

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NIEVE MOLINA BETANCOURT

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE PEDRA VERMELHA NO MUNICÍPIO DE MOEDA**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

NIEVE MOLINA BETANCOURT

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE PEDRA VERMELHA NO MUNICÍPIO DE MOEDA**

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 Ms. Hugo André da Rocha

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

NIEVE MOLINA BETANCOURT

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE PEDRA VERMELHA NO MUNICÍPIO DE MOEDA**

Banca examinadora

Professor Ms. Hugo André da Rocha - UFMG

Professora Dra. Márcia Christina Caetano Romano - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 05 de Novembro de 2018.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que de um jeito ou de outro, com amor, carinho e afeto contribuíram para meu aprendizado aqui no Brasil.

Dedico a aqueles que me apoiaram e me desafiaram de algum modo na construção desse sonho para conclusão desse curso com o objetivo de melhorar nossos conhecimentos e trabalho, buscando uma atenção médica de excelência.

AGRADECIMENTOS

À minha amada família que me apóia em todas as jornadas de minha vida.

Agradeço todos que de alguma maneira contribuíram para a realização deste trabalho, aos meus companheiros de trabalho da Unidade Básica de Pedra Vermelha com quem divido todas as dificuldades e vitórias das lutas diárias em prol da melhoria da prestação de serviços à comunidade.

Agradeço aos profissionais de saúde, meu orientador Hugo André da Rocha, e Dra. Djenine, nutricionista do município de Moeda pelo incentivo, confiança, competência, e por ter me mostrado que não importa o tempo, os obstáculos, as dificuldades ou a distância, nunca devemos desistir de nossos sonhos.

A cura está ligada ao tempo e, às vezes, também as circunstâncias.

Hipócrates

RESUMO

O Diabetes *Mellitus* é uma doença crônica que afeta milhões de pessoas no mundo todo. Por ser na maior parte do tempo assintomática costuma ser diagnosticada quando ocorre alguma complicação associada. A adesão ao tratamento do diabetes é um fenômeno complexo, que depende de características individuais do paciente, do serviço de saúde, do tratamento e de fatores sociais. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento do Diabetes *Mellitus* na Unidade Básica de Saúde Pedra Vermelha, no município de Moeda/MG. O Projeto de Intervenção foi elaborado seguindo os passos do Planejamento Estratégico Situacional. A revisão bibliográfica do tema foi realizada utilizando os seguintes descritores: diabetes mellitus, tratamento farmacológico, adesão à medicação, estratégia saúde da família, planejamento em saúde. São propostas ações a serem realizadas pela equipe multiprofissional e por outros atores da rede intersetorial tendo como objetivos: modificar hábitos e estilos de vida da população; melhorar relação interna do paciente, promovendo aumento da sua autoestima; aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre o DM; conscientizar sobre a aceitação da doença; modificar a estratégia de trabalho para atender os portadores de diabetes e adequar fluxo de referência e contra-referência; aumentar o conhecimento sobre o uso correto das medicações.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Tratamento Farmacológico, Adesão à Medicação, Estratégia Saúde da Família, Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic disease that affects millions of people worldwide. Because it is mostly asymptomatic, it is usually diagnosed when an associated complication occurs. Adherence to the treatment of diabetes is a complex phenomenon, which depends on individual patient characteristics, health service, treatment and social factors. The objective of this work is to elaborate an intervention project to increase adherence to the treatment of Diabetes Mellitus at the Pedra Vermelha Basic Health Unit, in the municipality of Moeda/MG. The Intervention Project was prepared following the steps of Situational Strategic Planning. The bibliographic review of the theme was carried out using the following descriptors: diabetes mellitus, drug therapy, medication adherence, family health strategy, health planning. Actions are proposed to be carried out by the multiprofessional team and other actors of the intersectoral network, with the following objectives: to modify habits and lifestyles of the population; improving the patient's internal relationship, promoting increased self-esteem; increase the level of familiarity about DM; awareness of the acceptance of the disease; to modify the work strategy to attend the diabetes patients and to adapt reference flow and counter-referral; knowledge about the correct use of medications..

