

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

MAYLEN ISABEL CORRAL ANDREU

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O MELHOR CONTROLE DO
DIABETES PELOS USUÁRIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MORADA DO RIO, SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2016

MAYLEN ISABEL CORRAL ANDREU

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O MELHOR CONTROLE DO
DIABETES PELOS USUÁRIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MORADA DO RIO, SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

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

Orientadora Prof.^a Salime Cristina Hadad

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2016

MAYLEN ISABEL CORRAL ANDREU

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O MELHOR CONTROLE DO
DIABETES PELOS USUÁRIOS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MORADA DO RIO, SANTA LUZIA, MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profª Salime Cristina Hadad - orientadora

Examinador 2 – Prof.ª Dra. Selme Silqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de fevereiro de 2016.

DEDICATÓRIA

Ao meu filho, Carlos Mário Danger Corral.

Aos meus pais Mário Angel Corral Pacheco e Maritza Andreu Gutierrez.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela orientação nos momentos difíceis.

Aos familiares e amigos, por me acompanharem nesta longa jornada.

À Prof.^a Salime Cristina Hadad, orientadora deste estudo, pelo conhecimento compartilhado

No que diz respeito ao empenho, ao compromisso,
ao esforço, à dedicação, não existe meio termo.
Ou você faz uma coisa bem-feita ou não faz.

Ayrton Senna

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Morada do Rio do município de Santa Luzia, Minas Gerais, por meio do diagnóstico situacional identificou um elevado número de casos de Diabetes *Mellitus* na região, demonstrando a necessidade de cuidados específicos com medicamentos e alimentação, com orientação da população para prevenção e adequada adesão ao tratamento dos casos diagnosticados. Considerando que a diabetes é um quadro clínico grave, cujas consequências, se não tratada, podem levar o indivíduo a óbito. Muitas das vezes o portador de diabetes desconhece sua situação, bem como desconhece os sintomas, fazendo-se necessária a orientação em relação ao tratamento específico para esta doença. Sendo assim, a ESF Morada do Rio propôs o presente plano de intervenção com o objetivo de possibilitar o acompanhamento integral com vistas a redução da alta prevalência de paciente Diabéticos descompensados da área da ESF Morada do Rio.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Básica à Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Team (FHT) Morada do Rio municipality of Santa Luzia, Minas Gerais, through a situational diagnosis has identified a large number of cases of diabetes mellitus in the region, demonstrating the need for specific care with medicines and food, with orientation of the population to prevention and proper adherence to treatment of diagnosed cases. Whereas diabetes is a serious medical event, the consequences of which, if left untreated, can lead an individual to death. Often the person with diabetes are unaware of their situation and are unaware of the symptoms, making it necessary guidance in relation to the specific treatment for this disease. Therefore, the FHT Morada do Rio proposed the present intervention plan with the aimed to enable full monitoring with a view to reduce the high prevalence of diabetic patients decompensated who live in the area of ESF Morada do Rio.

Key words: Diabetes Mellitus. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Aspectos históricos do município de Santa Luzia.....	10
1.2 Aspectos socioeconômicos e demográficos do município de Santa Luzia	12
1.3 Organização da área de saúde do município de Santa Luzia	14
1.4. Unidade Básica de Saúde Morada do Rio.....	16
1.4.1. ESF Morada do Rio	17
2. JUSTIFICATIVA	18
3. OBJETIVOS	19
3.1 Objetivo Geral.....	19
3.2 Objetivos específicos.....	19
4 MÉTODOS	20
5 REFERENCIAL TEÓRICO	21
5.1 Diabetes Mellitus: Conceitos e Características	21
5.2. Tipos de Diabetes	24
5.2.1. Diabetes Mellitus Tipo 1.....	24
5.2.2. Diabetes Mellitus Tipo 2.....	25
5.2.3. Outros Tipos	25
5.3 A Sociedade e o Diabetes - Qualidade de Vida X Saúde	26
5.3.1 Aspectos Sociais Relacionados ao Portador de Diabetes	27
5.4. Medidas de Apoio, Cuidado e Inserção Social do Diabético	30
5.4.1 O Diabético e a Equipe de Saúde	32
5.4.2 Cuidados Específicos Ao idoso Diabético	34
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	36
6.1. Nós críticos e suas ações.....	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERENCIAS	48

1 INTRODUÇÃO

Santa Luzia é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, pertence à Região Metropolitana de Belo Horizonte, dista 27 km da capital e está próximo aos aeroportos da Pampulha e Tancredo Neves (Confins) e do Centro Administrativo do Estado. Possui três vias de acesso com portais de sinalização: a MG-20 ou Avenida das Indústrias, a MG-10 via São Benedito, e a BR-381, através da rodovia Beira Rio. Limita-se ao norte com Jaboticatubas, Lagoa Santa e Taquaraçu de Minas, ao sul com Sabará e Belo Horizonte, a leste com Vespasiano e Lagoa Santa e a oeste com Belo Horizonte e Sabará. O município está localizado a 19°46'11" de latitude sul e 43°51'05" de longitude oeste, a uma altitude de 751 metros. Pertence à bacia hidrográfica do Rio São Francisco e à sub-bacia do Rio das Velhas, que divide seu território em duas partes, popularmente conhecidas como Parte Alta e Parte Baixa (WIKIPEDIA, 2015).

O município possui um extenso território de 235,327 km² (IBGE, 2010) dividido administrativamente em Sede e distrito de São Benedito. Seu bioma é de transição entre o Cerrado e a Mata Atlântica e seu clima é tropical de altitude, ameno, com temperatura média anual de 21,10° C. Está situado na depressão de Belo Horizonte, uma das três províncias geomorfológicas da Grande Belo Horizonte, tem uma paisagem típica caracterizada por colinas côncavas-convexas e fundos de vales extensos, formados por depósitos aluvionais (ALCKIMIM, 2013). O ponto culminante do município está na Serra da Piedade, na divisa com Sabará, no extremo sudeste, podendo atingir 1.200 metros. A altitude mínima se encontra na foz do Rio Taquaraçu, com 650 metros, no extremo norte (ALCKIMIM, 2013).

1.1 Aspectos históricos do município de Santa Luzia

A história do município tem raízes nos primórdios da colonização e desbravamento do território mineiro. E logo se tornou um ponto de pousada estratégico para a travessia dos bandeirantes pelos sertões, em busca de pedras e metais preciosos. (ALCKIMIM, 2013)

Seu processo de ocupação iniciou-se em 1692, com o estabelecimento do povoado de Bicas às margens do Rio das Velhas, pelo bandeirante José Corrêa de Miranda. Após ser destruído por enchentes ergueu-se novo povoado em 1697, na colina fronteira com o nome de Bom Retiro. Com a expansão do núcleo populacional de Bom Retiro foi criado, em 1724, a

Freguesia de Santa Luzia, subordinada à Villa Real de Nossa Senhora da Conceição do Sabará (atual Sabará), sede da extensa Comarca do Rio das Velhas, que alcançava os limites de Goiás, Pernambuco e Bahia. Mais tarde, em 1847, o povoado foi desmembrado de Sabará e elevado à categoria de vila, ficando conhecido como Villa de Santa Luzia, que compreendia as freguesias da Sede, Lagoa Santa, Matosinhos, e Santa Quitéria (atual Esmeralda). Em 1858, numa conjuntura de redefinição territorial e de perda de algumas de suas freguesias, a Vila de Santa Luzia fora elevada à categoria de cidade. A partir de 1924, o município passou a se chamar então Santa Luzia (SANTA LUZIA, 2015).

Ao contrário da maioria das povoações coloniais mineiras, que se mantiveram dinâmicas em decorrência da extração do ouro, Santa Luzia floresceu mais em função do comércio do que da mineração. Esta se afirmou ao longo do século XVIII e primeira metade do XIX como polo de abastecimento de gêneros alimentícios, um importante centro comercial e atacadista que estabelecia nexos entre o sertão, sobretudo a zona do Serro e Paracatu. Situada em posição estratégica, às margens do Rio das Velhas, existia um porto na Rua do Comércio, na Parte Baixa da cidade, que integrava o caminho colonial por onde passava grande volume de mercadorias para o abastecimento das regiões mineradoras (SANTA LUZIA, 2015).

Seu território esteve marcado por uma intensa atividade de produção agrícola e pela criação de gado, por indústrias rudimentares, como a do Comendador Manoel Ribeiro Viana, voltada para a produção de couros e salitre, e por um contingente expressivo de escravos, representando, à época, cerca de 33% da população (ALCKMIM, 2013).

Mesmo com o declínio do ciclo do ouro, Santa Luzia conseguiu manter-se dinâmica e não conheceu decadência econômica. Desempenhou também ativa participação política na província de Minas Gerais, sendo palco, por exemplo, do último combate da Revolução Liberal de 1842, em que as tropas liberais lideradas por Teófilo Otoni, que defendiam a descentralização do poder e a autonomia das províncias, foram derrotadas pelas tropas governistas de Duque de Caxias. Após o combate, os liberais mineiros passaram a ser conhecidos como os “luzias”. Outro episódio que evidencia o prestígio político de Santa Luzia diz respeito à visita, em 1881, do imperador Dom Pedro II e de sua comitiva à cidade. Dom Pedro II, dando prosseguimento à sua célebre viagem pelas Minas Gerais, ficou hospedado no Solar da Baronesa Maria Alexandrina de Almeida Viana, sua afilhada, e registrou essa visita em seu diário de viagem. Posteriormente, foi concedida a Santa Luzia o título de Cidade Imperial (ALCKMIM, 2013).

A padroeira da cidade foi escolhida devido a esse relato. De acordo com a história oral, um pescador chamado Leôncio, que tinha problemas na visão, observou um objeto brilhando no rio, enterrado na areia. Quando pegou era a imagem de Santa Luzia, a santa protetora dos olhos, e assim se deu o primeiro milagre da santa, já que na mesma hora ele volta a enxergar. A imagem foi levada para a primeira capela do arraial, tornando-se a padroeira do município. O Sargento-Mor Pacheco Ribeiro, que morava em Portugal, ao ficar cego, fez uma promessa a Santa Luzia das Minas Gerais, que se voltasse a enxergar viria para a cidade. Como recebeu o milagre, ele se mudou com suas três filhas para Santa Luzia e reformou e aumentou o templo, onde hoje está a Igreja Matriz, localizada na Rua Direita, no Centro Histórico (IBGE, 2010).

