

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

CINTIA PEREIRA DE SOUZA

**ABORDAGEM DO DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PIRAÚBA**

Conselheiro Lafaiete - MG

2014

CINTIA PEREIRA DE SOUZA

**ABORDAGEM DO DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PIRAÚBA**

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

Orientadora: Prof^a Kátia Lúcia Moreira Lemos

Conselheiro Lafaiete - MG

2014

CINTIA PEREIRA DE SOUZA

**ABORDAGEM DO DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE PIRAÚBA**

Banca examinadora

Profa. Kátia Lúcia Moreira Lemos - Orientadora

Profa. Dra. Flavia Casasanta Marini

Aprovado em Belo Horizonte, 03 de julho de 2014

DEDICO

Aos meus pais, irmã e familiares por todo o amor e devoção que, de muitas formas, incentivaram-me impulsionando para que o resultado final fosse possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por sempre guiar meus passos e ajudar nas escolhas corretas.

Aos pacientes e amigos que fiz na Estratégia de saúde da Família 1 do município de Piraúba muito obrigada pela ótima convivência.

À Secretaria Municipal de Saúde de Piraúba obrigada pelo apoio incondicional para fornecermos aos nossos pacientes sempre o melhor atendimento.

Ao Dr. Maximiliano Guerra pelas ótimas supervisões do Provac e orientações no projeto de intervenção.

Ao querido Rodrigo pelo companheirismo e dedicação.

À toda equipe, tutores, orientadores e colegas do Curso de Especialização Atenção Básica Saúde da Família (CEABSF) muito obrigada pela oportunidade de realizar o curso junto com vocês.

À todos, muito obrigada.

RESUMO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma doença crônica caracterizada pela falta ou resistência periférica à insulina levando a um estado de hiperglicemia. Comumente são encontrados na população dois tipos de DM, o DM tipo 1 e o DM tipo 2, ambos caracterizados pela deficiência de produção de insulina pelo pâncreas, seja ela absoluta ou relativa. Após o diagnóstico, o tratamento adotado é multidisciplinar, abordando outras patologias se presentes, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, obesidade, efeito antitrombótico e tratamento medicamentoso de acordo com a causa da doença. As complicações podem ser divididas em agudas e crônicas e são responsáveis pela perda de produtividade do trabalhador.

A má aderência ao tratamento do Diabetes *mellitus* é uma situação recorrente em diversos municípios brasileiros assim como em Piraúba. Observamos uma grande parcela dos portadores desta patologia negligenciando a doença, talvez pela demora dos sintomas crônicos na vida desses pacientes. O objetivo do presente trabalho é intervir na aderência ao tratamento do diabetes *mellitus* de todos os pacientes da unidade, mostrando a necessidade de um correto tratamento que reflita na qualidade de vida a longo prazo. Através do desenvolvimento de ações preventivas na população portadora de diabetes *mellitus* atendidas na ESF1 no município de Piraúba/MG, a criação de um grupo para discussão da doença, o grupo Mais Vida, voltado para pacientes portadores de diabetes *mellitus* onde serão realizadas discussões sobre a doença, suas consequências, a importância da dieta alimentar, tipos de tratamento e a importância deste na evolução da doença. Percebemos que a falta de um grupo de Diabetes Mellitus interfere negativamente na adesão ao tratamento e com sua criação objetivamos manter o paciente mais próximo à Unidade de Saúde e com mais informações acerca da doença desta forma a adesão ao tratamento será mais efetiva. Com o controle glicêmico adequado e consequentemente da patologia diminuiriam o gasto com saúde e aposentadorias precoces.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*, tratamento diabetes *mellitus*, prevenção e atenção básica