Keywords: Diabetes Mellitus, Drug Therapy, Medication Adherence, Family Health Strategy, Health Planning.

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
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pedra Vermelha, Unidade Básica de Saúde Pedra Vermelha, município de Moeda, estado de Minas Gerais.	16
Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “estilo de vida inadequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	30
Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “perda de prazeres cotidianos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	31
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “poucos conhecimentos específicos sobre o DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	32
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta de crença da doença: saber estar doente e aceitar a ocorrência do DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	33
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “processo de trabalho inadequado da equipe na ESF para enfrentar o problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	34
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “mal uso de remédios e uso indiscriminado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	36

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 Aspectos da comunidade	13
1.3 O sistema municipal de saúde	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Pedra Vermelha	14
1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Pedra Vermelha	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pedra Vermelha	15
1.7 O dia a dia da equipe Pedra Vermelha	15
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	16
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	16
2 JUSTIFICATIVA	18
3 OBJETIVO	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 <i>mellitus</i>	23
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	29
6.4 Desenho das operações (sexto passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

Moeda é um município do Estado de Minas Gerais, situado na região metropolitana de Belo Horizonte. Emancipado em 1954, o município tem sua origem no final do século XVII com a passagem dos bandeirantes que vinham em busca de pedras preciosas. A nomenclatura do município remete à Serra da Moeda, que foi assim denominada em alusão à fundição clandestina de moedas falsas que foi instalada naquela região para driblar os altos impostos cobrados pelos portugueses na época (PREFEITURA MUNICIPAL DE MOEDA, 2018).

Segundo o Censo realizado em 2010 a população do município de Moeda era de 4.689 habitantes, com densidade demográfica de 30,23hab/km², sendo 49,97% de homens e 50,03% de mulheres. A maior parte da população residia na zona rural (61,85%). A população estimada para o ano de 2018 é de 4.904 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Moeda era de 0,638, considerado médio, sendo o 607º no ranking entre os municípios mineiros (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2013).

As principais causas de mortalidade no município de Moeda em 2016 foram: doenças do aparelho circulatório (16,7%), doenças do aparelho respiratório (16,7%) e neoplasias (16,7%) (DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2018).

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018) 100% da população do município é coberta por serviços de atenção básica, sendo que a cobertura da Estratégia Saúde da Família também é de 100% da população.

Atualmente, à cerca de um ano, vem crescendo as atividades de empresas que atuam na região realizando serviços temporários (recapeamento de estradas, manutenção de dutos de minério, mineradoras, transportadoras, etc.) e que vem gerando emprego para comunidade local e trazendo uma população “flutuante” para o município.

A maioria da população que atinge a média de 18 anos deixa o município com a finalidade de dar continuidade aos estudos e/ou trabalhar, fazendo com que a população que permanece no município seja predominantemente com idades acima

de 35 anos que lide com atividades rurais e/ou que de alguma forma retorna a cidade para trabalhar na área que se formou. Outro grande percentual da comunidade é de ex-moradores que se aposentam, decidem retornar a cidade e continuam mantendo algum tipo de atividade produtiva informal.

Em alguns casos, ocorre o trabalho informal infantil domiciliar, com parentes próximos no próprio negócio da família e/ou com conhecidos. Basicamente são atividades relacionadas à criação de gado e/ou plantio.

1.2 Aspectos da comunidade

Atualmente, a população da comunidade em que atuo é constituída por aproximadamente 2.244 usuários, sendo aproximadamente 600 em idade acima de 65 anos, sendo que poucos ainda desenvolvem alguma atividade produtiva, e cerca de 360 com idade inferior a 14 anos, sem atividade produtiva. A população economicamente ativa gira em torno de 1.700 pessoas, sendo que a maioria das atividades desenvolvidas é de origem rural (agricultura e pecuária de subsistência, fabricação artesanal de doces e produtos derivados de laticínios, serviços administrativos, vendas, etc.) e /ou relacionada ao comércio local.