A partir da segunda metade do século XIX, houve um declínio considerável no papel de Santa Luzia como empório comercial. Com a crise na economia de abastecimento, a cidade passou por um processo de reorganização e diversificação de suas atividades produtivas. Em 1880, a cidade recebeu a Fábrica de Tecido São Vicente, que chegou a contar com 150 operários em sua linha de produção. Em 1893, os trilhos da Estrada de Ferro Central do Brasil chegaram à parte baixa da cidade, dando um novo impulso de crescimento na atividade comercial. Em 1903, foi instalada uma fábrica de sabão em galpões próximos da Estação Ferroviária, que utilizava materiais e técnicas rústicas, como o **coco** de macaúbas extraído nas fazendas locais. Na década de 1940, a fábrica foi vendida e transformada na Saboaria Santa Luzia, que se manteve em funcionamento até o final da década de 1980. Em 1928, entrou em atividade a Fábrica de Tecidos Santa Luzia Industrial S/A, ocupando um conjunto arquitetônico próximo à Igreja do Carmo, que gerou muitos empregos, chegando a funcionar em três turnos diários, encerrando parcialmente suas atividades em meados da década de 1990 (SANTA LUZIA, 2015)

O Distrito de São Benedito, na década de 50, começou a ser povoado. Na década de 80 foram construídos grandes conjuntos habitacionais, Cristina e o Palmital que juntos formaram o maior conjunto habitacional da América Latina, levando a expansão do comércio nesse distrito.

1.2 Aspectos socioeconômicos e demográficos do município de Santa Luzia

Santa Luzia é considerada a décima terceira cidade mais populosa do estado de Minas Gerais. A maior concentração populacional está no distrito de São Benedito, situado a oito quilômetros do centro do município. Por se uma cidade polinucleada, o município não possui uma localidade com característica de centro econômico, as atividades estão localizadas em bairros polos, sendo que no distrito de São Benedito está concentrada a maior atividade

comercial, sendo muitas vezes confundido com sendo o centro por pessoas que não conhecem a cidade direito , (SANTA LUZIA, 2015).

A população de Santa Luzia, é de 202.942, no que se refere à distribuição da população, 99% de seus habitantes residem em domicílio urbano, e apenas 1% reside em domicílio rural. A cidade conta com um número aproximado de 64.268 domicílios com média de 3,47 moradores por domicílio. Nos últimos anos a taxa de crescimento da cidade foi de 13%, sendo a densidade demográfica de 862,38 hab/km² (IBGE, 2010).

A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 19,28%, sendo seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,715, considerado médio (IBGE, 2010).

A média de rendimento mensal na área urbana é de R\$1.961,01 e em domicílio rural a média de rendimento mensal é de R\$1.231,44 (IBGE, 2010). O Produto Interno Bruto de Santa Luzia (PIB) é de R\$ 1.786.026,00 (IBGE, 2009), o que corresponde a um PIB per capita de R\$ 7.711,45, no mesmo ano de referência. A taxa de urbanização é de 99,5% e a renda Média Familiar R\$ 641,00 (IBGE, 2010).

O abastecimento de água é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (Copasa).A cidade conta com um 76,6% de domicílios com abastecimento de água tratada e 41,9% de domicílio com recolhimento de esgoto por rede pública, ou seja, 36.215 famílias, sendo que 47,8% de domicílio, 2.985 famílias utilizam fossa e 555 famílias despejam seus dejetos a céu aberto, representando um 10,3% (IBGE, 2010)

Por ser uma cidade colonial, Santa Luzia possui um patrimônio histórico, pequeno, mas interessante. A comunidade tem feito esforços na manutenção desse patrimônio, procurando preservar os museus instalados em antigos casarões, no centro histórico. A cidade conta com a Igreja Matriz de Santa Luzia, Igreja de Nossa Senhora do Rosário, Capela de Nosso Senhor do Bonfim, Solar da Baronesa, Muro de Pedras, Mosteiro de Macaúbas, Solar Teixeira da Costa que abriga a “Casa de Cultura” e o “Museu Aurélio Dolabella”. O turismo religioso se mantém vivo na cultura popular por meio de festas religiosas como: Nossa Senhora do Rosário, Folia de Reis e a padroeira da cidade, Santa Luzia. A cidade faz ainda parte do circuito da Estrada Real, embora não tenha trechos da mesma dentro do seu limite e vem se destacando no turismo de eventos e no turismo rural (SANTA LUZIA, 2015).

O principal estádio de futebol da cidade é o Estádio do Frimisa, no bairro Frimisa, que tem capacidade máxima de 3.200 espectadores, sendo que este é muito utilizado para jogos de times da capital nas categorias de base. Em Santa Luzia está instalado o Centro de

Treinamento da Categoria de Base do América Futebol Clube (Minas Gerais) (SANTA LUZIA, 2015).

O município vem ganhando um destaque no automobilismo, pois está instalado nele o Mega Space, único autódromo mineiro licenciado, que possui uma pista de asfalto de 2.600 metros e pista de arrancada, além de um grande espaço para eventos (SANTA LUZIA, 2015).

Para atrair investidores no município, a prefeitura municipal adotou a política de incentivos fiscais, como a alíquota de 2% do ISSQN. Nos cinco distritos industriais estão instaladas diversas empresas de vários segmentos de mercado. Nos últimos anos, a taxa de crescimento da cidade foi de 13% e o PIB (Produto Interno Bruto) cresceu 78%. Este crescimento é reflexo de uma política voltada para o desenvolvimento econômico e social, ou seja, investir na geração de empregos, no atendimento social e na preservação da identidade cultural do município (SANTA LUZIA, 2015).

As principais atividades econômicas do município de Santa Luzia são voltadas as empresas de transformação minerais não metálicos, indústria metalúrgica, indústria mecânica, indústria de material de transporte, indústria da madeira, indústria do mobiliário, indústria do papel e do papelão, indústria de produtos farmacêuticos e veterinários, indústria de perfumaria, sabão e vela, indústria de produtos de matérias plásticas, indústria do vestuário, calçados e artefícios de tecidos, indústria de produtos alimentares, indústria da construção, comércio varejista, comércio atacadista e serviços de transporte, além disso, atividades agropecuárias, constituindo as principais fontes de emprego na cidade (SANTA LUZIA, 2015).

1.3 Organização da área de saúde do município de Santa Luzia

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) é um órgão colegiado, de caráter permanente, deliberativo, consultivo e normativo, sendo formado por 36 membros titulares e 45 suplentes, considerando a paridade de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades de trabalhadores, 12,5% de gestores e 12,5% de prestadores de serviços na área da saúde. Nas funções do Conselho de Saúde e atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da Política de Saúde no município, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (BRASIL, 1990).

O Conselho Municipal de Saúde de Santa Luzia é composto paritariamente por 28 conselheiros efetivos, formados por 05 representantes indicados pelo prefeito e 23 eleitos pelas entidades prestadoras de serviços na área da saúde, pelos trabalhadores do SUS e 14 representantes dos usuários do SUS. Para cada membro efetivo corresponderá um suplente. As reuniões ordinárias do CMS em questão ocorrem em toda última quinta-feira do mês (SMS, 2010).

Os recursos financeiros da saúde são movimentados por meio de fundos contábeis, cabendo à direção do SUS em cada esfera de governo a sua movimentação. No município existem um Pronto Atendimento (PA) e um Hospital Geral, Hospital Filantrópico São João de Deus com 75 leitos para internação, um Centro de Consultas Especializadas, um Centro Viva Vida Integrado Hiperdia, um Centro de Testagem Anônima (CTA) e uma Farmácia Central. Na área de saúde bucal há um Consultório Odontológico SESC, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Laboratório de Prótese Odontológica. Na área de saúde mental há um Centro de Saúde Mental, 01 Centro de Atenção Psicossocial adulto (CAPS), 01 CAPS Infante-juvenil (BRASIL, 2015).

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde o município possui 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 40 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 18 ESF do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2015).

Os usuários que consultam em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e precisam ser avaliados por outra especialidade são encaminhados mediante um modelo de documento disponível nos postos relativo a encaminhamento para especialidade. Para o paciente que necessitar de uma avaliação urgente deve ser descrita a situação clínica para dar prioridade ao pedido. Estes usuários são encaminhados à secretaria de Saúde, especificamente ao departamento encarregado de fazer a gestão dos encaminhamentos para as especialidades e prioridades do pedido, sendo esses priorizados por serem identificados como urgentes.

No município há algumas especialidades: ginecologia, pediatria, neurologia, dermatologia, angiologia, cirurgia geral. Nestes casos o processo é mais rápido e efetivo de marcação da consulta. As demais especialidades só estão disponíveis em Belo Horizonte, sendo que neste caso é mais demorado e complexo o processo de marcação de consulta. Após a marcação da consulta o posto é informado e os usuários são notificados por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) ou por via telefônica sobre a data, hora e lugar da consulta.

Há dificuldade de retorno de contrarreferências, somente em alguns casos é que os médicos do município recebem as contrarreferências dos especialistas. No caso particular dos encaminhamentos para o Centro Viva-Vida e Hiperdia, o mecanismo está mais fortalecido, e só se consegue marcar a consulta se o paciente cumpre com os critérios de encaminhamentos estabelecidos.

1.4. Unidade Básica de Saúde Morada do Rio

A Unidade de Saúde Morada do Rio localiza-se na rua Baldim, número 911, bairro Morada do Rio. A Unidade de Saúde Morada do Rio é composta de 2 Equipes de Saúde da Família (ESF), a ESF Morada do rio e a ESF Vila Olga. Nessa unidade trabalham dois médicos, 2 enfermeiros, 2 técnicos em enfermagem, 5 agentes de zoonoses e 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A estrutura física da unidade de saúde é dividida segundo os diferentes serviços ofertados. Tem uma pequena área de recepção que também é utilizada para guarda de todos os prontuários, uma área para controle dos parâmetros dos pacientes, dois consultórios, uma sala de vacina, uma sala de curativos, dois banheiros e uma cozinha.

