

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

**ELLEN CRISTINA ALVES LEAL**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DO CONTROLE  
CLÍNICO DO DIABETE MELLITUS EM PACIENTES ATENDIDOS EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE EM CONTAGEM – MINAS GERAIS**

**BELO HORIZONTE- MINAS GERAIS**

**2016**

**ELLEN CRISTINA ALVES LEAL**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DO CONTROLE CLÍNICO DO DIABETE MELLITUS EM PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM CONTAGEM – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS**

**2016**

**ELLEN CRISTINA ALVES LEAL**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA A MELHORIA DO CONTROLE  
CLÍNICO DO DIABETE MELLITUS EM PACIENTES ATENDIDOS EM  
UMA UNIDADE DE SAÚDE EM CONTAGEM – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - Orientadora

Prof.

Aprovado em Belo Horizonte, em: \_\_/\_\_/2016.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus em primeiro lugar, por estar sempre ao meu lado e ter me proporcionado o privilégio de ser médica e poder usar essa profissão para ajudar os outros.

À minha família e meu namorado que me incentivaram a ir até o final e concluir esse trabalho. Aos meus amigos médicos que trabalham comigo na minha Unidade de Saúde e me ajudaram na conclusão desse trabalho.

Em especial agradeço ao apoio da profa. Maria Rizoneide que não me deixou desistir do curso faltando tão pouquinho para terminar.

Minha gratidão a todos.

## RESUMO

Este trabalho descreve as diretrizes para o acompanhamento dos pacientes diabéticos na Estratégia de Saúde da Família no município de Contagem - MG. A escolha do tema surgiu devido ao elevado número de usuários portadores de Diabetes Mellitus não controlado na nossa área de abrangência e a falta de um registro adequado desses pacientes e ainda, da ausência uma classificação de risco, levando a equipe a uma sobrecarga de atendimento sem, contudo, atuar nas medidas de prevenção das possíveis complicações da doença caso não haja um controle clínico adequado. Isso nos levou a reflexão sobre o ideal processo de acompanhamento de usuários diabéticos realizados pela equipe da Estratégia de Saúde da Família. Este trabalho teve como objetivo elaborar um Projeto de Intervenção que possibilite o melhor controle clínico de pacientes com Diabetes Mellitus acompanhados na Unidade de Saúde Jardim Laguna, equipe 40 em Contagem – MG. Foi feita a elaboração do diagnóstico situacional onde foram levantados os problemas de maior relevância e priorizados para eleição daquele que a equipe tem condições de intervir e a partir da seleção do problema prioritário. Para subsidiar a elaboração do projeto de intervenção foi feita uma pesquisa bibliográfica nos Bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema. A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando os seguintes descritores: diabetes mellitus, fatores de risco e educação em saúde. Os estudos encontrados que abordam o tema destacam a necessidade da implementação de ações educativas e de assistência sanitária e nutricional, por meio da orientação e sistematização de medidas de promoção e reabilitação da saúde, objetivando o controle da doença e a prevenção de complicações associadas ao Diabetes Mellitus. O projeto de intervenção foi elaborado segundo os passos do planejamento estratégico situacional.

Descritores: Diabetes Mellitus. Fatores de risco. Educação em Saúde.

## **ABSTRACT**

His paper describes the guidelines for monitoring of diabetic patients in the Family Health Strategy in the city of Contagem - MG. The choice of theme emerged due to the high number of carriers users Diabetes Mellitus not controlled in our area of coverage and the lack of a proper record of these patients and also the absence a risk classification, leading the team to an overload of care without however, work on measures to prevent possible complications of the disease if there is no adequate clinical control. This led us to reflect on the ideal process monitoring of diabetic users conducted by the staff of the Family Health Strategy. This study aimed to draw up an intervention project that will enable the best clinical management of patients with diabetes mellitus accompanied at the Health Unit Garden Laguna, 40 staff in Contagem - MG. the development of situational diagnosis where major problems have been raised and prioritized for election that the team is able to intervene and from the priority problem selection was made. To support the development of the intervention project a literature search was made in the Virtual Health Library databases to lift the existing evidence on the subject. The literature search was performed using the following key words: diabetes mellitus, risk factors and health education. The studies found that address stress the need to implement educational and health and nutrition assistance through guidance and systematization of promotion and rehabilitation measures aimed at controlling the disease and preventing complications associated with Diabetes mellitus. The intervention project was designed according to the steps of situational strategic planning.

