

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

ALEIDA GUERRA HERNÁNDEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO
DO DIABETES MELITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARCELO PONTEL GOMES, MUNICÍPIO BELO HORIZONTE, MINAS
GERAIS**

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

ANO 2015

ALEIDA GUERRA HERNÁNDEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO
DO DIABETES MELITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARCELO PONTEL GOMES, MUNICÍPIO BELO HORIZONTE, 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 Especialista.

Orientador: Prof. André Luiz dos Santos Cabral

BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS

ANO 2015

ALEIDA GUERRA HERNÁNDEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA ANÁLISE DO COMPORTAMENTO
DO DIABETES MELITUS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
MARCELO PONTEL GOMES, MUNICÍPIO BELO HORIZONTE, MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Prof. André Luiz dos Santos Cabral

Prof^a. Flávia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ de _____ de 2015.

RESUMO

A comunidade de Jardim Vitoria está localizada na região nordeste de Belo Horizonte. Seu centro de saúde Marcelo Pontel Gomes fica próximo à saída para Vitória Espírito Santo, sendo seu principal problema de saúde o *Diabetes Melitus* (DM). O objetivo do trabalho é propor um plano de intervenção para diminuir a incidência de *Diabetes Melitus* e seus fatores de risco. O estudo foi realizado no ano 2014 na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, com enfoque na população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Marcelo Pontel Gomes, localizada no bairro Jardim Vitoria. No desenvolvimento desse projeto serão utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, bem como publicações em livros e revistas médicas serão selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que serão utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria UBS Marcelo Pontel Gomes. Serão utilizados no trabalho descritores tais como: Atenção Primária à Saúde, *Diabetes Melitus*, Sistema Único de Saúde, Fatores de risco. O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde e população da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde do bairro Jardim Vitória. O DM é uma doença da qual a pessoa deve ter conhecimento para evitar complicações. A carência assistencial da saúde e/ou uso incorreto das medicações pelo usuário, aumenta a possibilidade de gravidade da doença através de diferentes manifestações clínicas.

Palavras chaves: *Diabetes Mellitus*. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde. Fatores de risco.

ABSTRACT

The Victoria Garden community is located in the northeast region of Belo Horizonte. Your health center Marcelo Gomes Pontel is near the exit to Victory Holy Spirit, and its main health problem Diabetes Mellitus (DM). The objective is to propose an action plan to reduce the incidence of diabetes mellitus and its risk factors. The study was conducted in 2014 in the city of Belo Horizonte, Minas Gerais, focusing on the population of the area covered by the Basic Health Unit (BHU) Marcelo Gomes Pontel, located in Jardim Vitoria neighborhood. In the development of this project will be used scientific papers available in the database as: Virtual Health Library, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, as well as publications in books and medical journals will be selected as relevant. Other important data to be used are available at the Municipal Health Department of Belo Horizonte, Ministry of Health and files from the PHU itself Marcelo Gomes Pontel. Will be used at work descriptors such as: Primary Health Care, Diabetes Mellitus, Health System, Risk Factors. The work will include the participation of health professionals and population coverage area of the Health Unit of the Victoria Gardens neighborhood. The DM is a disease in which a person must have knowledge to avoid complications. The health care shortage of health and / or misuse of medications by the user, the possibility of disease severity across different clinical manifestations.

Key words: Diabetes Mellitus. Primary Health Care. Health System. Risk Factors.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO -----	7
2. JUSTIFICATIVA -----	15
3. OBJETIVOS -----	16
4. MÉTODO -----	17
5. REVISÃO DA LITERATURA -----	18
6. PLANO DE AÇÃO -----	22
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	30
REFERÊNCIAS -----	32

1. INTRODUÇÃO

Identificação do município



Belo Horizonte é um município, capital do estado Minas Gerais. Sua população é de 2 375 151 habitantes, sendo o mais populoso município de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil. Com uma área de aproximadamente 330 km², possui uma geografia diversa com presença de morros e baixada. O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros (BRASIL, 2014).

Histórico e descrição do município

Belo Horizonte foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro. Fundada o dia 12 de dezembro de 1897, conta com uma ampla história e geografia interessante. Entre as décadas de 1930 e 1940 houve o avanço da industrialização, além da criação do Conjunto Arquitetônico da Pampulha, inaugurado em 1943. Na década de 1960, muitas demolições foram feitas, transformando o perfil da cidade, que passou, então, a ter arranha-céus e asfalto no lugar de árvores. Sofreu um acelerado crescimento populacional, chegando a mais de 01 milhão de habitantes com quase 70 anos de fundação. A década de 1980 foi marcada pela valorização da memória da cidade, com a alteração na orientação do crescimento. Vários edifícios de importância histórica foram tombados. Foi iniciada a implantação do metrô de superfície. Seus limites: Ribeirão das Neves (Norte e Noroeste), Santa Luzia (Norte e Nordeste), Sabará (Leste), Nova Lima (Sul e Sudeste), Ibirité (Sudoeste) e Contagem (Noroeste e Oeste) (BRASIL, 2014).

Aspectos socioeconômicos

As atividades econômicas mais importantes do município Belo Horizonte são: processamento de minérios, indústria, agricultura, serviços, informática e biotecnologia e medicina.

Aspectos demográficos I

Aspectos Demográficos do Município:

Quadro 1. População por sexo e faixa etária. Belo Horizonte 2010.

Faixa etária	Homens	Mulheres	Total
0 a 1 ano	13.657	13.156	26.813
1 a 4 anos	54.032	52.366	106.398
5 a 9 anos	73.647	71.221	144.868
10 a 14 anos	86.338	85.153	171.491
15 a 19 anos	90.895	91.815	182.710
20 a 24 anos	106.240	112.538	218.778
25 a 29 anos	110.707	120.055	230.762
30 a 34 anos	102.211	111.603	213.814
35 a 39 anos	84.424	94.405	178.829
40 a 44 anos	78.564	90.757	169.321
45 a 49 anos	75.266	89.662	164.928
50 a 54 anos	66.370	81.578	147.948
55 a 59 anos	52.018	66.901	118.919
60 a 64 anos	39.958	53.230	93.188
65 anos e +	79.186	127.198	206.384
Total	1.113.513	1.261.638	2.375.151

Fonte: IBGE, Censos Demográficos 2010.