A unidade de saúde é de fácil acesso para a população com uma boa localização topográfica e infraestrutura local. Contudo, há um corredor de acesso com vários ônibus, que permite a chegada de usuários dos bairros do entorno do Morada do Rio, que sobrecarregam o atendimento realizado pela equipe. A equipe funciona das 8 horas da manhã até 17 horas. A rotina de trabalho começa com as consultas de triagem pela enfermagem e o médico faz as consultas da demanda espontânea, agendadas e as de urgência que chegam a o posto. Além disso são ofertadas consultas com o ginecologista, vacinas e curativos.

O bairro Morada do Rio é um bairro urbano, porém apresenta falta de saneamento básico, cultura e educação, transporte e alimentação que são as principais queixas da comunidade. A principal causa de óbito são as doenças crônicas, mais especificamente as de origem cardiovascular, mais também são muitas as mortes relacionadas a violência vinculada ao tráfico de drogas.

A comunidade conta ainda com associações comunitárias, grupos culturais, 3 centros de educação, 2 farmácias, 1 laboratório, 2 escolas, 13 igrejas, todos eles com o principal

objetivo de melhorar a qualidade e condições de vida da população. A maioria das instituições tem como foco a promoção da educação, cultura, esporte e saúde. Na comunidade há prestação de serviços de energia elétrica, água tratada e telefonia.

1.4.1. ESF Morada do Rio

A ESF Morada do Rio possui 3.813 habitantes agrupados em 1.340 famílias registradas. Observa-se que 76% dos residentes na área são alfabetizadas e 54% estão empregadas. Contudo, devido ao baixo nível de escolaridade a maioria dos empregos é na área prestação de serviços, comércio, empregados domésticos, serviços gerais e construção civil (BRASIL, 2015a).

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença com alta prevalência na população sob responsabilidade da Equipe Morada do Rio. O problema foi levantado ao realizar se o diagnóstico situacional e observou-se que é uma doença com uma alta prevalência na área de abrangência da equipe, com tendência a incrementar-se em relação com algumas doenças que interfere na qualidade de vida das pessoas. Foram identificados diversos fatores de risco passíveis de intervenção que estão associados ao maior comprometimento cardiovascular observado nos pacientes diabéticos. Entre os fatores de risco identificados estão a hipertensão arterial sistêmica, a obesidade, as dislipidemias, o sedentarismo e o tabagismo.

2. JUSTIFICATIVA

O Diabetes *Mellitus* (DM) constitui-se um problema de Saúde Pública em vários países do mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde, atinge 246 milhões de pessoas no mundo e tem status de epidemia devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevivência do paciente com DM (GOLDENBERG, 2003).

Quantificar a prevalência de DM e o número de pessoas diabéticas, no presente e no futuro, é importante para permitir uma forma racional de planejamento e alocação de recursos. A incidência do DM tipo 2 (DM2) é difícil de ser determinada em grandes populações, pois envolve seguimento durante alguns anos, com medições periódicas de glicemia. Os estudos de incidência são geralmente restritos ao DM tipo 1 (DM1), pois suas manifestações iniciais tendem a ser bem características (DUARTE, 2002).

A incidência do DM1 demonstra acentuada variação geográfica, apresentando taxas por 100 mil indivíduos com menos de 15 anos de idade: de 38,4 na Finlândia, de 7,6 no Brasil e de 0,5 na Coreia, por exemplo. Atualmente sabe-se que a incidência do DM1 vem aumentando, particularmente na população infantil com menos de cinco anos de idade (DUARTE, 2002).

Por meio da observação dos usuários atendidos na Unidade de Saúde Morada do Rio constatou-se a presença constante dos diabéticos e o crescente aumento na população em geral. Portanto, tornou-se interessante propor ações preventivas no âmbito social por isso a equipe iniciou um trabalho com consulta, visitas domiciliares com grupos priorizados com promoção e prevenção de saúde. Em paralelo, observou-se também que, até então, estes usuários não haviam recebido orientação adequada em relação à prevenção e tratamento.

Na ESF Morada do Rio existe um acompanhamento deste grupo de pessoas através do grupo específico do paciente, sendo observada a baixa adesão às atividades de controle da doença. Este plano de intervenção visa garantir um atendimento e acompanhamento mais integral dos pacientes diabéticos, criando-se um protocolo de atendimento que garanta o melhor seguimento e atenção de forma integral aos pacientes acometidos, incluindo o controle glicêmico que reduz o risco das doenças cardiovasculares, tornando-se uma medida eficiente na prevenção e no retardo da progressão das complicações agudas e crônicas desta síndrome.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção que possibilite acompanhamento integral visando redução da alta prevalência de paciente Diabéticos descompensados na ESF Morada do Rio em Santa Luzia, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Buscar na literatura novos conhecimentos sobre Diabetes
- Estudar as ações preconizadas para acompanhamento do paciente diabético;
- Reorganizar as ações de assistência aos diabéticos da área da ESF Morada do Rio.

4 MÉTODOS

O trabalho é um plano de intervenção na área de Atenção Básica realizado no ano de 2014 na UBS Morada do Rio, pela ESF Morada do Rio, Santa Luzia, Minas Gerais.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos do módulo de iniciação científica e seção 2 módulos de Planejamento (CAMPOS et al., 2010). Além de uma revisão narrativa da literatura sobre o tema e após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com esse a doença.

Para a construção deste projeto foram realizadas pesquisas bibliográficas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED (Público/editora MEDLINE), Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO (Scientific Electronic Library OnLine), Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período compreendido entre 2010 e 2015, idioma português e inglês, sendo utilizados os descritores: diabetes mellitus, atenção primária à saúde. Foram encontrados 102 artigos e selecionados 51 para este trabalho. Também foram realizadas pesquisas no material técnico do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais e Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia relativo aos protocolos clínicos para acompanhamento do Diabetes Mellitus; e Secretaria Municipal de Cultura e Turismo de Santa Luzia e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para a coleta de outros dados referentes ao território pesquisado.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Diabetes Mellitus: Conceitos e Características

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença considerada um problema de saúde pública que tem crescido, é comum o aparecimento de novos casos. É conceituado como síndrome patológica, manifestada clinicamente por meio de desordens endócrino-metabólicas associadas a um descontrole dos níveis glicêmicos no sangue. Considerado um desequilíbrio homeostático, sua causa principal é a deficiência, absoluta ou relativa, da insulina, hormônio secretado pelas células β do pâncreas, responsável pela regulação dos níveis de glicose presentes no sangue, favorecendo casos de hiperglicemia e glicosúria. Trata-se de uma patologia crônica, com características genéticas, que pode ser influenciada pelas condições do ambiente, cuja evolução é grave, lenta e progressiva (ASSUNÇÃO & URSINE; 2008; GRILLO & GORINI, 2007; BRASIL, 2006) (FIGURA 1).

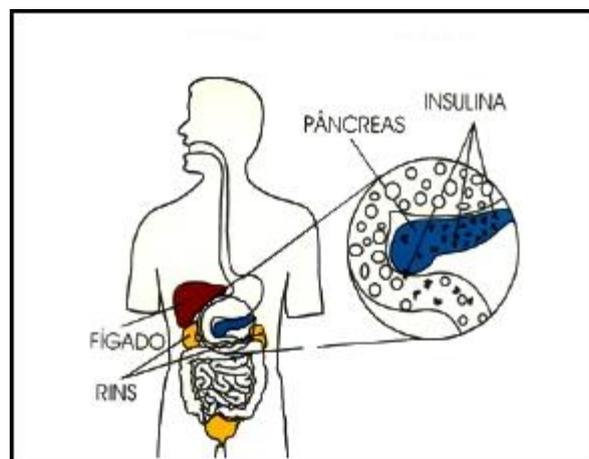


FIGURA 1: Falta absoluta ou déficit na produção de insulina pelo pâncreas.

Fonte: Adaptação da autora

Em termos históricos, considera-se que a primeira referência ao diabetes foi relatada por Aretaeus da Capadócia, em 250 d.C. quando escreveu sobre pessoas que apresentavam um suposto “derretimento da carne em urina” (DELIBERATO, 2002). De acordo com estudos acerca deste distúrbio, indicava-se, mais adiante, nas primeiras décadas deste século, que sua etiologia e fisiopatologia variavam de acordo com os pacientes, ou seja, havia ausência de uniformidade e consistência, o que favoreceu uma série de revisões, inclusive em sua

nomenclatura. Desta forma, o diabetes passou a ser considerado não como uma doença única, mas como uma síndrome. (PADOVANI *et al*, 1986).

Segundo perspectiva do Ministério da Saúde o Diabetes Mellitus configura-se como epidemia mundial, representando grave problema de saúde pública, tanto no Brasil como também no mundo. Seu aumento pode estar associado a vários fatores, entre eles o envelhecimento da população, a urbanização crescente, a adoção de estilos de vida considerados pouco saudáveis (sedentarismo, dieta inadequada) e obesidade. (BRASIL, 2006)

FREITAS *et al* (2006), compartilham basicamente de mesma opinião ao afirmar que a prevalência e a incidência e crescimento do diabetes mellitus é consequência do aumento da população idosa, da urbanização e industrialização, do aumento da obesidade, da inatividade física e principalmente do aumento de sobrevida dos diabéticos. Na maioria das vezes o diabetes mellitus se associa à obesidade, especialmente víscera/abdominal, surgindo muitas vezes após ganho de peso associado ao envelhecimento, caracterizado por menor tolerância à glicose.

Há que se considerar que este distúrbio representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e, conseqüentemente, para a sociedade de modo geral. Tal encargo agrava-se especialmente quando não há controle adequado. Em se tratando de custos, sua maior parte encontra-se relacionada às suas possíveis complicações, que, se não evitadas, podem comprometer a produtividade e a qualidade de vida dos indivíduos (MECLELLAN *et al*, 2006).

