

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

CHRISTIANE KARINI ROCHA

**PÉ DIABÉTICO E RETINOPATIA DIABÉTICA: AÇÕES DE
PREVENÇÃO E CONTROLE ENTRE USUÁRIOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DOS VILETES, EM DIVINO, MINAS GERAIS**

IPATINGA/ MINAS GERAIS

2020

CHRISTIANE KARINI ROCHA

**PÉ DIABÉTICO E RETINOPATIA DIABÉTICA: AÇÕES DE
PREVENÇÃO E CONTROLE ENTRE USUÁRIOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DOS VILETES, EM DIVINO, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

IPATINGA/ MINAS GERAIS

2020

CHRISTIANE KARINI ROCHA

**PÉ DIABÉTICO E RETINOPATIA DIABÉTICA: AÇÕES DE
PREVENÇÃO E CONTROLE ENTRE USUÁRIOS DA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE DOS VILETES, EM DIVINO, MINAS GERAIS**

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

Orientador: Professor Edison José Corrêa

Banca examinadora

Professor Edison José Corrêa, Universidade Federal de Minas Gerais

Professora Nayara Ragi Baldoni, Doutora, Universidade de Itaúna (UIT)

Aprovado em Belo Horizonte, em – de ----- de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico esta proposta de plano de intervenção à Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais, e à Equipe de Saúde da Família, pelo apoio na realização desta proposta.

Eu sou a luz do Mundo...

Jesus Cristo

RESUMO

A proposta de intervenção aqui apresentada objetiva-se o apresentar plano de intervenção com ações voltadas à Insuficiente atenção às pessoas com Diabetes *Mellitus* e suas complicações entre usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais, no sentido de combater com estes usuários as complicações, com enfoque no pé diabético e na retinopatia diabética. Como objetivos específicos adotou-se a necessidade de: apresentar a equipe de saúde e aos usuários diabéticos as principais complicações referentes ao Diabetes *Mellitus*; sensibilizar os usuários diabéticos para o autocuidado frente as consequências ligadas ao é diabético e a retinopatia diabética; verificar se as medidas e orientações estão sendo seguidas e os quadros estão melhorando; promover o monitoramento destes usuários. Para elaboração utilizou-se a metodologia do método da estimativa rápida, além do Planejamento Estratégico Situacional. Como resultados da proposta percebeu-se que é através de ações desenvolvidas com a equipe de saúde no sentido de educação permanente e com os usuários diabéticos do território em educação em saúde despertar a necessidade da adoção de hábitos saudáveis de vida diminuindo significativamente a possibilidade de surgimento de Pé Diabético e Retinopatia Diabética. São em verdade consequências terríveis aos usuários. A proposta busca modificar, tanto a atuação da equipe de saúde quanto os hábitos dos moradores locais que apresentam o agravo. Deseja-se com isso reestabelecer os níveis glicêmicos dos usuários buscando sanar tanto os problemas de retinopatia diabética e pé diabético àqueles usuários possíveis, melhorando aa qualidade de ida e saúde dos mesmos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Educação em Saúde, Educação Continuada, *Diabetes Mellitus*. Retinopatia diabética.

ABSTRACT

The intervention proposal presented here aims to develop actions with users with diabetes in the Basic Health Unit Viletes Divino Minas Gerais, in order to combat complications with these users, focusing on diabetic foot and diabetic retinopathy. As specific objectives, the need was adopted to: introduce the main health complications and diabetes complications to the health team and diabetic users; sensitize diabetic users to self-care in view of the consequences associated with is diabetic and diabetic retinopathy; check if the measures and guidelines are being followed and the staff are improving; promote the monitoring of these users. For elaboration, the methodology of the method of rapid estimation was used, in addition to the Situational Strategic Planning. Because of the proposal, it was realized that it is through actions developed with the health team in the sense of permanent education and with the diabetic users of the territory in health education to awaken the need to adopt healthy lifestyle habits, significantly reducing the possibility of emergence Diabetic Foot and Diabetic Retinopathy. These are truly dire consequences for users. The proposal seeks to modify both the performance of the health team and the habits of local residents who present the problem. It is intended to reestablish the glycemic levels of users seeking to remedy both the problems of diabetic retinopathy and diabetic foot to those possible users, improving their quality of health and going.

Keywords: Family health strategy. Primary health care. Health education. Education, continuing. *Diabetes mellitus*. Diabetic foot. Diabetic retinopathy. Noncommunicable diseases

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
TFD	Tratamento fora do domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SESMG	Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SUS	Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família dos Viletes, Unidade Básica de Saúde dos Viletes, município de Divino, estado de Minas Gerais	20
Quadro 2	Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema: insuficiente atenção às pessoas com <i>diabetes mellitus</i> e suas complicações (pé diabético, retinopatia diabética) entre usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais	33
Quadro 3	Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema “insuficiente atenção às pessoas com <i>diabetes mellitus</i> e suas complicações (pé diabético, retinopatia diabética) entre usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais”	34
Quadro 4	Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema “insuficiente atenção às pessoas com <i>diabetes mellitus</i> e suas complicações (pé diabético, retinopatia diabética) entre usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais”	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município de Divino, Minas Gerais	13
1.2 Sistema Municipal de Saúde de Divino, Minas Gerais	13
1.3 Aspectos da comunidade dos Viletes	16
1.4 A Unidade Básica de Saúde dos Viletes	17
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde dos Viletes	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde dos Viletes	17
1.7 O dia a dia da equipe dos Viletes	18
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	20
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Estratégia Saúde da Família	24
5.2 Atenção Primária à Saúde	25
5.3 Educação em saúde e educação continuada (permanente)	26
5.4 <i>Diabetes mellitus</i>	27
5.5 Retinopatia diabética	28
5.6 Pé diabético	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	31
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	31
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	31
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	32
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados	32