Keywords: Diabetes Mellitus. Risk factors. Health Education.

## SUMARIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVO.....</b>	<b>12</b>
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>14</b>
<b>6 PROJETO DE INTEVENÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## 1INTRODUÇÃO

Diabetes mellitus (DM) é uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia, com alteração na secreção, na ação da insulina ou ambas. É uma das doenças com maior prevalência no Brasil e no mundo, ocorrendo quando os níveis da glicose estão acima dos valores de referência da glicemia plasmática em jejum de 08 a 12 horas (faixa acima de 126 mg/dl) sendo que em duas ocasiões de glicemias de jejum > 126 mg/dl, o diagnóstico é confirmado. Diabetes mellitus pode ser classificada em duas categorias: DM tipo 1 (DM1), representando apenas 5-10% das pessoas com diabetes, e está relacionada à deficiência de insulina por destruição autoimune das células-B do pâncreas; e DM tipo 2 (DM2) representando 90-95% das pessoas com diabetes, caracterizando-se como resultado de um complexo processo fisiopatológico que culmina com a resistência insulínica (AZEVEDO; VICTOR; OLIVEIRA, 2010).

A DM 2, devido a sua alta prevalência é um importante problema de saúde pública. A Federação Internacional de Diabetes ressalta que o número de pessoas com diabetes irá aumentar de 285 milhões em 2010 para 438 milhões em 2030, e que em países em desenvolvimento é onde acontecerão 70,0% dos casos (RAWAL *et al.*, 2012).

Diabetes mellitus é uma doença do sistema endócrino e pode se manifestar de diferentes formas, desde um indivíduo mais idoso que é totalmente assintomático com discreta intolerância à glicose, até o paciente jovem dependente da insulina exógena. Trata-se de uma síndrome geralmente crônica caracterizada por microangiopatia difusa que termina comprometendo tecidos vitais e diferentes órgãos e gerando aterosclerose prematura dos grandes vasos (SODEMAN, 1986).

De acordo com Chacon *et al.* (2005), devido a complicações vasculares decorrentes desta doença, o paciente pode apresentar retinopatia, nefropatia e impotência sexual. A Diabetes também é a principal causa de amputações não traumáticas no Brasil.

## **1.1 Identificação do município**

Contagem é um município brasileiro, fundado em 1716, que se encontra na região central do estado de Minas Gerais, fazendo parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte, distando em média 21 quilômetros da capital. Segundo estimativa do IBGE de 2015, é o município com a terceira maior população do estado, contando com uma população de 648.766 habitantes. A cidade possui um grande parque industrial. Tem uma extensão territorial de 19.5268 km<sup>2</sup> e uma densidade populacional de 3.090 habitantes/ km<sup>2</sup> (IBGE, 2015).

Hoje, de acordo com dados da prefeitura do município, Contagem é a 3ª cidade mais rica de Minas Gerais e a 2ª na geração de empregos. A economia de Contagem é baseada principalmente no comércio e na indústria e a cidade se destaca como um polo comercial na região metropolitana de Belo Horizonte. Mas apesar do lugar que ocupa a cidade não está pronta e ainda existem muitos desafios e entre eles está a construção de um sistema de saúde que possa oferecer ações de saúde de melhor qualidade para os seus munícipes.

## **1.2 Sistema municipal de Saúde de Contagem**

O município de Contagem conta com os seguintes recursos de saúde:

109 unidades básicas de saúde subdivididas em distritos que são: Industrial (19 unidades), Petrolândia (16 unidades), Ressaca (25 unidades), Sede ( 8 unidades), Vargem das Flores (12 unidades), Eldorado (14 unidades), Nacional (14 unidades) e unidade de consultas especializadas Ressaca e CCE Iria Diniz.

O município também conta seis Unidades de Pronto Atendimento e dois hospitais, sendo um Hospital Municipal e uma Maternidade Municipal.

