A prevalência do diabetes vem crescendo mundialmente e está relacionada em grande parte ao processo de envelhecimento populacional (SCHMIDT, 2009).

No Brasil o crescimento da população idosa tem ocorrido de forma acelerada. As projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, seremos o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Essa situação de envelhecimento da população brasileira é produto de mudanças, que vem acontecendo de maneira muito rápida nas três últimas décadas, decorrentes da redução da mortalidade infantil e da mortalidade geral levando ao aumento de proporção de adultos e idosos, ou seja, uma população envelhecida com declínio acentuado da taxa de fecundidade (TANNURE, 2010).

Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o diabetes mellitus se destaca como importante causa de morbidade e mortalidade, especialmente entre os idosos. O surgimento do diabetes mellitus em idosos decorre principalmente do processo de envelhecimento, no qual há uma substituição das doenças transmissíveis por doenças não transmissíveis (FRANCISCO, 2010).

O diabetes mellitus está entre as principais causas de morte no país. Por esta razão a prevenção e adesão do paciente diabético ao tratamento é um fator imprescindível no controle desta doença (XAVIER, 2009). Ressalta-se que o diabetes mellitus é caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. Existem vários tipos de diabetes mellitus, eles diferem quanto a sua causa, evolução clínica e tratamento. As principais classificações do diabetes são (SMELTZER; BARE, 2005).

- Diabetes do tipo 1 (diabetes mellitus insulino-dependente).
- Diabetes do tipo 2 (diabetes mellitus não insulino-dependente).
- Diabetes gestacional.
- Diabetes mellitus associado a outras condições ou síndromes.

Por outro lado estudos indicam que o diabetes está diretamente relacionado com hábitos de vida inadequados, sedentarismo e obesidade (SCHMIDT, 2009).

Neste sentido vale registrar a importância da atuação das equipes de Saúde da Família que tem atuado em medidas de prevenção com trabalho de grupo onde são oferecidas orientações para controle da doença, realização de exames laboratoriais, monitoramento das complicações e de forma mais significativa a troca de experiência entre os usuários.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Os encontros vivenciados durante o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família e as disciplinas ofertadas possibilitaram a reflexão de muitos dos problemas que ocorriam no cotidiano das equipes de Saúde da Família (ESF). Um dos problemas que mais me chamou a atenção foi o paradoxo existente na região onde atuo, ou seja, um número considerável de diabéticos com dificuldade para realizarem o controle glicêmico e, não aderirem ao programa de treinamento oferecido pelas equipes de saúde da família.

E, por considerar oportuno, a busca de respostas para esta problemática optei pela realização de uma análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) dos usuários que são acompanhados pela de Saúde da Família, na perspectiva de identificar o perfil dos portadores de diabetes na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atuo.

### **2.1 Situando o município no contexto cultural do estado de Minas Gerais**

O primórdio do Arraial de Santo Antonio de Gouveia volta-se para os arredores da capela de Santo Antonio, do século XVIII, em um terreno doado por Luiz Antônio Costa Lima, conforme consta na escritura datada de 16 de junho de 1775. Com a lei estadual nº 1039, de 12 de dezembro de 1953, o distrito de Gouveia foi desmembrado do município de Diamantina, sendo elevado à condição de cidade, oficializada em 1º de janeiro de 1954. Os moradores mais antigos GOUVEIA comentam que este nome surgiu a partir de uma rica fazendeira de origem portuguesa, Francisca de Gouveia, conhecida como Maria Gouveia, e tinha inúmeros escravos da tribo Kobu.

Segundo os historiadores, era ela quem detinha o comando político local, sendo a responsável direta pelo desenvolvimento do Arraial de Gouveia, através de sua influência política e comercial. O arraial de Santo Antônio situava-se a um quilometro da fazenda de Maria Gouveia, e enquanto os moradores dormiam, a fazendeira

mandou um de seus escravos roubar a imagem de Santo Antônio da capela do arraial e a colocou sobre uma grande pedra que existia em sua propriedade. No dia seguinte, ela mandou espalhar a notícia que o santo tinha fugido de noite. E, o povo daquela época, inocentemente acreditou que o Santo Antônio queria ficar na fazenda. E como homenagem ao santo, foi erguida nesta fazenda uma capela, dando início a uma nova cidade, a de Gouveia.