e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

36

REFERÊNCIAS

37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Divino, Minas Gerais

O município de Divino apresentava 19.133 habitantes, no censo de 2010, com estimativa de 19.931 habitantes em 2019, em três distritos: Sede, Bom Jesus do Divino e Viletes. Localizada na região da Zona da Mata mineira está a 320 km da capital do estado. A cidade teve um crescimento populacional lento nas duas últimas décadas em função da valorização do homem no campo como produtor rural ocorrido na região devido à cultura cafeeira predominante. Nos dias atuais, há em Divino uma grande esperança de crescimento: um município que hoje é sustentado pela prática agrícola (café) e pecuária, está aos poucos se desenvolvendo (BRASIL, 2020).

A atividade política partidária é polarizada entre dois grupos políticos tradicionais que vêm se revezando à frente da administração municipal ao longo de décadas. Algumas lideranças novas têm aparecido e conseguido, a partir da Câmara de Vereadores, fazendo um contraponto às práticas políticas tradicionais de cunho clientelista/assistencialista. A cidade sempre teve uma tradição forte na área cultural: movimentava a região com o seu festival de música no mês de julho e ainda preserva suas festas religiosas típicas do catolicismo (PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINO, 2020).

1.2 Sistema Municipal de Saúde de Divino, Minas Gerais

Na área de saúde, a cidade pertence à sede da microrregião de Muriaé. Conta com Hospital Municipal para pequenas cirurgias, internações e maternidade. Possui uma Policlínica para consultas e exames de média complexidade, um Pronto Atendimento com atendimento de urgência e emergência, e seis equipes de Saúde da Família (eSF), com quatro equipes na zona urbana e duas equipes na zona rural cobrindo 100% da população.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 10,75 para 1.000 nascidos vivos. As

internações devido a diarreias são de 2,1 para cada 1.000 habitantes, por ano (BRASIL, 2020).

O financiamento da saúde é realizado por meio de recursos estaduais e recursos próprios com apoio de convenio intermunicipais de serviços especializados. A atenção primária a saúde municipal conta com seis equipes de EFS com cobertura de 100% de toda a população. Na Policlínica e Hospital são disponibilizados atenção especializada com equipe multiprofissional com serviços médicos de ortopedia, dermatologia, ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia geral, oftalmologia, urologista, psiquiatria, neuropsiquiatria, cardiologia. Equipes de apoio com serviço de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutricionista, educador físico e enfermagem especializada.

Já na atenção de urgência e emergência o município possui um Pronto Atendimento ao lado do Hospital, em regime de 24h, seguindo a triagem de Manchester, em que o paciente que chega à unidade é atendido prontamente pelo enfermeiro, que fará uma breve avaliação do quadro clínico do paciente utilizando o Protocolo de Manchester, depois encaminha o mesmo para o local de atendimento, que tem apoio diagnóstico no hospital com laboratórios, ultrassonografia e raios X.

A assistência farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional e está organizada conforme orientação do programa Farmácia de Todos com o objetivo de oferecer distribuição gratuita de medicamentos do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo o programa de assistência farmacêutica “Farmácia de Todos. Governo de Minas”, por meio da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SESMG), implementou, em 2007, 303 unidades do Programa Farmácia de Minas”. Este programa tem por objetivo o atendimento humanizado aos usuários com dispensação gratuita de medicamentos, Em Minas Gerais, este plano teve o intuito de estruturar a rede de Assistência Farmacêutica, denominada Farmácia de Minas, cujos objetivos são a racionalização e o aperfeiçoamento do sistema de abastecimento de medicamentos, de modo a tornar mais eficientes as ações do

Estado e de ampliar a parcela da população atendida. Para o município este programa pode auxiliar no tratamento de famílias carentes que não possuem recursos financeiros para a aquisição de medicamentos para tratamento de algumas doenças como diabetes mellitus e hipertensão, entre outros.

No exercício da vigilância da saúde nota-se uma observação contínua da distribuição e tendências da incidência de doenças mediante a coleta sistemática, consolidação e avaliação de informes de morbidade e mortalidade, assim como de outros dados relevantes, e a regular disseminação dessas informações a todos os que necessitam conhecê-la.

Encontra-se na APS local uma relação hierárquica entre os níveis e pontos de atenção à saúde, pautada no sistema fragmentado, mas tendo como porta de entrada os serviços da atenção básica nas UBS. Já os convênios de serviços de saúde são uma prática entre os municípios da zona da mata mineira. Sendo assim o modelo de atenção à saúde local prioriza ações de promoção, prevenção e vigilância em saúde com vistas à melhoria da qualidade de vida com as diversas áreas do setor da saúde.

Com tudo isto, ainda existe uma demanda ansiosa quanto aos serviços oferecidos no município no âmbito do SUS para melhor resolutividade na rede da atenção primária a fim de evitar os serviços especializados oferecidos na Policlínica.

