

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO SAÚDE DA FAMÍLIA**

ANGELA MARIA CAMPOS RIBEIRO

**DIABETES MELLITUS: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO, NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE PENHA, EM PASSOS – MINAS GERAIS**

**FORMIGA – MG
2016**

ANGELA MARIA CAMPOS RIBEIRO

**DIABETES MELLITUS: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO, NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE PENHA, EM PASSOS - MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a Ms. Ayla Norma Ferreira Matos

**FORMIGA – MG
2016**

ANGELA MARIA CAMPOS RIBEIRO

**DIABETES MELLITUS: PLANO DE INTERVENÇÃO PARA
PREVENÇÃO DE FATORES DE RISCO, NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE PENHA, EM PASSOS- MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA

Profa. Ms. Ayla Norma Ferreira Matos - Orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ / ____ / ____.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela saúde e capacidade de estudar, à minha família por compreender meus períodos de ausência por me dedicar ao curso.

Meu agradecimento também aos profissionais da UFMG, em especial aos tutores e orientadora.

DEDICATÓRIA

Aos companheiros de trabalho pelo apoio e colaboração e a cada usuário frequentador da Unidade de Saúde Penha, que me motiva a melhorar a cada dia para lhes conceder um tratamento capacitado e digno.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde

CAPS AD - Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CEO – Centro De Especialidades Odontológicas

CEREST- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CMS- Conselho Municipal de Saúde

COHAB - Conjunto Habitacional

DANT's - Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DM - Diabetes Mellitus

ESF – Equipe de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

PES - Planejamento Estratégico Situacional

SBEM– Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SISPRENATAL - Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério

SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SSMP – Secretaria de Saúde do Município de Passos

UBS – Unidade Básica de Saúde

UEMG – Universidade do Estado de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1: Mapa da região maso sul do sudoeste de Minas Gerais	12
Tabela 1: Critérios para o diagnóstico de diabetes	24
Quadro 1: Descrição da Equipe da Unidade Básica de Saúde Penha – Centro Comunitário Juscelino Batista Leite	15
Quadro 2: Problemas Identificados na UBS Penha, Passos-MG	27
Quadro 3: Problemas por ordem de prioridade, identificados na UBS Penha, Passos-MG	28
Quadro 4: Identificação dos “nós-críticos”	29
Quadro 5: Descrição das operações para os “nós-críticos” do problema Diabéticos Descompensados	31
Quadro 6: Recursos Críticos necessários para o plano de ação	33
Quadro 7: Propostas de ações para motivação dos atores	34
Quadro 8: Plano Operativo	35
Quadro 9: Gestão do Plano	37
Quadro 10: Avaliação do Plano.....	40
Quadro 11: Avaliação de Resultados	41

RESUMO

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica, de grande impacto no perfil de morbimortalidade em todo o Brasil e que tem grande procura por atendimento e tratamento na Unidade Básica de Saúde. O objetivo deste trabalho é elaborar projeto de intervenção visando a prevenção de fatores de risco e evitar as complicações do diabetes mellitus, na população da UBS Penha, no município de Passos/MG, a fim de melhorar a qualidade de vida dos diabéticos. Visando subsidiar a proposta do projeto de intervenção, inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico em livros relacionados ao tema na Biblioteca Universitária da Universidade Estadual de Minas Gerais de Passos – MG consultas em bases de dados como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, Manuais do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira do Diabetes e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, sites de informações estatísticas como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Para busca dos artigos foram utilizados os descritores: Diabetes; Fatores de Risco; Prevenção. Foi realizado no período de janeiro a dezembro de 2015 e utilizou-se o recorte temporal de 2002 a 2015. Posteriormente à revisão de literatura, iniciou-se a elaboração do projeto de ação por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES) Simplificado, conforme método do módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF). A realização do projeto de intervenção vai permitir que a equipe perceba a necessidade de contar com apoio intersetorial e, também que suas ações têm reflexos na qualidade de vida da população assistida. As propostas apresentadas são possíveis de serem executadas e o projeto tem grande possibilidade de ser implementado em sua totalidade.

Descritores: Diabetes. Fatores de Risco. Prevenção.

ABSTRACT

O Diabetes Mellitus E Doença chronic uma, de grande Impacto no perfil de morbimortalidade em Todo o Brasil e Que Tem grande Procura POR atendimento e Tratamento na Unidade Básica de Saúde. O Objetivo Deste Trabalho e elaborar o Projeto de Intervenção visando a Prevenção de Fatores de risco e Evitar como Complicações do diabetes mellitus, na População da UBS Penha, no município de Passos / MG, um Fim de melhorar a Qualidade de vida dos Diabéticos. Visando subsidiar a Proposta do Projeto de Intervenção, inicialmente foi Realizado hum Levantamento bibliográfico em Livros Relacionados Ao tema na Biblioteca Universitária da Universidade Estadual de Minas Gerais de Passos - Consultas MG em bases de Dados Como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, Scientific Electronic Library online, Literatura e Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde, Manuais do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira do Diabetes e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, locais de Informações Estatísticas Como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil. Para busca dos Artigos were utilizados OS Descritores: Diabetes; Fatores de Risco; Prevenção. Foi Realizado no Período de janeiro a dezembro de 2015 e utilizou-se o recorte temporal, de 2002, um 2015. Posteriormente à Revisão de literatura, iniciou-se a Elaboração do Projeto de Ação POR Meio do Planejamento Estratégico situacional (PES) Simplificado, Método Conforme fazer módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CeasF). A Realização do Projeto de Intervenção vai permitir that uma Equipe perceba a necessidade de Contar com Apoio intersetorial e, also that SUAS Ações TEM reflexos na Qualidade de vida da População Assistida. Como PROPOSTAS apresentadas São Possíveis de Serem executadas e o Projeto TEM grande possibilidade de Ser implementado em SUA totalidade.