ABSTRACT

Diabetes *mellitus* is a chronic disease characterized by a lack or peripheral insulin resistance leading to hyperglycemia. Commonly found in the population are two types of DM, DM type 1 and DM type 2, both characterized by deficiency of insulin production by the pancreas, either absolute or relative. After diagnosis the treatment adopted will be multidisciplinary, addressing other conditions were present, such as systemic hypertension (SH), dyslipidemia, obesity, antithrombotic effect and drug treatment according to the cause of the disease. Complications can be divided into acute and chronic, are responsible for the loss of worker productivity. Poor adherence to treatment of diabetes mellitus is a recurring situation in many municipalities as in Piraúba. We observed a large proportion of patients with this pathology neglecting the disease, perhaps the delay of chronic symptoms in these patients' lives. We want to intervene in adherence to treatment of diabetes mellitus in all patients in the unit, showing the need for a correct treatment that reflects the quality of life in the long term. The objective of this study is to intervene in adherence to treatment of diabetes mellitus in all patients in the unit, showing the need for a correct treatment that reflects the quality of life in the long term. Through the development of preventive actions with diabetes mellitus treated in the municipality of ESF1 Piraúba / MG, creating a group for discussion of the disease population, the group More Life, facing patients with diabetes mellitus where discussions will be held on disease, its consequences, the importance of diet, types of treatment and the importance of the evolution of the disease. We realize that the lack of a group of Diabetes Mellitus negatively affect adherence to treatment and its creation aimed to keep as close to the Health Unit and with more information about the disease so patient adherence to treatment will be more effective. With adequate glycemic control and consequently pathology decrease spending on health and early retirements.

Keywords: Diabetes mellitus, diabetes treatment, prevention and primary care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

ADA- American Diabetes Association

CEABSF- Curso de Especialização Atenção Básica Saúde da Família

DM- Diabetes *Mellitus*

ESF- Estratégia de Saúde da Família

ESF1- Estratégia de Saúde da Família 1

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica

HbA1c- Hemoglobina Glicada

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MG- Minas Gerais

PROVAB- Programa Valorização Profissional da Atenção Básica

PSF- Programa de Saúde da Família

TOTG- Teste Oral de Tolerância à Glicose

UAB- Universidade Aberta do Brasil

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 O Município.....	12
2. PROBLEMA	14
3. JUSTIFICATIVA	15
4. OBJETIVOS	16
4.1 Objetivo Geral	16
4.2 Objetivos Específicos	16
5. REVISÃO DE LITERATURA	17
6. METODOLOGIA	19
7. PLANO DE INTERVENÇÃO	20
7.1 Cronograma.....	22
7.2 Recursos Necessários.....	22
8. CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas estão entre as morbidades mais frequentes nos municípios brasileiros, e, na maioria das vezes são doenças mal cuidadas principalmente por parte dos pacientes que negligenciam o próprio tratamento. O Diabetes *Mellitus* (DM) é uma dessas doenças frequentes no atendimento primário e, causadora de incapacitância a curto e longo prazo, seja pelas exacerbações ou sequelas devido ao descuido.

O Diabetes *Mellitus* é uma doença crônica caracterizada pela falta ou resistência periférica à insulina levando a um estado de hiperglicemia. Segundo Fauci (2012) existem vários tipos de DM que são causados por uma interação complexa de atores genéticos e ambientais. Dependendo da etiologia do DM, os fatores que contribuem para a hiperglicemia incluem secreção reduzida de insulina, menor utilização de glicose e maior produção de glicose. A desregulação metabólica associada ao DM acarreta alterações fisiopatológicas secundárias em muitos sistemas orgânicos que impõem uma enorme sobrecarga aos indivíduos com a doença, assim como ao sistema de assistência à saúde.

São classificados em quatro classes DM tipo1, DM tipo 2, tipos específicos (genéticos, endocrinopatias, drogas, etc.) e Diabetes Gestacional. Mas são comumente encontrados na população dois tipos de DM, o DM tipo 1 e o DM tipo 2, ambos caracterizados pela deficiência de produção de insulina pelo pâncreas, seja ela absoluta ou relativa, mas só o DM tipo 2 apresenta aumento da resistência periférica à insulina. No DM tipo1 ocorre um ataque autoimune gerando uma resposta imunonecroticoinflamatória nas ilhotas pancreáticas levando ao longo de poucos meses à destruição de praticamente todas as células betapancreáticas, ou seja, o problema é a falta de insulina. Já o DM tipo 2 é uma doença genética precipitada por fatores ambientais, não há destruição das ilhotas pancreáticas e nem fenômeno autoimune, a maior parte dos pacientes apresenta uma obesidade androgênica, ou seja, abdominovisceral que provoca a resistência periférica à insulina. O problema genético provavelmente está no pâncreas, nas células beta das ilhotas que não estão preparadas para um estado de resistência insulínica. Em uma