O sistema de saúde não dispõe de uma rede física adequada para realização dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade, o que faz o município não seja a referência da região. Os encaminhamentos são realizados para serviços em outro município como Carangola ou Muriaé, o que se perde a continuidade do cuidado, pois não existe contrarreferência.

O que ocorre é uma desarticulação entre os diversos serviços, no final, a APS acaba manejando problemas oriundos de falhas em outros serviços, como por exemplo, problemas de comunicação, iatrogenia ou falha no acesso devido a não disponibilização de vagas.

Um grande problema no desenvolvimento das eSF é a rotatividade dos profissionais de saúde, o que prejudica muitas vezes a continuidade do trabalho, o entendimento do território e outras questões voltadas a Atenção Primária e Estratégia de Saúde da Família.

1.3 Aspectos da comunidade dos Viletos

O distrito dos Viletos é uma comunidade de cerca de 2.990 habitantes, localizada na zona rural de Divino, formado, principalmente, a partir do êxodo rural ocorrido na década de 1970, devido ao avanço do plantio de café como meio da agricultura familiar de subsistência, muito presente em toda região. Atualmente a população empregada vive basicamente do trabalho nas propriedades rurais de cafeicultores, da prestação de serviços e da economia informal.

A estrutura de saneamento básico na comunidade continua avançando, após a presença constante de coleta de lixo municipal, com investimentos no esgotamento sanitário distrital.

A comunidade distrital vive em boas moradias. O analfabetismo funcional é elevado na população acima da quinta década de vida. Sobretudo, entre os menores de 20 anos, tem-se a evasão escolar durante a safra do café.

Em proporções, o percentual da população acima de 18 anos, em relação a determinado ciclo educacional, em 2010, foi: 17,40% analfabetos, 22,10% tinham o ensino fundamental completo, 13,98% possuíam o ensino médio e 5,92% o ensino superior (BRASIL, 2020).

Nas últimas administrações, a comunidade dos Viletos tem recebido algum investimento público (escola, centro de saúde, creche, asilo etc.) em função da pressão da Associação Comunitária, que é bastante ativa.

A população distrital conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas e, em especial, a festa em homenagem à padroeira dos Viletos. No Distrito dos

Viletes, trabalha uma eSF e uma Equipe de Saúde Bucal (ESB), e ainda conta com o apoio do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

1.4 A Unidade Básica de Saúde Viletes

A Unidade Básica de Saúde dos Viletes (UBS) abriga a Equipe de Saúde da Família dos Viletes, que foi inaugurada há cerca de dois anos e está situada na Rua Joaquim Fabricio de Souza, 70, Distrito do Viletes, em Divino/MG. É uma unidade própria para a Estratégia Saúde da Família (ESF), com uma ampla área para atender a demanda populacional local.

A área destinada à recepção está adequada, supre bem as expectativas dos usuários durante o atendimento da eSF. O espaço da recepção possui cadeiras, banheiros e água filtrada para os usuários. A sala de reuniões é ampla e bem utilizada pelos funcionários e comunidade com os grupos operativos, por exemplo.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta e participação política e administrativa. A Unidade, atualmente, está bem equipada e conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe, com apoio de um carro para utilização pelo serviço de saúde e pela comunidade e a presença dos serviços de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), em sala própria.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde dos Viletes

A eSF dos Viletes é formada por nove agentes comunitários de saúde (ACS), um cara cada microárea; um atendente; uma técnica de enfermagem; uma médica; uma enfermeira; uma cirurgiã dentista; uma auxiliar de saúde bucal e um auxiliar de serviços gerais.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde dos Viletes

A Unidade de Saúde funciona das 7h:00min às 16h:00min e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência, como recepção e

arquivo, sempre que uma das técnicas de enfermagem ou o enfermeiro está presente na Unidade.

1.7 O dia a dia da equipe dos Viletos

O tempo da eSF dos Viletos está ocupado, quase que exclusivamente, com as atividades de atendimento da demanda espontânea (maior parte) e com o atendimento de alguns programas, como: saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de condições crônicas de agravos a saúde. A equipe também desenvolve outras ações de saúde como, por exemplo, grupos de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus*, antitabagismo e terceira idade, o que, com o tempo, se mostrou bem aceito.

O próximo passo é tentar criar um grupo de saúde mental. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, mas logo as pessoas “sumiam” das reuniões e o trabalho “morria”. Com o apoio do NASF-AB nas reuniões em grupo com a comunidade tem-se o fortalecimento as ações dos serviços de promoção da saúde.

Em relação aos grupos de pacientes com HAS e DM , a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões, o que provocou questionamentos por parte da população e não mudou qualitativamente a participação nas reuniões.