Keywords: Diabetes . Risk factors. Prevention.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 JUSTIFICATIVA.....	17
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivo Geral	19
3.2 Objetivos Específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO DE LITERATURA	21
5.1 Diabetes: Noções gerais e epidemiologia	21
5.2 Diagnóstico do Diabetes Melitus	23
5.3 Tratamento do Diabetes Melitus	24
5.4 Fatores de Risco do Diabetes Melitus	25
5.5 Adesão ao Tratamento	26
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Identificação do Problema.....	27
6.2 Priorização do Problema.....	27
6.3 Descrição do Problema.....	28
6.4 Explicação do Problema	28
6.5 Seleção dos Nós Críticos	29
6.6 Desenho das Operações	31
6.7 Identificação dos recursos Críticos	33
6.8 Análise da Viabilidade do Plano	33
6.9 Elaboração do Plano Operativo	35
6.10 Gestão do Plano	36
6.11 Monitoramento e Avaliação	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

O diabetes ou Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, autoimune, caracterizada pela deficiência da produção de insulina pelo organismo que envolve o metabolismo da glicose no sangue, cuja prevenção depende primordialmente em um estilo de vida mais saudável, com prática de exercícios físicos que podem ajudar a controlar a glicemia e a perder gordura corporal, o que também alivia o estresse e contagem de carboidratos, que tem efeito direto nos níveis de glicose (SBEM, 2014).

Segundo Laboissière (2014) o percentual de pessoas com diabetes no Brasil, cresceu de 5,5% em 2006 para 6,9% em 2013. A doença é mais comum entre as mulheres (7,2%) do que entre os homens (6,5%), e de 0,8% em indivíduos entre 18 e 24 anos e 22,1% em indivíduos com mais de 65 anos.

De acordo com Guyton e Hall (2011), fisiologistas, o DM é uma falha no metabolismo de carboidratos, lipídeos e proteínas, seja pela falta da secreção de insulina ou pela sensibilidade diminuída dos tecidos à mesma.

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de diabéticos irá aumentar dos atuais 285 milhões, em 2010, para 435 milhões até 2030 no mundo (BAZOTTE, 2010). Essas estimativas indicam um número absurdo de casos de DM, caracterizando essa doença como extremamente preocupante para a população mundial.

Bazotte (2010) informou também que, no Brasil, os dados relacionados à doença revelam que, até 2025 o país deverá ter 17,6 milhões de diabéticos, ou seja, quase duas vezes mais que os 8 milhões existentes em 2010, de pessoas com a doença. Assim, vai saltar do oitavo para o quarto lugar, em termos de número total de diabéticos. Nesse cenário, é necessário que haja um planejamento de novos modelos de atenção para combater a doença no portador pré-diabético, para que não desenvolva maiores problemas futuros, bem como evitar mais problemas com a doença, significando maiores gastos com cuidados e necessidade de mais mão-de-obra qualificada.

O número de pessoas diabéticas tende a aumentar por causa do crescimento e envelhecimento da população, da imigração para a vida urbana, do aumento da prevalência da obesidade e sedentarismo (SBD, 2010).

As consequências da falta de tratamento adequado levam às diversas complicações como: retinopatia; nefropatia; neuropatia; pé diabético; infarto do miocárdio; acidente vascular cerebral, entre outras doenças que podem se desenvolver dificultando a vida do indivíduo (SBEM, 2015).

Passos é o município onde será realizado o plano de intervenção. Conforme observado na figura abaixo, está situado na região maso sul e sudoeste do estado de Minas Gerais, que conta com 106.290 habitantes segundo o IBGE (2015).

FIGURA 1: Mapa da região maso sul sudoeste de Minas Gerais.



Fonte: www.minas-gerais.net

A proposta é orientar sobre diabetes, que ora apresenta alta prevalência, conforme citado anteriormente, com ações visando ouvir e acompanhar os indivíduos que estão com maior risco, bem como aqueles que já têm a doença instalada.

Atualmente, a saúde pública de Passos está estruturada com 52 estabelecimentos de saúde, de atendimento ambulatorial, sendo 34 com atendimento médico em especialidades básicas, 14 com outras especialidades, 1 com apoio à diagnose e terapia público, entre outros (IBGE, 2015).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Penha - Centro Comunitário Juscelino Batista Leite é uma unidade de atenção primária à saúde que atua na área urbana. Está em uma localização estratégica, na Avenida Dona Liquinha Silveira, 235 - e atende os residentes da área de abrangência da UBS Penha e das áreas de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) Penha I, ESF Penha II, ESF Planalto em algumas situações. Atendimento de segunda a sexta- -feira das 7h às 16:30h, com atendimento nas áreas de: Clínica Médica; Ginecologia; Pediatria; Fonoaudiologia; Nutrição; Psicologia; Terapia Ocupacional e Enfermagem (SECRETARIA MUNICIPAL DE PASSOS, 2015).

Embora a UBS Penha não tenha uma equipe de saúde da família, desenvolve ações correlatas, pois trabalha com território adscrito, com visitas domiciliares, além de manter ativos os programas como Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), Programa Nacional de Suplementação de Ferro, Sisprenatal – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto e Puerpério, Saúde da Criança, Vigilância epidemiológica para agravos de notificação compulsória, diversos procedimentos, consultas de enfermagem e imunização.

Devido ao número de profissionais que residem na área de abrangência e fazem parte desta comunidade, assumem muitas características comuns aos usuários atendidos, cujos familiares residem neste território, aliado ao fato de que trabalham há muitos anos nesta unidade, o que favorece o vínculo com os moradores, gerando resultados positivos em várias atividades prestadas (CIRINO, 2015).

Além da agenda programada, há possibilidade de agendamento diário para consultas com os outros médicos que atendem nesta unidade de saúde. Entre as principais demanda na UBS, são freqüentes ações para controle de hipertensão e diabetes, seguido de prescrição para pessoas com transtornos mentais, infecções respiratórias principalmente em crianças, entre outros.

A equipe ainda não está completa. Inclusive, não há Agentes Comunitários de Saúde (ACS) compondo a equipe, e não há cadastro das famílias no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB); por isso não é possível informar o número

exato de usuários atendidos nessa UBS, embora estima-se que seja em torno de quase quatro mil pessoas nesse território.

Para atender a essa população houve o imperativo de remanejar um grupo de famílias e endereços para unidades de ESF vizinhas, considerando que o município ainda está implantando novas equipes.

Existe projeto para que essa unidade venha a se tornar futuramente uma ESF, tendo em vista que funciona como porta de entrada para a população adscrita, mas também como referência nas especialidades básicas como pediatria e ginecologia, e ainda psicologia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, nutricionista (CIRINO, 2015).

A estrutura física da UBS, já citada, foi construída para este fim e tem duas salas de espera arejadas e confortáveis, seis consultórios bem distribuídos, sala de imunização com entrada independente, banheiros masculino, feminino, e para funcionários, cozinha, bebedouro, funcionários uniformizados. Possui materiais e instrumentos básicos suficientes como armários, mesas, cadeiras, macas, aparelhos de inalação, esfigmomanômetros, estetoscópios, aparelhos de glicemia capilar, computadores, impressoras, entre outros (CIRINO, 2015).

