

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

Michele Gomes Ank

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ATENÇÃO AOS
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
VIRGEM DOS POBRES, DO MUNICÍPIO DE
SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

**Belo Horizonte -
2020**

Michele Gomes Ank

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ATENÇÃO AOS
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
VIRGEM DOS POBRES, DO MUNICÍPIO DE
SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Aparecida Villa

Belo Horizonte

2020

Michele Gomes Ank

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ATENÇÃO AOS
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
VIRGEM DOS POBRES, DO MUNICÍPIO DE
SANTA LUZIA – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG (Orientadora)

Profa.Dr^a Alba Otoni - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 02 de junho de 2020.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus familiares que tanto me apoiaram para exercer essa profissão que eu amo e a cada dia mais me dedico.

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui meus sinceros agradecimentos à comunidade da ESF Virgem dos Pobres, pelo carinho e compreensão ao trabalho prestado pela unidade básica de saúde.

RESUMO

Em todo o mundo existem aproximadamente 382 milhões de pessoas com diabetes mellitus. O aumento da doença vem acontecendo de forma rápida. O presente trabalho teve como objetivo a criação de um plano de intervenção na Unidade Básica de Saúde Estratégia Saúde da Família Virgem dos Pobres em Santa Luzia – Minas Gerais, para melhorar a atenção aos pacientes portadores de diabetes mellitus. Inicialmente foi feito um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida, o que tornou possível a coleta de informações e identificação do problema. Após, foi realizada uma revisão bibliográfica acerca do tema, em bases de dados científicos da área da saúde. Posteriormente, foi proposto um plano de ação para intervir no problema da comunidade, segundo o método do Planejamento Estratégico Situacional. Assim, espera-se que, com o planejamento de ações estratégicas, a Unidade Básica de Saúde seja capaz de cuidar de forma mais adequada e humanizada dos pacientes com diabetes mellitus, contribuindo para uma melhor qualidade de vida de seus portadores.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Worldwide, there are approximately 382 million people with diabetes. The increase in the disease is happening rapidly. The present work aimed to create an intervention plan in the Basic Health Unit Health Strategy of the Virgo dos Pobres Family in Santa Luzia - Minas Gerais, to improve care for patients with diabetes mellitus. Initially, situational diagnosis was performed using the rapid estimation method, which made it possible to collect information and identify the problem. Afterwards, a narrative review was carried out on the topic treated in scientific health data bases. Subsequently, an action plan for the intervention of the problem in the community was proposed, following the method of Situational Strategic Planning. With the planning of strategic actions, it is expected that the health unit will be able to provide more adequate and humanized care to patients with diabetes mellitus, contributing to the improvement of their quality of life.

Keyword: Primary Health Care, Family Health Strategy, Diabetes

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
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Virgem dos Pobres, 2019	17
Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao crescimento do número de pacientes com diabetes mellitus (DM), na área de abrangência do PSF Virgem dos Pobres	32
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao crescimento do número de pacientes com diabetes mellitus (DM), na área de abrangência do PSF Virgem dos Pobres	33

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 Aspectos gerais do município.....	11
1.2 Aspectos da comunidade	12
1.3 O sistema municipal de saúde	13
1.4 O PSF Virgem dos Pobres	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família Amarela do PSF Virgem dos Pobres	15
1.6 O funcionamento do PSF Virgem dos Pobres.....	15
1.7 O dia a dia da equipe Amarela.....	16
1.8 Problemas de saúde do território e da comunidade(primeiro passo)	16
1.9 A seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo).....	17
2. JUSTIFICATIVA.....	18
3. OBJETIVOS.....	19
3.1 Objetivos gerais.....	19
3.2 Objetivos específicos	19
4 METODOLOGIA	20
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	21
5.1 Atenção Primária à Saúde.....	21
5.2 Estratégia Saúde da Família	22
5.3 Diabetes Mellitus	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO.....	29
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo) – já corrigido	29
6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)	29
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	30
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	31
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERENCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Santa Luzia é um município do estado de Minas Gerais, pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte. Segundo o IBGE do ano de 2018 sua população estimada era 218.147 habitantes e está situada a 25 km da capital do Estado (IBGE, 2018). A cidade tem a maior concentração populacional e comercial no distrito de São Benedito, situada a 8 km do centro do município. Santa Luzia possui uma vocação econômica antiga, graças ao ciclo do ouro, muito abundante na região.

A extração de ouro fez a cidade se fortalecer economicamente nos primeiros 100 anos. Mas com o fim do ciclo do ouro a cidade se viu fadada a agropecuária, mas se mantendo estabilizada como entreposto comercial. A partir de 1950, com a decisão do governo de fortalecer a capital Belo Horizonte, assim como as áreas vizinhas, principalmente com a atividade industrial, a cidade teve um crescimento industrial e populacional (SANTA LUZIA, 2015).

Por se tratar de uma cidade polinucleada, o município não possui uma localidade com característica de centro econômico, as atividades estão localizadas em bairros polos, sendo que no distrito de São Benedito está concentrada a maior atividade comercial, sendo muitas vezes confundido com o centro (SANTA LUZIA, 2019).