Uma queixa geral é a falta de tempo, devido à demanda de atendimento. Com o passar dos anos essa situação e a falta de perspectivas de mudanças têm despertado certa angústia, em parte da equipe por não conseguir mudar a realidade.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A estimativa rápida, para o diagnóstico situacional – primeiro passo do Planejamento Estratégico Situacional (PES) – foi eleita para desenvolvimento das ações voltadas ao levantamento dos problemas de saúde do território e da comunidade, pois se

encaixa nas necessidades e nos padrões exigidos para este levantamento. Ao reunir-se com a equipe muitas questões foram levantadas:

- A comunidade em geral sofre pelas poucas opções de emprego local, ficando dependentes, em sua maioria, da produção e da colheita do café e de empregos na prefeitura, no setor da saúde e da educação.
- Já no sistema local de saúde, nota-se a busca não atendida por medicamentos diversos que estão sempre acabando ou em falta, obrigando os usuários à compra de muitos deles nas farmácias locais.
- Existem muitos problemas voltados ao insuficiente apoio diagnóstico. Nesse sentido apontam-se exames de ultrassonografia, praticamente oferecidos, excepcionalmente, para gestantes, pois são poucos exames mensalmente disponibilizados.
- Já em relação à área de abrangência e a quantidade de famílias adscritas das zonas rurais, embora com cobertura pela ESF, o território é muito extenso, com casas distantes uma das outras.
- No levantamento dos problemas de saúde prevalentes na comunidade da ESF, a insuficiente prevalência de atenção à HAS e, em segundo lugar, ao DM, como causantes das doenças cardiovasculares mais prevalentes na comunidade e como causa importante de internações e óbitos.
- No meio urbano o saneamento básico encontra-se presentes em todas as casas, porém no meio rural, o uso de cisternas e queima e enterro dos lixos é comum devido à falta de coleta pela prefeitura.
- Alguns estudantes têm que andar uns 10 a 20 minutos para chegar ao ponto por onde passa o ônibus escolar, com difícil acesso à escola.
- Muitos acabam se ausentando durante a safra de café para trabalharem, o que leva ao aumento dos índices de reprovação e evasão escolar.
- O trabalho da eSF flui de forma bem natural com um *feedback* positivo entre seus componentes e com os serviços de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e de referência e contrarreferência, mas existe uma certa dificuldade devido à falta de veículos para transporte para os usuários e, até mesmo para nossa eSF.

Ainda que existam muitos problemas estruturais, e de outras ordens, em comum acordo decidiu-se pela atenção às doenças crônicas não transmissíveis, com enfoque no diabetes (especificamente para a retinopatia diabética e pé diabético), a educação em saúde com a comunidade, a estrutura de saneamento básico – uso de cisternas e queima e enterro dos lixos – e os problemas relacionados ao apoio diagnóstico.

Para a identificação do problema prioritário, os quatro problemas de saúde apresentados foram submetidos a uma avaliação para priorização de acordo com segundo passo do PES (Quadro1).

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico situacional da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família dos Viletes, Unidade Básica de Saúde dos Viletes, município de Divino, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância *	Urgência **	Capacidade de enfrentamento ***	Seleção/ Priorização ****
Insuficiente atenção às pessoas com Diabetes <i>Mellitus</i> e suas complicações (Pé diabético, retinopatia diabética)	9	Alta	Parcial	1
Necessidade de Educação em Saúde, com a comunidade	8	Alta	Parcial	2
Insuficiente apoio em exames complementares, para o diagnóstico e acompanhamento	7	Alta	Parcial	3
Estrutura de saneamento básico deficiente	6	Alta	Parcial	4

Fonte: Faria, Campos e Santos, 2018

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Ao lado das nefropatias, a retinopatia diabética e o pé diabético configuram como complicações mais comuns decorrentes do DM. O DM , segundo o Caderno de Atenção Básica nº 16, do Ministério da Saúde, é uma doença comum e de incidência crescente, que aumenta com a idade. É uma doença crônica que apresenta alta morbimortalidade, até mesmo com importante perda da qualidade de vida. Trata-se de uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular (BRASIL, 2006).

Na comunidade dos Viletes, município de Divino, Minas Gerais, a abordagem desse problema se justifica visto que existem usuários com DM descompensados e que, na grande maioria das vezes, não querem mudança de hábitos de vida. Alguns desses já apresentam alterações na visão e, no exame físico sinais de tendência ao desenvolvimento de pé diabético (falta de circulação).

E uma das formas de se prevenir estas complicações, retinopatia diabética e o pé diabético, é a promoção do autocuidado. Além disso, realização de exames de rotina de verificação de fundo de olho, pelo menos duas vezes por ano, e a utilização de cremes umectantes para hidratar as extremidades dos pés, para que não ocorra as chamadas rachaduras, e quebras da pele, além de eventuais necroses de extremidades.

É neste sentido que este estudo se desenvolve, buscando apresentar orientações relativas a potenciais complicações do DM com enfoque no pé diabético e retinopatia diabética.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar plano de intervenção com ações voltadas à Insuficiente atenção às pessoas com *diabetes mellitus* e suas complicações entre usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Propor ações para ampliar o conhecimento da equipe de saúde e dos pacientes sobre O DM e suas complicações;
- Propor ações aos usuários com DM para o autocuidado frente as consequências ligadas ao pé diabético e à retinopatia diabética, superando a baixa adesão ao tratamento e a evasão dos usuários diabéticos;
- Propor ações de acompanhamento e monitoramento de prescrições e orientações, para estilo de vida adequado para a maioria dos usuários diabéticos.

4 METODOLOGIA

Para desenvolvimento e análise do problema, realizou-se inicialmente um diagnóstico situacional para identificação dos problemas mais comuns a serem resolvidos na Unidade de Saúde. (estimativa rápida) na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional. Como passos seguintes, a seleção do problema principal, a identificação dos nós críticos e o desenho das operações, de acordo com Faria, Campos e Santos (2018).

Contudo somente este levantamento não é suficiente. Como embasamento conceitual esse trabalho apresenta uma revisão de literatura em bases de dados como Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PubMed para utilizar como base documentos importantes que tragam informações que sejam úteis no desenvolvimento do projeto. Com a realização do levantamento, os textos e os artigos foram selecionados conforme a sua relevância e aplicabilidade.