Quadro 1 – Equipe da Unidade Básica de Saúde Penha do Centro Comunitário Juscelino Batista Leite. Passos-MG, 2016.

Profissionais	Quantidade	Carga Horária
Clínico geral	1	2h/dia
Clínico geral	1	6h/dia
		Programa mais médicos
Pediatra	2	2h/dia cada
Ginecologista	2	2h/dia cada
Psicóloga	2	4h/dia cada
Nutricionista	1	6h/ semanais
Terapeuta ocupacional	1	4h/semanais
Enfermeira	1	40h semanais
Técnico de enfermagem	2	20h semanais
Fonoaudióloga	1	8h semanais
Recepcionista	1	40h semanais
Funcionária assepsia	1	10h semanais

Fonte: Registro interno da unidade, 2015

O projeto de intervenção é proposto incluindo os territórios do bairro Penha, Conjunto Habitacional 1(COHAB's), Penha II; parte do Jardim Maria Augusta, parte do bairro Jardim Planalto e Alto dos Nobres.

A população desses bairros é formada por pessoas que vivem de sua atividade laboral; em sua maioria são operários em fábricas de costura, indústria aviária, diaristas e secretárias domésticas, pedreiros e serventes, entre outros, e em sua maioria ganham apenas o salário mínimo, sem instrução escolar, e muitos possuem já a tão sonhada casa própria, pois esses bairros foram contemplados com o Programa Minha Casa, Minha Vida, do Governo Federal. E há, também, algumas mulheres que optaram por cuidar de seu lar (CIRINO, 2015).

Esses bairros possuem água potável encanada e rede esgoto, além de energia elétrica, telefonia fixa e móvel, supermercados, farmácias, diversas confecções e lojas de calçados, *lan houses* - casas de informática, curso de inglês, serviços de formas diversas, academias de ginástica particular e pública ao ar livre, praça, bares, Igrejas católicas e evangélicas, salões de beleza, enfim, um bom nível de urbanização. Nas ruas que circundam a área, há creche, escolas desde infantil

até ensino médio e uma unidade do Instituto Federal Sul de Minas que oferece cursos técnicos gratuitos (CIRINO, 2015).

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas degenerativas são uma realidade na saúde pública de todo o Brasil. Em todo esse período atuando na atenção primária à saúde, foi possível observar que apesar de ser um assunto de longa data, a cada dia aumenta o número de pessoas com diabetes e a falta de cuidados com a própria saúde ainda é evidente entre aqueles que possuem a doença e não há participação de seus familiares.

O número de casos de diabetes ocorre também no município de Passos, MG, cujos óbitos em 2012 tiveram a marca de 52 óbitos; dentre estes, 15 por causas relacionadas a doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas (IBGE, 2015).

Como médica atuante da UBS Penha, observei a necessidade de uma intervenção direcionada aos pacientes diabéticos, pois, mesmo com acompanhamento médico e de programas específicos para diabéticos, os mesmos não conseguem controlar os índices de glicemia e, com isso as complicações e as consequências desta patologia precisam ser minimizadas.

A UBS da Penha oferta consultas médicas e programas específicos aos diabéticos, mesmo assim, observa-se que muitos pacientes apresentam comportamentos incoerentes com o tratamento, apesar do uso de terapia medicamentosa. Além disso, muitos desconhecem a influência do histórico familiar, da prática de atividade física, da dieta, do tabagismo e de outros fatores condicionantes para sua qualidade de vida e de controle do diabetes, responsabilizando a UBS Penha por não conseguirem eliminar a doença, que muitas vezes já se encontra instalada (CIRINO, 2015).

Dados recentes indicam que, no Brasil, os custos diretos com DM variam entre 2,5% e 15% do orçamento anual em saúde, além dos custos ditos intangíveis, como dor, ansiedade, perda de qualidade de vida, os quais resultam em grande impacto na vida das pessoas com DM tipo 2 e suas famílias (SBD, 2009 *apud* MAGALHÃES *et al.*, 2012, p.361).

Apesar da procura por atendimento pelos pacientes com quadro de diabetes, muitos apresentam comportamentos incoerentes e responsabilizam apenas a unidade de saúde em sanar sua condição clínica, sem contudo responsabilizarem-se pelos cuidados pessoais, que dependem somente deles, e não têm a consciência de que o quadro de diabetes envolve histórico familiar, a prática constante de atividade física, dieta adequada, tabagismo, que são fatores condicionantes para sua qualidade de vida.

Face ao exposto, sentiu-se a necessidade premente de trabalhar junto a essa população, no sentido de sensibilização das pessoas que apresentam Diabetes Mellitus, para tentar diminuir o número de diabéticos com níveis glicêmicos altos, para evitar complicações e internações por causas evitáveis a longo prazo, e garantir mais qualidade de vida a esse grupo de pessoas que compartilham limitações alimentares entre outras mudanças em sua rotina.

Na área da UBS Penha, apresentada na introdução, onde será aplicado o projeto de intervenção, muitos diabéticos apresentam grande dificuldade em aderir o tratamento recomendado pelos profissionais de saúde.

Nesse sentido, torna-se necessário desenvolver um trabalho junto a essa população com o intuito de sensibilizá-los em relação à importância do controle dos fatores de risco para controlar a doença e orientar também aqueles que ainda não apresentam o quadro de DM, a fim de evitar as complicações desta patologia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar projeto de intervenção visando controlar e evitar as complicações do diabetes melitus, na população assistida - usuários da UBS Penha "Centro Comunitário Juscelino Batista Leite", no município de Passos/MG, sensibilizando-os acerca dos cuidados e prevenção da doença.

3.2 Objetivos Específicos

- Discutir a importância de atuar sobre os fatores de risco, visando a prevenção do diabetes;
- Discutir a importância da educação em saúde para o controle do diabetes, com vistas à busca por uma vida mais saudável;
- Identificar um conjunto de ações a serem desenvolvidas com a população assistida pela UBS de Passos, a fim de reduzir a incidência do problema e, melhorar a qualidade de vida dos diabéticos.