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

A população de Santa Luzia, no que se refere à distribuição da população, 99% de seus habitantes residem em domicílio urbano e apenas 1% reside em domicílio rural. A cidade conta com um número aproximado de 64.268

domicílios com média de 3,47 moradores por domicílio. Nos últimos anos a taxa de crescimento da cidade foi de 13%, sendo a densidade demográfica de 862,38 hab/km² (IBGE, 2010).

Segundo dados do IBGE (2017), a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza é de 19,28%, sendo seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,715, considerado médio. A média de rendimento mensal na área urbana é de R\$1.961,01 e em domicílio rural a média de rendimento mensal é de R\$1.231,44. O Produto Interno Bruto de Santa Luzia (PIB) é de R\$ 1.786.026,00, o que corresponde a um PIB per capita de R\$ 7.711,45, no mesmo ano de referência. A taxa de urbanização é de 99,5% e a renda média familiar R\$ 641,00 (IBGE, 2017).

O abastecimento de água é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA). A cidade conta com um 76,6% de domicílios com abastecimento de água tratada e 41,9% de domicílio com recolhimento de esgoto por rede pública, ou seja, 36.215 famílias, sendo que 47,8% de domicílio, 2.985 famílias utilizam fossa e 555 famílias despejam seus dejetos a céu aberto, representando um 10,3% (IBGE, 2018).

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

1.2 Aspectos da comunidade

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

levando a expansão do comércio nesse distrito. São Benedito é um distrito pertencente ao município de Santa Luzia (MG). Possui a distância 8 km do centro da sede do município e 18 km do centro de Belo Horizonte (IBGE, 2018).

Abrange os grandes conjuntos habitacionais Cristina e Palmital, e os bairros: Asteca, Baronesa, Belo Vale, Castanheira, Chácaras Santa Inês, Chácaras Gervásio Lara, Duquesa I e II, Londrina, Liberdade, Luxemburgo, Chácaras Del Rey, São Cosme, Três Corações, Vila Nova Esperança, Vila Nova Conquista, Vila Santo Antônio.

Começou a ser urbanizado na década de 1940 e atualmente conta com um movimentado centro comercial com sua maior concentração na Avenida Brasília que corta o distrito. O Distrito de São Benedito também possui grande concentração populacional, superando a sede do município, tanto no aspecto comercial quanto no número de habitantes. Pela conurbação com Belo Horizonte, é confundido como sendo periferia desta capital.

A comunidade é urbana, porém apresenta falta de saneamento básico, cultura e educação, transporte e alimentação que são as principais queixas da comunidade. A principal causa de óbito são as doenças crônicas, mais especificamente as de origem cardiovascular, mas também são muitas as mortes relacionadas a violência vinculada ao tráfico de drogas. A comunidade conta, ainda, com associações comunitárias, grupos culturais, cinco centros de educação, 12 farmácias, quatro laboratórios, cinco escolas, quatro igrejas. Na comunidade há elétrica, água tratada e telefonia.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde da cidade de Santa Luzia, de acordo com a Secretaria de Estado e Saúde de Minas Gerais (SESMG) (BRASIL, 2015) é composto pelos seguintes serviços de saúde: um Pronto Atendimento (PA) e um Hospital Geral, Hospital Filantrópico São João de Deus com 75 leitos para internação, um Centro de Consultas Especializadas, um Centro Viva Vida Integrado Hipertensão, um Centro de Testagem Anônima (CTA) e uma Farmácia Central.

Na área de saúde bucal há um Consultório Odontológico SESC, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Laboratório de Prótese Odontológica. Na área de saúde mental há um Centro de Saúde Mental, um Centro de Atenção

Psicossocial adulto (CAPS), um CAPS Infanto-juvenil.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde o município possui 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com 40 Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo 18 ESF do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2018). Os usuários que consultam em UBS e que precisam ser avaliados por outra especialidade são encaminhados mediante formulário específico de encaminhamento.

No município há algumas especialidades: ginecologia, pediatria, neurologia, dermatologia, angiologia, cirurgia geral. Nestes casos, o processo é mais rápido e efetivo de marcação da consulta. As demais especialidades só estão disponíveis em Belo Horizonte, sendo mais demorado e complexo o processo de marcação de consulta.

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

Além do mais o município conta com duas ambulâncias da secretaria de saúde, que não são suficientes para a demanda.

1.4 O PSF Virgem dos Pobres

O PSF Virgem dos Pobres está localizado no bairro São Benedito, em um imóvel alugado. Na unidade também está instalada a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família(NASF). O imóvel foi adaptado para receber os pacientes da comunidade. A sua estrutura física é composta por:

- 02 varandas para espera dos pacientes
- 01 recepção
- 01 sala de medicação
- 02 banheiros para funcionários
- 02 consultórios médicos
- 02 consultórios de enfermagem, sendo 01 ginecológico.
- 01 cozinha
- 01 Área externa

- 01 Banheiro para pacientes
- 01 sala de ACS.
- 01 sala para o NASF.
- 01 Terraço onde funciona a Endemias.