### **Unidade Básica de Saúde do Bairro Jardim Laguna**

Na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Jardim Laguna, em Contagem/MG, trabalham três equipes de ESF. A Equipe de Saúde 40, onde atuo, atende a uma

população adscrita de 5.013 habitantes. A população de pacientes com DM2 equivale a 3,5% aproximadamente.

Os principais problemas encontrados no diagnóstico situacional na equipe da Saúde da Família 40, usando o método de coleta de informações pela Estimativa Rápida Participativa foram:

- Elevada prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).
- Pouca cultura sanitária da população.
- Elevado índice de pacientes com diabetes mellitus mal controlada.

Após as discussões com a equipe de saúde sobre o problema mais relevante a ser trabalhado de imediato, foi selecionado aquele que causa maior demanda ao serviço e ainda aquele que com os recursos existentes na unidade seja possível fazer uma intervenção. O consenso foi sobre o elevado índice de pacientes com diabetes mal controlada.

## 2 - JUSTIFICATIVA

No território de atuação da equipe 40 há um número expressivo de portadores de diabetes mellitus que sempre buscam a unidade para receber medicamentos ou mesmo para troca de receitas. A falta de um registro adequado desses pacientes e ainda de ausência uma classificação de risco, leva a equipe a uma sobrecarga de atendimento sem, contudo, atuar nas medidas de prevenção das possíveis complicações da doença caso não haja um controle clínico adequado.

A Diabetes mellitus por ser compreendida como uma desordem metabólica primariamente caracterizada por níveis elevados de glicose no sangue e por complicações microvasculares e cardiovasculares que aumentam substancialmente a morbidade e a mortalidade associada com a doença requer uma atuação preventiva de eleição.

O manejo adequado do paciente portador de diabetes deve objetivar, portanto o controle clínico e metabólico da doença. O controle elimina os sintomas, evita as complicações agudas e diminui a incidência e a progressão das complicações microvasculares.

É partindo desse pressuposto que este trabalho se justifica, observando-se que o manejo do diabetes deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base na atenção primária à saúde.

### **3OBJETIVO**

Elaborar um Projeto de Intervenção que possibilite o melhor controle clínico de pacientes com Diabetes Mellitus acompanhados na Unidade de Saúde Jardim Laguna, equipe 40 em Contagem – MG

## 4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto seguiu os seguintes passos:

- Elaboração do diagnóstico situacional onde foram levantados os problemas de maior relevância e priorizados para eleição daquele que a equipe tem condições de intervir.
- A partir da seleção do problema prioritário foi feita uma pesquisa bibliográfica nos Bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema e assim contribuir na elaboração do projeto de intervenção. A pesquisa bibliográfica foi realizada utilizando os seguintes descritores:  
Diabetes mellitus  
Fatores de risco  
Educação em saúde

O projeto de intervenção foi realizado utilizando os fundamentos do planejamento estratégico situacional (PES) conforme descrito por Campos; Faria e Santos (2010).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Diabetes mellitus

A diabetes mellitus é um grupo de síndromes caracterizadas por alterações glicêmicas e no metabolismo das biomoléculas, cujo maior risco para a saúde do paciente é a presença de doenças vasculares(BRUNTON; LAZO; PARKER, 2005).

De acordo com Mengesha (2001, p.244-5) cerca de 90% dos casos de diabetes são do tipo 2 e ocorrem porque o organismo se torna incapaz de responder adequadamente à insulina produzida pelo pâncreas . O DM2 pode desenvolver-se associado a outras doenças como a hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e obesidade visceral, o que aumenta significativamente a morbimortalidade cardiovascular.

A prevalência do Diabetes, principalmente do tipo 2, se eleva de uma forma muito rápida e com previsão de incremento. Neste aspecto, destacam-se os países em desenvolvimento e observa-se o acometimento de todas as faixas etárias. Isso acaba gerando um impacto negativo na qualidade de vida e nos gastos dos sistemas de saúde(SARTORELLI; FRANCO; CARDOSO,2006; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A DM2 é uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo. Dentre fatores responsáveis, destacam-se: história familiar de DM2, urbanização, estilo de vida, dieta inadequada, sedentarismo, consumo de álcool e hipertensão arterial. A esses fatores, acrescentam-se a idade, o sexo e a taxa de glicemia capilar elevada (MENDES *et al.*, 2011).