Quanto a palavra Kobu, deve-se à presença de negros da tribo Kobu que moravam nesta região. Esta tribo fazia um bolo de fubá que era feito enrolado em uma folha de bananeira. O bolo de fubá é famoso até os dias de hoje na região. É importante destacar ainda que muitos dos habitantes de Gouveia têm apelido de Kobu justamente pela preservação desta história.

Gouveia fica localizada na Microrregião de Diamantina e Macrorregião de Jequitinhonha. A cidade faz limites ao norte com os municípios de Diamantina e Datas, a leste com Conceição do Mato Dentro e Santana do Pirapama, ao sul com Presidente Juscelino e oeste com Monjolos. Em termos de rodovia, a MG-367 liga o município a Diamantina, a MG-259 a Curvelo e a BR 0-40 a Belo Horizonte que está situada a 250 Km.

O município de Gouveia apresenta uma área de 878 Km<sup>2</sup>, em posição 43° 44' de Longitude Oeste e 18° 27' de Latitude Sul. Faz parte da bacia do Vale do Paraúna, afluente do rio das Velhas, que por sua vez, é afluente do rio São Francisco. Seu relevo dominante é o conjunto de serras que formam o Espinhaço, com vegetações predominantes de campos de altitude e o serrado. O clima é subtropical úmido. Um problema ambiental do município são as voçorocas, resultantes de desmatamento, da abertura de antigas valas para separação de fazendas e de mineração.

A população de Gouveia é originária de mestiços, negros e brancos. Segundo o CENSO realizado pelo IBGE no ano de 2007, o município é constituído por uma população de 8.209 habitantes na zona urbana e na 3.360, zona rural, totalizando 11.569 habitantes.

O município Gouveia possui rico patrimônio natural composto por inúmeras cachoeiras, pelas serras de Santo Antônio, Salitre, Chapéu de Sol e Córrego do Rio

Grande. Forma a base da economia do município ainda a CIA Estamparia – Fábrica São Roberto, facções de tecidos, fábrica de bebidas, fábricas de blocos de cimento, além do comércio de pedras decorativas, associados à agropecuária.

Segundo o Conselho Municipal de Assistência Social, a agropecuária corresponde a 23,8%, as pequenas indústrias a 37,5%, o comércio a 6,8% e o artesanato a 2,9% das atividades realizadas pela população economicamente ativa, sendo que 70% da população sobrevive com renda de um salário mínimo.

## **2.2 Discutindo a questão da assistência à saúde oferecida aos moradores de Gouveia**

Os moradores mais antigos de Gouveia contam que, pelo fato da cidade ser um pequeno distrito de Diamantina, não tinha muito a oferecer aos seus habitantes, principalmente em relação a assistência à saúde. Em tempos antigos, década de 30, o Governo do Estado e a União subsidiavam o deslocamento de um médico da cidade de Diamantina para fazer atendimentos clínicos em Gouveia. Esse profissional prestava atendimento em situações de emergência, ficando a cargo dos farmacêuticos práticos e parteiras resolverem as questões mais corriqueiras.

Nesta época o atendimento médico era feito por meio das visitas domiciliares por não haver local apropriado para a realização das consultas, e os casos mais graves eram encaminhados para Diamantina e Belo Horizonte.

Por volta de 1953, Gouveia se emancipava de Diamantina, acarretando grandes mudanças relacionadas a organização municipal. Na condição de cidade, os dirigentes tiveram que dar novos rumos em prol do desenvolvimento e do bem estar de seus habitantes. Formularam, assim, um Código de Postura determinando regras e normas que iriam regulamentar as questões da convivência social e principalmente as da saúde.