Taxa de Crescimento Anual: se comporta em um 1,15 %, **Densidade demográfica (hab./km², 2010):** 7 146.10 por cada km². **Esperança de vida ao nascer:** 76,37 anos (BRASIL, 2013).

Taxa de escolarização: no Brasil a taxa de escolarização de crianças entre 5 e 6 anos de idade é de mais de aproximadamente 81%, totalizando assim mais de 5 milhões de estudantes. Dentro do grupo de idade de 7 a 14 anos, a taxa de escolarização é de mais de 97%, totalizando assim mais de 26 milhões de estudantes adolescentes (BRASIL, 2013).

Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza: o 14,2 % da população mora abaixo da linha da pobreza. **Proporção de moradores abaixo da linha de indigência:** o 4,9 % da população mora abaixo da linha de indigência. **População usuária da assistência à saúde no SUS (%):** aproximadamente um 75 % da população usuária recebe assistência à saúde no SUS (BRASIL, 2013).

Conselho Municipal de Saúde (composição, regularidade de reuniões etc.): o Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte (CMSBH) foi criado oficialmente há 18 anos, em 03 de junho de 1991. É regulado pela Lei Federal nº 8.142/90 e pelas Leis Municipais nº. 5.903/91 e nº. 7.536/98. O CMSBH funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado. Sua função é atuar na formação de estratégias da política de saúde, no controle da execução da política de saúde, incluídos seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, os conselhos fiscalizam e aprovam as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública. Para que o Conselho possa desempenhar o seu papel é necessária uma boa estrutura e que as diversas classes envolvidas na saúde sejam representadas. Deste modo, a lei que institui o Conselho Municipal de Saúde garante a representação dos seguintes segmentos: 50% de usuários (eleitos nos movimentos comunitários, associações de moradores, associações dos portadores de deficiência, movimentos de mulheres e aposentados, entre outros que possam existir no município), 25% de trabalhadores da área da saúde - sindicatos gerais e sindicatos de categorias profissionais (eleitos em plenárias específicas dos segmentos, que devem ser convocados pelo CMSBH) e 25% de Governo e prestadores de serviços - gestores da saúde, prestadores públicos, filantrópicos, privados e formadores de recursos humanos (indicado pelo chefe do Poder Executivo Municipal). Em Belo Horizonte, são 36 conselheiros titulares e 36 suplentes. O plenário do Conselho se reúne ordinariamente uma vez por mês no Plenário Conselheiro Evaristo Garcia (auditório da Secretaria Municipal de Saúde), situado na Avenida Afonso Pena, 2.336, 14ª andar, Funcionários, e as reuniões extraordinárias são agendadas de acordo com a demanda das discussões. Todos os temas pautados em reuniões do plenário são previamente discutidos nas reuniões da Mesa Diretora.

Fundo Municipal de Saúde: a constituição do Fundo Municipal de Saúde ocorreu em 1990 com a edição da lei 8080 e a lei 8142. O Fundo Municipal de Saúde é uma

unidade orçamentária dentro da Secretaria Municipal de Saúde e não uma unidade gestora.

Orçamento destinado à saúde: os recursos que se destinam ao financiamento de ações e serviços de saúde deverão ser separados do montante de receitas municipais administrado por sistema de caixa único, para compor um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde.

Programa Saúde da Família (PSF): o PSF foi estabelecido nos centros de saúde que constituem a rede Básica de Saúde, com uma taxa de cobertura em BH de 75% (BRASIL, 2013). Em Belo Horizonte se conta com um total de 147 centros de saúde, distribuídos nos 09 Distritos Sanitários (Nordeste, Noroeste, Norte, Barreiro, Centro-Sul, Leste, Oeste, Pampulha e Venda Nova). As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de segunda a sexta-feira, e devem ser as primeiras a serem procuradas no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde. São 523 equipes de saúde da família, formadas por um médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. Dos 147 centros da capital, 58 também possuem equipes de Saúde Mental e 141 oferecem atendimento odontológico. Há também em algumas unidades assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros. Nas unidades, o usuário pode se consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer o atendimento pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas, vacinar-se, retirar medicamentos com receita médica, fazer consultas odontológicas, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços.

Sistema de referência e contra referência: o sistema de referência e contra referência é um modo de organização dos serviços, configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de patação de funcionamento, que visa assegurar a atenção integral aos usuários através da hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, porém reforçando vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter equipes e serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes. Com a contra

referência a EBS conta com uma ferramenta importante para o seguimento adequado dos usuários.

Redes de média e alta complexidade: constituem um conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolvem alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde. Assim, a atenção básica em saúde seja entendida como a base orientadora do sistema e sua porta de entrada preferencial que deva ter visão integral da assistência à saúde para sua população registrada, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos pacientes do SUS. A definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade é atribuição do Ministério da Saúde. Existem em Belo Horizonte 09 centros de Especialidades, 04 Unidades de referência secundária, 01 Policlínica, 01 Núcleo de Cirurgia ambulatoria, 01 Centro Municipal Oftalmológico, 01 Centro municipal de Imagem e 08 Ambulatórios de Convergência.

Recursos humanos em saúde: a ESF é composta por 01 médico de família, 01 enfermeiro, 02 auxiliares de enfermagem e 4-6 agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta lista profissionais de saúde bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal). Cada profissional tem carga horária semanal de 40 h, exceto os médicos que podem ter 20 h. Das 40 h pode existir uma dedicação mínima de 32 h para atividades na ESF, podendo ser dedicadas até 8h para prestação serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou medicina de família e comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial. A equipe do NASF (apoio às ESF) poderá ser composta por profissionais como: assistente social, profissional/professor de Educação Física, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra, médico internista, médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (Arte educador) e profissional de saúde sanitária. Cada profissional do NASF deverá cumprir um horário nunca inferior às 20h semanais.