4 METODOLOGIA

Visando subsidiar a proposta do projeto de intervenção, inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico em livros relacionados ao tema na Biblioteca Universitária da Universidade Estadual de Minas Gerais de Passos – MG (UEMG); foram realizadas consultas em bases de dados como Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Manuais do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira do Diabetes e Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, sites de informações estatísticas como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), entre outros. Para seleção dos artigos foram utilizados os descritores: Atenção primária à Saúde e Diabetes Mellitus e, realizado no período de janeiro a dezembro de 2015. Utilizou-se o recorte temporal de 2002 a 2015.

Posteriormente à revisão de literatura, iniciou-se a elaboração do projeto de ação por meio do Planejamento Estratégico Situacional (PES), utilizando como referência a metodologia do PES simplificado, dos autores do módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), que consta de 10 passos, a saber:

- 1- Definição dos problemas
- 2- Priorização de problemas
- 3- Descrição do problema selecionado
- 4- Explicação do problema
- 5 - Seleção dos “nós críticos”
- 6 - Desenho das operações
- 7 - Identificação dos recursos críticos
- 8 - Análise de viabilidade do plano
- 9 - Elaboração do plano operativo
- 10 - Gestão do plano

E também do monitoramento e avaliação das ações em saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 Diabetes Mellitus: noções gerais e epidemiologia

O número de portadores cresce anualmente devido ao estilo de vida em uma sociedade marcada pela industrialização de alimentos e vida sedentária, sem a prática de exercícios físicos, por isso, o DM acomete cerca de 7% da população adulta entre 30 a 69 anos. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% de grávidas, e estima-se que em 2030, em torno de 300 milhões de pessoas estarão com a síndrome, sendo que, em torno de dois terços desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, sendo o diabetes melito tipo 1 (DM1) responsável por cerca de 5% a 10% dos casos (SBD, 2012).

A classificação do DM pode ser dividida tendo em vista, as de maior prevalência na população: DM tipo 1 (DM1), DM tipo2 (DM2), diabetes gestacional (DMG) e outros tipos de DM, sendo os dois primeiros tipos os mais conhecidos, onde o tipo 2 é o de maior prevalência na população (BAZOTTE, 2010).

Há outros tipos de diabetes que são menos frequentes, resultantes da disfunção das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, entre outras (GROSS *et al.*, 2002).

Bazotte (2010) caracteriza o DM1 pela deficiência absoluta na produção e conseqüentemente na secreção de insulina; a prevalência do DM1 apresenta-se numa variável de 5% a 10% dos casos de diabetes, e a sua causa ocorre pela destruição de células beta-pancreáticas devido à deficiência de insulina por mecanismos autoimune ou idiopático, ou seja, de maneira desconhecida. Atualmente, observa-se alto índice em crianças e adolescentes e também em indivíduos magros.

Segundo relato de Tschiedel (2004) *apud* Baltahazar (2013), o DM1 ocorre em indivíduos geneticamente predispostos, os quais apresentam algumas características de autoimunidade como os autoanticorpos anti-insulina (IAA),

antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD), antitirosina-fosfatase (IA2) e anti-ilhota pancreática (ICA12) que podem estar presentes meses ou anos antes do diagnóstico clínico, ou seja, na fase pré-clínica da doença. Mas apesar da evidência de serem encontrados em qualquer faixa etária, são mais comuns na infância e adolescência.

Os genes do sistema de histocompatibilidade humano (HLA), sobretudo os de classe II DR3, DR4 e DQ, responsáveis por 40% do componente genético desta doença crônica (SBD, 2012). Porém, infelizmente, as manifestações clínicas do DM1, só se tornam evidentes muito tempo depois da síndrome estar instalada e com o comprometimento de cerca de 80% da massa de ilhotas pancreáticas (TSCHIEDEL, 2004 *apud* BALTHAZAR, 2013).

O DM1 é a segunda doença crônica mais comum nessa faixa etária, sendo superada apenas pela asma (BORUS; LAFFEL, 2010).

Outro fator preocupante refere-se às pesquisas atuais que revelam para uma tendência em nível mundial de aumento na incidência de diabetes em menores de 5 anos de idade (BALTHAZAR, 2013).

Já o DM2 pode reduzir a ação da insulina ou resistência a ela, redução da secreção de insulina e por fim, a simultânea redução e secreção de insulina. Sua prevalência é maior em adultos, mas pode também se iniciar na infância ou adolescência em função do crescimento da obesidade nessas faixas etárias (BAZOTTE, 2010).

As doenças advindas em pacientes diabéticos incluem: maior incidência de catarata; impotência sexual; hipertensão acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio; hiperglicemia crônica é considerada a sua causa principal (BAZOTTE, 2010).

A mulher grávida também merece atenção, pois durante a gravidez o diabetes gestacional é a hiperglicemia de intensidade variada, que tende a desaparecer pós-

parto; porém é necessário lembrar que pode retornar depois em grande parte dos casos. O diagnóstico é controverso, e a OMS orienta detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados para os demais casos, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou tolerância à glicose diminuída (BRASIL, 2006).

Para o Ministério da Saúde, em torno de 80% dos casos de diabetes tipo II podem ser atendidos pelas unidades de atenção básica, com a coordenação e o cuidado da equipe de atenção básica (BRASIL, 2006).

5.2. Diagnóstico do Diabetes Melitus

Além de sintomas clínicos, o médico pede exames para diagnosticar o tipo do DM. O diagnóstico precoce e correto do DM e da intolerância à glicose favorece a adoção de medidas terapêuticas que evitem o aparecimento de diabetes nos indivíduos de tolerância pequena e retardem as complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes (ADA, 2001).

Segundo a ADA (2001), os critérios diagnósticos devem ser baseados na glicose plasmática de jejum de 8 horas, nos pontos de jejum de 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose (TOTG) e na medida da glicose plasmática casual, citado na tabela 1.

|

Tabela 1- Critérios para o diagnóstico de diabetes

1. A1C \geq 6,5%. O teste deve ser realizado em um laboratório utilizando um método certificado pelo NGSP e padronizado pelo ensaio1 DCCT; OU

2. Glicemia de jejum \geq 126mg/dl (7.0 mmol/l). O jejum é definido como não ingestão de calorias por no mínimo 8 horas; OU

3. Glicemia após 2 horas \geq 200mg/dl (11.1 mmol/l) durante o TOTG². O teste deve ser realizado como descrito pela OMS, utilizando a carga de glicose contendo o equivalente a 75g de glicose anidra dissolvida em água¹; OU

4. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia ou crise hiperglicêmica, e glicemia ao acaso \geq 200mg/dl (11.1mmol/l). ¹

¹ Na ausência da hiperglicemia inequívoca, os critérios 1-3 devem ser confirmados repetindo-se os testes. ² Teste oral de tolerância à glicose

Fonte: ADA, 2010

5.3. Tratamento do Diabetes Mellitus

O tratamento indicado para portadores de diabetes envolve o medicamentoso, dieta equilibrada e exercícios físicos. O tratamento medicamentoso é indicado o uso de insulina, hipoglicemiantes orais, bem como outras medidas para o controle da glicemia (ARAUJO; BRITTO; CRUZ, 2000).