pessoa sem predisposição genética, a resistência insulínica apenas estimula o pâncreas a secretar mais insulina mantendo o indivíduo euglicêmico (FAUCI, 2012).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013-2014, p. 9) o diagnóstico é feito quando um dos três critérios adiante estiver presente, são eles, glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl em pelo menos duas ocasiões; glicemia pós-prandial ou Teste Oral de Tolerância a Glicose com 75 g de dextrosol (TOTG 75) após 2h maior ou igual a 200 mg/ ou em qualquer momento se estiverem presentes sintomas clássicos da doença (poliúria, polidipsia, emagrecimento) e, glicemia maior ou igual a 200 mg/dl . A alteração da hemoglobina glicada (HbA1c) tem sido mais utilizada no controle da doença e na avaliação da eficácia do tratamento.

O tratamento adotado é multidisciplinar, abordando outras patologias se presentes, tais como hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia, obesidade, efeito antitrombótico e tratamento medicamentoso de acordo com a causa da doença. Se DM tipo 1 é adotada a terapia insulínica associada à dieta e atividade física. No DM tipo 2 são adotadas também dieta e atividade física somados aos antidiabéticos orais, que atuam em diversos mecanismos como a redução da resistência insulínica, aumento da secreção de insulina, redução na absorção intestinal de glicose e ação incretinomimética, medicamentos estes que são fornecidos gratuitamente a todos pacientes à partir da Portaria nº 533, de 28 de março de 2012 (BRASIL, 2012). Em estágios mais avançados e não responsivos à terapia inicial adota-se a terapia insulínica como auxiliar no tratamento. Segundo Rodríguez e Puig (2010), o exercício físico deve ser aeróbio em pessoas com diabetes, pois este aumenta a sensibilidade à insulina e o consumo de glicose no fígado e músculo influenciando favoravelmente o controle metabólico.

As complicações podem ser divididas em agudas e crônicas e são responsáveis pela perda de produtividade do trabalhador. As agudas podem ser divididas em hiperglicemia e hipoglicemia. As hiperglicemias são representadas pela cetoacidose diabética e estado hiperglicêmico hiperosmolar. A hipoglicemia ocorre principalmente devido ao uso indiscriminado da insulina e antidiabéticos orais. As complicações crônicas envolvem diversos órgãos e são divididas em

microvasculares e macrovasculares. As microvasculares são representadas pela retinopatia, nefropatia, neuropatia e pé diabético, e, as macrovasculares são representadas pela aterosclerose, envolvendo infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e isquemia de membros inferiores, dentre outras.

Para Oliveira et al. (2009), projeções indicam que o diabetes mellitus terá crescente impacto sobre a perda de anos de vida por morte prematura e incapacidade no mundo, e que se deslocará de 11^a para 7^a causa de morte em 2030. Também sugere que se faz urgente a implantação e implementação de medidas efetivas para prevenção, diagnóstico precoce, aconselhamento e adequado acompanhamento dos pacientes com diabetes mellitus pois segundo o autor, a retinopatia (24,7%) e neuropatia (12,8%) são as complicações que mais contribuirão para o componente de morbidade no estudo. Tais comorbidades são responsáveis pela perda de produtividade no trabalho e aposentadorias precoces no Brasil e no mundo, gerando um déficit econômico visto que os gastos públicos com a doença são altos e superiores aos gastos com a prevenção. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias.

1.1 O Município

Piraúba é uma cidade localizada na Mesorregião da Zona da Mata do Estado de Minas Gerais (MG) e distante 262 km por rodovia da capital Belo Horizonte. A sede tem altitude de 339 metros. O clima é do tipo tropical, com temperatura média anual de 21°C. As terras do município estão inseridas na bacia do rio Paraíba do Sul, sendo banhadas pelos ribeirões Piraúba e Pirapetinga. Possui uma área total de 144,289 km², cerca de 3.458 domicílios e 3.257 famílias compondo um total de 10.862 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico 2010. Conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde, Piraúba possui três unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) sendo que a ESF1 ao qual será abordado no estudo possui uma população adscrita de 3.230 pessoas. No município os pacientes portadores de doenças crônicas,

especialmente o diabetes *mellitus*, recebem trimestralmente consultas de retorno para acompanhamento clínico porém, não são realizadas palestras e discussões sobre doenças e consequências de um subtratamento. Como adjuvante ao tratamento, os pacientes são convidados e orientados a participar de um grupo de ginástica e caminhada voltado para a terceira idade. Percebemos uma carência no acompanhamento dessa patologia e a necessidade de um controle mais rigoroso na tentativa de evitar sequelas por complicações causadas pelo descuido dos pacientes.