Mesmo adaptado, o imóvel consegue atender de forma satisfatória a todos os usuários que buscam a unidade de saúde, é válido ressaltar que a unidade não conta com nenhum vigia.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Amarela do PSF Virgem dos Pobres

A Equipe amarela é formada por uma médica generalista, uma enfermeira responsável por executar ações de assistência básica de vigilância epidemiológica e sanitária nas áreas de atenção à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso. Uma técnica de enfermagem, que desenvolve com os Agentes Comunitários de Saúde, atividades de identificação das famílias de risco e faz visitas domiciliares, quando necessário. E um agente comunitário de saúde, responsável por realizar o mapeamento de sua área de atuação - cadastrar e atualizar as famílias de sua área - identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco - realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade - coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas.

1.6 O funcionamento do PSF Virgem dos Pobres

A Unidade de Saúde funciona das 08h às 17 horas, é de fácil acesso à população, com uma boa localização e infraestrutura.

Na rotina de trabalho, tem sido necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana nas atividades que dão suporte à assistência, como recepção e arquivo.

Na área da recepção, onde os agentes comunitários são os responsáveis, é uma área também utilizada para arquivar os prontuários. A Unidade de Saúde conta com uma área para a aferição dos dados vitais dos pacientes, salas de vacina e curativos, consultórios, cozinha e banheiros.

A rotina inicia-se com consultas de triagem por enfermeiras e a médica realiza as consultas da demanda espontânea, consultas agendadas e aquelas de urgência que chegam até a UBS.

1.7 O dia a dia da equipe Amarela

O tempo da Equipe Amarela é ocupado com as atividades de atendimento da demanda espontânea (na maior parte) e com atendimentos como: pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e citopatológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, consultas eletivas, odontologia e realização de ECG.

A equipe desenvolve outras ações de saúde com o NASF promovendo palestras de grupos de hipertensos e diabéticos, tabagismo, planejamento familiar, nutrição, grupo de acompanhamento psicológico, atividade física, fonoaudiólogo e assistência social e reuniões matriciais que, com o tempo, vem surtindo resultado com população. No início essas iniciativas conseguiram despertar algum interesse da comunidade, e vem aumentando a participação da população.

Em relação aos grupos de hipertensos e diabéticos, a equipe resolveu condicionar a “troca das receitas” à participação nas reuniões. As reuniões são realizadas na última quarta-feira do mês e são registradas em atas.

Quanto aos encaminhamentos para especialidades, os guias de referência e contra referência são encaminhados para a Secretaria de Saúde.

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

O diagnóstico situacional é o primeiro passo para a construção de um plano de ação (FARIA, CAMPOS e SANTOS, 2018). Sendo assim após a discussão com a equipe de saúde, pudemos identificar alguns problemas enfrentados pela população da área de abrangência.

Os problemas identificados pela equipe de saúde foram:

- Crescimento do número de pacientes com diabetes mellitus (DM);
- Desemprego;
- Pessoas com sofrimento mental;
- Usuários de drogas e álcool.

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

O PSF enfrenta situações-problemas diariamente. Após a identificação dos problemas, realizou-se a priorização dos mesmos, conforme o quadro 1, pois dificilmente todos serão resolvidos ao mesmo tempo.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Virgem dos Pobres, município de Santa Luzia, Minas Gerais, 2019

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Crescimento do número de pacientes com diabetes mellitus (DM)	Alta	10	Parcial	1
Desemprego	Alta	10	Fora	2
Usuários de drogas e álcool	Alta	10	Parcial	3
Pessoas com sofrimento mental.	Alta	9	Parcial	4

Fonte: Elaborado pela autora (2019)

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

O Diabetes Mellitus (DM) é hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

2. JUSTIFICATIVA

Dentre os muitos problemas de saúde encontrados no território da unidade de saúde PSF Virgem dos Pobres, o que foi considerado de maior relevância, foi o crescimento do número de pacientes com DM. A prevalência não pôde ser precisada porque ainda temos muitos pacientes que não são cadastrados, a unidade de saúde conta com apenas uma agente de saúde que não consegue cadastrar todos os usuários em tempo hábil.

Quantificar a prevalência de DM e o número de pessoas diabéticas, no presente e no futuro, é importante para permitir uma forma racional de planejamento e alocação de recursos (PICOLI, 2015). A doença gera grande impacto econômico para os sistemas de saúde e para a sociedade, devido ao não tratamento e às complicações desencadeadas pelo diabetes, como a doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputações de membros inferiores. Tudo pode ser evitado ou minimizado com diagnósticos precoces, tratamento oportuno e adequado e educação para o autocuidado.