O diabetes é considerado como principal causa de insuficiência renal e de cegueira do adulto, podendo resultar em amputações dos pododáctilos, pés e pernas. Além disso, convém ressaltar que, em média, dois terços das pessoas com diabetes apresentam formas leves a severas de lesão nervosa, resultando na diminuição da sensibilidade das mãos e dos pés, retardamento do esvaziamento gástrico e síndrome do túnel do carpo (NIEMAN, 1999).

O quadro abaixo apresenta os principais sintomas do diabetes mellitus classificados como clássicos e secundários. (QUADRO 1).

QUADRO 1: Sintomas do Diabetes Mellitus.

SINTOMAS CLÁSSICOS	SINTOMAS SECUNDÁRIOS
Poliúria (aumento do volume da urina); Polifagia (aumento da fome); Polidipsia (aumento da sede).	Desmaio; Perda de peso; Cansaço; Alteração da visão.

Fonte: Adaptação da autora.

O distúrbio é diagnosticado por meio de exames laboratoriais, onde a glicose sanguínea em jejum superior a 110 mg/dl é sugestiva, enquanto níveis superiores a 126 mg/dl confirmam o diagnóstico. Outro fator determinante para diagnóstico definitivo é a presença de glicosúria na urina, também verificada através de exames. Já a presença de anticorpos antiinsulínicos (ac-ai) representa que houve comprometimento do pâncreas (DELIBERATO, 2002).

Os sinais e sintomas do Diabetes mellitus são poliúria diurna e noturna, polipsia, boca seca, polifagia, mialgia, fadiga constante, fraqueza generalizada, turbamento da visão, emagrecimento acelerado e prurido corporal. O diagnóstico é determinado pelos exames laboratoriais. A glicose sanguínea em jejum superior a 110 mg/dl é sugestiva, enquanto níveis superiores a 126 mg/dl confirmam o diagnóstico. O exame de urina com glicosúria também é determinante para o diagnóstico definitivo. A presença de anticorpos antiinsulínicos (ac-ai) mostra que há comprometimento do pâncreas. (DELIBERATO, 2002, p. 86).

O tratamento do diabetes consiste em normalizar a atividade de insulina e os níveis sanguíneos de glicose, com intenção de reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neuropáticas (SMELTZER & BARE, 2005). Ou seja, o tratamento do diabetes procura obter o que o corpo humano normalmente realiza: estabelecer o equilíbrio adequado entre a glicose e a insulina. Considerando que a alimentação faz com que a glicemia aumente enquanto a insulina e o exercício fazem com que ela diminua, torna-se relevante em tratamento manipular esses três fatores de modo que se mantenha o nível de glicose dentro de uma faixa considerada estreita.

O Diabetes Mellitus representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionada às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas (MCLELLAN et al., 2007).

Para Portero e Cattalini (2005), as doenças crônicas não transmissíveis com implicações nutricionais, como o *Diabetes mellitus* (DM), representam, por sua alta prevalência sério problema de saúde pública em nosso meio. A progressiva ascensão delas, no Brasil, impõe a necessidade de uma revisão das práticas dos serviços de saúde pública, com a implantação de ações de saúde que incluam estratégias de redução de risco e controle dessas doenças.

5.2. Tipos de Diabetes

Classifica-se a Diabetes Mellitus em Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Mellitus gestacional e o Diabetes Mellitus associado a outras condições ou síndromes, apesar de possível, é mais raro (SMELTZER & BARE, 2005).

5.2.1. Diabetes Mellitus Tipo 1

Inicialmente denominado diabetes *mellito* insulino dependente (DMID) ou diabetes mellitus tipo 1, pode ser constatado em 5% a 10% da população diabética. Nos portadores desta síndrome ocorre a destruição das células β -pancreáticas. Apesar de os pacientes poderem tornarem-se sintomáticos em quaisquer idades, a maior incidência se dá na juventude. Seu início apresenta progressão rápida de sintomas, variando entre poucos dias e poucas semanas, e caracterizado por polidipsia (ou seja, um considerável aumento da sede), polifagia (apetite aumentado), poliúria (urina aumentada), possível aumento na frequência das infecções, perda de peso e força, irritabilidade e geralmente cetoacidose (CLAYTON; STOCK, 2006).

Nesses casos, o pâncreas não produz insulina, fazendo com que os pacientes necessitem de administração de insulina exógena, cujo ajuste de dose é influenciado por padrões inconsistentes de atividade física e irregularidade dietética. É comum que pacientes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 apresente remissão dos estágios iniciais da doença, necessitando de pouca ou nenhuma insulina exógena. Essa condição pode durar por alguns meses e é conhecida como “período de lua de mel” (CLAYTON & STOCK, 2006).

5.2.2. Diabetes Mellitus Tipo 2

O diabetes mellitus tipo 2 é caracterizado-se basicamente pela redução da atividade das células β -pancreáticas, acarretando em deficiência de insulina; resistência à insulina, que não é captada adequadamente pelas células do músculo periférico; ou aumento na produção de glicose pelo fígado. Com o tempo, as células β -pancreáticas começam a falhar e pode haver necessidade de insulina endógena. Uma grande parte dos pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 desenvolve a síndrome metabólica, conhecida como síndrome de resistência a insulina e síndrome X.

Habitualmente seu aparecimento é mais insidioso que o do diabetes tipo 1. Como o pâncreas ainda mantém alguma capacidade de produção e secreção de insulina, os sintomas (polifagia, polidipsia, poliúria) são mínimos ou ausentes por um período prolongado, fazendo com que o paciente procure por cuidados médicos somente alguns anos após os sintomas da doença se tornar aparentes. Há algumas variações nos quadros dos pacientes onde, por exemplo, a hiperglicemia de jejum pode ser controlada pela dieta em alguns pacientes, enquanto outros necessitam do uso de insulina suplementar ou de agentes antidiabéticos orais (metformina ou gliburida). Em relação à faixa etária, seu início se dá, geralmente, a partir dos quarenta anos, porém pode ocorrer também em pacientes mais jovens. Anteriormente conhecido como *Diabetes Mellitus* não Insulino-Dependente (DMNID), este tipo de diabetes está presente em cerca de 90% da população diabética. (CLAYTON & STOCK, 2006)

Sobre este tipo clínico, Deliberato afirma:

Acomete pessoas com mais de 40 anos, frequentemente obesas, a taxa de insulina pode ser normal ou mesmo aumentada, porém ela não está ativa (deficiência), é rara a presença de anticorpos antiinsulina e há presença de hipoglicemia (DELIBERATO, 2002, p. 85).

5.2.3. Outros Tipos

Há uma terceira subclasse do DM em que estão incluídos alguns tipos adicionais de diabetes que possuem características não associadas diretamente ao estado diabético e fazem parte de outras doenças, como a feocromocitoma, acromegalia e síndrome de Cushing. Outros distúrbios incluídos nessa categoria são má nutrição, infecção, medicamentos ou substâncias químicas que induzem a hiperglicemia, defeitos nos receptores de insulina e certas síndromes genéticas. (CLAYTON & STOCK, 2006)

A quarta classificação do diabetes é conhecida com Diabetes *Mellitus* Gestacional (DMG), apresentada por mulheres que apresentam tolerância anormal à glicose no período de gravidez, podendo ser diagnosticado em cerca de 4% das gestantes. Nesses casos, em sua grande maioria, as mulheres apresentam tolerância normal à glicose após o parto. Por apresentar propriedades clínicas especiais, o diabetes gestacional foi incluído em uma categoria separada. Convém ressaltar que as mulheres que apresentam o quadro durante a gravidez, podem vir a desenvolvê-lo novamente em cinco a dez anos após a gravidez (CLAYTON & STOCK, 2006).

Inicialmente classificado como DMG, este deve ser reclassificado no intervalo de seis semanas após o parto em uma das seguintes categorias: diabetes mellitus, deficiência da glicose no jejum, tolerância à glicose ou normoglicêmica. Em se tratando de pacientes que se enquadram na intolerância à glicose (IGT) ou intolerância à glicose em jejum (IFG), estas são geralmente euglicêmicas, porém desenvolvem a hiperglicemia quando avaliadas para o teste oral de tolerância à glicose. Após o parto a tolerância à glicose retorna ao normal ou persiste em um patamar intermediário por anos seguidos (CLAYTON & STOCK, 2006).

Há também o pré-diabetes, estágio intermediário entre a homeostasia normal de glicose e o diabetes. Atualmente os pacientes com IGT ou IFG possuem um risco aumentado de desenvolver diabetes tipos 1 ou 2 e possíveis comprometimentos cardiovasculares no futuro. Convém ressaltar que as categorias dos níveis em jejum da glicose (FPG) são:

- FPG menor que 100 mg/dL = glicose em jejum normal.
- FPG \geq 110 mg/dL, mas $<$ 126 mg/dL = IFG.
- Níveis de glicose plasmática 2 horas após ingestão de glicose entre 140 e 199 mg/dL = IGT.

5.3 A Sociedade e o Diabetes - *Qualidade de Vida X Saúde*

A questão da qualidade de vida encontra-se relacionada à saúde de forma direta, e definida como “ [...]valor atribuído à duração da vida que se altera pela deficiência, o estado funcional, a percepção e as oportunidades sociais devidas a uma doença, um acidente, um tratamento ou uma decisão política” (LOPEZ *et al.*, 1996, p. 118).

Qualidade de vida encontra-se relacionada com promoção de saúde e Buss (2000) relata que a Carta de Ottawa, elaborada na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1986, com representantes de 38 países, definiu a promoção da saúde da seguinte forma:

[...] o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo e subjacente a este conceito, o documento assume que a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. (BUSS, 2000, p. 147)

Ultimamente cresceram os interesses e investigações no campo da avaliação da qualidade de vida. Observa-se que, no que concerne ao tema, há fortes interesses na relação entre saúde, sintomas, doença e seu tratamento, e qualidade de vida relacionada à felicidade, padrão de vida e ambiente, considerando ambos como situações distintas e independentes uma da outra. Surge então o conceito de qualidade de vida associado à saúde, são consideradas as problemáticas relacionadas com a saúde, bem como impacto e tratamento da doença apresentada e bem-estar subjetivo (RIBEIRO, 1994; SNOECK, 2000).