2 PROBLEMA

A má aderência ao tratamento do Diabetes *mellitus* é uma situação recorrente em diversos municípios brasileiros, o mesmo ocorre em Piraúba. Observamos uma grande parcela dos portadores desta patologia negligenciando a doença, talvez pela demora dos sintomas crônicos na vida desses pacientes. Queremos intervir na aderência ao tratamento do diabetes *mellitus* de todos os pacientes da unidade, mostrando a necessidade de um correto tratamento que reflita na qualidade de vida a longo prazo. Percebemos também que a falta de um grupo de Diabetes Mellitus interfere negativamente na adesão ao tratamento pois o paciente que recebe o diagnóstico de diabetes é orientado durante uma consulta médica, recebe a prescrição de medicamentos, orientações gerais e específicas sobre a doença e então volta ao seu domicílio onde na maioria das vezes permanece com os hábitos de vida anteriores à aquela consulta. Os dias passam e caso o paciente não apresente nenhuma exacerbação da doença irá na maioria das vezes ter ciência do seu verdadeiro estado em uma consulta de retorno três meses após a primeira abordagem. Com o grupo queremos manter o paciente mais próximo à Unidade de Saúde e com mais informações acerca da doença desta forma a adesão ao tratamento será mais efetiva.

3 JUSTIFICATIVA

As complicações agudas do diabetes *mellitus* levam à diminuição da produtividade e a um desgaste biopsicossocial. As complicações crônicas correspondem a uma grande parcela da incapacitação da população ativa do país. O controle glicêmico adequado e conseqüentemente da patologia diminuiriam o gasto com saúde e aposentadorias precoces.

Para isso, se faz necessário um acompanhamento mais rigoroso desses pacientes através de grupos voltados para a discussão da doença que até o momento encontra-se ausente no município. Acreditamos que este estudo poderá subsidiar a prática da equipe multidisciplinar levando aos pacientes da área de abrangência da ESF 1 uma saúde de qualidade voltada para a prevenção e tratamento precoce das complicações que por ventura vierem a ocorrer.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Desenvolver ações preventivas na população portadora de diabetes *mellitus* atendidas na ESF1 no município de Piraúba/MG.

4.2 Objetivo específico

Criar o grupo Mais Vida voltado para pacientes portadores de diabetes *mellitus* onde serão realizadas discussões sobre a doença, suas consequências, a importância da dieta alimentar, tipos de tratamento e a importância deste na evolução da doença.

5 REVISÃO DE LITERATURA

A má aderência ao tratamento do diabetes *mellitus* pode estar associada a diversas causas, mau entendimento da patologia e suas causas, idade do paciente, dificuldade no acesso ao tratamento, relação médico-paciente insatisfatória, baixa escolaridade e conseqüentemente maior dificuldade no uso regular dos medicamentos, demora do surgimento das complicações tardias são alguns itens que podem justificar esta dificuldade no tratamento (ARAÚJO et al., 2010)

Em estudo, Gimenes et al. (2009) observaram que “muitos pacientes acreditam que não necessitam da terapia medicamentosa devido ao caráter assintomático da doença” e ainda relata que dos pacientes que apresentaram melhor aderência ao tratamento 82,4% eram idosos, 90% possuíam renda familiar superior a cinco salários mínimos, 88,9% mais de doze anos de estudo, 84,6% referiam ter recebido maiores informações acerca da doença e 86,7% informações específicas sobre os medicamentos prescritos justificando que a informação é crucial na aderência ao tratamento do diabetes. Relata ainda que tais dados foram positivos pois a pesquisa foi realizada em uma amostra diferenciada de pacientes pois veio de um grupo de educação em diabetes onde discute-se como compreender melhor a doença e o tratamento medicamentoso.