Após a realização do diagnóstico situacional em saúde, a equipe de saúde da família considerou necessária a elaboração de plano de intervenção para a melhoria da atenção aos pacientes com diabetes mellitus, maior controle da doença dos usuários já cadastrados na unidade e melhoria dos hábitos de vida comunidade, com o intuito de diminuir o crescimento do número de diabéticos no território.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos gerais

Elaborar um plano de intervenção para a melhoria da atenção aos pacientes com diabetes mellitus da área de abrangência do PSF Virgem dos Pobres na cidade de Santa Luzia – Minas Gerais

3.2 Objetivos específicos

- Identificar e quantificar os pacientes com diabetes mellitus;
- Realizar educação em saúde para promover hábitos saudáveis e cuidados com a dieta para o controle da diabetes;
- Conscientizar a população sobre a importância do tratamento;
- Fomentar a prática de atividades físicas pelos usuários.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção, inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional pelo método da estimativa rápida para conhecer os problemas da comunidade da área de abrangência (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). A elaboração do diagnóstico situacional proporcionou a identificação dos problemas de saúde mais graves na comunidade da área de abrangência.

A partir do problema priorizado, foi realizada uma proposta de intervenção para o problema do crescimento do número de pacientes com DM seguindo o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) proposto por Faria, Campos e Santos (2018).

Para atender ao tema proposto, também foi realizada uma revisão da literatura. Assim, realizou-se pesquisas bibliográficas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Google Acadêmico e documentos de órgãos oficiais da saúde, por meio dos descritores: Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família, Diabetes Mellitus.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) compreende ações que se relacionam com questões coletivas e individuais, visando assim resolver problemas de saúde os quais são mais frequentes e que possuem maior relevância para a população de um modo geral (SANTA CATARINA, 2018).

Segundo Souza (2017) a ideia inicial da APS surgiu com um relatório chamado Relatório Dawson, no ano de 1920, o qual introduziu-se uma reorganização do processo de trabalho em saúde. O cenário mundial dessa época, caracterizava-se pelo elevado custo em saúde e por uma baixa resolubilidade nos países desenvolvidos e em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, havia falta de acesso aos cuidados básicos, precárias condições socioeconômicas e iniquidades.

Foi em 1978 na cidade de Alma-Ata que ocorreu a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários a qual teve como meta principal a saúde para todos até o ano de 2000, que os conceitos de Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde foram discutidos (PAULA, 2015). Segundo Souza (2017), os objetivos dessa conferência foram:

- a) promover o conceito de APS em todos os países; b) intercambiar experiências e informações sobre a organização da APS em alguns Sistemas e Serviços Nacionais de Saúde; c) avaliar a situação da saúde e da assistência sanitária em todo o mundo, bem como sua relação com a APS e o potencial de melhora dos Sistemas Nacionais de Saúde com o estabelecimento de uma política de APS; d) definir os princípios da APS e as formas operativas de superação dos problemas práticos que porventura surgiram; e) definir a função dos governos e de organizações nacionais e internacionais na cooperação técnica e na ajuda para o desenvolvimento da APS de uma forma geral; f) formular recomendações para esse desenvolvimento (SOUZA, 2017, p. 24).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o

objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2017), a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.

Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades de Saúde da Família (USF), por exemplo. Consultas, exames, vacinas, radiografias e outros procedimentos são disponibilizados aos usuários nas USF. Hoje, há uma Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (Casaps) disponível para apoiar os gestores municipais na tomada de decisões e levar à população o conhecimento do que encontrar na APS. Ela envolve outras iniciativas também, como: o Programa Saúde na Hora e o Médicos pelo Brasil. Esse trabalho é realizado nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas Unidades de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas Academias de Saúde. Entre o conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde para cuidar da população no ambiente em que vive estão o Programa Saúde na Hora, o Médicos pelo Brasil, o Previne Brasil e a Estratégia Saúde da Família, entre outros programas, ações e estratégias (BRASIL, 2017, p. 27).

Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (AFONSO, 2016).

5.2 Estratégia Saúde da Família

A estratégia Saúde da Família (ESF) tem como princípio atender a qualidade de vida dos brasileiros e intervir em fatores que possam colocar a saúde das pessoas em risco, como por exemplo a falta de atividade física, uso de tabaco e uma má alimentação. A ESF fortalece como porta de entrada para o SUS, através da atenção integral, contínua e equânime (BRASIL, 2017).

De acordo com Peruzzo (2018) o Programa Saúde da Família (PSF) foi criado no ano de 1994 para promover a equidade no que se refere a atendimento à saúde e ao combate de desigualdades no acesso aos serviços. Por causa de uma reestruturação da Atenção Básica e uma construção de novos processos de trabalho, passou-se a identificar como ESF em 1997. Esta, promoveu inovação

mudanças profundas na organização da atenção primária em decorrência da inserção dos ACS e da atuação de equipes com profissionais de diversas áreas. A equipe é composta por um profissional médico generalista, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a doze ACS (AFONSO, 2016).

A equipe da ESF é tida como multiprofissional, pois é composta por diferentes profissionais atuando em um mesmo local de trabalho. Elas também são interprofissionais, principalmente por haver integração por meio da interação entre o trabalho de diferentes profissionais, a fim de potencializar os resultados da equipe. Estes aspectos são empregados nos serviços de saúde, em especial, na atenção primária, com o objetivo de garantir a qualidade da assistência por meio da integralidade e continuidade dos cuidados (PERUZZO, 2018, p. 2).