Conforme estudos de Testa e Simonson (1996), a qualidade de vida encontra-se associada à saúde por considerar os domínios físico, psicológico e social de saúde dos indivíduos, como fatores influenciados pelas vivências, expectativas e percepções individuais. Em se considerando a coletividade, tais fatores são referidos como fatores de “percepção de saúde” (TESTA & SIMONSON, 1996). Desta forma, a qualidade de vida, é influenciada por muitos outros fatores, além da saúde individual, com base nessa perspectiva o termo qualidade de vida passou a ser empregado para referir o estado de saúde geral do indivíduo, considerando uma ampla variedade de experiências subjetivas, que se encontram relacionadas direta ou indiretamente à saúde (GUYATT *et al.*, 1990).

Convém a ressalva de que o conceito amplo de capacidade funcional se refere à capacidade de se manter habilmente capaz, física e mentalmente, no desenvolvimento de uma vida independente e autônoma (GORDILHO *et al.*, 2000). O diabetes, quando não tratado de forma adequada têm forte associação com o declínio da capacidade funcional e, conseqüentemente, declínio também da qualidade de vida de seu portador.

5.3.1 Aspectos Sociais Relacionados ao Portador de Diabetes

Uma doença crônica pode comprometer e/ou afetar vários sistemas de regulação e adaptação, que vão desde o indivíduo como um ser único, até seu campo psicossocial, ou seja, família e grupo (s) no qual encontra-se inserido. Isso remete à compreensão global do doente, considerando sua inserção nesse meio social (RAPOSO *et al.*, 2004).

Conforme o Ministério da Saúde:

[...] Diante do impacto epidemiológico da diabetes, com alta carga de morbimortalidade associada à mesma, sua prevenção e de suas complicações é hoje prioridade em saúde pública. Na atenção básica ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes [...] da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes, da identificação de casos não diagnosticados de diabetes para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2006).

O doente depara-se com uma nova condição e a necessidade de aprender a viver com ela, já que a doença passa a fazer parte de sua vida depois de diagnosticada, impondo-lhe uma realidade diferente da anterior, atrelada a uma série de tarefas adaptativas e cuidados adicionais. Portanto, o diagnóstico desencadeia um grande número de mudanças que remetem desde o campo físico, psicológico e até o social, resultando em alteração permanente no modo de vida do indivíduo (CANHÃO & SANTOS, 1996).

Sendo a diabetes, depois de estabelecida, uma doença crônica, há que se considerar sua relação com a qualidade de vida de seu portador.

Doença crônica não é por si só, uma realidade única, mas antes uma designação genérica que abrange doenças prolongadas, muitas vezes associadas a certo grau de incapacidade [...] tem uma causa que produz sintomas e sinais num período de tempo variável, de curso longo, e da qual só há recuperação parcial. (PHHIPS *et al.*, 2003, p.145).

Desta forma, há que se salientar que as doenças crônicas são doenças de longo termo, variando na gravidade, evolução e extensão das suas consequências, cuja cura não é efetiva, porém o tratamento possibilita controle e alívio dos sintomas, resultando em redução do sofrimento e prolongamento da vida (MIGUEL & BORGES, 2002)

Em se tratando especificamente do diabetes mellitus, a Declaração de St. Vincent, assinada por um grupo constituído por representantes governamentais, em 1989 na Itália, reconheceu formalmente como problema de saúde pública em todas as idades e em todos os países (DUARTE, 2002). Tal reconhecimento favoreceu o estabelecimento de uma série de objetivos que visavam seu controle e prevenção, incluídos também nesse controle suas

variantes e possíveis complicações. Entretanto, conforme afirma Duarte (2002), considerando que a doença é assintomática, há possibilidades de que o número de casos registrados não corresponda à realidade; desta forma, baseiam-se estudos em estimativas, porém, há comprovação de que sua incidência tem crescido em decorrência de uma série de fatores, dentre eles a industrialização e o envelhecimento da população (DUARTE, 2002).

As alterações em relação aos aspectos de comportamentos e hábitos de um portador de diabetes são inúmeras. No tratamento do diabetes o principal objetivo é a manutenção dos níveis de glicemia, que devem ser mantidos os mais próximos possíveis dos índices considerados normais. Para isso há que se renderem aos regimes terapêuticos e demais exigências de mudanças de estilo de vida, com inclusão de exercícios e monitoramento dos níveis glicêmicos, e confrontos constantes com possibilidades de surgimento de complicações em decorrência do quadro clínico que podem representar ameaças (RUBIN & PEYROT, 1999).

A falta de conhecimento sobre o diabetes e sobre o seu tratamento pode favorecer padrões de rejeição do paciente em relação à sua doença, resultando em comportamentos inadequados e atitudes negativas. A cadeia de reações adversas formada pelo medo acerca desta doença, pelo comportamento inadequado e, até mesmo, pelo preconceito, pode ser rompida através da conscientização dos perigos oferecidos pela doença e reeducação de seus portadores (MOTTA, 2001).

Cabe ao portador aprender a conviver com a doença e isso atinge todos os aspectos do cotidiano, caracterizando sua vivência com base nas sucessivas alterações e estados de desequilíbrio relacionados às alterações biofísicas e aos reajustes psicológicos. São, portanto, inúmeras as alterações nas atividades sociais e na condição psicológica, onde o portador tem que desenvolver capacidade para lidar com as variações e estabelecer controle de sua situação metabólica (MAES *et al.*, 1996).

A educação é um processo que visa capacitar o indivíduo a agir conscientemente diante de situações novas de vida com aproveitamento de experiências anteriores, tendo sempre em vista a integração, a continuidade e o processo no âmbito social, segundo as necessidades de cada um, a fim de serem atendidos integralmente o indivíduo e a coletividade (GOUVEIA, 1990, p. 79).

É possível afirmar, portanto que, uma vez diagnosticado, o diabetes exige toda uma reeducação de seu portador. Conforme Macedo (*apud* LIMA, 2001), para obter resultados positivos no tratamento e controle do diabetes, há que se priorizar a sensibilização do portador

acerca de todos os seus aspectos, e é desta forma que cita a reeducação. Este processo exerce um papel fundamental por sensibilizar o sujeito de que ele é portador de um quadro grave e incurável, porém compatível com boa qualidade de vida, desde que mantido sob controle. O autor afirma que é conveniente fazer com que o paciente assuma papel ativo no tratamento, respondendo e empenhando-se por sua perda de peso corporal, assumindo sua necessidade de medicamentos e cuidando de seu controle metabólico.

Ainda sobre este processo de reeducação, um estudo realizado por Santos e Baracho (1995) constatou que 70% dos pacientes cujo conhecimento acerca da doença e seus agravantes era considerado adequado, apresentavam controle glicêmico e baixo índice de hospitalização. Isso confirma a importância da sensibilização e conhecimento acerca da doença e adoção consciente dos novos hábitos que esta impõe ao seu portador.

Motta e Cavalcanti (1999) afirmam que programas de atenção à pessoa portadora de diabetes devem oferecer ações de apoio psicossocial e promover mudanças no estilo de vida. Estes fatores devem acompanhar a devida utilização de recursos terapêuticos. Os autores enfatizam a recomendação de apoio psicossocial, como forma benéfica de orientação; entretanto isso deve ocorrer de forma prazerosa e não meramente restritiva. Destaca-se também o cuidado efetivo, manejo de estresse, incentivo ao autocontrole, acolhimento e manutenção de vínculos, inclusive com sua equipe de saúde.

Há que se considerar, portanto, que o paciente diabético necessita de mudanças no estilo de vida o que acarreta profundas alterações na vida e no contexto familiar frente à nova situação (HAMMERSCHMIDT, 2007). É importante incitar a adesão ao tratamento, incentivando o diabético a participar no planejamento e na tomada de decisão do seu tratamento, amenizando as dificuldades de entendimento que podem surgir em relação às complicações da doença quando não tratada adequadamente, favorecendo entendimento mais eficaz e eficiente de sua condição, bem como da prevenção secundária das patologias que podem surgir em decorrência disso e alterando significativamente sua qualidade de vida. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003)

5.4. Medidas de Apoio, Cuidado e Inserção Social do Diabético

A Organização Mundial da Saúde, em proposta para o atendimento de pessoas com diabetes formulada no ano de 2003, sugere que aconteça o envolvimento do paciente e sua

família no tratamento. Destaca-se a importância da educação da família acerca da problemática do paciente como forma auxiliar ao tratamento (OMS, 2003). Conforme Serapione: “a família representa, na verdade, a unidade básica de atenção à saúde; é o primeiro nível de atenção à saúde” (SERAPIONE, 2005, p. 244).

Considerando o meio familiar como principal contexto social no qual o paciente encontra-se inserido, convém destacar também sua forte influência no quadro clínico e estado de saúde do diabético. Em paralelo, o diagnóstico da doença resultará em interferências no modo pelo qual a unidade familiar funciona. Há, portanto, toda uma reciprocidade, onde a família representa o grupo primário de relacionamento do diabético, e conseqüentemente, uma unidade de cuidado ao paciente. É relevante também o meio cultural na qual ela está inserida, seu sistema de crenças, valores e significados compartilhados, e suas condições socioeconômicas e educacionais. Desta forma, as decisões tomadas pela família frente a um quadro de doença são baseadas em seus hábitos, crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença, desde que compatíveis com sua condição econômica. Toda essa tomada de decisão se faz em consenso com fatores que permeiam a relação com os serviços de saúde disponíveis e determinam a utilização dos recursos de tratamento (POTTER & PERRY, 2004).

Em se tratando do diabetes, a família, deve-se considerar a longa duração do tratamento e as conseqüentes limitações e restrições associadas ao estilo de vida do doente que, inevitavelmente, estende-se aos familiares. O suporte familiar ao paciente diabético é fundamental para a aquisição de orientações de saúde adequadas, bem como no enfrentamento da doença. Torna-se primordial um processo educativo que valorize as experiências e os conhecimentos antecedentes, e os valores e crenças do próprio paciente e de sua família em relação à doença (SANTOS *et al.*, 2005).