Em 1957, foi inaugurado, o Hospital e Maternidade Dr. Aureliano Brandão, que representou um grande avanço na saúde, com contratação de médicos e enfermeiros. A partir daí, surgiu o primeiro posto de saúde, que realizava pequenos

procedimentos. Nesta época, havia grande preocupação por parte do governo do Estado com as endemias como: varíola, poliomielite, tuberculose e outras, surgindo assim as campanhas de vacinação em massa da população e a orientação pré-natal com acompanhamento das gestantes, puericultura para o cuidado dos recém-nascidos e a realização de procedimentos de baixa complexidade como a realização de curativos, aferir pressão arterial e outros.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), após a constituição de 1988, o município de Gouveia reformulou o código de postura, dando os primeiros passos para a criação da “vigilância sanitária e epidemiológica”.

Nesta caminhada, em 1996 implantou a primeira equipe de Programa Saúde da Família, o PSF Serrinha e criou o serviço de Vigilância Sanitária em 1998. E, em setembro de 1996, realizou a sua primeira Conferência Municipal de Saúde, o que propiciou a abertura de discussões e reivindicações da comunidade.

Em janeiro de 2002, implantou a equipe do PSF Sol e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, no Posto de Saúde Luiz Ponciano. Em novembro de 2002, transformou a equipe do PACS em uma equipe de PSF da zona rural, denominado Kobu, e o PSF Luiz Ponciano. Em setembro de 2009 criou a quinta equipe, o PSF Vila Alexandre Mascarenhas, mantendo cobertura total e contando com 30 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Atualmente as cinco Equipes de Saúde da Família são constituídas de um médico, um enfermeiro, um dentista, um auxiliar de saúde bucal, cinco auxiliares de enfermagem e os ACS em número compatível com a área adscrita de cada equipe. Ainda contam com a assistência de dois fisioterapeutas, uma psicóloga, uma médica ginecologista/obstetra, uma médica pediatra, um cardiologista e um ortopedista para apoio.

Em termos de assistência secundária, o município conta com o Hospital e Maternidade Dr. Aureliano Brandão onde são realizadas cirurgias de pequeno e médio porte bem como internações de clínica médica, cirúrgica, obstétrica e pediátrica.

Quanto às especialidades médicas, o município integra o Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha (CISAJE), situado em Diamantina, que oferece atendimento nas áreas de Cardiologia, Ortopedia, Neurologia, Dermatologia, Oftalmologia, Urologia, Psiquiatria, Otorrinolaringologia, Cirurgia, Nefrologia e Angiologia. Também conta com um Pronto Atendimento e uma Unidade de Tratamento Intensivo recém-inaugurada em Diamantina, minimizando o problema de transporte de pacientes graves para os Hospitais de Belo Horizonte.

### **3 OBJETIVO**

Traçar o perfil dos portadores de diabetes na Unidade Básica de Saúde Kobu a partir da análise dos dados do Sistema de Informação da Atenção Básica.

#### **4 MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma análise de dados secundários para caracterizar o perfil dos portadores de diabetes moradores do território da UBS de Kobu.

Os dados foram extraídos do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do SIAB Municipal referentes ao exercício de 2011. Para subsidiar a análise dos dados foram pesquisados na literatura nacional na Biblioteca Virtual em Saúde, artigos publicados em português, sem preocupação com ano de publicação dos mesmos.

Foram utilizados os seguintes descritores para busca: Diabetes mellitus, Tratamento, Programa Saúde da Família.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações, que abrangem a promoção e a proteção da saúde no âmbito individual e coletivo. É a porta de entrada da rede de atenção à saúde garantindo a coordenação e continuidade do cuidado (GIOVANELLA, 2009).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações dirigidas a populações de territórios bem definidos de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada a partir de prioridades epidemiológicas da área adstrita (COTTA, 2009).

Para o Ministério da Saúde, o PSF é uma estratégia que visa atender indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. É atribuição de o PSF conhecer a realidade das famílias identificando os problemas de saúde e situações de risco prestando assistência integral (ROSA, 2005).

Segundo Boas (2011), a adesão ao autocuidado é definida como o alcance na qual a pessoa apresenta comportamento de adesão ao uso de medicamento, ao seguimento de dietas e à prática de atividades físicas para o favorecimento da mudança de comportamento.