De acordo com Correia *et. al.* (2010), são cinco os princípios gerais da ESF, sendo eles:

- **Caráter substitutivo:** ESF tem caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica Tradicional. Significa que a Saúde da Família deve se organizar de forma diferenciada à dos ambulatórios focados nas especialidades médicas básicas (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Clínica geral) e principalmente de ações puramente “curativistas”, como era costume.
- **Territorialização:** Essa atuação no território se dá principalmente pelo cadastramento das famílias, tarefa feita exclusivamente pelos agentes Comunitários de saúde (ACS), este cadastramento deve ser o começo para a realização de um diagnóstico situacional do território, com o fim de que toda a organização das ações tenha base nos problemas reais de saúde adstrita àquela equipe.
- **Planejamento e programação:** Baseiam-se no diagnóstico situacional, no qual o foco são as famílias e a comunidade e são organizados através dos resultados obtidos principalmente da atuação no território.
- **Intersetorialidade:** A busca e integração com instituições e organizações sociais, podendo esta integração ser dentro ou fora da sua área de abrangência com o intuito de desenvolver parcerias que possam contribuir para a produção de saúde e melhoria da qualidade de vida da população
- **Espaço de construção da cidadania:** O território da Equipe de Saúde da Família é o espaço para reafirmar a cidadania, a intenção é que neste território os direitos individuais e coletivos da população sob cuidados da

Saúde da Família sejam praticados. E neste, se envolvem todos os direitos civis, inclusive os relacionados com a saúde, dispostos na Constituição Brasileira e leis regulamentadoras da saúde.

Assim, a ESF objetiva principalmente reorientar e melhorar o processo de trabalho e as ações que fazem parte do modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da ABS. Diariamente uma equipe de ESF realiza ações como atendimento da demanda espontânea, demanda programada e ações de natureza gerencial da unidade e do cuidado de saúde (BRASIL, 2017).

5.3 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crônica resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos. Anormalidades metabólicas em carboidratos, lipídios e proteínas resultam da importância da insulina como um hormônio anabólico. Baixos níveis de insulina para obter resposta adequada e / ou resistência à insulina dos tecidos-alvo, principalmente músculos esqueléticos, tecido adiposo e, em menor grau, fígado, ao nível dos receptores de insulina, sistema de transdução de sinal e / ou enzimas ou genes efetores são responsáveis por essas anormalidades metabólicas (ADA, 2017).

A gravidade dos sintomas é devido ao tipo e duração do diabetes. Alguns pacientes com diabetes são assintomáticos, especialmente aqueles com diabetes tipo 2 durante os primeiros anos da doença, outros com hiperglicemia acentuada e especialmente em crianças com deficiência absoluta de insulina podem sofrer de poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso e visão turva. Diabetes não controlado pode levar a estupor, coma e, se não for tratada, devido a cetoacidose ou raro por síndrome hiperosmolar não cética (GAULTIER, 2010).

A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumáticas, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (SCHMID et al., 2009).

O DM1 representa de 5-10% dos casos e é resultado da destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência completa ou quase total de insulina. O DM2 é a forma presente em 90-95% dos casos e caracterizada por defeitos na ação e na secreção de insulina. Em geral ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. Diferentemente do DM1 não há marcadores específicos para o DM2. O DMG é qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação (não exclui a possibilidade de a condição existir antes da gravidez e não ter sido diagnosticada) (ADA, 2017).

De acordo com a Associação, atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM

- Glicemia de jejum $\geq 126\text{mg/dl}$ (em caso de pequenas elevações da glicemia o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia);

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual acima de 200mg/dl . (compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições);

- Glicemia de 2 horas pós- sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl (teste oral de tolerância a glicose) (ADA, 2017).

Na ausência de uma hiperglicemia inequívoca e de descompensação metabólica aguda, esses critérios devem ser confirmados pela repetição do teste em outra oportunidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2018).

Além disso, a maior parte dos pacientes desconhece as principais complicações da doença, a influência de fatores de risco no seu controle, o risco da não adesão ao tratamento, e a importância de se cumprir a dieta, controlar do peso, praticar atividades físicas e manter hábitos e estilos de vida saudáveis. Todos estes fatores dificultam o sucesso do tratamento da Diabete Mellitus (GAULTIER, 2010).

Está bem estabelecido que a prevalência de diabetes aumentou nos países desenvolvidos e em desenvolvimento nas últimas quatro décadas. Isso é resultado da abundância de alimentos, da consequente mudança de nossos hábitos alimentares e da falta de exercício. Segundo a Federação Internacional de Diabetes, atualmente, um em cada 11 adultos tem diabetes (415 milhões em todo o mundo). Até 2040, um adulto em cada 10 (642 milhões em todo o mundo) sofrerá de diabetes. Um em cada sete nascimentos é afetado pelo diabetes gestacional e 542000 crianças em todo o mundo têm diabetes tipo 1 (STONE *et. al.*, 2010).