Para o diabetes tipo 1 recomenda-se “ uso da insulina, de 2 a 3 vezes por dia, ou através do uso de uma bomba de insulina que vai liberando o medicamento na corrente sanguínea aos poucos durante o dia. É importante também seguir uma dieta para diabetes e praticar exercícios regularmente.” (FRAZÃO, 2015, p.1).

Este mesmo autor informa ainda que:

Os tipos de insulina para diabetes tipo 1 são:

Insulina rápida: Normalmente é usada antes das refeições ou logo após comer para manter os níveis de glicose regulados após come alimentos com carboidratos.

Insulina lenta: Geralmente é utilizada apenas 2 vezes por dia, pois a sua ação dura 24 horas, mantendo os níveis de açúcar estáveis durante todo o dia (FRAZÃO, 2015, p.1).

E para o tratamento para o diabetes tipo 2, “ pode ser feito com a ingestão de remédios hipoglicemiantes que ajudam a controlar a produção e a secreção de

insulina pelo pâncreas. Alguns exemplos destes remédios são sulfonilureias, glinidas e inibidores da alfa-glicosidase” (FRAZÃO, 2015, p.1).

Esse mesmo autor relatou ainda que, o diabético deve manter cuidados com sua dieta, a ser orientada pelo nutricionista ou nutrólogo, considerando a idade e o estilo de vida da pessoa. Deve seguir as recomendações gerais como: alimentar-se de 3 em 3 horas; preferir alimentos diet; ingerir mais fibras e cereais; evitar carboidratos como carne vermelha, arroz e batata; evitar gordura saturada; beber água frequentemente; excluir o uso de açúcar (FRAZÃO, 2015).

5.4 Fatores de Risco do Diabetes

As hipoglicemias iatrogênicas acometem até 90% dos diabéticos tratados com insulino-terapia. Pesquisas avaliando os exercícios nos DM1 revelaram que:

É iminente o risco de hipoglicemia durante o exercício decorrente ao bloqueio dos estoques de glicogênio e presença da insulina exógena e, ainda, dos episódios de hipoglicemia associados a exercícios 10% a 20% são encontrados na população pediátrica, os quais são geralmente maiores em intensidade, duração e freqüência (RAMALHO; SOARES, 2008, p. 263).

Outros fatores de risco podem citados, tais como a obesidade central (circunferência abdominal > 88 cm em mulheres e >102 cm em homens); sobrepeso (Índice de massa corporal > 25); antecedente familiar como pai ou mãe diabético; hipertensão arterial; Idade > 45 anos; colesterol HDL < 35 mg/dl e/ou triglicérides > 150 mg/dl; doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida; Diagnóstico prévio de ovários policísticos; sedentarismo e a alta ingestão de açúcares (BRASIL, 2006).

Outro motivo de preocupação da equipe de saúde para os fatores de risco do diabetes no sistema de saúde, em relação aos aspectos clínicos, representa apenas uma fração dos prejuízos causados aos indivíduos, suas famílias e à sociedade. Além dos custos diretos da doença, devem ser observados também os custos indiretos para a sociedade e para o indivíduo, a saber: morte prematura;

incapacidade; absenteísmo; a diminuição do retorno da educação oferecida ao indivíduo, diminuição da renda do chefe de uma família, aumento de aposentadorias precoces e desemprego (SBD, 2012).

5.5 Adesão ao tratamento

Um dos grandes óbices para o médico e a equipe de saúde refere-se a não adesão dos portadores de diabetes ao tratamento. Os fatores observados para a não adesão dos pacientes incluem a baixa escolaridade, outros mais propensos a negar ou não procurar o tratamento da doença, uma vez que podem não possuir suporte para a realização do mesmo (SILVA, 2013).

Silva (2013) cita trabalhos que demonstram que entre 40 e 60% dos pacientes em tratamento não usam os medicamentos prescritos, ou que se pode afirmar que os pacientes com diabetes não conservam o tratamento por muito tempo, tendo em vista que suspendem o uso dos medicamentos pela falta dos remédios ou pela negligência com os horários, fazem uso de bebidas alcoólicas e cigarro e não realizam atividades físicas.

Face ao exposto, a equipe de saúde pode intervir orientando os pacientes portadores de diabetes, sobre os fatores de risco advindos com a não adesão ao tratamento corretamente, alertando-os para os danos irreversíveis que a doença provoca além da morte prematura, “perda da qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, os impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, com aumento de iniquidades e da pobreza” (SILVA, 2013, p. 21).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Com objetivo de conhecer os principais problemas da comunidade adscrita do território, foi realizado uma diagnóstico situacional, por meio de observação das rotinas da UBS e comportamento dos usuários que a frequentam. Além disso, houve discussão entre os profissionais que compõem a equipe. A seguir serão descritos os dez passos no projeto de intervenção, por meio do PES simplificado, metodologia que será adotada para desenvolver o projeto de intervenção (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Primeiro passo – Identificação dos problemas

Os principais problemas identificados na unidade de saúde estão descritos no quadro abaixo:

Quadro 2 - Problemas identificados na UBS Penha, Passos- MG

Principais problemas	Urgência	Capacidade de Enfrentamento
Não aceitação por parte da população da agenda médica programática	9	Fora
Diabéticos descompensados	10	Parcial
Equipe incompleta	9	Fora
Uso exagerado de psicotrópicos	8	Fora

Fonte: Autoria própria, 2015.

6.2 Segundo passo – Priorização dos problemas

Dentre os problemas especificados anteriormente, o quadro três, abaixo, mostra os problemas por ordem de prioridade. Sendo que devido o grande de diabéticos descompensados que necessitam de maiores orientações sobre os fatores de riscos de sua patologia, foi o problema prorizado.