No território de abrangência da Unidade de Saúde Pedra Vermelho estão localizadas: a prefeitura, a câmara municipal, a policlínica, quatro escolas públicas até o ensino fundamental (três em área rural e uma em área central até 4ª série) sendo que durante o período noturno a escola da área central recebe turmas de adultos para realização do ensino fundamental (Educação de Jovens e Adultos - EJA), várias igrejas de cunho católico e evangélico, campos de futebol, etc.

O abastecimento de água é constituído de 30,65% das famílias atendidas por rede pública (Copasa), 69,22% atendidas por poço ou nascente e, 0,13% atendidas por outro meio de abastecimento. 23,12% das famílias possuem rede de esgoto encanada, porém sem tratamento, 72,86% utilizam fossa e 4,02% das famílias possuem sistema a céu aberto.

Foram identificadas pelo cadastro familiar que 115 famílias são beneficiárias do Programa Bolsa Família, 143 famílias inscritas no Cadastro Único, 256 pessoas (10,54% da população adscrita) possuem plano de saúde.

1.3 O sistema municipal de saúde

O município conta com três unidades de saúde, sendo duas de Estratégia de Saúde da Família que cobrem 100% de sua área de abrangência. Uma Unidade Intermediário-Mista que fornece suporte em casos de urgência/emergência, suporte laboratorial e de imagem, consultas especializadas e demais serviços prestados pelas equipes médicas, de enfermagem, odontológica e administrativa.

A saúde ainda conta com a Casa de Saúde Mental que desenvolve ações psicossociais. Conta ainda com uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), composta por nutricionista, fisioterapeuta, educador físico e fonoaudiólogo.

Os encaminhamentos para outras unidades/especialidades são feitos através de guias de referência e contrarreferência de acordo com demanda constatada após avaliação do médico ou enfermeiro da unidade. Os pacientes são orientados sobre a conduta para agendamento de acordo com a especialidade solicitada: consulta com nutricionista é agendada na própria unidade, pois, a mesma comparece para realização de consultas a cada 15 dias; neurologia, dermatologia, urologia, pediatria, psiquiatria e ginecologia são agendadas na Fundação Municipal de Saúde mediante apresentação das guias de referência e contrarreferência; as demais especialidades são direcionadas.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Pedra Vermelha

A Unidade de Saúde Pedra Vermelha está localizada no Povoado de Pedra Vermelha na área rural do Município de Moeda-MG. A área de abrangência da Unidade de Saúde Pedra Vermelha cobre uma população em torno de 2.244 habitantes, segundo dados do SIAB. O cadastramento realizado pelos agentes comunitários de saúde revelou a existência de 796 domicílios.

O território que a unidade de saúde atende é constituído por região montanhosa e estradas de terra em sua grande maioria. O Rio Paraopeba percorre as proximidades da área central do município e nos períodos de grandes chuvas ocorre alagamento de determinadas áreas devido transbordamento dos ribeirões que deságuam no rio.

1.5 A Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde Pedra Vermelha

Possui uma equipe de Saúde da Família constituída por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e, uma equipe de saúde bucal constituída por um cirurgião dentista, um auxiliar em saúde bucal e um técnico em saúde bucal.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Pedra Vermelha

A Unidade funciona de segunda a sexta-feira de 7h00 às 16h00, tendo atendimento de enfermagem e odontologia todos os dias na própria unidade. O atendimento médico ocorre de segunda a quinta-feira na unidade ou nas comunidades rurais.

A unidade conta com o atendimento de nutricionista semanalmente e um grupo de trabalho intersetorial, o qual realiza reunião municipal mensal.

1.7 O dia a dia da equipe Pedra Vermelha

O atendimento médico é realizado em livre demanda às segundas-feiras pela manhã e tarde e às quartas-feiras somente pela manhã. Nos demais dias o atendimento é realizado mediante marcação, priorizando os pacientes Hipertensão e demais pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis, sendo o atendimento realizado nas comunidades rurais: Coqueiro de Espinho, Contendas, Moeda Velha, Olaria e Azevedo. Ocorre também o atendimento médico para pacientes acamados/domiciliados.

A enfermeira realiza os atendimentos de visita puerperal, as consultas para a realização de exame citopatológico, supervisiona realização da atividade de curativo, além de realizar atendimentos compartilhados com a médica.