5.3.1 Descrição da patologia

Hoje em dia classifica-se a diabetes através da etiologia, e não mais pelo tipo de tratamento, conforme era feito anteriormente. Segundo a Associação Americana de Diabetes – ADA (2017), esta separa os tipos de diabetes em quatro classes clínicas, sendo elas a Diabetes mellitus tipo 1 (DM1), a Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), a Diabetes mellitus e Diabetes mellitus gestacional (DMG) os quais são casos específicos; também a glicemia de jejum alterada (GJA) e a tolerância diminuída à glicose (TDG), ambas condições são consideradas como pré-diabetes e fatores de risco para o DM e para as doenças cardiovasculares.

O DM1 é o resultado da destruição das células beta do pâncreas por autoimunidade, o que causa a deficiência de insulina. O DM2 tem como principal característica o defeito na ação ou secreção da insulina (PARANÁ, 2018).

Outros tipos específicos de diabetes envolvem formas menos comuns da doença, cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. São os defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, infecções entre outros (PARANÁ, 2018, p. 12).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2018) apenas 30% dos pacientes diagnosticados com diabetes sabiam do termo pré-diabetes, que é usado quando os níveis de glicose no sangue estão elevados. O pré-diabetes é um estado intermediário de hiperglicemia com parâmetros glicêmicos acima do normal, mas abaixo do limiar de diabetes. Embora os critérios de diagnóstico do pré-diabetes não sejam iguais em várias organizações profissionais internacionais, permanece um estado de alto risco para o desenvolvimento de diabetes com taxa de conversão anual de 5% a 10%. Estudos mostram a associação entre pré-diabetes e complicações do diabetes, como nefropatia precoce, neuropatia de pequenas fibras, retinopatia precoce e risco de doença macrovascular (BANSAL, 2015).

Destaca-se também que 50% dos pacientes no estágio pré-diabetes, desenvolverá a doença, sendo de grande importância o diagnóstico nesta etapa, pois ainda pode-se reverter o caso ou retardar a sua evolução para o DM e suas complicações. No Brasil, entre os anos de 2005 e 2015, a doença passou do 7º lugar para o 5º lugar entre as principais causas de morte (SBD, 2015).

5.3.2 Sinais e Sintomas

Muitos sinais e sintomas de diabetes são desconsiderados por causa da progressão crônica da doença. Ao contrário de muitas outras doenças, as consequências da hiperglicemia não se manifestam imediatamente. Os sinais da doença podem começar vários anos antes dos sintomas se tornem visíveis. O que se torna um problema, porque o reconhecimento de sintomas precoces é essencial no controle imediato da doença e na prevenir complicações vasculares (RAMACHANDRAN, 2014).

5.3.3 Fatores de Risco

De acordo com Paraná (2018), os seis principais fatores de risco da diabetes são:

- 1) Alimentação inadequada,
- 2) Pressão arterial elevada,
- 3) Índice de massa corporal elevado,
- 4) Glicemia de jejum elevada,
- 5) Uso de álcool e drogas,
- 6) Uso de tabaco

O autor acrescenta como fatores de risco para desenvolver o diabetes: diagnóstico de pré-diabetes; colesterol alto ou alterações na taxa de triglicérides no sangue; utilização de medicamentos da classe dos glicocorticoides; pais, irmãos ou parentes próximos com diabetes; apneia do sono; doenças renais crônicas; diabetes gestacional e mulher que deu à luz criança com mais de 4kg; diagnóstico de distúrbios psiquiátricos (como depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar); e síndrome de ovários policísticos.

Conforme a SBD (2018) os fatores de risco para a diabetes gestacional são:

- Idade materna mais avançada;
- Ganho de peso excessivo durante a gestação;
- Sobrepeso ou obesidade;
- Síndrome dos ovários policísticos;
- História prévia de bebês grandes (mais de 4 kg) ou de diabetes gestacional;

- História familiar de diabetes em parentes de 1º grau (pais e irmãos);
- História de diabetes gestacional na mãe da gestante;
- Hipertensão arterial na gestação;
- Gestação múltipla (gravidez de gêmeos).

5.3.4 Tratamento

O tratamento essencial da diabetes tipo 1 e 2, a junção da dieta com os exercícios físicos. incentivar uma dieta pobre em gordura saturada, carboidratos refinados, xarope de milho com frutose e rica em fibras e gorduras monoinsaturadas. Exercícios aeróbicos por uma duração de 90 a 150 minutos por semana também são benéficos. O principal alvo em pacientes com DM2, obesos, é a perda de peso (ADA,*et. al.*, 2017).

Como a maior parte das pessoas com DM2 é obesa ou tem sobrepeso, uma dieta baseada na redução do consumo energético traz benefícios. O objetivo da terapia nutricional (TN) é manter a glicemia, os lipídios séricos, a pressão arterial e o peso corporal dentro dos limites adequados. A American Diabetes Association (ADA) em 2017 preconiza aproximadamente 16 sessões de acompanhamento nutricional no período de 6 meses, e a cada consulta deve ser avaliado o índice de massa corporal (IMC) a fim de adequar o peso às medidas intervencionistas (ADA,2017).