Por outro lado, a não adesão ao tratamento é um problema presente na prática clínica. Estima-se que apenas 1/3 dos usuários de saúde têm adesão adequada ao tratamento (COUTO, 2010), e o diabetes mellitus está entre as doenças que apresentam baixa taxa de adesão.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde a mudança no estilo de vida com a adoção de práticas saudáveis: atividade física e alimentação saudável não é apenas um problema individual e sim social. São necessárias ações voltadas para a população e profissionais da saúde (COSTA, 2011).

Um aspecto importante na melhoria da qualidade de vida de uma população é o aumento da capacidade do conhecimento. O conhecimento está relacionado ao que a população conhece sobre determinada doença, os fatores de risco, tratamento. Entretanto, estudos têm demonstrado que o conhecimento isoladamente não é suficiente para promover modificações no comportamento das pessoas (BORGES, 2009).

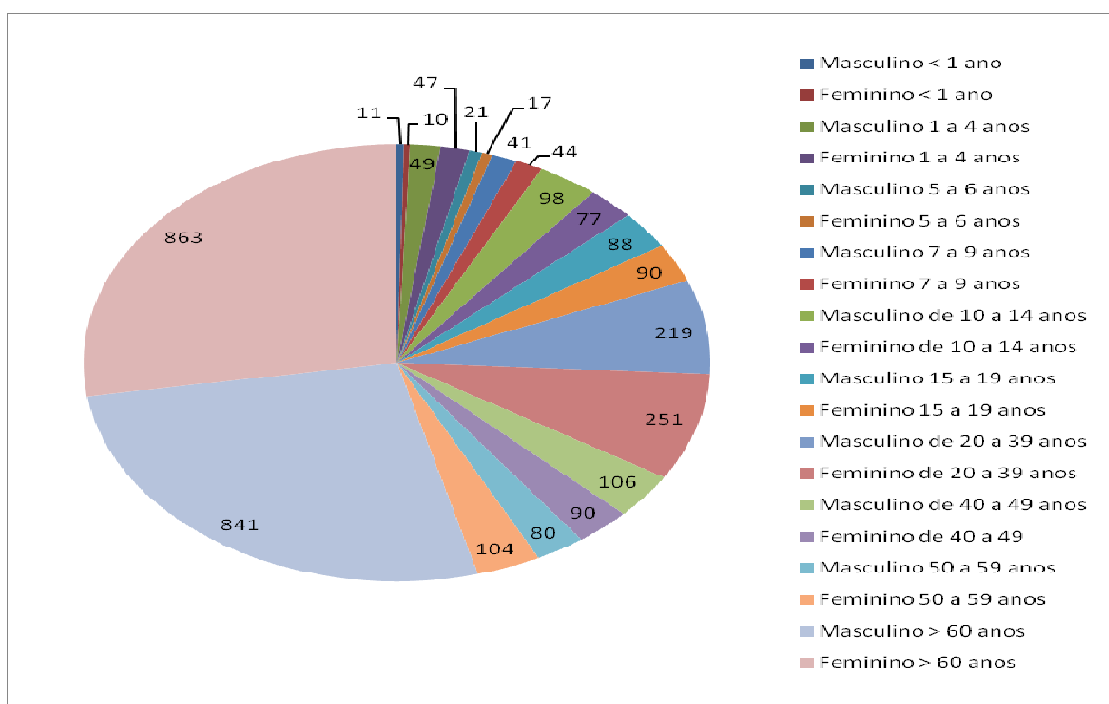
Uma tecnologia que pode ser associada à educação é o empoderamento, uma tecnologia educacional inovadora que está diretamente relacionada a ajudar a pessoa no controle sobre sua vida, abordando os campos da promoção da saúde. O empoderamento envolve a participação do paciente no processo de tomada de decisão e planejamento do tratamento. Assim as ações profissionais planejadas com envolvimento e respeito às decisões do paciente propiciam melhores resultados na ação do cuidar (HAMMERSCHMIDT, 2010).

## 6 ANÁLISE DOS DADOS DO SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA DA EQUIPE DE SAÚDE KOBU

De acordo com os dados do SIAB do mês de junho de 2011 a população cadastrada na área de abrangência do PSF era de 1.745 pessoas. Uma das características que me chamou a atenção é o fato dessa população ser constituída majoritariamente por pessoas que residem na zona rural.