Quadro 3 - Problemas por ordem de prioridade, identificados na unidade UBS Penha, Passos- MG.

Prioridade	Principais problemas
1	Diabéticos descompensados
2	Não aceitação, por parte da população, da agenda médica programática
3	Equipe incompleta
4	Uso exagerado de psicotrópicos

Fonte: Autoria própria, 2015.

6.3 Terceiro passo – Descrição do problema selecionado

A partir do levantamento dos problemas, a equipe discutiu a possibilidade de enfrentamento e escolheu trabalhar com o tema diabetes, voltado para a população diabética e seus familiares.

Para quantificar a magnitude do problema identificado, foram utilizados dados da própria UBS, tais como mapas diários de atendimento médico e de enfermagem, observando assim a alta prevalência de diabéticos que procuram atendimento nessa unidade, além de considerar relatos na sala de espera.

6.4 Quarto passo - Explicação do Problema

Algumas questões que explicam o problema são que as pessoas com DM não seguem um tratamento adequado e com isso não conseguem manter o controle da patologia, enfrentando cotidianamente sinais e sintomas desta doença. Aliada a esta questão, a equipe está incompleta e com isso não está havendo recursos humanos suficientes para um efetivo acompanhamento dos pacientes.

Outro ponto é o fato de que, parte da população não aceita a agenda médica programática, ou seja, os pacientes não seguem as orientações médicas quanto aos programas e projetos que devem participar.

Dessa forma, quanto mais demorar a atuação sobre o problema, maiores serão os riscos de complicações da doença, que traz sérias consequências limitantes à qualidade de vida das pessoas com DM.

6.5 Quinto passo - Seleção dos “nós críticos”

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. Por meio de uma análise cuidadosa das causas de um problema, é possível mais clareza sobre onde atuar ou quais causas devemos “atacar”. Para isso, é necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Um “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.65).

Quadro 4 - Identificação dos "Nós" críticos

Nós críticos	Abordagem
1- Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema e ampliar a estrutura de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Convidar equipe NASF e equipe DANT's para ajudar. - Envolver a rede social dentro do território (Igrejas, supermercados, farmácias) nas ações para ampliar mobilização comunitária.
2- Ampliar o conhecimento da população sobre os fatores de risco da doença e seu controle	Equipe terá que pensar em formas alternativas de abordar a população de maneira mais dinâmica, às vezes até lúdica para construir o conhecimento sobre o assunto trabalhado.

- 3- Mudar hábitos culturais e alimentares.**
- Sensibilizar para o uso corretos das medicações.
 - Sensibilizar para a prática de atividades físicas.
 - Sensibilizar sobre o antitabagismo.
 - Sensibilizar que a unidade da saúde é apenas uma colaboradora no acompanhamento de diabetes, e não a principal fonte de recursos. Envolver os gestores nas estratégias

Fonte: Autoria própria, 2015.

6.6 Sexto passo - Desenho das operações

Quadro 5 - Descrição das operações para os "nós críticos" do problema Diabéticos Descompensados.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Processo de trabalho Inadequado da equipe da ESF e ampliar a estrutura de serviços	Projeto Esperar Aprendendo	Cobertura de 70% da população com DM e garantia de medicamentos e exames	<ul style="list-style-type: none"> - Linha de cuidado para DM implantada; - Protocolos implantados; - Recursos humanos capacitados; - Acolhimento com estratificação de risco; - Completar a equipe para atuar como unidade SF - Contratação de compra de exames e consultas - Instituir referência e contra referência 	<p>Cognitivo: elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolos</p> <p>Organizacional: sensibilização dos profissionais para que seja feito o acompanhamento dos usuários.</p> <p>Político: conscientizar os representantes da SMS sobre a necessidade de completar a equipe e, aumentar recursos para estruturar os serviços</p>
Ampliar o conhecimento da população sobre os fatores de risco da doença e seu controle	Programa Parceria com a Saúde	População mais informada sobre DM e sensibilização para o	<ul style="list-style-type: none"> - Campanha educativa (Contar com a rede dentro do território: Igrejas, 	<p>Cognitivo</p> <p>Organizacional: organização da agenda</p> <p>Organizacional-: requisição junto ao almoxarifado de</p>

		autocuidado	supermercados, farmácias) - Promover semana do diabético (teste de glicemia capilar em jejum + aferição de pressão arterial + antropometria dentro da UBS)	materiais para preparar as ações educativas (Cartazes informativos nesses locais de grande fluxo, pois há presença de diabéticos. Cartolinas, pincéis, figuras, colas, fita crepe, réguas)
Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Mudar hábitos culturais e alimentares.	Projeto Saúde em Movimento	Diminuir o número de sedentários, tabagistas e obesos, contribuir para qualidade de vida do diabético.	- Caminhada orientada (Sensibilizar sobre a importância e os benefícios da atividade física). - Criar atividades com grupos	Cognitivo: Capacitar equipe em metodologias de trabalhos com grupos - buscando fazer orientações mais descontraídas, com músicas, slides, dinâmicas. Organizacional: organizar as caminhadas Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos informativos, papéis, lápis, canetas.

Fonte: Autoria própria, 2015.

6.7 Sétimo passo - Identificação dos recursos críticos

Esse passo tem como foco identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, conforme descrito no quadro abaixo. De acordo com Campos; Faria; Santos (2010, p. 67), “recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são estes recursos, para criar estratégias de viabilidade das ações”, conforme demonstrado no quadro a seguir:

Quadro 6: Recursos críticos necessários para o Plano de Ação

OPERAÇÃO	RECURSOS CRÍTICOS
Projeto Esperar Aprendendo	Financeiros: contratação dos profissionais para completar equipe Político: mobilização da gestão para contratação dos profissionais, visando completar equipe e aumentar recursos para estruturar os serviços
Programa Parceria com a Saúde	Organizacional: elaborar projeto contemplando ações educativas durante todo ano.
Projeto Saúde em Movimento	Organizacional: organizar caminhadas e reuniões sobre hábitos de vida mais saudáveis, convidando os estudantes da UEMG.

Fonte: Autoria própria, 2015.

6.8 Oitavo passo - Análise de viabilidade do plano

Contar com equipes extra-ambulatoriais será de grande valia, pois esses colaboradores podem influenciar de forma benéfica na vida dos diabéticos já que suas ações também são voltadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos, porém de uma forma diferente daquela aplicada dentro da UBS de forma rotineira. Essas equipes também fazem parte do quadro de funcionários a Prefeitura Municipal, o que facilita o contato e a disponibilidade.