Já o indivíduo portador do diabetes tipo 1 precisa do tratamento com insulina ao longo da vida, pois uma vez desenvolvido, o corpo não produz insulina suficiente e os níveis de glicose no sangue permanecem altos (GAULTIER, 2010).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado do crescimento do número de pacientes com diabetes mellitus (DM), 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)

Dentre os muitos problemas de saúde encontrados no território da unidade de saúde PSF Virgem dos Pobres, o que foi considerado de maior relevância, foi o crescimento do número de pacientes com diabetes mellitus (DM). A prevalência não pôde ser precisada porque ainda se tem muitos pacientes que não são cadastrados, a unidade de saúde conta com apenas uma agente de saúde que não consegue cadastrar todos os usuários em tempo hábil.

A escolha deste tema está associada à demanda alta, faltando algumas vezes insulina, fitas, lancetas, seringas para o controle da glicemia, aparelhos de controle de insulinas as vezes estão em falta, falta de especialista, um endocrinologista e, conseqüentemente os pacientes que deveriam fazer o controle mensal, acabavam fazendo o controle duas ou três vezes ao ano.

6.2 Explicação do problema selecionado(quarto passo)

Quantificar o predomínio atual de DM e estimar o número de pessoas com a doença é importante, pois possibilita planejar e alocar recursos do município de Santa Luzia.

O número estimado de pacientes de acordo com a micro área UBS Virgem dos Pobres é de 62 pacientes. Porém, esse número é muito maior uma vez que necessita de muitos os dados para serem coletados; existe apenas uma agente comunitária de saúde na equipe amarela o que dificulta a coleta dos dados.

Como médica da UBS, vejo uma demanda enorme para controle da doença; toda semana existe demanda de pacientes com glicemia alterada para ser corrigida na Unidade. O entendimento do problema que se pretende enfrentar será a partir da

identificação de suas possíveis causas. As possíveis causas para o elevado número de pacientes com Diabetes Mellitus, da UBS Virgem dos Pobres, podem ser:

- Não cumprimento de dietas; comida de base e rica em farinha de trigo e carboidratos;
- Falta de acompanhamento de peso; existe apenas uma nutricionista para uma alta demanda de pacientes e a mesma atende na UBS uma vez por semana;
- Estilo de vida não saudável como falta de atividade física regular e uso de bebidas alcoólicas excessivas;
- Falta de preparo da equipe da saúde da família para com acompanhamento dos pacientes com diabetes;
- Processo de trabalho da equipe inadequado para orientação adequada dos pacientes com diabetes;
- Dificuldades da população na compreensão dos fatores de risco;
- Não adesão do tratamento correto;
- Dosagem errada de medicamentos por falta de visitas médicas;
- Baixa escolaridade/nível socioeconômico da população que frequenta a UBS;

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Conforme explicitam Faria, Campos e Santos (2018), nós críticos são aquelas causas ou condições que são avaliadas as mais importantes na origem do problema selecionado como prioritário e que cuja resolução terá amplo impacto na resolução do problema.

Após a identificação do problema e as suas possíveis causas, a equipe de Saúde da Família, identificou os seguintes nós críticos, sobre os quais será possível uma atuação efetiva:

- Não cumprimento de dietas e acompanhamento de peso;
- Ausência de hábitos de vida saudáveis.

6.4 Desenho das operações

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

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. Assim, é importante definir as operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

Quadro 2 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “alta incidência de diabetes mellitus”, na população da área de abrangência do PSF Virgem dos Pobres, do município de Santa Luzia, Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 1	Não cumprimento de dieta e acompanhamento do peso
6º passo: Operação (operações)	Fomentar a importância da adesão de dietas, e elaboração de uma dieta e auxílio na adesão da mesma com o acompanhamento semanal do peso.
6º passo: Projeto	<i>FAZER DIETA FAZ BEM.</i>
6º passo: Resultados esperados	População aderindo a dietas, através do acompanhamento semanal do peso
6º passo: Produtos esperados	- Pacientes mais comprometidos e responsáveis; - Campanhas de promoção e prevenção da Diabetes Mellitus; - Criação de um plano alimentar com a nutricionista da unidade.
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: Organização da agenda equipe, para colocar o plano em prática Capacitação da equipe executora; Cognitivo: não se aplica Financeiro: Aquisição de fitas métricas e mais balanças, além de materiais didáticos em folders; Político: Conseguir espaço na rádio e televisão local para apresentar o projeto a toda a população;
6º passo: Recursos críticos	Financeiro: Para a aquisição de recursos (panfletos e folders); Organizacional: Tempo para colocar em prática o projeto, a reorganização da agenda da equipe de saúde.
7º passo: Controle dos recursos críticos	Secretária Municipal de saúde – Favorável; Equipe do PSF – Favorável.
8º passo: Ações estratégicas	Criação de um grupo dos participantes que aderiram a dieta com o intuito de motivá-los
9º passo: Prazo	3 meses após a elaboração da dieta
9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Nutricionista do NASF; Médica da unidade de saúde.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

Quadro 3 -Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “alta incidência de diabetes mellitus (DM)”, na população da área de abrangência do PSF Virgem dos Pobres, do município de Santa Luzia, Minas Gerais, 2019.