## 5.2 Fatores de risco

O estilo de vida sedentário e a alimentação não balanceada, associados ao excesso de peso, são fatores de risco para o desenvolvimento da forma mais comum de diabetes mellitus, a tipo 2 (REIS; VELHO, 2002).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) a importância do acompanhamento do diabetes mellitus, nas últimas décadas, vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética pelo acesso ao tratamento ofertado, gratuitamente pelo serviço público.

Estudos mostram que o exercício físico aeróbio ou anaeróbio é capaz de controlar o nível de glicose sanguínea, e sendo assim pode diminuir a concentração de HbA1c por uma quantia que deve diminuir o risco de complicações diabéticas ((FELIPPE; LOP, 2010; CAUZA *et al.*, 2005; *et al.*, 2002; SILVA; LIMA, 2002).

Em relação à alimentação como um importante aspecto de intervenção, observa-se que em geral os pacientes diabéticos tem uma alimentação inadequada para o controle da doença e isso muitas vezes é favorecido pela falta de conhecimento quanto à doença e suas formas de controle. Isto acaba contribuindo para certa indignação do paciente quanto à sua situação de saúde e pode dificultar a adesão ao tratamento (FRANCIONI; SILVA, 2007).

O perfil alimentar da população tem resultado em excesso de tecido adiposo, principalmente gordura central ou visceral. O número de indivíduos com excesso de peso supera em muito o daqueles com déficit de peso em nosso país. É notória e assustadora o quanto tem crescido a epidemia de obesidade juntamente com o diabetes no Brasil e no mundo e isso tem causado bastante preocupação aos profissionais de saúde (FERREIRA, 2010).

Observa-se ainda como fator de risco o alto consumo de bebidas alcoólicas. No trabalho de Martinez; Latorre (2006) que tinha como objetivo avaliar os fatores relacionados à hipertensão arterial e diabetes, em trabalhadores de algumas empresas metalúrgica e siderúrgica nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro, detectaram que o aumento do risco para o desenvolvimento de diabetes foi proporcional ao consumo de álcool dos trabalhadores. Além disso, o álcool contribui para o ganho de peso, pois fornece ao indivíduo 'calorias vazias' em relação a nutrientes.

### **5.3 Educação em saúde**

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1990) sabe-se que os processos educativos em saúde influenciam no estilo de vida, melhoram a relação profissional-indivíduo e os ambientes social e físico. A educação em saúde, como uma prática social, baseada no diálogo e na troca de saberes favorece o entendimento do processo de promoção da saúde e o intercâmbio entre saber científico e popular. Realizar educação em saúde é, pois, capacitar as pessoas para manterem saudáveis a si e aos seus familiares através do acesso à informação e a oportunidades que permitam fazer escolha por uma vida mais sadia. A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário particularmente no que se refere às doenças crônicas.

Em relação ao diabetes mellitus existe um consenso da importância da educação em saúde visando alcançar um controle metabólico e prevenir as complicações tardias ( MIYAR, 2003).

A presença de equipe multidisciplinar é um ponto importante para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde, pois a interação interdisciplinar mobilizará a produção de novos conhecimentos (LEFF, 2001).

O trabalho multiprofissional se torna indispensável e essencial no atendimento e acompanhamento dos pacientes diabéticos. É importante a presença de médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos e outros profissionais. Entre a equipe deve haver grande integração, para que

assimsejam identificadasestratégias que motivem o autocuidado do paciente, o que contribuirá para o controle da doença (FERRAZ *et al.*, 2000; TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005).

## 6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) é um processo de elaboração da estratégia, na qual se define a relação entre a organização, ambiente interno e externo, bem como os objetivos organizacionais, com a definição de estratégias alternativas (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010). PES é um processo que antecede e preside a ação para criar o futuro, pretende (por acreditar ser possível) apenas influir na realidade. O PES caracterizado por quatro momentos que contituem uma dinamica permanente e dialética:

**Momento Explicativo:** busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar seus problemas.

**Momento Normativo:** é quando são formuladas soluções para o enfrentamento dos problemas identificados, procurando e analisando o momento da elaboração da resposta da solução.

**Momento Estratégico:** busca-se analisar e construir viabilidade para a proposta da solução elaborando e formulando estratégias para alcançar os objetivos traçados.