Território / Área de abrangência:

A comunidade Jardim Vitória está localizada na região nordeste de Belo Horizonte. A Unidade Básica de Saúde Marcelo Pontel Gomes fica próxima à BR381, saída para Vitória e Espírito Santo, divisa com a cidade de Sabará, sua rua principal é a Avenida Mageta.

Número de famílias e de habitantes: na comunidade há uma população de 14767 pessoas e é composta por mais de 3500 famílias.

Nível de alfabetização: o comportamento é de um 96,54 % em pessoas de 05 anos e mais (BRASIL, 2014), sendo similar ao resto do município, estado e país, existindo variações dependendo das características de cada região.

Como vivem, de que vivem, como morrem: em nossa UBS mais do 70,54 % da população é considerada de mediano risco, pelas condições de vida e pelas principais co-morbidades existentes na área de abrangência, entre outros fatores. Vivem em condições regulares, algumas famílias com baixo nível econômico e educacional, pouca educação em saúde pessoal e ambiental. As principais causas de óbito de residentes na área de abrangência foram doenças cardiovasculares, acidentes, neoplasias e ECV, que é similar às principais causas de morte no mundo.

Recursos da comunidade:

Alguns recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas): não contam na área de abrangência com hospitais, clínicas, laboratórios. O Barrio é predominantemente residencial. Existem outros estabelecimentos tais como: dois supermercados, duas distribuidoras de gás, duas padarias, três meserias, duas escolas primárias, uma escola Estadual, uma escola municipal, uma creche, igrejas (11 evangélicas e 1 católica).

Outros serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos): a população em sua totalidade tem acesso aos serviços públicos, incluído água e eletricidade.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Inserção na comunidade (localização e acesso): a UBS está localizada na Rua Branca # 15, Bairro Vitória.

Recursos humanos:

- Gerente: 01
- Médicos de ESF: 03
- Médicos de apoio: 02
- Dentistas: 02
- Enfermeiros: 04
- Auxiliar de enfermagem: 12
- ACS: 13
- Posso ajudar: 03
- TSB: 02
- ASB: 02
- Psicólogo: 02
- Porteiros: 02
- Guarda municipal: 01
- Farmacêutico: 01
- Assistente Farmacêutica: 02
- Administrativos: 03

Recursos materiais: a UBS é uma construção relativamente nova. O atendimento aos usuários é feito em boco único com dois andares, a cobertura principal da unidade é composta por fibrocimento. O perímetro externo da unidade é fechado por paredes e o acesso principal de pedestre é feito por uma pequena rampa, a sala de espera dos pacientes é confortável, e as cadeiras estão em bom estado. Os locais de consultórios para atendimento do paciente têm os recursos adequados para fazer um bom atendimento aos usuários.

Conselho Local de Saúde: o Conselho Local de Saúde é uma instância colegiada de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscalizador das ações e serviços na área de abrangência da UBS envolvendo maior número de entidades (Igrejas, Associações, Sociedade Organizada, entre outros) para ampliação de proposições,

acompanhamento e fiscalização da Política de Saúde. Tem como objetivo, propor, acompanhar, fiscalizar e avaliar as atividades da UBS e os serviços prestados à população; participar da elaboração e aprovar o Planejamento Local de Saúde e participar da organização da Conferência Local de Saúde. Realizam diferentes atividades como obter informações sobre os serviços prestados e sobre o desempenho da UBS; divulgar aos usuários da unidade as atividades de saúde organizadas pelo Conselho, obter informações junto aos usuários da unidade, referentes ao atendimento e funcionamento da mesma; participar do planejamento, acompanhamento e avaliação da programação de atividades da UBS.

Quadro 2. População por sexo e faixa etária. UBS Marcelo Pontel. ESF 3 Verde. 2014

Faixa etária	Feminino	Masculino	Total
0 a 4 anos	220	213	433
5 a 9 anos	188	173	361
10 a 14 anos	204	187	391
15 a 19 anos	198	177	375
20 a 24 anos	169	168	337
25 a 29 anos	263	195	458
30 a 34 anos	366	325	691
35 a 39 anos	280	252	532
40 a 44 anos	206	193	399
45 a 49 anos	140	110	250
50 a 54 anos	134	92	226
55 a 59 anos	84	64	148
60 a 64 anos	68	34	102
65 a 69 anos	35	26	61
70 a 74 anos	25	6	31
75 a 79 anos	14	13	27
80 anos e +	11	4	15
Total	2605	2232	4837

Fonte: registros da ESF, 2014.

2. JUSTIFICATIVA

O *Diabetes Mellitus* é um quadro de hiperglicemia acompanhado de distúrbios no metabolismo de carboidratos, de proteínas e de gorduras, caracterizados por hiperglicemia e causados por uma deficiente secreção de insulina pelas células beta, resistência periférica à ação da insulina ou ambas, cujos efeitos crônicos incluem dano ou falência de órgãos, especialmente rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Os sintomas clássicos são perda de peso, polidipsia e poliúria. Causa uma série de complicações cardiovasculares, cerebrovasculares, renais, oftalmológicas, circulatórias, etc. A doença tem muita relação com obesidade, sedentarismo alimentação inadequada, estres, etc (SBD, 2007).

O metabolismo de carboidratos é regulado pela insulina e pelos hormônios contra reguladores, como o glucagon, o cortisol o hormônio de crescimento. O Diabetes é classificado em dois tipos: insulino dependente e não insulino dependente, ou tipo 1 e tipo 2. O tipo 1 tem seu início geralmente na infância ou na adolescência. O Diabetes tipo 2 ocorre na faixa adulta, depois de 50 anos, com forte determinação por fatores ambientais donde se destaca obesidade. Seu quadro clínico mais frequente é poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento (GROSS, *et al.* 2002). Além de fatores gerais que contribuem com aumento de números de casos de Diabetes, em nossa população existem agravos e complicações para a doença como: abandono de tratamentos, dieta inadequada, falta de informação e educação da população. Este problema foi discutido em nossa equipe da saúde tomando estratégias e planejamento de ações.