Para redação do texto foram aplicadas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as orientações do módulo Iniciação à Metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÊA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

Para a definição das palavras-chave e keywords utilizaram-se os Descritores em Ciências da Saúde (BRASIL, 2020). As palavras chave-utilizadas foram: Educação em Saúde. Educação Continuada, Diabetes *Mellitus*, Retinopatia diabética. Pé diabético. Doenças não transmissíveis.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde. A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, definida no Plano Nacional de Atenção Básica (PNAD) (BRASIL, 2017).

Segundo Brito, Mendes e Santos Neto (2018, p. 78):

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo preferencial de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, e espera-se que ela seja capaz de abordar o processo de saúde-doença dos indivíduos de modo singular e articulado ao contexto familiar e comunitário. Nas últimas duas décadas, a ESF ampliou significativamente o acesso aos serviços de atenção à saúde. Para dimensionarmos essa questão, cabe citar que, em janeiro de 2000, havia 4.563 Equipes Saúde da Família (ESF) implantadas, assistindo a 8,8% da população brasileira, e, em fevereiro de 2015, esse percentual de cobertura era de 57%.

Trata-se da porta de entrada para o atendimento público da população. Engloba questões relativas à saúde da mulher, saúde da criança, pré-natal e puerpério, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental e saúde do idoso. A atenção básica não serve somente como um ponto de apoio a diagnóstico e tratamento de doenças. Tem objetivo de promover educação em saúde, levantando quais os principais problemas da comunidade, e apresentando as melhores soluções possíveis (BRASIL, 2017).

É a ESF que impulsiona o movimento de mudança no modo de se produzir o cuidado em saúde, propondo novos métodos de trabalho através de uma organização da dinâmica de trabalho. Cabe à ESF transformar o modelo brasileiro tradicional de assistência à saúde, em um modelo de assistência coletivo, multi e interdiprofissional, baseado na família e no contexto social onde ela está

inserida, inserindo novas práticas sanitárias, preventivas e curativas que levam a uma assistência acolhedora e resolutiva (BRITO; MENDES; SANTOS NETO, 2018).

Segundo Arantes, Shimizu e Merchán-Haman (2016, p. 1500):

Em decorrência das suas potencialidades, o PSF passou a ser reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pela sua capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para todas as necessidades de saúde da população e contribuir na mudança do modelo assistencial vigente. Para isso, a ESF baseia-se em princípios norteadores para o desenvolvimento das práticas de saúde, como a centralidade na pessoa/família, o vínculo com o usuário, a integralidade e a coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersectorial.

Vários são os benefícios da ESF para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a busca ativa de casos, a educação em saúde, a assistência domiciliar, o aumento do número de consultas pré-natais, puericultura, de orientações sobre o aleitamento materno exclusivo, da coleta de colpocitologia oncótica; a redução de nascidos com baixo peso, da mortalidade infantil e das internações hospitalares. Proporciona também, adesão às ações para tratamento da hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, e de infecções sexualmente transmissíveis. Contribuem com a saúde bucal e mental, como também na assistência farmacêutica. Os desafios foram muitos para se chegar até aqui, e continua com o objetivo de mudar o processo de trabalho contínuo com a comunidade sob sua responsabilidade, trazendo acolhimento e confiança para os usuários e sua família (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

5.2 Atenção Primária à Saúde

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1978) atenção primária à saúde (APS), ou atenção básica à saúde (ABS), é a atenção essencial à saúde baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1978).

A atenção primária trata de inúmeras questões, e que, geralmente estão ligadas a um território, até mesmo porque a atenção primária como o próprio nome o diz trata de temas como doenças crônicas, primeiro atendimento de saúde mental, acompanhamento, não indo a fundo em questões que seja de atenção especializada de segundo ou terceiro nível. Para estes casos a tarefa da atenção primária é encaminhar as unidades de saúde que sejam e apresentem maiores estruturas (BRASIL, 2017).

5.3 Educação em saúde e educação permanente em saúde

A educação em saúde e educação continuada em saúde são termos muito utilizados na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Básica. Isto porque os conceitos de educação em saúde estão ligados a ações que são realizadas com a população do território adscrito no sentido de orientar, de informar, de prevenir certos tipos de agravos, como exemplo, o diabetes (DANTAS, 2010).

A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente BRASIL, 2020 (Descritores em Ciências da Saúde: Educação em Saúde, *on-line*).

Quanto à educação continuada refere-se a “programas educacionais destinados a informar os indivíduos sobre recentes avanços em seu campo particular de interesse. Eles não conduzem a qualquer posição convencional”, como “cursos formais ou informais para o avanço ou para por em dia os conhecimentos” (BRASIL, 2020).

Segundo Lemos (2016), a educação permanente inclui a educação continuada, onde a formação profissional do trabalhador em saúde passa a ter ênfase na formação, qualificação e regulação dos trabalhadores de saúde no Brasil. A formação profissional passou a ser reconhecida como fator essencial para o processo de consolidação da Reforma Sanitária Brasileira. Assim, a educação deve ser um instrumento permanente, que estimule os trabalhadores a novas posturas para um melhor cuidado com a saúde.