**Momento operacional:** momento de execução do plano, devem ser definidos e implementados, o modelo de gestão e os instrumentos para o acompanhamento e avaliação do plano.

### 6.1 Desenho das operações para o enfrentamento dos “nós” críticos.

Quadro 1 -Desenho das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos o elevado índice de pacientes com diabetes mal controlada na Unidade de Saúde Jardim Laguna, equipe 40 em Contagem – MG

Nós crítico.	Operação Projeto.	Resultados esperados.	Produtos esperados.	Recursos necessários.
Deficiência na educação permanente: falta de capacitações técnicas relacionadas a atenção ao diabetes (tratamento) da equipe médica.	Solicitação junto ao Distrito de cursos para capacitação de profissionais atualizadas sobre tratamento para diabetes, dando uma ênfase especial na insulinação.	Maior conhecimento médico e otimização do tratamento do Diabetes.	Cursos de capacitação em Diabetes.	Organizacionais: Elaboração de projeto e treinamento da equipe. Cognitivo: preparação de temas sobre o manejo clínico do Diabetes. Políticos: Apresentação do projeto junto a Coordenação do Distrito e abordar sobre a necessidade de capacitação sobre o diabetes. Financeiros: aquisição espaço físico para a realização dos cursos, equipamentos audiovisuais, folhetos informativos, lanches para servir na palestra. Humanos: médicos clínicos ou endocrinologistas.
Falta de programação eficiente das atividades (agendas cheias, desmarcação frequente de consultas, poucas atividades)	Elaborar agenda programada. Organizar a agenda para que os pacientes diabéticos não busquem o serviço em horários de demanda espontânea, mas tenham horários programados na	Agendas organizadas e melhoria no controle clínico de diabéticos. Aumento do auto cuidado e maior aderência terapêutica.	Agendas com horários bem definidos de atendimento. Grupo educativo desenvolvido por profissionais de saúde abordando assuntos sobre educação em diabetes.	Organizacionais: Organizar a agenda dos profissionais. Adequação da logística das consultas. Ajustamento da agenda de atendimentos com os grupos interativos. Cognitivo: informação sobre os temas que serão apresentados nos grupos. Estratégias de educação e saúde.

educativas em grupo desenvolvidas pela equipe de saúde.	agenda da equipe. Grupos operativos na unidade de saúde através de matérias para educação em saúde.			Financeiros: aquisição de espaço físico para a realização dos grupos, equipamentos audiovisuais, folhetos informativos. Aquisição de novas agendas para a equipe. Humanos: profissionais de saúde da equipe (médica, enfermeiro), profissionais do NASF.
Processo de trabalho da equipe de saúde: Pouca discussão sobre o tema entre os profissionais da equipe e ausência de sistematização na unidade para tornar rotineiras as avaliações periódicas de acordo com os protocolos clínicos de diabéticos.	Utilizar protocolos existentes para assistência ao programa de Diabetes. Estabelecer metas junto a equipe de saúde .	Melhor cumprimento dos protocolos clínicos para diabetes. Assistência adequada e padronizada para os usuários.	Seguimento de protocolos para o manejo clínico da Diabetes. Capacitação da equipe a respeito do protocolo para Diabetes.	Organizacionais: Apresentar o projeto a equipe e discutir sobre a importância do controle clínico do Diabetes. Cognitivo: conhecimento sobre os protocolos de Diabetes.
Desconhecimento dos pacientes diabéticos	Implementar um sistema de acolhimento e busca ativa dos	Melhora na identificação de pacientes diabéticos mal	Monitorização dos níveis glicêmicos e melhor controle do Diabetes.	Político: Apresentar o projeto junto a Coordenação do Distrito e informar sobre a falta

mal controlados pela não disponibilização de medidores de glicemia capilar no acolhimento para monitorização dos níveis glicêmicos.	usuários com diabete mal controlada utilizando medidores de glicemia acolhimento de cada paciente.	controlados já no acolhimento através da monitorização dos níveis glicêmicos.		de recursos materiais. Financeiro: aquisição de glicosímetros, fitas de glicemia.