As complicações do diabetes é a principal causa de amputações não traumáticas de membros inferiores; e a principal causa de cegueira adquirida; no diabetes tipo 1, cerca de 30 a 40% dos pacientes desenvolverão nefropatia, entre 10 a 30 anos, após o início da doença. O risco da doença após 20 anos quase todos os diabéticos tipo 1 e mais de 60% dos tipo 2 desenvolverão retinopatia diabética (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

3. OBJETIVO GERAL

Propor um plano de intervenção para diminuir a incidência de *Diabetes Mellitus* e seus fatores de risco, assim como garantir uma melhor assistência aos pacientes portadores da doença que são acompanhados na UBS Marcelo Pontel Gomes, localizada no município Belo Horizonte, Minas Gerais.

4. MÉTODO

Nosso trabalho é um projeto de intervenção voltado para o tema *Diabetes Mellitus* e seus fatores de risco na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano 2014 na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, com enfoque na população da área de abrangência da UBS Marcelo Pontel Gomes, localizada no bairro Jardim Vitoria. Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados, foram planejadas intervenções que garantam uma melhora no atendimento de pacientes portadores de *Diabetes Mellitus*, utilizando o método de planejamento estratégico situacional (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). No desenvolvimento do projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis em base de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, entre outros. Os artigos disponíveis nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria UBS Marcelo Pontel Gomes. Foram utilizados no trabalho descritores tais como: *Diabetes Mellitus*, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Fatores de risco. O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde e população da área de abrangência da UBS.

No plano de intervenção, para melhorar a assistência do paciente portador de *Diabetes Mellitus*, serão cadastrados inicialmente um pequeno grupo de pacientes, os quais serão convidados a participarem do projeto. Os pacientes serão incluídos no protocolo para garantir melhor assistência ao atendimento. As datas ainda não foram definidas, mas será disponibilizada na agenda de atendimentos uma tarde para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos, podendo ser com uma frequência semanal ou quinzenal. Cadernos de atenção à saúde, disponibilizados pelo Ministério da Saúde servirão de base para as palestras a esses pacientes. O enfoque maior será na educação à saúde dos usuários e famílias.

5. REVISÃO DA LITERATURA

O DM é uma síndrome caracterizada por hiperglicemia crônica, com distúrbios no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. É classificada em:

- Diabetes tipo 1 ou insulino dependente: doença crônica, predominantemente autoimune, com destruição da célula beta, ocasionando a deficiência absoluta de insulina, possui forte determinante genético e longo período prodromico, pode ocorrer em qualquer faixa etária, porém é mais comum em crianças e adolescentes.
- Diabetes tipo 2 ou não insulino dependente: doença caracterizada por uma deficiência relativa da insulina, a maioria dos casos apresenta um excesso de peso e depósito de gordura centralizado no organismo. Ocorre uma resistência da ação da insulina e déficit o na sua secreção.
- Diabetes gestacional: uma hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, na maioria dos casos se resolvendo no período pós-parto, ou retornando anos depois.
- Existem outros tipos de diabetes que são menos freqüentes, que resultam da disfunção das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, entre outras. O Diabetes acomete cerca de 7% da população adulta entre 30 e 69 anos e alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7 % das grávidas. Cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico (GROSS, *et al.* 2002).

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, perda importante na qualidade de vida e provoca altos custos para os sistemas de saúde. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular no Brasil e no mundo, incluindo doenças coronarianas e acidentes vasculares encefálicos. A maioria das conseqüências do DM resulta dessas complicações micro e macrovasculares (TOSCANO, 2008).

A Educação em Saúde está presente em todas as ações de atenção ao paciente diabético, tanto em consultas, como na realização de grupos educativos, recomendam-se seis atividades educativas para cada paciente diabético no ano,

com pelo menos quinze participantes em cada reunião. Nesse momento é importante a realização do exame de glicemia capilar nos participantes. O usuário precisa estar bem orientado sobre os princípios em que se fundamentam seu tratamento, a participação ativa é uma das soluções eficazes no controle das doenças e na prevenção de suas complicações (PAIVA, BERSUSA, ESCUDER, 2006).

O DM 1 é uma das doenças crônicas que tem um tratamento mais exigente e coloca o paciente em risco acrescido de morbi-mortalidade. O tratamento do DM 1 requer insulinoterapia subcutânea e/ou a utilização de medicamentos orais, mudança nos hábitos alimentares e exercícios físicos que tendem a provocar dificuldades não só físicas como psicológicas (NOVATO, GROSSI, KIMURA, 2008).

O processo de glicação aumentada no diabetes, onde a glicose reage de maneira não enzimática com diversas proteínas formando produtos iniciais de glicação, também ocorre no interior da célula beta, nos grânulos de insulina, levando a secreção de insulina glicada, que apresenta uma atividade biológica reduzida. Assim, glicotoxicidade na célula beta também deve contribuir para a resistência à ação da insulina (GELONEZE, LAMOUNIER, COELHO, 2006).

A família e os amigos influenciam no controle do diabetes mellitus, fundamentalmente no seguimento e realização do tratamento, da dieta e na participação em um programa regular de exercícios. Estudo anterior demonstrou que pessoas com a doença, com apoio de amigos e familiares, aderiram melhor às condutas de autocuidado. Autores ainda relatam que avaliar os meios de apoio do doente pode ajudar na identificação de suas necessidades de assistência, no propósito de evitar as complicações de longo prazo (PACE, NUNES, OCHOA-VIGO, 2003).

Quanto à presença ou não de mudanças no dia a dia na família, observou que aspectos relacionados aos hábitos alimentares das pessoas com DM demonstram uma vez mais, quão determinantes podem ser, no contexto da dinâmica familiar, as questões financeiras e alimentares. Situação que tem grande impacto que a doença,

muitas vezes, está restringida às possibilidades econômicas e aos fatores culturais e psicológicos (GUIMARÃES, 2001).