Contrariando, porém, Assunção et al. (2002) obtiveram como resultado de sua pesquisa relacionado à má aderência ao tratamento, 70% dos pacientes com estudos de até 4 anos, 20% idade superior a 70 anos, aproximadamente 70% com renda familiar inferior a três salários mínimos inserindo-os em classes sociais mais baixas o que poderia justificar uma maior dificuldade em seguir um tratamento de forma adequada. Destes, 76% dos pacientes entrevistados receberam orientações dietéticas; todavia apenas a metade seguiu as recomendações e realizou dieta nos últimos quinze dias precedidos da pesquisa, 75% receberam orientações, entretanto apenas 25% realizaram algum tipo de atividade física no último mês e dos 90% que confirmaram ter recebido orientações quanto ao uso de insulina apenas 58% relataram auto-aplicação regular do hormônio corroborando para uma negligência em relação à doença pelos portadores de diabetes *mellitus*.

Em suas pesquisas, Villas Boas et al. (2011) observaram que dos pacientes abordados apenas 10,5% referiram participar de grupos de orientação sobre diabetes *mellitus* orientando que o simples fato de ter o grupo não melhora a aderência ao tratamento é necessário que os pacientes entendam a importância deste e frequentem constantemente as reuniões e participem das discussões propostas e, ainda que uma maior escolaridade e renda parecem predizer maior adesão à dieta e ao exercício físico, enquanto o avançar da idade parece predizer menor adesão a estas variáveis. As pessoas de maior faixa etária ou com menor escolaridade poderiam apresentar dificuldades para compreender as recomendações terapêuticas propostas, concluindo que para promover a adesão ao tratamento, essas recomendações devem atender às necessidades e expectativas das pessoas e, sobretudo, serem estabelecidas em comum acordo.

Araújo et al. (2010) relatam que “é crucial disponibilizar um cuidado individualizado, multiprofissional e de qualidade” para os portadores de diabetes *mellitus* e “ nesse intuito, as ações de educação em saúde são importantes, na medida em que se sensibilizam para a adesão farmacológica e para mudanças comportamentais passíveis de promover a saúde do diabético”. O mesmo observou em pesquisa que 68% dos entrevistados não apresentou qualquer tipo de desconforto ao deixar de usar a medicação prescrita e que 54,5% referiu descuido quanto ao horário do uso da medicação mostrando que se faz necessário uma intervenção mais rígida dos profissionais de saúde para reconhecer e cobrar dos pacientes uma maior responsabilidade e aderência ao tratamento proposto.

Tavares et al. (2005) falam da importância do grupo multiprofissional no atendimento à saúde e ao paciente portador de diabetes mostrando que um atendimento cooperativo, participativo, com diálogo aberto e igualitário leva à construção de uma assistência de melhor qualidade. A participação das diversas áreas da saúde em uma equipe multidisciplinar torna o tratamento mais eficaz visto que o paciente será abordado em vários aspectos da sua doença, psicologicamente, fisicamente através da prática de atividade física juntamente com os educadores físicos, nutricionalmente sendo orientados sobre hábitos de vida saudáveis e com medicamentos de primeira linha para o tratamento da patologia.

6 METODOLOGIA

Após análise situacional do município de Piraúba e constatação da incidência e prevalência do Diabetes mellitus na população e a negligência com que é conduzida a doença por parte dos pacientes o mesmo foi escolhido como um problema a ser solucionado.

Foi realizada uma revisão bibliográfica na literatura médica sobre a doença Diabetes *mellitus* buscando-se a aderência do paciente ao tratamento da patologia. Utilizando-se dos seguintes descritores Diabetes *mellitus*, aderência ao tratamento diabetes mellitus, complicações do diabetes e atenção básica e diabetes em bases de dados de sites científicos como SciELO, American Diabetes Association (ADA), MEDLINE e revistas científicas nacionais e americanas pelo período de 2002 a 2013.

Após os resultados evidenciados nesta revisão foi traçado um projeto de intervenção para o município de Piraúba na intenção de contribuir com a melhora na assistência e na aderência ao tratamento do diabetes mellitus.