Na distribuição da população do PSF Kobu, por faixa, etária nota-se maior freqüência de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, em ambos os sexos (Gráfico 1).

Gráfico 1- Distribuição da população PSF KOBU de acordo com o sexo e faixa etária. Gouveia-MG, Maio 2011.



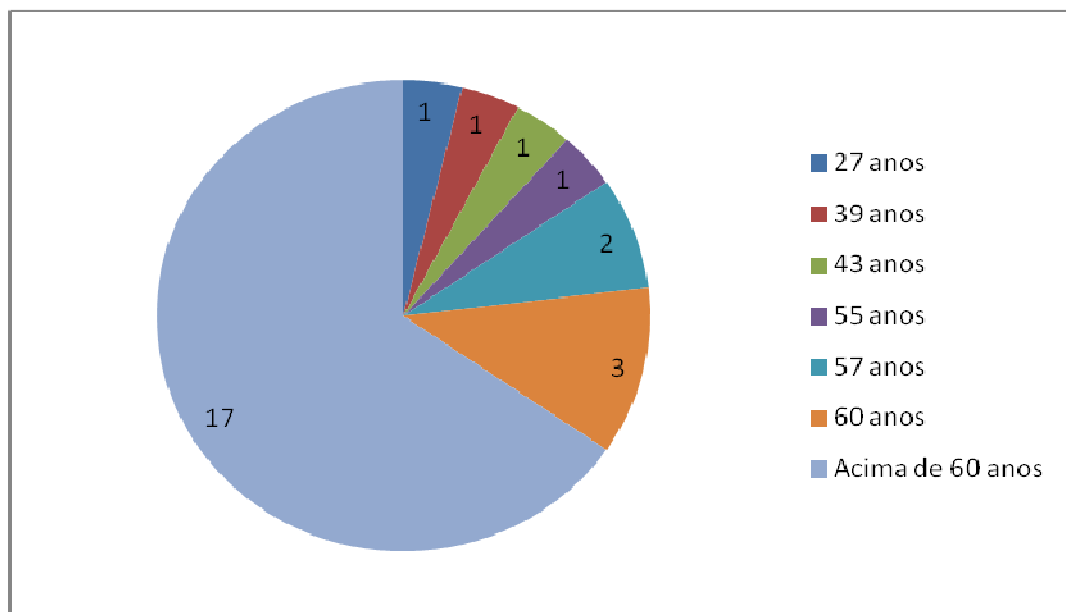
Fonte SIABMUN, 2011

Ressalta-se que os dados populacionais do PSF Kobu acompanham o processo de transição demográfica mundial, onde apresenta um número expressivo de pessoas

com 60 anos ou mais. Outra característica é o aumento da população feminina, atingindo uma proporção de 54,15% do total. Estes dados reforçam a necessidade de ampliação de políticas públicas que assegurem a qualidade de vida para todas as faixas etárias que vai desde o nascimento à terceira idade.

Em relação ao diabetes, os usuários do PSF Kobu apresentam um número expressivo de diabéticos com idade superior a 60 anos. Estes dados acompanham de certa forma, a transição demográfica, maior de número de idosos e a elevação do surgimento de diabetes (Gráfico 2).