Ainda estes autores afirmam que inicialmente, ao tomar conhecimento do diagnóstico, os familiares apresentam reações de angústia e desespero, ocasionados pela sensação de pouco controle sobre o que acontece com suas vidas e com a vida de seu ente. Mediante progresso inicial no tratamento surgem reações de incerteza e descrença, também possivelmente acompanhados de mecanismos de negação e sofrimento, bem como reações de aceitação e otimismo. Sendo assim, frente ao diagnóstico de diabetes podem ser despertados sentimentos como medo e preocupação dos membros da família, entretanto esta tem papel relevante no controle desta doença, podendo ter influência negativa ou positiva.

Segundo Zanetti et al.:

[...] o paciente constituiu um elemento que expande o conhecimento acerca do diabetes na família e está passando a exercer mais adequadamente seu papel de cuidadora. A ampliação do aprendizado pode favorecer a aquisição de hábitos saudáveis na família. Desse modo, compreendemos que a educação em diabetes deve estar centrada na equipe multidisciplinar, no sistema familiar, no paciente e nos equipamentos sociais. Quando o paciente encontra essa rede de apoio há uma maior efetividade no processo educativo. (ZANETTI *et al.*, 2008, p. 191)

Desta forma, o suporte da família no tratamento e apoio ao diabético, é apontado como fator significativo, e que se encontra associado aos comportamentos relacionados ao autocuidado no diabetes, que vão desde a dieta, o exercício e a adesão ao tratamento medicamentoso. (ALBRIGHT *et al.*, 2001)

5.4.1 O Diabético e a Equipe de Saúde

Uma vez destacada a importância da família e sua atuação no quadro de atenuação do diabetes, cabe também destacar a importância da equipe de saúde, não somente como prestadores de cuidados para com a saúde do paciente, mas como um agente transformador da consciência dos pacientes referindo-se à questão da realização da prevenção e do tratamento, possibilitando-os dar continuidade às suas atividades de maneira a promover sua qualidade de vida em casos de diabetes.

É função dos profissionais de atenção básica ter sua atuação voltada para três áreas básicas, são elas: específica, que responde pelo atendimento das necessidades básicas e de autocuidado do ser humano; social, onde é destacado enfoque na pesquisa, ensino, administração, dentre outros; e interdependente, que se refere à manutenção, promoção e recuperação da saúde. De acordo com esses parâmetros, observa-se uma inter-relação entre os profissionais de saúde e o ser humano, enquanto sujeito que vivencia estados de equilíbrio e desequilíbrio, que evidenciam as necessidades humanas (HORTA, 1979)

Para Zanetti et al:

É importante ressaltar a necessidade de acompanhamento, de apoio e de seguimento contínuo do paciente por uma equipe multiprofissional de saúde, pois quando os pacientes são acompanhados de forma sistemática é possível prevenir e/ou protelar as complicações crônicas durante a evolução do Diabetes Mellitus. O reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional de saúde para a educação do paciente diabético propiciou o desenvolvimento de inúmeros projetos e programas

educativos, tanto em nível nacional quanto internacional. (ZANETTI *et al.*, 2008, p. 187)

É fundamental a assistência para o paciente portador de diabetes. Esta assistência se estende desde a ação de orientação, o acompanhamento, e até o acolhimento ao paciente; sendo reconhecida como via de promoção, incentivo, educação à saúde, e forma de aprendizagem da convivência com a doença. Conforme Oliveira e Oliveira:

A assistência ao paciente portador de diabetes deve estar voltada a prevenção de complicações, avaliação e monitoramento dos fatores de risco, orientação quanto à prática de autocuidado. Sendo de competência de o enfermeiro realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames e realizar transcrição de medicamentos de rotina de acordo com protocolos ou normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, desenvolver estratégias de educação em saúde e fazer encaminhamentos quando necessário (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2010, p. 42).

À equipe de saúde, apresenta-se a missão de acolher de forma efetiva o portador de diabetes, possibilitando a sua aproximação, como meio de orientar e sanar as dúvidas e questionamentos apresentados pelos indivíduos que em um primeiro momento, se encontram abalados frente ao diagnóstico da existência do diabetes.

[...] educar os pacientes para que eles obtenham conhecimento sobre sua condição e os riscos à saúde, incentivando a aceitação da doença e a implementação das medidas de autocontrole, tais como: Controle dos níveis glicêmicos através de mudança nutricional (conforme pirâmide alimentar), prática de exercícios físicos, terapêutica medicamentosa, além das medidas preventivas como cuidados com os pés, aferição da pressão arterial regularmente e evitar maus hábitos, como alimentos ricos em gordura, tabagismo e etilismo. [...] informar ao paciente sobre a sintomatologia da hipoglicemia e hiperglicemia para o mesmo saber como agir diante dessas situações (GRILLO, 2005 *apud* OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2010, p. 44).

De acordo com Sena:

Para a equipe de saúde é cada vez maior o desafio do cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família, por que espera-se que esta possa ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. O paciente deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia. Em se tratando do cuidado integral com o paciente diabético a equipe de saúde deve manter papel de coordenador do cuidado dentro do sistema, assegurando o vínculo paciente-equipe de saúde e implementando atividades de educação em saúde para efetividade e adesão do paciente e efetividade das ações propostas às intervenções. (SENA, 2007, p. 21)

A atuação e intervenção da equipe como forma de acompanhamento do quadro clínico do paciente favorece o enfrentamento não somente da doença, mas também dos diversos sintomas que a acompanham, amenizando-os e fornecendo a devida conscientização dos pacientes sobre o seu quadro e possibilidades de controle do nível de glicemia, como afirma a citação abaixo:

[...] identificar precocemente os fatores de riscos, vulnerabilidade do indivíduo e o ambiente em que ele está inserido, através disto o profissional pode intervir de forma sistematizada para minimizar os riscos e os agravos a saúde. A intervenção de enfermagem consiste na educação em saúde, com incentivo para mudanças no estilo de vida, nos hábitos alimentares e proporcionando ao indivíduo o conhecimento sobre sua patologia (VASCONCELOS, *et. al*, 2000 apud OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2010, p. 45).

Outra questão que se faz relevante remete à aproximação e convívio se refere aos aspectos emocionais e psíquicos, fatores estes que são primordiais para que os pacientes possam enfrentar sua nova realidade. Cabe à equipe não somente tratar, mas também orientar o paciente sobre os cuidados a serem tomados e comportamentos a serem mantidos e/ou adotados.

Há que se primar por um processo sistematizado e dinâmico na prestação de cuidados ao diabético na enfermagem, que “*promove cuidado humanizado, dirigido a resultados (orientado a resultados) e de baixo custo*” (ALFARO-LEFEVRE, 2005, p. 29).

5.4.2 Cuidados Específicos Ao idoso Diabético

A população idosa deve ser considerada de forma específica no que se refere ao diabetes. Devido ao avanço da idade, a manutenção de sua capacidade é considerada ponto importante para manutenção de vida independente, bem como a qualidade de vida. É preciso propiciar ao idoso a capacidade de, mesmo com tal quadro clínico, realizar atividades no cotidiano, das mais simples as mais complexas, possibilitando processo de envelhecimento mais digno e a contenção dos agravos em decorrência da idade e da doença (ALVES *et al*, 2007).

Em se tratando de idosos já diagnosticados com diabetes, deve ser priorizado o controle glicêmico rigoroso e prevenção das complicações crônicas. Para tal, há necessidade de mudanças do estilo de vida e tratamento medicamentoso, assim como intervenções

preventivas metabólicas e cardiovasculares, bem como detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus (BRASIL, 2006).

Devem ser feitas também intervenções no estilo de vida. Estas intervenções remetem a aconselhamento nutricional, orientação sobre atividade física e programa de educação para pacientes e cuidadores. Convém ressaltar que o atendimento individualizado e focado nas condições funcionais do idoso pode favorecer o processo de mudança de hábitos pessoais e alimentares. A atenção torna-se fator primordial, devido às condições e carências decorrentes da idade. Em se tratando de tratamento medicamentoso, ocorre a utilização de hipoglicemiantes orais insulina. No caso da atenção a população idosa, é importante estar atento, além de outras coisas, às características próprias desta Como a faixa etária oferece características bastante peculiares, há que se voltar a atenção para a presença de comorbidades e da poli farmácia (FREITAS *et al*, 2006).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Com base nos estudos e observações realizados, cabe asseverar a relevância da atenção direcionada ao paciente portador de diabetes mellitus e ao problema “Alta incidência de paciente Diabéticos descompensados”, considerando os nós críticos selecionados que são apresentados em listagem que se segue e, mais especificamente nas tabelas.

6.1. Nós críticos e suas ações

1. Hábitos de vida inadequados

Deverão ser constituídos grupos operativos para organizar ações que levem a mudança nos hábitos alimentares e prática de atividade física para melhorar a qualidade de vida dos diabéticos.

2. Falta de conhecimento dos familiares sobre o manejo e cuidados relativos a doença

Deverá ser realizado acompanhamento da equipe de saúde com trabalho educativo para que familiares e paciente diabético aumentem seus conhecimentos sobre os fatores de risco e manejo de a enfermidade.

3. Falta de conhecimento da comunidade sobre a doença

Deverá ser realizado pela equipe de saúde um trabalho educativo para que a comunidade aumente seus conhecimentos sobre os fatores de risco e prevenção da enfermidade.

4. Uso incorreto das medicações

A proposta é trabalhar em parceria equipe e paciente para facilitar o acesso do paciente à informação e entender que quanto mais descuido tiver com a saúde mais complicações podem surgir responsabilizando-o pela sua saúde.

5. Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema

Adequar e reorganizar o trabalho em equipe dando ênfase às principais situações encontradas e associadas ao diabetes de forma ordenada e contínua.

6. Carência assistencial da saúde

Buscar junto aos gestores do município mais recursos para a melhoria do atendimento ao diabético com mais exames e medicamentos.

7. Cuidados específicos com idosos diabéticos

Proporcionar plano que forneça orientação específica aos idosos, para que estes sejam esclarecidos em relação ao controle da diabetes, cuidados a serem tomados e alimentação adequada em casos de desenvolvimento deste quadro clínico.