7 PLANO DE INTERVENÇÃO

Rastrear os pacientes com possível doença através de orientações contidas no Caderno de Atenção Básica nº 36 que utiliza informações preconizadas pela Associação Americana de Diabetes, apresentados na tabela 1. Esses pacientes rastreados serão somados ao número de pacientes portadores de diabetes *mellitus* já acompanhados na área de abrangência da Estratégia de saúde da família 1 (ESF1).

Tabela 1 – Critérios para o rastreamento do DM em adultos assintomáticos

Excesso de peso (IMC >25 kg/m²) e um dos seguintes fatores de risco:

- História de pai ou mãe com diabetes;
- Hipertensão arterial (>140/90 mmHg ou uso de anti-hipertensivos em adultos);
- História de diabetes gestacional ou de recém-nascido com mais de 4 kg;
- Dislipidemia: hipertrigliceridemia (>250 mg/dL) ou HDL-C baixo (<35 mg/dL);
- Exame prévio de HbA1c ≥5,7%, tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Obesidade severa, acanthosis nigricans;
- Síndrome de ovários policísticos;
- História de doença cardiovascular;
- Inatividade física;

OU

Idade ≥ 45 anos;

OU

Risco cardiovascular moderado (Ver Cadernos de Atenção Básica, nº 37 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica).

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013

Propor à Gestão Municipal a criação de grupo de diabéticos, solicitando a disponibilização de uma sala para reuniões, materiais para rastreio como glicosímetros e fitas reagentes, liberação de exames diagnósticos como glicemia de jejum, TOTG e urinálise para acompanhamento. Convite a profissionais de outras áreas da saúde para participar expondo seus conhecimentos sobre a doença e a importância do tratamento, confecção e distribuição de folders explicativos sobre a diabetes *mellitus* financiados pela Secretaria Municipal de Saúde, realizar

confraternização com alimentos saudáveis mostrando a possibilidade de uma vida normal e com a doença controlada.

Segundo o caderno de atenção básica número 16 (Brasil, 2006) “a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” e, para um bom funcionamento propõe as atribuições dos diversos membros da equipe da Estratégia Saúde da Família. À partir dessas atribuições em parceria com os integrantes da equipe envolveremos os agentes comunitários de saúde (ACS), pois da equipe estes são os mais próximos à população e, portanto com maior influência sobre os pacientes. Realização da consulta de enfermagem contribuindo com o rastreio da doença quando detectado pelo ACS. Auxiliares de enfermagem contribuirão através de orientações básicas no cuidado da doença, pesquisa de síndrome metabólica nos indivíduos da demanda espontânea e checagem de glicosímetros e reposição de fitas reagentes para rastreio e pesquisa rápida. Através de uma equipe multiprofissional professores de educação física ministrarão palestras sobre a importância da atividade física no controle da doença e psicólogos serão convidados a participar avaliando o perfil de cada paciente e ajudando-os de forma individual e coletiva na compreensão da doença e da necessidade de um tratamento mais rigoroso.

7.1 Cronograma do projeto de intervenção

Etapa	Tempo												
	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês	
Sensibilização da Secretaria Municipal de Saúde a interessar-se pelo projeto e promover seu financiamento	■												
Convocação dos profissionais diretamente envolvidos na criação do grupo		■											
Planejamento das atividades do Grupo de Diabéticos (Grupo Mais Vida)			■										
Confeção de folders explicativos, distribuição pela cidade de Piraúba				■									
Treinamento dos profissionais da atenção básica na nova atividade					■								
Primeira reunião do Grupo de Diabéticos de Piraúba (Grupo Mais Vida)						■							
Apresentação à Gestão Municipal os primeiros resultados							■						
Segunda reunião do Grupo Mais Vida								■					
Terceira Reunião do Grupo Mais Vida									■				
Apresentação à Gestão Municipal os resultados do trimestre de reuniões do Grupo										■			
Primeiro Encontro de pacientes diabéticos de Piraúba com misturação de palestras, exposição de relatos de caso, caminhada e atividade física ao ar livre, dosagem de glicemia capilar e confraternização com alimentos saudáveis											■		
Quarta reunião do Grupo Mais Vida												■	
Quinta reunião do Grupo Mais Vida													■

7.2 Recursos Necessários ao projeto de intervenção

Para a intervenção no município de Piraúba será necessário a participação dos integrantes da equipe da ESF1 e o treinamento destes profissionais assim como a participação dos gestores municipais através do incentivo e financiamento do projeto. Serão necessários a aquisição de materiais permanentes como glicosímetros, balanças, fitas-métrica, esfigmomanômetro, estetoscópios, martelos para verificar reflexos, e, materiais descartáveis como fita reagente para dosagem da glicemia capilar, folders explicativos e anúncios convidando os pacientes para as reuniões.