Pode-se identificar que a maioria dos familiares estão mais informados quanto às causas da doença, ao o que é *diabetes mellitus*. Em relação aos cuidados com os pés, ao corte das unhas por parte dos familiares é importante o uso de alicate desinfetado, o corte deve ser reto e não muito rente, além de aos cuidados com os calos (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

Em quanto ao aumento da expectativa de vida da população, verifica-se maior prevalência do DM entre os idosos. Estudos realizados no Brasil evidenciaram que entre os sujeitos de 30 a 39 anos de idade a prevalência da referida doença é de 1,7%, aumentando nas outras faixas até atingir 17,3% entre aqueles com 60 a 69 anos de idade (ZAGURY, NALIATO, MEIRELLES, 2002).

A dieta faz parte de um contexto importante no tratamento, o DM pode ser controlado e os níveis de glicemia retornar à normalidade, com uma dieta adequada. De uma forma geral, considerando que os portadores de DM tipo 2 são pessoas obesas, a dieta deve ser hipocalórica com um mínimo de 1.200 kcal/dia para mulheres e 1.500 kcal/dia para homens, sem açúcar e congêneres, com teor reduzido de gorduras e carboidratos, Rapidamente absorvidos. Entretanto, deve-se lembrar de que a dieta deve ser adaptada às necessidades metabólicas e nutricionais de cada pessoa e adequada aos hábitos familiares e à situação econômica da mesma. Deve conter todos os nutrientes, recomendando-se em torno de 50 % de carboidratos, 30 % ou menos de gorduras e 10 a 20 % de proteínas, do total das calorias necessárias diárias. Orienta-se redução das proteínas, no máximo a 10 % para pacientes com nefropatia diabética instalada (Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2007).

Durante a vida o diabético enfrenta uma série de dificuldades como conflitos pessoais e sociais. Neste sentido, a abordagem do tratamento de enfermagem deve incluir o enfrentamento de uma ampla variedade de problemas, além da adesão farmacológica. Portanto, é importante um cuidado individualizado, multiprofissional e de qualidade para esses clientes, as ações de educação em saúde são importantes,

na medida em que se sensibilizam para a adesão farmacológica e para mudanças de comportamentos para promover a saúde do diabético. Uma das limitações do ponto de vista do relato do diabético é em relação ao horário de tomada dos medicamentos, ao esquecimento e ao sentimento em deixar de tomar o medicamento. Isso difere de outras publicações que analisaram a adesão por meio ou do controle glicêmico da análise de associação entre uso incorreto de medicamento e aumento no risco de o paciente apresentar controle insatisfatório, ou do conhecimento do paciente sobre o nome da medicação e do mecanismo de ação dos antidiabéticos orais (ARAUJO, *et al.* 2010).

Um controle rigoroso da dieta com medidas relativamente simples é capaz de prevenir complicações crônicas do *Diabetes Mellitus*, ou retardá-las, resultando em melhor qualidade de vida para o indivíduo diabético. O exercício físico e uma dieta direcionada estão como medidas necessárias para o controle da glicose, juntamente com o tratamento medicamentoso. O seu controle envolve medidas de modificação do estilo de vida do indivíduo. O manejo do *Diabetes Mellitus* deve ser feito a partir de um sistema de saúde hierarquizado, tendo com base a atenção primária à saúde. Os pacientes têm dificuldades na adesão ao tratamento que exige uma mudança de hábitos de vida, quanto mais vínculo este usuário tem com sua equipe de saúde, mais protegido este estará de possíveis complicações. Neste caso podemos destacar a realização da visita domiciliar pelos integrantes das equipes de saúde da família, em particular o agente comunitário de saúde, enfocando a adesão ao tratamento (LATTANZI, 2011).

6. PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro Passo:

Para o início de nosso trabalho é importante conhecer o conceito de problema. Um problema é uma determinada questão ou um determinado assunto que requer uma solução. No nível social trata-se dum assunto particular que, uma vez resolvido, se torna benéfico para a sociedade (por exemplo, conseguir diminuir a taxa de pobreza dum país). Problema é a situação que constitui o ponto de partida de qualquer indagação, ou seja, a situação é indeterminada.

A Estimativa Rápida constitui um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Seu objetivo é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais que controlam recursos para o enfrentamento dos problemas. Para nossos propósitos a Estimativa Rápida torna-se o primeiro passo dum processo de planejamento que busca definir as intervenções necessárias para o enfrentamento dos problemas de saúde duma população específica.

A comunidade Jardim Vitoria conta com uma população de mais de 14.767 pessoas, atendidas por quatro Equipes de saúde da família (ESF), com uma cobertura populacional de 100%. Em nossa ESF (equipe verde) temos uma população de aproximadamente 4865 habitantes e um total de famílias de aproximadamente 2224. Os problemas mais comuns encontrados e descritos anteriormente foram: Hipertensão arterial, *Diabetes Mellitus*, Cardiopatias, Asma brônquica, uso de psicofármacos, Dislipidemias, Hábito de fumar, Sedentarismo, Sobrepeso, Alcoolismo e uso de outras drogas, Desemprego, entre outros.

A doença crônica que mais afeta a comunidade é a Hipertensão arterial (HAS), mais o *Diabetes Mellitus* e uma das doenças que tem maior descompensação dos pacientes com mais agravos e seqüelas.

A equipe de saúde atende a população através de Visitas domiciliares, Consultas médicas, Consultas de enfermagem, Consultas odontológicas, demanda

espontânea, procedimentos e assistência de enfermagem, grupos educativos, entre outros. Os exames laboratoriais são realizados em sua maioria no Centro de Saúde e analisados em laboratórios no município.

6.2 Segundo Passo:

Uma vez descritos os principais problemas de saúde da comunidade Jardim Vitória e da área de abrangência da equipe (igual comportamento), mostra-se uma alta prevalência de *Diabetes Mellitus*. O **DM** é uma doença crônica determinada por elevados níveis de glicose sanguínea.