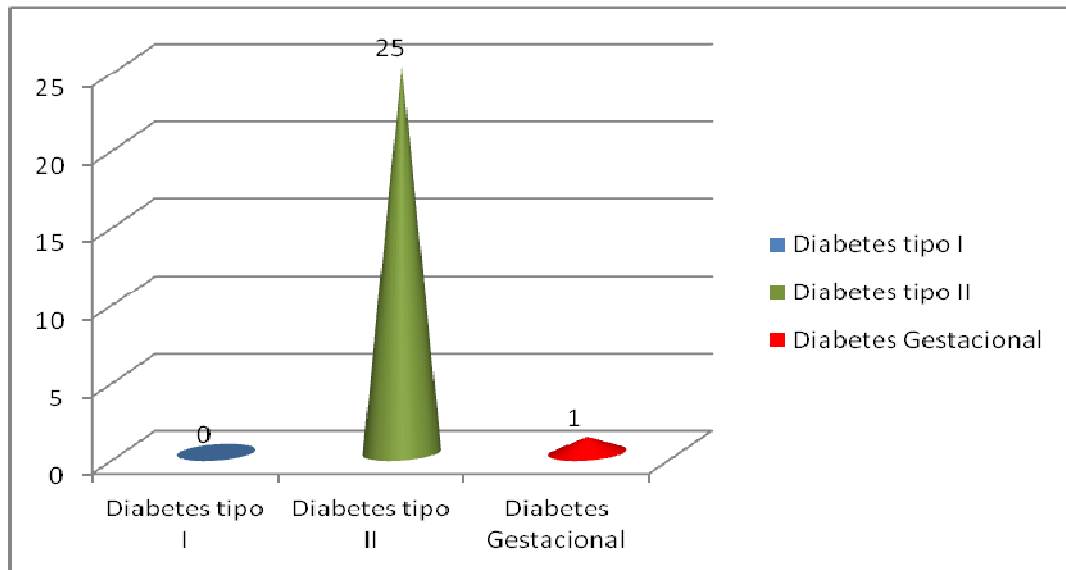
Gráfico 2- Distribuição do diabetes no PSF KOBU de acordo com a faixa etária. Gouveia- MG, 2011.



Fonte SIABMUN, 2001

Em relação ao tipo de Diabetes a maioria dos usuários tem diagnóstico de diabetes do tipo II (Gráfico 3). Considerando-se que, uma das características do PSF KOBU é o atendimento às pessoas idosas, pressupõe-se que o elevado índice de diabetes, em pessoas na faixa de idade superior a 60 anos, possa estar atrelado aos hábitos de vida como, o sedentarismo, dieta rica em carboidratos, falta de exercício e outros, vivenciados por essas pessoas.

Gráfico 3-Distribuição do diabetes no PSF KOBU de acordo com a classificação. Gouveia - MG, 2011.



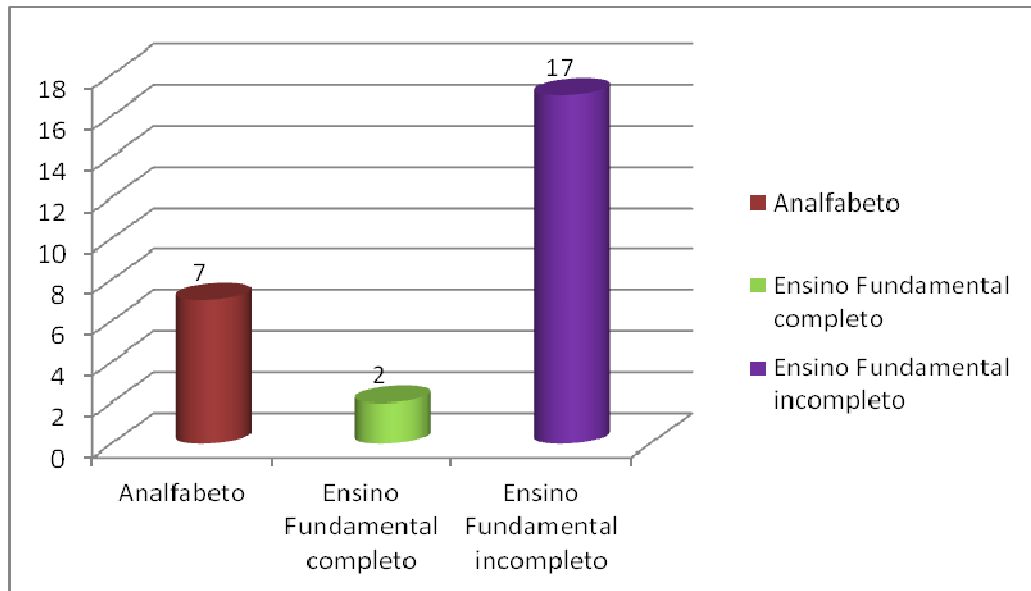
Fonte SIABMUN, 2001

O fato de 96,15% dos usuários do PSF Kobu apresentarem diabetes tipo 2, torna-se preocupante na medida em que, vários estudos relatam a relação do diabetes com a hereditariedade, a interferência da obesidade e do sedentarismo no surgimento da doença e as complicações advindas da diabetes, como as doenças cardiovasculares que são responsáveis por até 80% dos óbitos em adultos (COTTA, 2009).