A técnica da unidade realiza curativos domiciliares, acompanha as visitas domiciliares e atendimentos médicos.

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

Utilizando o método de estimativa rápida, foram levantados os seguintes problemas:

1. Alta incidência de doença circulatória
2. Aumento na incidência de infecções respiratórias agudas
3. Risco cardiovascular elevado
4. Alta incidência de diabetes *mellitus* tipo 2
5. Alta incidência de alcoolismo

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

O diabetes *mellitus* foi escolhido como prioritário para propor um plano de ação, pois ao desenvolver o diagnóstico situacional observou-se que o número de pacientes diabéticos na área de abrangência era muito grande. Além disso, o mesmo apresenta muitas consequências sociais e físicas para o doente e seus familiares.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Pedra Vermelha, Unidade Básica de Saúde Pedra Vermelha, município de Moeda, estado de Minas Gerais.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/ Priorização****
Alta incidência de doença circulatória	ALTA	6	PARCIAL	2
Aumento na incidência de infecções	ALTA	5	PARCIAL	3

respiratórias agudas				
Risco cardiovascular elevado	ALTA	7	PARCIAL	1
Alta incidência de diabetes mellitus tipo 2	ALTA	6	PARCIAL	2
Alta incidência de alcoolismo	ALTA	4	PARCIAL	4

Fonte: Elaborado pelo autor

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes *mellitus* (DM) é um importante problema de em nível mundial. Segundo estimativa da Federação Internacional de Diabetes realizada em 2015, 8,8% da população mundial era portadora de DM, com projeção de crescimento para os próximos anos. O DM está associado com maiores taxas de hospitalizações, maior utilização de serviços de saúde e com maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, ocasionando um grande impacto para os sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento. As evidências indicam que indivíduos com diabetes não controlado sofrem mais complicações que aqueles considerados controlados. Para alterar o curso da epidemia do DM é importante investir em ações de promoção de saúde, como estratégias de modificação de hábitos e adoção de estilo de vida saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Na área de abrangência da ESF Pedra Vermelha existem 210 pacientes diabéticos cadastrados, sendo que 120 destes estão descompensados.

Verifica-se assim a necessidade de desenvolver uma intervenção no sentido de melhorar o tratamento desse público, visando aumentar a adesão ao tratamento e conseqüentemente evitar as complicações resultantes do descontrole do DM.

Justifica-se ainda a presente proposta de intervenção por tratar-se de um problema evidenciado pelo diagnóstico situacional sobre o qual a equipe de saúde da família tem condições de atuar, através de mudanças no processo de trabalho da equipe que irão favorecer a relação profissional-paciente e potencializar o cuidado ofertado.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento do Diabetes *Mellitus* na Unidade Básica de Saúde Pedra Vermelha, no município de Moeda/MG.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste projeto de intervenção utilizou-se o Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme abordagem na disciplina de Planejamento, Avaliação e Programação das Ações em Saúde do curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, visando determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações a serem desenvolvidas para enfrentar o problema (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

Para a fundamentação teórica das questões abordadas neste projeto será realizada pesquisa de publicações sobre DM em periódicos no SciELO (Scientific Library Eletronic Online) e na Biblioteca Virtual em Saúde do Nescon, utilizando os termos: diabetes mellitus, tratamento farmacológico, adesão à medicação, estratégia saúde da família, planejamento em saúde. Além de consultas a programas do Ministério da Saúde, e do Sistema de informação da Atenção Básica (SIAB) do Município de Moeda-MG.

A redação do texto segue as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e orientações da disciplina Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso (CORRÉA; VASCONCELOS; SOUZA, 2017).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Atenção Primária à Saúde

Segundo Lavras (2011) a Atenção Primária à Saúde é frequentemente entendida como atenção ambulatorial não especializada, caracterizada pela oferta de um conjunto diversificado de atividades com baixa densidade tecnológica, e que muitas vezes se caracterizam como o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. A autora aponta que ainda existe uma dicotomia entre a amplitude do conceito de APS, sendo que um dos entendimentos aponta a APS como programa seletivo, capaz de responder a demandas específicas de uma população, geralmente de baixa renda, sem necessariamente se integrar a outros componentes de um sistema de saúde. Numa outra concepção, mais abrangente, a APS é o primeiro nível de um sistema de saúde amplo, e exerce a função de coordenação do sistema.