A liberação de uma cota de exames específicos para os portadores de diabetes *mellitus* como dosagem de glicemia de jejum, hemoglobina glicada, proteinúria, creatinina, taxa de filtração glomerular, fundoscopia entre outros é fundamental no acompanhamento desses pacientes e terá seu financiamento pela Prefeitura Municipal de Piraúba/ Secretaria Municipal de Saúde.

Subgrupos poderão ser criados dentro do Grupo de Diabéticos (Grupo Mais Vida) discutindo com um número menor de pacientes temas importantes como administração correta dos medicamentos, cuidados com os pés, importância da atividade física no controle da doença, dieta alimentar para diabéticos, etc. Para isso, recursos humanos treinados serão necessários e mais uma vez a Secretaria Municipal de Saúde é peça fundamental, fornecendo uma estrutura física para ministração das palestras, recursos financeiros para capacitação pessoal e confecção de material para que os ACS possam aprofundar os estudos e assim repassar as informações aos pacientes.

8 CONCLUSÃO

Através do presente projeto de intervenção em funcionamento esperamos melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores de Diabetes *mellitus* resididos na área de abrangência da ESF1 diminuindo a incidência e prevalência das principais complicações causadas pelo descontrole da doença. Entendemos que uma boa aderência ao tratamento é o melhor caminho para o acompanhamento e minimização das conseqüências do descontrole da patologia.

Posteriormente propomos repassar o projeto para as demais áreas de ESF do município de Piraúba objetivando um controle municipal da doença.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de; FREITAS, Roberto Wagner Júnior Freire de; FRAGOSO, Luciana Vlândia Carvahêdo; ARAÚJO, Thiago Moura de; DAMASCENO; COELHO, Marta Maria; ZANETTI, Maria Lúcia. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis. p. 135 a 143. 2011
- ARAUJO, Márcio Flávio Moura de et al . Aderência de diabéticos ao tratamento medicamentoso com hipoglicemiantes orais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000200021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2014
- ASSUNCAO, Maria Cecília Formoso; SANTOS, Iná da Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, fev. 2002 .
- BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas et al . Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 20, n. 2, June 2011 .
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4217, de 28 de dezembro de 2010. **Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF, 28 dez 2010
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. **Caderno de atenção básica nº 16**. Brasília, DF, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diabetes Mellitus. **Caderno de atenção básica nº 36**. Brasília, DF 2013.
- .
- BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Censo 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em 08 de junho de 2013.
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/**Sociedade Brasileira de Diabetes**; São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
- FAUCI, Anthony S.; BRAUNWALD, Eugene; KASPER, Dennis L.; HAUSER, Stephen L.; LONGO, Dan L.; JAMESON, J. Larry. **Medicina Interna de Harrison**. v. 2. 18 ed Rio de Janeiro: Editora McGraw-Hill Artmed., RJ. 2013
- GIMENES, Heloisa Turcatto; ZANETTI, Maria Lúcia; HAAS, Vanderlei José. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 17, n. 1, Feb. 2009 .

HERNANDEZ RODRIGUEZ, José; LICEA PUIG, Manuel Emiliano. Papel del ejercicio físico en las personas con diabetes mellitus. **Rev Cubana Endocrinol**, Ciudad de la Habana, v. 21, n. 2, agosto 2010 . Disponível em <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532010000200006&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2014.

OLIVEIRA, Andreia Ferreira de et al . Global burden of disease attributable to diabetes mellitus in Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 6, June 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2014.<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600006>..

TAVARES, Celina Maria Araujo; MATOS, Eliane; GONCALVES, Leônor. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 2, jun. 2005