De acordo com Almeida *et al.* (2016, p. 4):

A educação permanente é uma proposta político-pedagógica que favorece, aos trabalhadores, um processo de ensino aprendizagem dentro do seu cotidiano laboral. Tal processo defende uma filosofia de reflexão e crítica sobre os processos de trabalho dos profissionais. Os processos de qualificação dos trabalhadores de saúde devem ter como referência as necessidades da população, da gestão e do controle social. É importante que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho sendo estruturados a partir da problematização do processo de trabalho

Ainda segundo Almeida *et al.* (2016), a Educação Permanente em Saúde destaca-se pela valorização do trabalho como fonte do conhecimento, vinculação do cotidiano e do processo de aprendizagem a partir do cotidiano profissional, orientação das ações educativas para a integração do trabalho de maneira inter e multiprofissional (troca de experiências e habilidades entre a equipe). Com isso, a educação é trabalhada de maneira permanente e dinâmica, buscando, assim, construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação, pondo o cotidiano do trabalho em análise.

5.4 Diabetes *Mellitus*

O termo “diabetes *mellitus*” (DM) diz respeito a um transtorno metabólico de origens multifatoriais, que se caracteriza pela hiperglicemia, intolerância à glicose e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, em virtude de anomalias na secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999, apud BRASIL, 2013).

O DM pode ser do tipo 1, tipo 2 e gestacional. O presente trabalho vai dar ênfase ao diabetes tipo 1 e tipo 2, sendo que 10% da população diabética possui diabetes tipo 1 e 90% diabetes tipo 2 (CUPPARI, 2015).

No DM tipo 1 (DM1), a doença é caracterizada por deficiência absoluta de insulina causada por ataque autoimune às células β do pâncreas. Pacientes com diabetes tipo 1 praticamente não têm células β e podem não responder a variações em combustíveis circulantes, nem de manter a secreção basal de insulina. Este tipo de diabetes aparece geralmente durante a infância ou a puberdade e os sintomas se

desenvolvem rapidamente. O diagnóstico é confirmado por glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dL, comumente acompanhada por cetoacidose (CHAMPE; HARVEY; FERRIER, 2016).

No DM tipo 2 (DM2), os pacientes apresentam combinação de resistência à insulina com disfunção das células β , mas não necessitam de insulina para manter a vida, embora a insulina possa ser necessária para controlar a glicemia em alguns pacientes. O DM2 é caracterizado por hiperglicemia, resistência à insulina e relativa diminuição da secreção de insulina. As causas do DM2 são estilo de vida inadequado, alimentação rica altamente calórica, sedentarismo e a obesidade que tem sido a maior causa do desenvolvimento do DM2. O diagnóstico baseia-se mais comumente na presença de hiperglicemia, isto é, concentração de glicose sanguínea igual ou superior a 126 mg/dL. A doença não envolve viroses ou anticorpos autoimune (FREEMAN, 2018).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), após 15 anos de doença 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, terão nefropatia, 20 a 35%, neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (GUEDES et al., 2009).

É importantíssimo o cuidado do DM. Esta se dá através do controle da glicemia. Para isso o paciente deverá adotar hábitos saudáveis e restringir alguns alimentos, além de evitar bebida, tabaco, drogas, perda de noite de sono, e manter boa alimentação e atividade física contínua. Além disso, devem-se evitar lesões principalmente nos membros inferiores e superiores e extremidades. Os cuidados com a pele são fundamentais (BRASIL, 2013).

5.5 Retinopatia diabética

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes a retinopatia diabética (RD) é umas das principais complicações relacionadas ao DM e a principal causa de cegueira em pessoas com idade entre 20 e 74 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020).

Cerca de 12% dos casos novos de cegueira legal estão ligados à patologia. Além disso, cite-se a diminuição da acuidade visual a um nível que impeça ou dificulte o exercício de atividades laborais, causados pela RD. Depois de 20 anos de doença, mais de 90% dos diabéticos tipo 1 e 60% daqueles com o tipo 2 apresentarão algum grau de retinopatia (BRASIL, 2016).

5.6 Pé diabético

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) o pé diabético pode ser definido como situação de infecção, ulceração ou também destruição dos tecidos profundos dos pés, associada a anormalidades neurológicas e a vários graus de doença vascular periférica, nos membros inferiores de usuários com DM (BRASIL, 2016).

Com relação ao pé diabético, as úlceras e a amputação são complicações frequentes. Em pessoas com DM a amputação de membros inferiores é aproximadamente 40 vezes maior que na população geral (BRASIL, 2016).

Outra característica do pé diabético é que a mortalidade relacionada à amputação imediata é estimada em 19% e a sobrevivência de 65% em três anos e 41% em cinco anos. Nessa perspectiva, em termos globais, a complicação do DM conhecida como "pé diabético" ocupa as primeiras posições entre os principais problemas de saúde, afligindo vários países do mundo e causando grande impacto socioeconômico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2020).

Dados epidemiológicos sobre o pé diabético são variados e percebe-se, neste sentido, como existe diversidade regional quanto aos desfechos da complicação: no caso de países desenvolvidos, a doença arterial periférica é o fator complicador mais comum, enquanto nos países em desenvolvimento, no caso do Brasil, a infecção é, ainda, uma complicação comum das "úlceras dos pés em diabéticos" (UPD), resultando frequentemente em amputações (BAKKER et al., 2015).