## 6.2 Seleções do Projeto/Operação

Quadro 2 - “Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos”o elevado índice de pacientes com diabetes mal controladana Unidade de Saúde Jardim Laguna, equipe 40 em Contagem – MG

<b>Operação/projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
Capacitação de profissionais médicos	Organizacional: Elaboração de projeto e treinamento da equipe. Cognitivo: Cursos ministrados por médicos clínicos ou endocrinologistas. Político:Envolvimento da Coordenação do Distrito de saúde. Envolvimento dos profissionais de saúde.
Reorganização da agenda da equipe e criação de grupos interativos	Organizacional: Organizar a agenda dos profissionais.Envolvimento dos profissionais de saúde para agenda programada. Ajustamento da agenda de atendimentos com os grupos interativos. Aquisição de lugar adequado para desenvolver os grupos interativos.  Cognitivo: Ensinar um público de baixa escolaridade. Informação sobre conceitos claros e simples dos cuidados com o diabetes para apresentação nos grupos.  Político:Mobilização de profissionais para participação (NASF). Adesão dos profissionais e mobilização social.  Financeiro: Lanches para as palestras. Aquisição dos equipamentos audiovisuais e para folhetos educativos.
Sistematização da	Organizacional: Planejamento de ações e mudanças no processo de

assistência a pacientes diabéticos	trabalho.Mobilização da equipe para a reorganização e adequação de protocolos. Cognitivo: Conhecimento sobre os principais protocolos para o programa de Diabetes Político: Envolvimento dos profissionais.
Monitorização de glicemia capilar no acolhimento	Organizacional: Aferição de parâmetros na pré consulta. Cognitivo: Sensibilização. Político: Aceitação dos gastos. Financeiro: Compra de glicosímetros e fitas de glicemia.

Quadro 3 - Elaboração do plano Operativo para o enfrentamento do problema elevado índice de pacientes com diabetes mal controlada na Unidade de Saúde Jardim Laguna, equipe 40 em Contagem – MG

Operações	Resultados.	Ações estratégicas.	Responsável.	Prazo.
Capacitação de profissionais médicos	Profissionais mais bem capacitados e preparados para cuidar dos pacientes.	Apresentar o projeto a Coordenação do Distrito de Atenção Primária.	Coordenadora da atenção primária à saúde do Distrito. Médica da equipe que tem estar motivada para estudar e aprender sobre o tema.	Em aberto. Dependendo das datas propostas pela Coordenação do Distrito.
Reorganização da agenda da equipe e criação de grupos interativos	Agendas organizadas. 100% dos diabéticos acompanhado s segundos os protocolos	Apresentar o projeto a equipe e conscientizar a mesma da importância da agenda programada. Treinamento da equipe.	Todos os profissionais de saúde da equipe. Profissionais do NASF (psicólogo, nutricionista, fisioterapeuta).	2-3 meses
Sistematização da assistência a pacientes diabéticos	Satisfação dos usuários. Cumprimento dos protocolos clínicos para diabetes.	Apresentar o projeto de implementação dos protocolos para Diabetes. Cumprimento do protocolo.	Todos os profissionais de saúde da equipe.	3-6 meses
Monitorização de glicemia capilar no acolhimento	Melhor controle glicêmico dos pacientes diabéticos.	Apresentar o projeto para a coordenação do distrito e informar sobre a falta de materiais.	Coordenador da atenção primária à saúde. Técnica de enfermagem responsável pelo acolhimento.	2-3 meses

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A literatura consultada ressalta a importância do monitoramento dos pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Na rede de atenção básica as maiores demandas de atendimentos são por estas doenças que levam os pacientes ao serviço de saúde seja por descompensação ou simplesmente por busca de receita para medicamentos.

Ressalta-se a importância da educação para a saúde com vistas ao aprendizado do paciente para o autocuidado.

Espera-se que esta proposta de trabalho, elaborada com a participação da equipe possa de fato contribuir para um melhor atendimento dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (diabetes e hipertensão).

## REFERENCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus..**Diabetes Care**.v.36, n. (Supl 1), p. 67-8, 2013.

AZEVEDO, S.; VICTOR, E.G.; OLIVEIRA, D.C. Diabetes mellitus e aterosclerose: noções básicas da fisiopatologia para o clínico geral. **RevBrasClin Med**. v. 8, n. 6, p. 520-6, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.

BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. Goodman & Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Editora Mc Graw-Hill, 11 ed., 2005.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS, M. A.**Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: UFMG/Nescon, Coopmed, 2010. Disponível em: <[www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf)>.

CAUZA, E.; HANUSCH-ENSERER, U.; STRASSER, B.; LUDVIK, B.; METZ-SCHIMMERL, S.; PACINI, G.; WAGNER, O.; GEORG, P.; PRAGER, R.; KOSTNER, K.; DUNKY, A.; HABER, P. The relative benefits of endurance and strength training on the metabolic factors and muscle function of people with type 2 diabetes mellitus.*ArchPhysMedRehabil*. v. 86, n. 8, p. 1527-33, 2005.

CHACON, D. A. *et al*. Achados da fundoscopia e alterações do pé diabético em pacientes do Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN. **Acta Cir. Bras**. v. 20, suppl. 1, p. 3 – 7, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v20s1/25560.pdf> Acesso em: 27 junho 2007.

DUNSTAN, D. W.; DALY, R. M.; OWEN, N.; JOLLEY, D.; COURTEN, M.; SHAW, J.; ZIMMET, P. High-intensity resistance training improves glycemic control in older patients with type 2 diabetes. **DIABETES CARE**. V. 25, n. 10, p. 1729-1736, 2002.

FELIPPE, J.; LOP, R. R. Efeito combinado do exercício aeróbio e resistido em indivíduos hiperglicêmicos. Universidade do Sul de Santa Catarina. 2010.

FERRAZ, A. E. P. *et al.* Atendimento multiprofissional ao paciente com Diabetes Mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. Ponto de Vista, Ribeirão Preto, v. 33, p. 170-175, abr./jun. 2000.

FERREIRA, S. R. G. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. **Ciência Cultura**. v. 62, n.4, p. 31-33, 2010.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto Contexto Enferm**.v.16, n. 1, p. 105-111, 2007.

BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L. Goodman & Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. Editora Mc Graw-Hill, 11 ed., 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 20 de jul. 2016

LEFF, E. Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. Petrópolis: Vozes, 2001.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Saúde e capacidade para o trabalho em trabalhadores de área administrativa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2006.

MENDES, T. A. B.; GOLDBAUM, M.; SEGRI, N. J.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; ALVES, M. C. G. P. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad Saúde Pública**. v. 27, n. 6, p. 1233-43, 2011.

MENGESHA, A. Y. Hypertension and related risk factors in type 2 diabetes mellitus (DM) patients in Gaborone City Council (GCC) clinics, Gaborone, Botswana. **Afr Health Sci**. v.7, p. 4, p. 244-5, 2007.

MIYAR, L. O. Impacto de um programa de promoção da saúde aplicado pela enfermagem em pacientes diabéticos tipo 2, na comunidade. **Rev Latino-Am Enferm**. v. 11, n. 3, p. 312-319, 2003.

RAWAL, L. B.; TAPP, R. J.; WILLIAMS, E. D.; CHAN, C., YASIN, S.; OLDENBURG B. Prevention of Type 2 Diabetes and Its Complications in Developing Countries: A Review. **Int J Behav Med**., v. 19, n. 2, p. 121-33, 2012.

REIS, A. F.; VELHO, G. Bases genéticas do diabetes mellitus tipo 2. **Arquivo Brasileiro de Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 46, n. 4, p. 426-432, 2002.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J.; CARDOSO, M. A. Intervenção nutricional e prevenção primária do Diabetes Mellitus tipo 2. **Cad Saúde Pública.** v. 22, n. 1, p. 7-18, 2006.

SILVA, C. A.; LIMA, W. C. Efeito benéfico do exercício físico no controle metabólico do diabetes mellitus tipo 2 à curto prazo. **Arq. Bras. de Endocrinol. Metab.**v. 46, n. 5, p. 550-556, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3. ed., Itapevi/SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SODEMAN, W. A. **Fisiologia patológica de Sodeman:** mecanismos das doenças. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

TAVARES, C. M. A.; MATOS, E.; GONÇALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar a saúde. **Texto e Contexto. Enferm.** v. 14, n. 2, p. 213-221, 2005.