Quadro 3. Priorização dos problemas encontrados. UBS Marcelo Pontel Gomes. 2014.

Centro de Saúde Marcelo Pontel Gomes Belo Horizonte, Minas Gerais/Priorização dos Problemas.				
PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIAS	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Alta prevalência de Hipertensão Arterial	Alto	07	Parcial	02
Alta prevalência de Diabetes Mellitus	Alto	08	Parcial	01
Alcoolismo e uso de drogas	Alto	05	Parcial	04
Alta prevalência de Asma brônquica	Alto	05	Parcial	04
Desemprego	Alto	04	Fora	06
Uso de Psicofármacos	Alto	06	Parcial	03
Tabagismo	Alto	05	Parcial	04
Grande demanda de pessoas na unidade	Alto	06	Parcial	03
Dislipidemias	Alto	04	Parcial	05
Sedentarismo	Médio	04	Parcial	07

6.3 Terceiro Passo:

No Brasil, a prevalência do *Diabetes Mellitus* tipo 1 varia de 7 a 12 % por 100 000 habitantes entre 0 e 14 anos e a do tipo 2 é de 7,8 % da população entre 30 e 69 anos mostrando que a frequência do tipo 2 é muito maior do que tipo 1, é importante ressaltar que o diabetes tipo 2, por quase não apresentar sintomas, costuma ser desconhecido em quase metade dos portadores. O *Diabetes Mellitus* não insulino dependente é a forma mais comum de DM. Em praticamente todas as sociedades contemporâneas o DM aumenta a par do envelhecimento, ou maus hábitos dietéticos, obesidades. É consequência duma interação complexa entre genes e fatores ambientais.

O DM Insulino dependente é consequência duma causa geralmente desconhecida e tem seu início na infância ou na adolescência estando associado a mecanismos autoimunes ainda não bem definidos. A alteração osmótica provocada pela hiperglicemia e pela produção elevada de corpos cetônicos provoca uma situação criticado equilíbrio ácido-básico e hidroeletrólítico em crianças e jovens diabéticos com sério risco de vida. Em idosos, a hiperglicemia sem Cetose induz a um coma hiperosmótico, que pode ser confundido com um evento cerebrovascular agudo.

A ação da hiperglicemia no endotélio e em outros mecanismos bioquímicos provoca uma série imensa de agravos cardiovasculares em ambos os tipos de diabetes. O principal é a carga elevada de doença coronária provocada pelo diabetes, seguidas das complicações arteriais cerebrais e em membros inferiores e pelo comprometimento das arteríolas em rins e retina. Em suma o diabético que sobreviva a eventos cardiovasculares como infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral terá um risco maior de desenvolver insuficiência renal em níveis dialíticos ou de ficar cego. Os mecanismos tóxicos da hiperglicemia sobre a célula beta se fazem pela redução da expressão do gene de insulina, redução do processamento da pró-insulina e deposição de material amilóide com um aumento do processo de apoptose (morte celular). Esses mecanismos estão exacerbados na concomitância de um aumento da lipemia pós-prandial (triglicérides e ácidos graxos livres) por um mecanismo conhecido como lipotoxicidade. O reconhecido processo de glicação aumentada no diabetes, em que a glicose reage de maneira não enzimática com diversas proteínas formando produtos iniciais de glicação,

comumente avaliado pela presença de níveis aumentados de hemoglobina glicada (A1c), também ocorre no interior da célula beta, nos grânulos de insulina, levando a secreção de insulina glicada, que apresenta uma atividade biológica reduzida.

6.4 Quarto Passo:

O DM em nossa área de abrangência tem muitos fatores de risco facilitadores para a aparição da doença. Ela se associa e interage com fatores de risco como resistência à insulina, intolerância à glicose, obesidade.

O DM é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, insuficiência renal aguda e crônica, retinopatia diabética, cegueira doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência cardíaca, esta doença na pessoa deve ter conhecimento para evitar complicações. Em ocasiões pela carência assistencial da saúde e/ou uso incorreto das medicações pelo usuário, aumenta a possibilidade de gravidade da doença através de diferentes manifestações clínicas, como a cetoacetose diabética.

6.5 Quinto passo:

O Plano de Ação é onde devemos colocar os problemas e achar soluções através de estratégias, por tanto selecionamos aqui alguns problemas que aumentam o risco de agravos do DM, para que possamos desenvolver ações para melhorar a qualidade de vida da população.

Nós críticos e suas justificativas.

- Mudanças de hábitos alimentares: com grupos educativos a equipe consegue aos poucos uma boa mudança nos hábitos alimentares, incluindo atividade física e a importância do tratamento medicamentoso, e melhorando a qualidade de vida da pessoa com DM
- Falta de conhecimento da doença: no acompanhamento do paciente a equipe tem que ser gestor do problema, pois se descuidar o paciente pode ter piora do quadro, ele precisa de atenção e de alguém para orientar sempre em todo momento quanto à necessidade do uso correto das medicações, de não ser assim as complicações poderiam ser inevitáveis. É responsabilidade

da equipe de saúde fornecer ao paciente os recursos necessários para a medicação correta do paciente. Deve ser realizado trabalho educativo, tanto nas consultas quanto nos grupos da doença, onde esse paciente deve ser inserido e passar para ele, explicar o que é a DM e seus fatores de risco.

- Uso incorreto das medicações: no acompanhamento do paciente a equipe tem que ser gestor do problema, pois se descuidar o paciente pode ter piora do quadro, ele precisa de atenção e de alguém para orientar sempre em todo momento quanto à necessidade do uso correto das medicações, de não ser assim as complicações poderiam ser inevitáveis. É responsabilidade da equipe de saúde fornecer ao paciente os recursos necessários para a medicação correta do paciente.

6.6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Quadro 4. Operações sobre o nó crítico relacionado ao problema “Mudanças de hábitos alimentares” na população da UBS MARCELO PONTEL GOMES sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, Belo Horizonte, Minas Gerais.