Existe também correlação de frequência e gravidade entre questões socioeconômicas e diabetes, como tipo de calçados usados e cuidados dos

usuários, que, infelizmente, não são padronizados em escala nacional em países subdesenvolvidos (BAKKER et al., 2015).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “insuficiente atenção às pessoas com DM e suas complicações (pé diabético, retinopatia diabética) entre usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado, a explicação e a seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (FARIA; CAMPOS, SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O DM é uma doença crônica não transmissível bastante comum na Unidade de Saúde dos Viletes. Em uma seleção junto as fichas de atendimento (50 fichas), de análises realizadas através de glicemia capilar em jejum, acreditam-se que cerca de 15-20% dos pacientes atendidos na Unidade de Saúde possuem DM . Muitos apresentam baixa adesão ao tratamento, não praticam atividade física, tem maus hábitos alimentares, entre outras questões. Assim sendo, elege-se abordagem voltada ao diabetes, com enfoque no pé diabético e retinopatia diabética.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Em virtude do mau autocuidado, e as próprias complicações da doença, em alguns casos pode-se desenvolver pé diabético e retinopatia diabética. Que são patologias que podem causar amputações, no caso do pé diabético, e cegueira no caso da retinopatia. Questões que complicam significativamente a vida dos pacientes.

O DM diabetes é uma doença crônica não transmissível bastante comum na Unidade de Saúde dos Viletes. Muitos apresentam má adesão ao tratamento, não praticam atividade física, tem maus hábitos alimentares, entre outras questões.

Deste modo apresentam-se ações voltadas ao DM , com enfoque no pé diabético e retinopatia diabética. Em virtude do mau autocuidado, e as próprias complicações da doença, em alguns casos desenvolve-se pé diabético e retinopatia diabética. Que são patologias que podem causar amputações, no caso do pé diabético, e cegueira

no caso da retinopatia. Questões que complicam significativamente a vida dos pacientes.

Isso porque existe uma grande quantidade de pacientes diabéticos na Unidade de Saúde, e que tem possibilidade de desenvolver complicações, como também é importante treinar a equipe de saúde para estes problemas.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

A partir do problema pé diabético e retinopatia diabética com enfoque em ações de prevenção e controle entre usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes Divino Minas Gerais, selecionam-se os seguintes nós críticos:

- 1- Baixo conhecimento dos pacientes sobre o Diabetes *Mellitus* e suas complicações;
- 2- Baixa adesão ao tratamento e evasão dos usuários diabéticos;
- 3- Estilo de vida inadequado da maioria dos usuários diabéticos;

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Insuficiente atenção às pessoas com Diabetes *Mellitus* e suas complicações (pé diabético, retinopatia diabética) entre usuários da Unidade Básica de Saúde dos Viletes, em Divino, Minas Gerais”, no município dos Viletes, estado de Minas Gerais, são detalhados em quadros 2, 3 e 4, a seguir (um quadro para cada nó crítico).

Quadro 2 -Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ insuficiente atenção às pessoas com Diabetes *Mellitus* e suas complicações (pé diabético, retinopatia diabética)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família dos Veletes, do município de Divino, estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Baixo conhecimento dos pacientes sobre o <i>diabetes mellitus</i> e suas complicações
6º passo: operação (operações)	Implantar processo educativo com comunidade sobre diabetes mellitus e suas complicações – pé diabético e a retinopatia diabética!
6º passo: projeto	Informação, já!
6º passo: resultados esperados	Usuários diabéticos informados e conscientizados sobre o diabetes, pé diabético e a retinopatia diabética
6º passo: produtos esperados	Campanhas educativas Atividades de sala de espera na Unidade de Saúde Cartilha sobre autocuidado elaborada e disponibilizada em consultas e grupos Grupos operativos organizados e implantados
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: informações pertinentes sobre o pé diabético e a retinopatia diabética organizadas Financeiro: verbas para investir em palestras e cursos para os usuários. Político: tempo disponível para ações desenvolvidas pela equipe de saúde, aprovação do projeto, adesão de todos os envolvidos no projeto.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Adesão da equipe para trabalhar com educação em saúde. Político: Espaço disponível para se trabalhar com a informação e educação em saúde Financeiro: Liberação de verbas para palestras e cursos.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica e enfermeira (motivação favorável) Elaborar conceitos, fotos, vídeos, rodas de conversa, slides, orientações sobre a temática.
9º passo; acompanhamento do plano -responsáveis e prazos	Médica, Enfermeira, Gestor da unidade. 120 dias
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Cronograma de ações controlado pela médica e enfermeira. Reuniões para apresentação dos resultados.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “insuficiente atenção às pessoas com Diabetes *Mellitus* e suas complicações (pé diabético, retinopatia diabética)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família dos Viletes, do município de Divino, estado de Minas Gerais