Contar com atores sociais e os recursos da comunidade conforme citado nos quadros demonstrativos anteriores também permite a realização desse contato

porque estão inseridos dentro do território de abrangência e estão ligados ao uso da comunidade. Numa previsão de realização do plano não são despendidos recursos financeiros ou outros que dificultariam a aplicação deste.

O quadro n. 7 abaixo mostra os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema risco cardiovascular aumentado:

Quadro 7: Propostas de ações para a motivação dos atores

		Controle dos recursos críticos		
Operação/ projeto	Recursos críticos	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Projeto Esperar Aprendendo	Financeiros: contratação dos profissionais para completar equipe. Político: mobilização da gestão para contratação dos profissionais, visando completar equipe. E aumentar os recursos para estruturar os serviços.	Secretário de Saúde Coordenação Da UBS/ Secretário de Saúde	Uns são Favorável outros Indiferentes	Apresentar projeto
Programa Parceria com a Saúde	Organizacional: organizar o atendimento destes pacientes e os respectivos retornos à agenda da equipe. Fazer o acompanhamento.	Profissionais da ESF e ACS	Favorável	Não é necessária.
Projeto Saúde em Movimento	Organizacional: organizar caminhadas e reuniões sobre hábitos de vida mais saudáveis, convidando os estudantes da UEMG.	Coordenação NASF E DANT's	Favorável	Apresentar o projeto da campanha educativa. Definir agenda de capacitação dos profissionais.

Fonte: Autoria própria, 2015.

6.9 Nono passo - Elaboração do plano operativo

Divisão de responsabilidades por operação e os prazos para realizar cada produto definido, conforme quadro abaixo.

Quadro 8: Plano operativo

Operação/ Projeto	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Projeto Esperar Aprendendo		<ul style="list-style-type: none"> - Linha de cuidado para DM implantada - Recursos humanos capacitados - Realizar Acolhimento com estratificação de risco. E, também incluir na programação diária, ações para reforçar orientações, em sala de espera - Completar a equipe para atuar como unidade SF - Instituir referência e contra referência 	<ul style="list-style-type: none"> - Definir agenda para capacitação dos profissionais e compatibilizar com a agenda de atendimento - Apresentar projeto para atuação como unidade SF 	Enfermeira e Médico.	Início em Julho/16.
Programa Parceria com a Saúde		<ul style="list-style-type: none"> - Campanha educativa - Promover semana do diabético (teste de glicemia capilar em jejum + aferição de pressão arterial + antropometria dentro da UBS) 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilizar rede social do território: Igrejas, supermercados, farmácias, entre outros. - Definir cronograma da campanha educativa 		Início em Julho/16.
Projeto Saúde em Movimento		<ul style="list-style-type: none"> - Caminhada orientada (Sensibilizar sobre a importância e os benefícios da atividade física). - Criar atividades com gupos 		Enfermeira e NASF (Educador Físico)	Agosto/16

Fonte: Autoria própria, 2015.

6.10 Décimo passo - Gestão do plano

Não basta contar com um projeto de intervenção bem formulado, “é preciso desenvolver e estruturar um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações”. O sucesso do projeto dependerá de como será feita sua gestão. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.75).

Quadro 9 – Gestão do Plano:

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Operação: Esperar Aprendendo					
1- Acolhimento com Orientação na sala de Espera	Enfermeira, médica, técnico de enfermagem, acadêmico de enfermagem.	Julho/16.	Não existe nenhum tipo de orientação coletiva.	Diariamente, aproveitar o tempo de espera na Unidade para orientar e sensibilizar o público, com orientações dos profissionais e troca de experiências.	
2- Linha de cuidado para DM implantada	Médica Enfermeira	Julho/16	Em elaboração.	Manter protocolo padroniza condutas e o manejo.	
3- Recursos humanos capacitados	Enfermeira	Julho/16	Agenda sendo realizada.		
4- Completar a equipe para atuar como unidade SF	Enfermeira Secretário de Saúde	Out/16	Projeto sendo discutido em fase de elaboração.		

5- Instituir referência e contra referência	Coordenação da Atenção Primária e Secundária.	Ago/16	Em elaboração.		
Operação: Programa Parceria com Saúde					
1-Campanha educativa, contando com a rede dentro do território	Nutricionista e outros profissionais do NASF, Outros atores, como pastores, padres, empresários	Ago/16	Não existem parcerias com a rede na área de abrangência.		
2- Promover semana do diabético	Nutricionista, enfermeira, médica, técnico enfermagem, acadêmico de enfermagem	Ago/16	O atendimento aos diabéticos está limitado às rotinas de consulta médica e de enfermagem.		
Operação: Projeto Saúde em Movimento					
1- Caminhada orientada	Educador físico (DANT's)	Ago/16.	Não existe atividade física organizada. Não existem grupos organizados.		
2 - Criar	NASF E				

grupos para ações educativas	DANT's	Set/16			
-------------------------------------	--------	--------	--	--	--

Fonte: Autoria Própria, 2015

6.11 Monitoramento e Avaliação

Após programação do plano, com definição de atores, colaboradores, recursos necessário é preciso aplicá-lo. Durante sua execução é preciso avaliar de forma madura e responsável para averiguar sucesso ou falhas e, também, fazer as correções de rumo no tempo necessário, visando alcançar os objetivos esperados.

Podem-se utilizar ferramentas que facilitam essa avaliação de forma parcial, no passo a passo, contando com os atores de forma integral, avaliando a adesão da comunidade.

Seria grande presunção avaliar resultados de mudança de comportamento dos diabéticos em pouco tempo, pois sabemos que não são mudanças simples e nem rápidas. Então ficará para resultado esperado evidenciar a adesão da comunidade nas atividades propostas e o empenho da equipe juntamente com a rede de colaboradores, no papel de desenvolver o plano de ação para sensibilizar os diabéticos.