NÓ CRÍTICO 1	MUDANÇAS DE HÁBITOS ALIMENTARES
OPERAÇÃO	Orientações notacionais a população e acompanhamento de visitas domiciliares
PROJETO	Melhorar a qualidade de vida de pacientes com <i>Diabetes Mellitus</i>
RESULTADOS ESPERADOS	Aumento de cadastro de população com mãos hábitos alimentares e pacientes em risco de DM
PRODUTOS ESPERADOS	Pacientes com boa qualidade de vida, diminuição de riscos de DM Diminuição das complicações de pacientes com <i>Diabetes Mellitus</i> Evitar as mortes prematuras por as complicações de DM
ATORES SOCIAIS/ RESPONSABILIDADES	População da área de abrangência Equipe de saúde da família
RECURSOS NECESARIOS	Estrutural: UBS, Nutricionista, Cognitivo: Protocolo de Nutrição para Pacientes com <i>Diabetes Mellitus</i> . Financeiro: não precisam Político: estratégias de Políticas de Saúde

RECURSOS CRITICOS	Não existe
CONTROLE RECURSOS CRITICOS/ VIABILIDADES	Ator que controla: medico da equipe Motivação: Obter produtos esperados
AÇÃO ESTRATÉGICA DE MOTIVAÇÃO	Ações de Promoção de Saúde dentro de UBS, Visitas domiciliares, e de Grupos Operativos, Promoção de saúde Sobre Hábitos de nutrição em consultas medicas, acompanhamentos de enfermagem e tec. de enfermagem e ACS em sua área de abrangência
RESPONSÁVEIS	Médico da equipe. Enfermeira. Técnico de enfermagem. ACS
CRONOGRAMA/ PRAZO	Trabalho continuado Prazo: 1 ano para medir resultado
GESTÃO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	Monitoramento continua de hábitos alimentares da população. Medida de peso corporal em consultas de acompanhamento

Quadro 5. Operações sobre o nó crítico relacionado ao problema “Falta de conhecimento da doença” na população da UBS MARCELO PONTEL GOMES sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, Belo Horizonte, Minas Gerais.

NÓ CRITICO 2	Falta de conhecimento da doença
OPERAÇÃO	Promoção de saúde a toda a população sobre o <i>Diabetes Mellitus</i> Rastreamento do DM
PROJETO	Realizar glicemia de jejum a população adulta da área de abrangência sem sintomas de <i>Diabetes Mellitus</i> y com P/A de 135/80 Promoção de saúde sobre DM
RESULTADOS ESPERADOS	Novos casos de pacientes com DM. Pacientes com complicações causadas pelo <i>Diabetes Mellitus</i> , cegueira, doença renal, acidentes cerebrais, e amputações População com falta de conhecimento sobre a Doença do DM
PRODUTOS ESPERADOS	Diminuir % de pacientes diabéticos Evitar as complicações do <i>Diabetes Mellitus</i>

	Aumentar os conhecimentos sobre a doença de DM
ATORES SOCIAIS/ RESPONSABILIDADES	Médico da equipe. Enfermeira. Técnico de enfermagem
RECURSOS NECESARIOS	Estrutural: UBS Cognitivo: Protocolo de <i>Diabetes Mellitus</i> Financeiro: não precisam Político: estratégias de políticas de saúde
RECURSOS CRITICOS	Não existe
CONTROLE RECURSOS CRITICOS/ VIABILIDADES	Ator que controla: médico da equipe Motivação: obter produtos esperados
AÇÃO ESTRATÉGICA DE MOTIVAÇÃO	Realização de glicemia de jejum de oito horas a pacientes adultos acima de 18 anos. Promoção de saúde sobre a DM
RESPONSÁVEIS	Médico da equipe. Enfermeira. Técnico de enfermagem. ACS
CRONOGRAMA/ PRAZO	Glicemia de jejum a pacientes acima de 18 anos com P/A 135/80 da área de abrangência da equipe da saúde; 2da, 3ra, 4ta e 6ta de cada mês (Trabalho contínuo) Prazo: 1 ano para avaliação de resultado
GESTÃO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	Pacientes com uma glicemia de jejum superior a 126mg/dl devem realizar confirmações do resultado com nova glicemia de jejum, para dependendo do segundo resultado, serem diagnosticados é alcançar uma hemoglobina glicada em torno de 7%, isso corresponde a uma a uma glicemia de jejum menor de 140mg/dl Monitoramento continua sobre o conhecimento da doença de DM

Quadro 6. Operações sobre o nó crítico relacionado ao problema “Uso incorreto das medicações” na população da UBS MARCELO PONTEL GOMES sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família 3, Belo Horizonte, Minas Gerais.

NÓ CRITICO 3	Uso incorreto das medicações
OPERAÇÃO	Monitoramento dos usuários que consome medicamentos e insumos para o DM

PROJETO	Rastreamento na área de abrangência de aqueles usuários que consome medicamentos para a DM e uso de insumos População com conhecimentos da sua doença e uso correto e racional dos medicamentos para DM
RESULTADOS ESPERADOS	Pacientes em uso de medicamentos para DM que tem conhecimento da doença e faz uso correto de seus medicamentos e insumos.
PRODUTOS ESPERADOS	Pacientes em uso de medicamentos para o DM e insumos que fazem um uso correto de os mesmo e mantém controlada a doença Pacientes com DM em uso de medicamentos e insumos que não fazem tratamento correto por falta de conhecimento da sua doença e complicações do DM
ATORES SOCIAIS/ RESPONSABILIDADES	Médico da equipe. Enfermeira. Técnico de enfermagem. ACS. Técnico em Farmácia
RECURSOS NECESARIOS	Recurso humano
RECURSOS CRITICOS	Não existe
CONTROLE RECURSOS CRITICOS/ VIABILIDADES	Ator que controla: médico da equipe Motivação: obter produtos esperados
AÇÃO ESTRATÉGICA DE MOTIVAÇÃO	Uso de encosta Rastreamento direto ao paciente por parte da equipe da saúde durante acolhimento e consulta
RESPONSÁVEIS	Médico da equipe. Enfermeira. Técnico de enfermagem. ACS. Tec. farmácia
CRONOGRAMA/ PRAZO	Uso de teste e rastreamento diário por um ano
GESTÃO ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO	Promoção de saúde sobre a DM Programação de aulas para os pacientes e famílias que precisam de um tempo mais prolongado para os conhecimentos da DM