Nó crítico 2	Baixa adesão ao tratamento e evasão dos usuários diabéticos
6º passo: operação (operações)	Orientações e Instruções sobre a necessidade da correta adesão ao tratamento evitando ao máximo as complicações;
6º passo: projeto	Adesão, já!
6º passo: resultados esperados	Usuários sensibilizados e praticando o autocuidado
6º passo: produtos esperados	Autocuidado melhorado entre os usuários diabéticos intervistos
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Assimilação das informações passadas Financeiro: Verbas para palestras e cursos, Político: disponibilidade para treinamentos da equipe para as palestras e cursos
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Dificuldade de assimilação das informações passadas Político: Liberação de cronograma para cursos e palestras para funcionários Financeiro: Liberação de verbas para campanhas, cursos e palestras para usuários.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Médica e Enfermeira (Motivação Favorável) Motivação para se manterem no projeto e seguir as orientações através da sensibilização sobre os ganhos a saúde
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Equipe de Saúde; 120 dias
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Cronograma de Ações controlado pela Médica da Unidade e Enfermeira. Reuniões para avaliação dos resultados alcançados.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “insuficiente atenção às pessoas com Diabetes *Mellitus* e suas complicações (pé diabético, retinopatia diabética)”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família dos Veletes, do município de Divino, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Estilo de vida inadequado da maioria dos usuários diabéticos
6º passo: operação (operações)	Estabelecimento de medidas orientadoras sobre a necessidade de mudança de hábitos de vida;
6º passo: projeto	Modificação, já!
6º passo: resultados esperados	Diminuir em 50% os fatores de risco que contribuem a retinopatia diabética e pé diabético
6º passo: produtos esperados	Caminhadas; Nutrição adequada; Baixo consumo de sódio e produtos industrializados; Evitar álcool, tabaco e drogas; Preconiza-se por criar grupo discutir e orientar sobre alimentação saudável. Além de roda de conversa com certa periodicidade abordando a saúde sem álcool e tabaco;
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Assimilação das informações e colocar em prática Financeiro: Verbas para campanhas sobre mudanças no estilo de vida Político: Liberação de verbas e profissionais para as palestras e campanhas
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Assimilação das informações e colocar em prática Político: Dificuldade para liberação de verbas e profissionais Financeiro: Dificuldade para liberação de verbas
8º passo: controle dos recursos críticos- ações estratégicas	Médica e Enfermeira (Posição Favorável) Apresentação de medidas que possam mudar os estilos de vida dos pacientes;
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Médica e Enfermeira através de cronograma de ações; 150 dias
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Cronograma de Ações; Reuniões para acompanhar resultados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta aqui apresentada objetiva diretamente promover um melhor controle glicêmico dos usuários com DM do território. Até mesmo porque uma das principais complicações do diabetes é o pé diabético e a retinopatia diabética.

A proposta busca através de ações desenvolvidas com a equipe de saúde no sentido de educação permanente e com os usuários diabéticos do território em educação em saúde despertar a necessidade da adoção de hábitos saudáveis de vida diminuindo significativamente a possibilidade de surgimento de Pé Diabético e Retinopatia Diabética. São em verdade consequências terríveis aos usuários.

É neste sentido que se acredita que a proposta tanto justifica-se quanto é necessária. A comunidade possui um nível educacional muito baixo, fazendo com que muitas vezes a adoção das medidas, e as mudanças de hábitos seja um desafio.

A proposta busca modificar, tanto a atuação da equipe de saúde quanto os hábitos dos moradores locais que apresentam o agravo. Deseja-se com isso reestabelecer os níveis glicêmicos dos usuários buscando sanar tanto os problemas de retinopatia diabética e pé diabético àqueles usuários possíveis, melhorando a qualidade de vida e saúde dos mesmos.

REFERENCIAS

ALMEIDA, R. S. A. et al. Educação permanente em saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista ABENO**, v. 16, n. 2, 2016.

ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MÉRCHAN-HAMANN, E. Contribuições e desafios da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária no Brasil: Revisão de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, 2016.

BAKKER K. et al. **The 2015 Guidance on prevention and management of foot problems in diabetes: development of an evidence-based global consensus**. International Working Group on the Diabetic Foot (IWGDF), 2015. Disponível em: <http://www.iwgdf.org>. Acesso em: 06 junho 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf. Acesso em: 08 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do pé diabético: estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_do_pe_diabetico.pdf. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE | Cidades@ | **Minas Gerais | Divino | Panorama**. Brasília, [online], 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/divino/panorama>. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)**. Brasília, [online] 2020. Disponível em: <http://decs.bvs.br/homepage.htm>). Acesso em: 05 maio 2020.

BRITO, G. E. G.; MENDES, A. C. G.; SANTOS NETO, P. M. O objetivo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 22, n. 64, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017005015101&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 set. 2020.

CHAMPE, P. A.; HARVEY, R. A.; FERRIER, D. R. **Bioquímica ilustrada**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

DANTAS, M.B.P. **Educação em Saúde na Atenção Básica: sujeito, diálogo, intersubjetividade**. 2010. (Tese) Doutorado. Fundação Osvaldo Cruz, Recife, 2010.

FARIA H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. Nescon/UFMG – 2 ed. Belo Horizonte, 2009. Disponível em:
https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Processo_de_trabalho_em_saude_2/3. Acesso em: 05 maio 2020.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. Acesso em: 05 maio 2020.

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

GUEDES, M. F. et al., Prevalência da retinopatia diabética em unidade do Programa de Saúde da Família. **Rev Bras Oftalmol.**, v. 68, n.2, p. 90-5, 2009.

LEMOS, C. L. S. Educação permanente em saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 3, 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários**. 1978. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em 27 jun. 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES SBD. **DIRETRIZES. 2019-2020**. São Paulo: Clanad, 2020. Disponível em: Acesso em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf. Acesso em: 05 maio 2020

VASCONCELOS, M. et al. Educação em saúde na atenção básica: uma análise das ações com hipertensos. **Rev. APS.**, v.20, p.2, p. 253 – 262, abr/jun, 2017.