Neste sentido, considera-se de suma importância o incentivo aos diabéticos, por parte dos integrantes da equipe saúde da família, para a realização de atividade física regular, que notadamente tem contribuído para o controle glicêmico e redução ou manutenção do peso.

Em relação à escolaridade dos diabéticos atendidos pelo PSF Kobu sete eram analfabetos, 17 tinham ensino fundamental incompleto e apenas dois usuários apresentavam ensino fundamental completo (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Distribuição de pacientes portadores de diabetes segundo a escolaridade. Gouveia - MG, 2011.

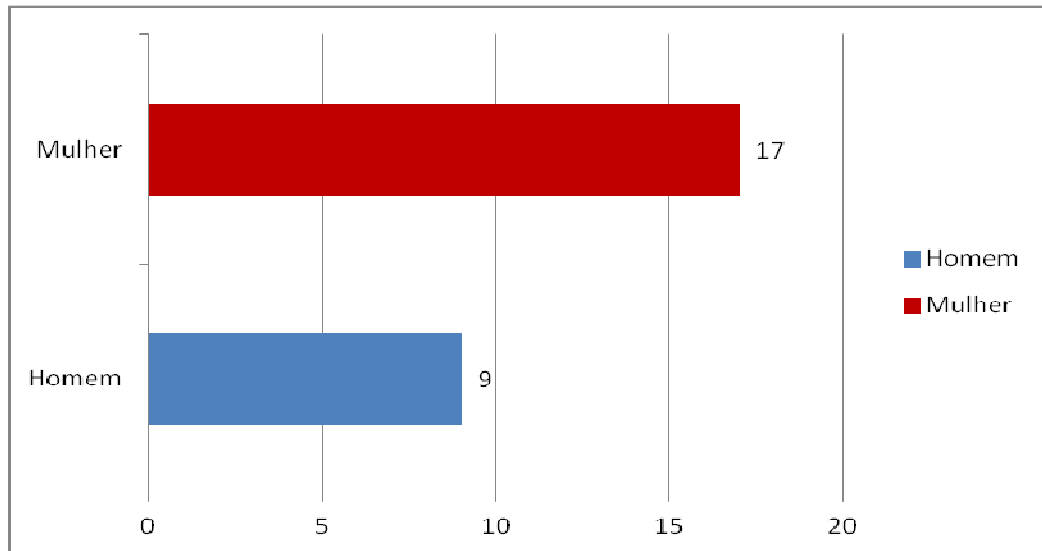


Fonte SIABMUN, 2011

O fato de apenas 7,14% dos diabéticos do PSF Kobu terem o ensino fundamental completo, 25% serem analfabetos e a maioria (67,86%) terem apenas o ensino fundamental incompleto, torna-se evidente a necessidade do efetivo controle da diabetes, por parte das equipes de saúde da família. A compreensão entre as pessoas idosas de que é possível ter qualidade de vida mesmo sendo diabético.

Em relação ao sexo dos portadores de diabetes do PSF Kobu a maioria era do sexo feminino (Gráfico 5). Esses dados sugerem que há maior preocupação, por parte das mulheres, com a saúde ou talvez, maior interesse em procurar os serviços de saúde. Por outro lado, não há contestar que existe um quantitativo maior de projetos e programas voltados para a mulher, que se iniciam desde a fase gestacional até a fase adulta. Vale registrar ainda, a preocupação atual com os idosos, e principalmente voltados para a questão do lazer, qualidade de vida, atividades saudáveis e outros e a saúde dos homens.

Gráfico 5 - Distribuição de pacientes portadores de diabetes segundo o gênero. Gouveia - MG, 2011.



Fonte SIABMUN, 2011

Vale registrar também que no cotidiano do trabalho na UBS, existem alguns fatores que dificultam a adesão dos diabéticos ao tratamento, por exemplo, quando se aborda a questão do estilo de vida, principalmente em relação a dieta e exercício físico. De modo geral, os diabéticos além de apresentarem dificuldade para compreender sobre a importância para aquisição de novos hábitos alimentares, fazer exercício físico e outros, não se sentem motivados ou não tem interesse em agregar novos conhecimentos, que certamente demandarão em qualidade de vida e maior tempo de vida.