Nó crítico 2	Ausência de hábitos de vida saudáveis
6º passo: Operação (operações)	Estimular e explicar a importância da mudança de bons hábitos de vida.
6º passo: Projeto	<i>VIVA MELHOR.</i>
6º passo: Resultados esperados	Adesão a hábitos de vida saudáveis: redução da alimentação, do consumo de álcool e cigarro e a prática de atividades físicas
6º passo: Produtos esperados	- Pacientes mais ativos, realizando atividades físicas, comendo bem; - Orientação e informação ao grupo de adeptos à dietas; - Campanha de conscientização via rádio e televisão
6º passo: Recursos necessários	Estrutural: Reorganização da agenda da unidade; Cognitivo: Necessária a mobilização da população para com a campanha; Financeiro: Aquisição de recursos didáticos, folders, panfletos de divulgação; Político: Mobilização intersetorial com o intuito de obter espaço nos rádios e TVs da cidade.
6º passo: Recursos críticos	Financeiro: Para a aquisição de recursos (panfletos e folders) para campanha; - Reorganização da agenda da equipe para a colocação da operação em prática.
7º passo: Controle dos recursos críticos	Secretária Municipal de saúde – Favorável; Equipe do PSF – Favorável.
8º passo: Ações estratégicas	-
9º passo: Prazo	3 meses para dar início as atividades.
9º passo: Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da unidade de saúde.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da UBS tornou possível a priorização de um problema relevante da comunidade, com a elaboração de um plano de ação para melhorar o controle da DM e a melhora do trabalho realizado pela equipe de saúde da família junto a essa população. A revisão de literatura foi de grande valia pois resaltou os pontos principais do diabetes mellitus, dando subsídio para a elaboração do plano de ação.

Desse modo, com a implantação desse projeto de intervenção, é esperado um cuidado integral das pessoas com diabetes mellitus e, como consequência, uma melhorada qualidade de vida dos usuários nessas condições.

REFERENCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. 7. Obesity management for the treatment of type 2 diabetes: standards of medical care in diabetes—2017b. *Diabetes care* 2017; 41(Supplement 1):S65-S72

AFONSO, M. P. D. **As interações por condições sensíveis à atenção primária e sua associação com o modelo de organização do serviço e com a especificação do profissional médico da atenção primária à saúde: um estudo ecológico transversal em Curitiba (PR).** 2016. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Brasília, Brasília, 2016.

BANSAL, N. Prediabetes diagnosis and treatment: A review. **Word Journal Diabetes.** v. 6, p.296-303, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática em Saúde do SUS – DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), 2015. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 05 de novembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Portaria Nº 2.436. Estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

CORREIA, A. D. M. *et. al.* Atenção primária à saúde e estratégia de saúde da família: fundamentos da atenção primária à saúde – 2. In: **Políticas públicas de saúde e processo de trabalho em saúde da família.** Campo Grande, MS: UFMS: Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2010. (Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. v. 2, un. 1, mod. 4, p. 133-142).

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento, avaliação e programação das ações de saúde.** Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/>. Acesso em: 15 mai. de 2019.

GAULTIER, F. Definition, epidemiology, risk factors. **Diabetes Metab.** v.36, n. 6, p. 628-651, 2010.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Atenção primária em saúde.** 2018 [internet] Disponível em:<<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/servicos/profissionais-de-saude/10224-atencao-basica-atencao-primaria-a-saude>> Acesso em: 05 jun. 2020

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Panorama.** Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/para-de-minas/panorama>>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/santa-luzia/panorama>>. Acesso em: 13 de maio de 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG). Sala de Situação Municipal. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/servidor/sala-de-situacao-municipal>>. Acesso em: 8 maio 2019.

PAULA, S. H. B. de. Memórias e História da Atenção Básica do Estado de São Paulo. **Instituto de Saúde**, São Paulo, 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. Linha Guia de Diabetes Mellitus/ SAS – 2aed. – Curitiba: SESA, 2018.

PERUZZO, Hellen Emília. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia saúde da família. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 4, 2018.

PICOLI, R. M. **Análise de custo efetividade da atenção farmacêutica no tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, 2015.

RAMACHANDRAN, A. Know the signs and symptoms of diabetes. **Indian J. Med. Res.** v. 140, p. 579-581, novembro de 2014.

SANTA LUZIA. **Santa Luzia**. Disponível em: <http://www.institutoestradaareal.com.br/cidades/santa-luzia/62>. Acesso em: 14 mai. 2019.

SCHMID L.I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. **Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde**, ed. Saúde Brasil, 2009.:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>.

SOUZA, A. L. F. de. **Análise situacional dos núcleos de apoio à saúde da família no estado de Goiás**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2017.

STONE, M. A. et. al. Incorrect and incomplete coding and classification of diabetes: a systematic review. **Diabet Med**. 2010;27:491–497