Quadro 2 - Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Alta incidência de paciente Diabéticos descompensados”

No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>1- Hábitos de vida inadequados</p>	<p>Vida Modificar hábitos e estilos de vida dos diabéticos</p>	<p>População diabética com adesão a atividades físicas e com mudanças em hábitos alimentares</p>	<p>Constituição de grupo operativo para promoção de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Programa de caminhada prática em academias orientada; - Oficina de culinária om elaboração de cardápios saudáveis com troca de receitas e orientação sobre preparo adequado e saudável de alimentos; - Campanha educativa na rádio local e comunidade. 	<p>Organizacional: organizar as caminhadas, oficina culinária e campanha educativa. Cognitivo: obter informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: obter espaço na rádio local e espaço para oficina culinária, ações intersetoriais com a rede de ensino, secretaria de esportes e cultura; Financeiro: adquirir material audiovisuais, impressão de folhetos educativos, alimentos, etc.</p>

<p>2- Falta de conhecimento dos familiares sobre cuidados e manejo da doença</p>	<p>Viver sem problema</p> <p>Aumentar o nível de conhecimento dos familiares dos pacientes diabéticos sobre a doença.</p>	<p>Apoio familiar ao paciente na mudança de hábitos alimentares, prática de exercícios entre outros.</p>	<p>Capacitar a ESF para o trabalho educativo com familiares de pacientes diabéticos;</p> <p>Estruturar grupos educativos com convite para participação de familiares dos diabéticos.</p>	<p>Organizacionais: capacitar a equipe e apoiar na organização e divulgações dos grupos.</p> <p>Cognitivos: Estudar e aprofundar os conhecimentos sobre didática de ensino, diabetes e fatores de risco entre outros.</p> <p>Políticos: parceria escolas locais e igrejas para mobilização social e estímulo a participação nos grupos educativos.</p>
---	--	--	--	---

<p>3- Falta de conhecimento da comunidade sobre a doença</p>	<p>Aprender</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre o diabetes.</p>	<p>População mais informada, mais capacitada para prevenção do diabetes.</p>	<p>Realizar uma avaliação sobre o conhecimento da população sobre o diabetes;</p> <p>Realizar capacitação dos ACS, cuidadores e principais líderes comunitários.</p> <p>Organizar palestras educativas em vários locais da comunidade;</p> <p>Realizar campanha educativa na rádio local;</p> <p>Fazer parceria com Programa de Saúde Escolar para divulgação;</p>	<p>Organizacionais: auxiliar a equipe na organização de inquérito para avaliação dos conhecimentos da comunidade sobre a doença, capacitações, divulgações das ações educativas e campanhas;</p> <p>Cognitivo: obter conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação;</p> <p>Políticos: parceria escolas locais e igrejas, mobilização social, disponibilização de materiais.</p>
<p>4- Uso incorreto das medicações.</p>	<p>Remédio ideal</p> <p>Aumentar o conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações.</p>	<p>Pacientes com o diabetes controlada.</p>	<p>Realizar a orientação personalizada ao paciente, sua familiares e cuidadores durante visitas domiciliares, sensibilizando-os sobre a importância de disciplina no uso da medicação.</p>	<p>Organizacionais: auxiliar a equipe na estruturação de agenda para contato com paciente e familiares em visitas domiciliares.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema.</p> <p>Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais.</p>

<p>5- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema</p>	<p>Reorganizar Reorganizar o trabalho em equipe dando ênfase aos principais problemas de forma ordenada e contínua.</p>	<p>Equipe orientada para que a ação possa ser realizada de melhor forma.</p>	<p>Realizar a capacitação e reorganização das ações da ESF com foco na prevenção da doença e adesão do paciente diabético ao tratamento, buscado a resolução dos problemas identificados.</p>	<p>Organizacionais: capacitar e orientar a equipe em relação as ações de manejo e prevenção adequadas e trato com usuários.</p> <p>Cognitivos: estudar o redirecionamento do trabalho para identificação dos principais problemas.</p>
<p>6- Carência assistencial da saúde</p>	<p>Cuidar Melhorar as condições de atendimento ao diabético nos serviços de saúde do município.</p>	<p>Garantia de acolhimento para todos os diabéticos adscritos à ESF com acesso adequado aos medicamentos e exames previstos nos protocolos preconizados pelo SUS.</p>	<p>Capacitar o pessoal da unidade de saúde e ESF para o acolhimento do paciente diabético;</p> <p>Adequar a contratação de exames e consultas especializadas às necessidades dos usuários SUS;</p> <p>Adequar o quantitativo de medicamentos para as necessidades dos usuários SUS.</p>	<p>Políticos: decisão de aumentar os recursos para adequação da estrutura do serviço;</p> <p>Financeiros: aumento de recursos para readequação da oferta de exames, consultas e medicamentos às necessidades dos usuários;</p> <p>Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.</p>

<p>7- Necessidade de cuidados específicos com idosos diabéticos</p>	<p>Orientar</p> <p>Fornecer orientação específica aos idosos, seus familiares e cuidadores em relação ao controle da diabetes, cuidados a serem tomados e alimentação adequada em casos de desenvolvimento deste quadro clínico.</p>	<p>Melhor entendimento sobre o autocuidado pelo idoso e melhor prestação de cuidados aos idosos pelos familiares e cuidadores em relação ao diabetes.</p>	<p>Orientar aos idosos sobre o autocuidado;</p> <p>Orientar os familiares e cuidadores sobre os cuidados a serem dispensados aos idosos diabéticos por meio de palestras, distribuição de material educativos e visitas domiciliares.</p>	<p>Organizacionais: capacitar a equipe e área de apoio nas orientações educativas e ações para os idosos;</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sensibilização sobre a atenção ao idoso.</p> <p>Financeiros: produção de material impresso para distribuição aos idosos e familiares, com as orientações a serem seguidas por eles.</p>
--	---	---	---	---

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema “Alta incidência de paciente Diabéticos descompensados”.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Vida	<p>Político: obter espaço na rádio local e espaço para oficina culinária, ações intersetoriais com a rede de ensino, secretaria de esportes e cultura;</p> <p>Financeiro: adquirir material audiovisuais, impressão de folhetos educativos, alimentos, etc.</p>
Viver sem problema	<p>Organizacionais: capacitar a equipe e apoiar na organização e divulgações dos grupos.</p> <p>Cognitivos: Estudar e aprofundar os conhecimentos sobre didática de ensino, diabetes e fatores de risco entre outros.</p>
Aprender	<p>Organizacionais: auxiliar a equipe na organização de inquérito para avaliação dos conhecimentos da comunidade sobre a doença, capacitações, divulgações das ações educativas e campanhas;</p> <p>Políticos: parceria escolas locais e igrejas, mobilização social, disponibilização de materiais.</p>
Remédio ideal	<p>Organizacionais: auxiliar a equipe na estruturação de agenda para contato com paciente e familiares em visitas domiciliares.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema.</p>
Cuidar	<p>Políticos: decisão de aumentar os recursos para adequação da estrutura do serviço;</p> <p>Financeiros: aumento de recursos para readequação da oferta de exames, consultas e medicamentos às necessidades dos usuários;</p> <p>Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.</p>
Cuidados específicos com idosos diabéticos	<p>Organizacionais: capacitar a equipe e área de apoio nas orientações educativas e ações para os idosos;</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sensibilização sobre a atenção ao idoso.</p> <p>Financeiros: produção de material impresso para distribuição aos idosos e familiares, com as orientações a serem seguidas por eles.</p>

Quadro 4 - Análise e viabilidade do plano para o problema “ Alta incidência de paciente Diabéticos descompensados”

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida	<p>Político: obter espaço na rádio local e espaço para oficina culinária, ações intersetoriais com a rede de ensino, secretaria de esportes e cultura;</p> <p>Financeiro: adquirir material audiovisuais, impressão de folhetos educativos, alimentos, etc.</p>	<p>Secretário de Saúde Equipe de saúde</p> <p>Secretaria de Esportes;</p> <p>Secretaria de cultura</p>	Favorável	Não há
Viver sem Problema	<p>Organizacionais: capacitar a equipe e apoiar na organização e divulgações dos grupos.</p> <p>Cognitivos: Estudar e aprofundar os conhecimentos sobre didática de ensino, diabetes e fatores de risco entre outros.</p>	<p>- Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>-Equipe de Saúde.</p> <p>- Secretaria de Educação (nutricionista).</p>	Favorável.	
Aprender	<p>Organizacionais: auxiliar a equipe na organização de inquérito para avaliação dos conhecimentos da comunidade sobre a doença, capacitações, divulgações das ações educativas e campanhas;</p> <p>Políticos: parceria escolas locais e igrejas, mobilização social, disponibilização de materiais.</p>	<p>Secretaria de Educação e comunicação Equipe multidisciplinar: Farmacêutico, nutricionista e educador físico.</p>	Favorável	Necessário apresentar o Projeto para Secretária de Educação através de ofício.

Remédio ideal	<p>Organizacionais: auxiliar a equipe na estruturação de agenda para contato com paciente e familiares em visitas domiciliares.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema.</p>	<p>- Secretaria Municipal de Saúde.</p> <p>-Equipe de Saúde.</p>	Favorável.	Não há
Cuidar	<p>Políticos: decisão de aumentar os recursos para adequação da estrutura do serviço;</p> <p>Financeiros: aumento de recursos para readequação da oferta de exames, consultas e medicamentos às necessidades dos usuários;</p> <p>Cognitivo: elaboração do projeto de adequação</p>	<p>Prefeito Municipal</p> <p>Secretário de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Apresentar projeto de adequação da rede
Cuidados específicos com idosos diabéticos	<p>Organizacionais: capacitar a equipe e área de apoio nas orientações educativas e ações para os idosos;</p> <p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e sensibilização sobre a atenção ao idoso.</p> <p>Financeiros: produção de material impresso para distribuição aos idosos e familiares, com as orientações a serem seguidas por eles.</p>	<p>- Administração do Posto</p> <p>- Equipe de saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	Apresentar projeto de palestras ao setor de administração do Posto de Saúde

Uma vez feito todo este levantamento em relação ao plano de ação e realizadas as ações e atividades a ele associadas, cabe a avaliação de resultados para identificação da eficácia do plano e verificação de possíveis ajustes a serem feitos

Esta avaliação deve ser feita após a realização das ações previstas no plano de intervenção será realizado o agendamento de uma reunião com os membros da equipe (ou mais reuniões, caso uma apenas não seja suficiente). As opiniões de todos os profissionais envolvidos, assim como suas observações em ocasião da realização do projeto, serão utilizadas para mensuração dos resultados e avaliação de necessidade ou não de alterações neste planejamento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes *Mellitus*, em suas variadas formas de manifestação, tem adquirido proporções graves em todo o mundo, tornando-se um problema de ordem social que interfere diretamente no cotidiano do paciente e de seus familiares. Esse agravamento requer ações diretas e específicas, que possam orientar atitudes acerca do tratamento e ações que venham a minimizar seus sintomas. Tais ações devem envolver não somente a saúde física do paciente, mas também sua saúde biopsicossocial e de seus familiares, assim como o preparo das equipes de saúde para que possam prestar o devido monitoramento e orientação ao paciente e sua família.