Inegavelmente a literatura tem demonstrado que o tratamento do diabetes requer uma mudança no estilo de vida, que proporciona melhor controle metabólico evitando o aparecimento de complicações. Para que haja esta mudança, os profissionais de SF devem levar em consideração as crenças e os valores que já estão encontrados arraigados ao estilo de vida dos diabéticos (COUTO, 2010).

Neste sentido, acreditamos que só podemos intervir na medida em que os profissionais de saúde forem capazes de compreender quais são as reais dificuldades dos diabéticos, através de algumas estratégias como, por exemplo, em

relação à dieta, pode-se fazer pequenos grupos de trabalho para que outros usuários possam contar para os diabéticos as estratégias utilizadas para a sua superação. Ressalte-se que, ainda é muito importante a participação do diabético nas decisões e nas condutas que deverão tomadas.

Os dados do PSF Kobu apontam a necessidade de criar programas simples com auxílio de recursos didáticos e de fácil compreensão pelos diabéticos. A realização de ações educativas tem muito a contribuir também para a qualidade do serviço, ou seja, através da capacitação da equipe através da Educação Permanente em Saúde, por exemplo, de que forma podemos mudar o processo de trabalho, qualificar os profissionais, uniformizar e sistematizar o atendimento ao diabético, de forma mais aderente com a realidade vivida por eles, de simplicidade.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Diabetes mellitus por ser uma doença crônica, ela nos impõe uma constante mudança, na maneira de trabalhar, ser e intervir na vida do usuário e da sua família. O fato de ser constatado que no PSF Kobu há predomínio de pessoas diabéticas idosas, do sexo feminino e com baixa escolaridade, leva-nos a repensar a forma e o modo como estão sendo organizadas as ações educativas voltadas para o diabético, na comunidade.

Outro ponto, não menos importante, é a atuação da equipe multidisciplinar. É fundamental estabelecer um vínculo afetivo com o usuário, para se conhecer o usuário, em relação às suas angústias, expectativas, conflitos, dificuldades que devem ser consideradas no planejamento das ações de saúde.

Por esta razão, é urgente a implantação de estratégias que visem o atendimento às reais necessidades do usuário, levando-se em consideração o perfil epidemiológico, a faixa etária, sexo, as dificuldades, o modo de pensar dos usuários, dentre outras.

## REFERÊNCIAS

BOAS, L. C. G. V; *et al.* Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto contexto - enferm.** v. 20, n.2, pp. 272-279, 2011.

BORGES, T. T; ROMBALDI, A. J; KNUTH, A. G; HALLAL, P. C. Conhecimento sobre fatores de risco para doenças crônicas: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública.** v. 25, n.7, pp. 1511-1520, 2009.

COSTA, J. A; BALGA, R. S. M; ALFENAS, R. C. G. COTTA, R. M. M. **Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde.** *Ciênc. saúde coletiva.* v.16, n.3, p. 2001-2009, 2011.

COUTO, A. M. **Adesão dos diabéticos ao tratamento não medicamentoso: Um desafio para o PSF de Bom Despacho – MG.** MG. 2010. 84f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

COTTA, R. M. M; *et al.* Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. **Ciênc. saúde coletiva.**, v.14, n.4, pp. 1251-1260, 2009.

FRANCISCO, Priscila Maria Stolses Bergamo *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, Jan. 2010.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva.** v.14, n.3, p. 783-794, 2009,

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; LENARDT, Maria Helena. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 19, n. 2, jun. 2010.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho e LABATE, Renata Curi. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** . v.13, n.6, pp. 1027-1034, 2005.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev. Saúde Pública**, v.43, suppl. 2, pp. 74-82, 2009

SMELTZER, S.; BARE, B. G. Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2005.

TANNURE, M. C; ALVES, M; SENA, R. R; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, v.63, n.5, pp. 817-822. 2010

XAVIER, A. T. F; BITTAR, D. B; ATAIDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto contexto - enferm.** 2009, v.18, n.1, pp. 124-130.