Quadro 10: Avaliação do Plano:

Atividade	Conseguiu contato?	Confirmou participação	Compareceu Sim: ok Não: programou outra data?	Adesão da população	Nova estratégia
Semana do diabético					
Caminhada orientada					

Fonte: Autoria própria, 2015.

|

Quadro 11- Avaliação de Resultados

Indicadores	Atual		Em 3 meses		Em 6 meses	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Campanha educativa de sala de espera	0	0	0	0	0	0
Grupos educativos implementados						
Grupos educativos implementados						
Capacitações dos profissionais da equipe						

Fonte: Autoria própria, 2015

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste estudo pode-se dizer que a educação em saúde deve ser uma das prioridades das ações de atenção ao paciente diabético, durante às consultas, como na concretização de grupos educativos. A Programação Pactuada e Integrada (PPI) orienta a realização de seis atividades educativas para cada paciente diabético por ano, com quinze participantes. Este paciente deve ser bem orientado sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento, pois a participação ativa dele é uma das soluções mais eficazes no controle das doenças, e na prevenção de suas complicações.

A equipe de saúde deve estar apta para a realização de atividades de educação em saúde, o que significa educação permanente em saúde ativa e constante, entre os integrantes e os usuários, o que irá favorecer a adesão aos tratamentos. A promoção de educação permanente do profissional sobre diabetes, estimula e qualifica o cuidado.

O trabalho da equipe de saúde deve ser contínuo para evitar a não adesão ao tratamento, pois se trata de um fator prejudicial com vistas a atender o controle glicêmico dos pacientes diabéticos. Portanto, o plano de intervenção proposto neste trabalho para o paciente com diabetes da UBS, do bairro Penha, de Passos, MG é urgente e necessário para que todos possam desenvolver uma assistência integral e humanizada, sem esquecer que a educação em diabetes é a peça mestra para a concretização de nossa proposta.

A troca de vivências, proporcionada por programas de intervenção de caráter educativo, leva a população assistida a ter mais informação, desmistificar mitos, o que ajuda no processo de adesão e aceitação do diabetes e adesão ao tratamento, diminuindo o risco de desenvolver complicações futuras e proporcionando ao indivíduo uma melhor qualidade de vida, bem como a diminuição de gastos excessivos em saúde.

Os benefícios que se obtém com a orientação dos fatores de risco do diabetes e com a implantação de intervenção se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. O paciente ciente das consequências da não adesão ao tratamento e da falta de cuidados, adquire mais esperança e otimismo na vida, pois além de poder ter uma vida normal e economicamente ativa, deixará de ser um peso para os familiares cuidadores, bem como minimizar as internações emergenciais e intervenções cirúrgicas. Isso diminui também os gastos do governo.

Considerando os recursos existentes e os recursos necessários, acredita-se que as propostas apresentadas são possíveis de serem executadas e o projeto tem grande possibilidade de ser implementado, em sua totalidade.

REFERÊNCIAS

ADA. American Diabetes Association: Gestational diabetes mellitus. Clinical Practice Recommendations | Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 84 suppl.1 São Paulo Apr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 12 out. 2015.

ARAUJO, M. B., BRITTO, M. M. S, CRUZ, T. R. P. Tratamento do Diabetes Mellitus do Tipo 2: Novas Opções. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, São Paulo , v. 44, n. 6, dez. 2000.

BALTHAZAR, B. **Qualidade de vida em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1.** 2013. 32 f. Monografia (Faculdade de Medicina) UFBA, Salvador, 2013.

BAZOTTE, R. B. **Paciente diabético:** Cuidados Farmacêuticos. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

BORUS, J. S., LAFFEL, L. Adherence challenges in the management of type 1 diabetes in adolescents: prevention and intervention. **Curr Opin Pediatr** 2010; v. 22 p. 405-11.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica.** Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Caderno de Atenção Básica.** Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. 114 p.

CIRINO, P. **Unidade Básica de Saúde da Penha.** [03 de abril, 2015]. Passos. Entrevista concedida a Angela Maria Campos Ribeiro.

FRAZAO, A. Tratamento para diabetes, **Tua Saúde,** 2015. Disponível em: <http://www.tuasaude.com/tratamento-para-diabetes/>. Acesso em: 13 maio 2015.

GROSS, J.L, SILVEIRO, S.P., CAMARGO, J.L, REICHEL, A.J, AZEVEDO, M.J. Diabetes Mellito: Diagnóstico, classificação e avaliação do controle glicêmico, **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.**, São Paulo, v. 46, n. 1, fev. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 30 jun. 2015.

GUYTON, A. C. HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. Rio de Janeiro: Elsevier, 12^a ed. 2011. 1216p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades, Informações Completas**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel>>. Acesso em: 10 jan. 2015

LABOISSIÈRE, P. **Cresce número de pessoas com diabetes no Brasil**. Agência Brasil, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/04/30/cresce-numero-de-pessoas-com-diabetes-no-brasil.htm>>. Acesso em: 14 jan. 2016.

MAGALHÃES, G. L.; MUNDIM, A. V.; OLIVEIRA, C. M.; MOURÃO JUNIOR, C. A.. Atualização dos critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus utilizando a A1C. HU Revista, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p.361-367, 2012.

RAMALHO, A. C. R.; SOARES, S. O papel do exercício no tratamento do Diabetes Mellitus tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, v. 52, n. 2, p. 260-267, 2008.

REGIÃO SUDOESTE. **Mapa da região maso sul sudoeste de Minas Gerais**. Disponível em:< http://www.minas-gerais.net/diretorio/index.php?cat_id=759. Acesso em: 6 abr. 2015.

SILVA, G. A. **Diretrizes para o acompanhamento dos usuários diabéticos na estratégia saúde da família de Jaci, Município de Candeias, MG**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) UFMG, 2013.

SSMP. Secretaria de Saúde do Município de Passos. **Saúde em Passos: Saiba como utilizar**. p. 23 e 24. Disponível em: www.passos.mg.gov.br. Acesso em: 27 maio. 2015.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **10 Coisas que Você Precisa Saber Sobre Diabetes**. Disponível em:

<<http://www.endocrino.org.br/10-coisas-que-voce-precisa-saber-sobre-diabetes/>>. Acesso em: 6 jun. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Enfermagem. **Manual de enfermagem: cuidados de enfermagem em diabetes *mellitus***. São Paulo, 2009.

_____. **Diagnóstico e tratamento do Diabetes tipo 1**. Posicionamento oficial SBD 2012. Disponível em: <http://www.portalsaude.ufms.br/>. Acesso em: 5 jun. 2015.

_____. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Enfermagem. **Manual de enfermagem: cuidados de enfermagem em diabetes *mellitus***. São Paulo; 2010 Disponível em: <http://www.portalsaude.ufms.br/> Acesso em: 7 jun. 2015.