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM é um problema de saúde pública, está entre as dez maiores causas de morte e acomete pessoas de todas as idades e níveis socioeconômicos, existe um elevado nº de pessoas que são portadoras da doença e que ainda não foram diagnosticados. Atinge igualmente homens e mulheres e seu risco aumenta com a idade. A doença cardiovascular é a principal responsável pela redução da sobrevida de diabéticos, sendo a causa mais freqüente de mortalidade.

A melhora da qualidade de vida do paciente portador de Diabetes Mellitus trata-se de uma mudança de perspectiva dessa equipe multiprofissional com vistas a ser integradora e que valoriza a importância de compreender a pessoa em seu contexto de vida biopsicossocial.

O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na UBS e nos domicílios. Essa equipe e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade.

A partir deste TCC foram definidas estratégias para melhoramento do manejo deste grupo assistencial, convergentes a publicações contemporâneas sobre o tema, que incluem melhora na qualidade dos registros do acompanhamento dos casos, instrumentos que apoiem ordenação da demanda para busca ativa e compartilhamento dos casos para gestão mais efetiva do cuidado em saúde. Neste sentido, o controle do *Diabetes Mellitus* destaca-se como área estratégica para a atuação das ESF. Se fizeram planejamentos e implementações da assistência de saúde aos pacientes portadores de DM, tornando o atendimento mais viável. Foi preciso buscar formas adequadas de enfrentamento para o que é o maior desafio desta questão: mudanças no estilo de vida e a adesão do paciente ao tratamento. A responsabilidade do tratamento do *Diabetes Mellitus* deve ser compartilhada entre o paciente, familiares e profissionais de saúde que o acompanham, neste caso em especial, pela equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família, cujo espaço

prioritário e privilegiado de atenção à saúde desenvolve um processo de trabalho que pressupõe vínculo dos pacientes à UBS e a ESF como potencialidade para a execução do trabalho. O tratamento, alicerçado na dieta, exercícios, educação e medicação, também exige mudanças de postura frente a hábitos alimentares e de vida em geral, sendo a colaboração do paciente fundamental para que se tenha um bom prognóstico, sendo umas das debilidades para lograr dessa forma a efetividade de uma ação em saúde relacionada à eficácia do tratamento. O processo denota o que realmente é feito ao se dar e receber cuidados. Deste modo, o presente estudo pode contribuir para a adoção de ações que beneficiem o modelo preventivo de atendimento nas UBS. Estas ações podem, direta ou indiretamente, implicar reduções significativas de gastos públicos com pacientes portadores de Diabetes Mellitus.

REFERÊNCIAS

Araújo, M.F.M. *et al.*. Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc. Anna Nery** vol.14 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000200021&script=sci_arttext. Acesso em: 12/01/15.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 08/12/14.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2013. IBGE 2013. Disponível em: <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/+Censo+Populacional+2013.+Censo+Populacional+2013.+Instituto+Brasileiro+de+Geografia+e+Estat%C3%ADstica+%28IBGE%29+%284+de+outubro+de+2013%29>. Acesso em: 20/10/14.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Disponível em: NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p. Acesso em: 23/01/15.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Tratamento e acompanhamento do *Diabetes Mellitus*. 2007. Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/diretrizes_SBD_2007.pdf. Acesso em: 12/11/14.

GELONEZE, B.; LAMOUNIER, R. N.; COELHO, O.R. Hiperglicemia pós-prandial: tratamento do seu potencial aterogênico. **Arq. Bras. Cardiol.** vol.87 no.5 São Paulo Nov. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2006001800018&script=sci_arttext. Acesso em: 21/01/15.

GROSS, J. L. *et al.* Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab [online]**. 2002, vol.46, n.1, pp. 16-26. ISSN 0004-2730. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0004-27302002000100004&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 04/02/15.

Guimarães, F.P.M. **Indivíduos com diabetes mellitus tipo 2: perfil e prática adotada em relação ao tratamento não medicamentoso**. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000100&pid=S0104-1169200300030000800007&lng=en. Acesso em: 12/11/14.

Lattanzi, T.M.P. Diretrizes para o acompanhamento dos usuários diabéticos na Estratégia Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2011. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2708.pdf>. Acesso em: 23/01/15.

Novato, T.S.; Grossi, S.A.A.; Kimura, M. Qualidade de vida e auto-estima de adolescentes com diabetes mellitus. **Acta Paul Enferm** 2008; 21(4):562-567

Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000400005.

Acesso em: 18/02/15.

PACE, A.E.; NUNES, P.D.; OCHOA-VIGO, K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **REVISTA LATINO-AMERICANA DE ENFERMAGEM**. , v. 11, n. 3, p.312-319, mai./jun. 2003. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0179.pdf>. Acesso em:

12/12/15.

PAIVA, D.C.P.; BERSUSA, A.A.S.; ESCUDER, M.M.L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad. de Saúde Pública* [online], 2006, vol.22, n.2, pp. 377-385. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200015&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2006000200015&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000200015&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: 05/01/15.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.885-895, 2008. Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0797.pdf>. Acesso em:

07/02/15.

Zagury, L.; Naliato, E.C.O.; Meirelles, R.M.R. Diabetes mellitus em idoso de classe média brasileira: estudo retrospectivo de 416 pacientes. *J. Brás. Med*: 82(6):59-61, jun. 2002. Disponível em:

[http://bases.bireme.br/cgi-](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p)

[bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p)
&nextAction=lnk&exprSearch=316960&indexSearch=ID. Acesso em: 12/11/14.