Em se tratando de qualidade de vida e situação frente à sociedade, deve ser fornecido pleno esclarecimento ao paciente, de modo que fique claro que ambos podem ser mantidos, desde que respeitadas as imposições e restrições que o quadro clínico apresenta. Dessa mesma forma, crescem as possibilidades de sobrevida, ou seja, possibilidade de prolongamento do tempo de vida do paciente após diagnóstico. Convém destacar esclarecimentos acerca de alimentação e prática de exercícios físicos, que auxiliam na perda de peso, como coadjuvantes no tratamento.

É preciso sensibilizar o paciente não somente em relação à doença e seus aspectos ou formas de tratamento, mas também sobre as mudanças de atitude necessárias para a manutenção e controle dos níveis glicêmicos. A equipe de Saúde da Família é parte ativa nesse processo, bem como a família do paciente que, uma vez orientada e passado o ‘susto’ imediato do diagnóstico, podem trabalhar em conjunto, minimizando sofrimento e fomentando a aceitação do tratamento e, conseqüentemente, sua eficiência.

Considerando que este estudo buscou elaborar um plano de intervenção com intenção de favorecer a vida de indivíduos portadores de diabetes, e residentes de Santa Luzia - Minas Gerais, orientando suas ações de forma a controlar este quadro clínico, nosso objetivo foi alcançado.

REFERENCIAS

ALBRIGHT, T. L.; PARCHMAN, M.; BURGE, S. K. Predictors of self-care behavior in adults with type 2 diabetes: an RRNeST study. **Fam Med** 2001; 33(5): 354-60.

ALCKIMIM, J. F. (org.). Plano Municipal de Cultura Santa Luzia. (2013). Disponível em: <<http://www.santaluzia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/PMC-Santa-Luzia-MG-Vers%C3%A3o-Final-2.pdf-oficial.pdf>>. Acesso em 22 de out.de 2015.

ALFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo. Porto Alegre: Artmed, 2005, 284p.

ALVES, L.C.; QUINET LEIMANN B.C.; VASCONCELOS, M.E.L.; SÁ CARVALHO, M.; VASCONCELOS A.G.G.; FONSECA, T. C. O. da; LEBRÃO, M. L; LAURENTI, R. A influência das doenças crônicas na capacidade funcional dos idosos do Município de São Paulo. Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1924-30, ago 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n8/19.pdf>>. Acesso em nov. 2015.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S.. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família. Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2189-2197, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>>. Acesso em nov. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8142.htm>. Acesso em 21 de out. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus – Cadernos de Atenção Básica, n. 16. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília, 2006. 64p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em out.2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Informática em Saúde do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB, 2015^a. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em 14 de outubro de 2015.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc Saúde Colet**. 2000 Jan-jun.; 5(1):163-77. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em out.2015

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010.

CANHÃO, A.; SANTOS, Z. Doença crônica. *Psiquiatria clínica*.17:3,181-188. 1996.

- CLAYTON, B. D.; STOCK, Yvonne N. Farmacologia na Prática de Enfermagem. São Paulo: Elsevier, 2006.
- DELIBERATO, P. C. P. Fisioterapia preventiva: Fundamentos e aplicações. São Paulo: Manole 2002.
- DUARTE, R. Epidemiologia da diabetes In Duarte, R. (coord). Diabetologia Clínica. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas, Lda, 2002.
- FREITAS, E.V. Diabetes Mellitus. In: FREITAS, E.V. *et al.* Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p.776-86.
- GORDILHO, A *et al.* Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção ao idoso. Rio de Janeiro: UnATI, 2000. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/15.pdf>. Acesso em out.2015.
- GOUVEIA, E. L. C. Nutrição, Saúde e Comunidade. Rio de Janeiro: Revinter; 1990.
- GRILLO, M. de F. F.; GORINI, M. I. P. C.. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.1, p. 49-54, jan. /fev. 2007.
- GUYATT, G. H.; JAESCHKE, R. Measurements in clinical trials: choosing the appropriate approach. In B. Spilker (Ed). **Quality of life assessments in clinical trials**. New York: Raven Press, 1990, 37-45.
- HAMMERSCHMIDT, K. S. A. O cuidado gerontológico de enfermagem subsidiando o empoderamento do idoso com diabetes mellitus. 2007. 185 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=315780&search=%7Csanta-luzia&lang=>>>. Acesso em out. 2015.
- LOPEZ, J. A. F.; MEJIA, R. H.; ESPINAR, A.C. La calidad de vida: un tema de investigacion necesario: concepto y metodo (I). **Medicina Integral**, 1996, 27:2,75-78.
- MACEDO, G. Tratamento do Diabetes Mellitus. In: Lima JG. Aulas em Endocrinologia, São Paulo: Atheneu; 2001. P. 131-139.
- MAES, S.; LEVENTHAL, H. R.; RIDDER, D.T.D. Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N.S. Endler (Eds.).**Handbook of coping: theory, research and application**. New York: Wiley, 221-251; 1996.
- McLELLAN, K. C. P. BARBALHO, S. M.; CATTALINI, M.; LERARIO, A. C.. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. **Revista Nutrição: Campinas**, v. 20, n. 5, p. 515-524, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n5/a07v20n5.pdf>>. Acesso em out. 2015.

MIGUEL, M. C. T.; BORGES, L. Aspectos psicológicos da doença crônica. **Boletim Hospital Polido Valente**. 15:3,101-106, 2002.

MOTTA, D. G.; CAVALCANTI, M. L. F. Diabetes mellitus Tipo 2, Dieta e Qualidade de Vida. **Saúde em Revista** 1999; 1 (2): 17-24.

MOTTA, D. G. Subsídios para Educação em Diabetes: representações de mulheres sobre sua doença e tratamento. **Saúde em Revista** 2001; 2 (4): 7-14.

NIEMAN, David C. Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.

OLIVEIRA, G. K. S.; OLIVEIRA, E. R. Assistência de enfermagem ao portador de diabetes mellitus: um enfoque na atenção primária em saúde. VEREDAS FAVIP - **Revista Eletrônica de Ciências** - v. 3, n. 2 - julho a dezembro de 2010. Disponível em: <<http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/144/145>>. Acessado em 10 de outubro de 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 2003.

PADOVANI, A. M.; CLEMENTE, M. E.; TORRES, J. B.; HERNANDEZ, G.; FULLADOSA, A.; OSUNA, J.; GUERRA, O. Diabetes mellitus. Síndrome o enfermedad. Revisión bibliográfica. **Rev. Cub. Med.** 25 (9): 837 - 842, 1986.

PHHIPS, W. J.; SANDS, J. K.; MAREK, J. F. Enfermagem Medico-cirúrgica: conceitos e practica clínica. Loures: Lusociência, 2003.

PORTERO, K. C. da C., CATTALINI, M. Mudança no estilo de vida para prevenção e tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 7, n. 16, p. 63-9, 2005. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude16art08.pdf>>. Acessado em 21 de outubro de 2015.

POTTER, P. A.; PERRY, A. G. Cuidado nas famílias. In: Potter PA, Perry AG, organizadores. Fundamentos de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2004. p.117-29.

RAPOSO, J.; PINA, R.; MOOS, E. C.; BOAVIDA, J. M. Educação terapêutica: partilhar responsabilidades: porquê e como? Arquivos de Medicina. 18, Suplemento 1, 2004.

RIBEIRO, J. P. L. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. Revista Análise Psicológica. XII:2-3,179-191, 1994.

RUBIN, R. R.; PEYROT, M. Quality of life and diabetes. **Diabetes Metabolism Research Review**.15:3,205-218; 1999.

SANTA LUZIA. Secretaria Municipal de Cultura e Turismo. Disponível em: <<http://www.cidadesantaluzia.com.br/>>. Acesso em 26 de outubro de 2015.

SANTOS, M.G.N.; BARACHO, M.F.P. Educação em Diabetes: uma experiência no hospital do CRUTAC. (UFRN, Sto. Antonio/RN). RBAC 1995; 27 (2): 57-60.

SANTOS, E. C., ZANETTI, M. L.; OTERO, L. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 13, 3, 2005.

SENA, E. S. A Abordagem do Enfermeiro ao Paciente Portador de Doença Crônica Degenerativa Diabetes. (Monografia) UniCeUb: Brasília, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3373/1/20324560.pdf>>. Acessado em 13 de outubro de 2015.

SERAPIONE, M. O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a25v10s0.pdf>>. Acesso em 27 de novembro de 2015.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. v. 3. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SNOECK, F. J. Quality of live: a closer look at measuring patient`s well-being. Diabetes spectrum.13:1, 24; 2000.

TESTA, M. A.; SIMONSON, D. C. Assessment of Quality of Live outcomes. The New **England Journal of Medicine**.334:13,885-840. 1996.

WIKIPEDIA. Santa Luzia. 2015. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Luzia_\(Minas_Gerais\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Santa_Luzia_(Minas_Gerais))>. Acesso em: 28 de Novembro de 2015.

ZANETTI, M. L.; BIAGG, M. V.; SANTOS, M. A.; et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev Bras Enferm**, Brasília 2008 mar-abr; 61(2): 186-92.