Diferentemente de outros países o Brasil adota o termo Atenção Básica em Saúde (ABS) para tratar de APS, no entanto, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) os dois termos são considerados sinônimos (BRASIL, 2017b).

A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017b, p.68).

Segundo Starfield (2002) a APS é considerada o primeiro nível de um sistema de saúde, que garante a entrada no sistema para todas as necessidades e problemas de saúde de uma população. Deve fornecer atenção à pessoa ao longo do tempo, havendo ou não a ocorrência de doenças e/ou agravos, coordenando e/ou integrando o cuidado prestado em outros níveis do próprio sistema ou por terceiros. Orienta-se pelos seguintes princípios: acesso, integralidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado.

5.2 Estratégia Saúde da Família

A Estratégia Saúde da Família foi criada inicialmente como Programa de Saúde da Família em 1994, visando a expansão de cobertura do Sistema Único de Saúde. De acordo com Monteiro et al. (2009, p. 359) “o lançamento do PSF representa a proposição do mais largo alcance na história do País, posta em prática para ordenar os recursos desse sistema, a fim de que responda de maneira apropriada às necessidades da população”.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica a Saúde da Família é a estratégia prioritária de expansão e consolidação da atenção básica no país (BRASIL, 2017b).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2017a).

As equipes de saúde da família devem ser compostas por: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Profissionais de Saúde Bucal (cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal) podem ser incorporados às equipes. (BRASIL, 2017a).

Dentre as atribuições previstas para a equipe de saúde da família cabe destacar a realização de ações de educação em saúde à população adstrita, segundo planejamento da equipe e utilizando abordagens adequadas às necessidades da população (BRASIL, 2017b).

5.3 Diabetes *mellitus*

“O diabetes *mellitus* (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017, p. 19).

A classificação proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA) com base na etiologia do DM inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos específicos de DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM tipo 1 ocorre em 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição de células betapancreáticas com conseqüente deficiência na produção de insulina. É mais frequente em crianças e adolescentes, e estima-se que no Brasil tenham mais de 30 mil pessoas com DM tipo 1 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O DM tipo 2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade. Pode ocorrer em qualquer idade, mas geralmente diagnosticado após os 40 anos. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O Diabetes Gestacional “trata-se de uma intolerância a carboidratos de gravidade variável, que se iniciou durante a gestação atual, sem ter previamente preenchido os critérios diagnósticos de DM”. Ocorre em 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada, e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017, p.21).

São considerados sintomas típicos do diabetes: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4Ps”). Fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição são outros sintomas que podem levantar a suspeita clínica. Algumas complicações como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica podem ser atuar como marcadores para o diagnóstico de DM (BRASIL, 2006).

Em torno de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença. Muitas vezes essas pessoas permanecem não diagnosticadas até que tenham alguma complicação (BRASIL, 2006). São fatores de risco:

- Idade >45 anos;
- sobrepeso (Índice de Massa Corporal >25);
- obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas);
- antecedente familiar de diabetes (mãe ou pai);
- hipertensão arterial (>140/90 mmHg);
- colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL;
- história de macrosomia ou diabetes gestacional;
- diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos; e
- doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Os exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada são (BRASIL, 2006):

- Glicemia de jejum: nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas; (normal até 110mg/dl).
- Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g): O paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão; (alterada se maior que 200mg/dl).
- Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição. (alterada se maior que 200 mg/dl).
- Pessoas cuja glicemia de jejum situa-se entre 110 e 125 mg/dL (glicemia de jejum alterada), por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer avaliação por TTG-75g em 2h.

O tratamento tem se tornado cada vez mais complexo, com incorporação de novas tecnologias que auxiliam pacientes, familiares e profissionais de saúde na aquisição de habilidades necessárias ao autocuidado por parte do diabético. Para isso devem ser utilizadas as técnicas mais atuais de educação em diabetes, que tem como foco o paciente, objetivando alcançar mudanças de comportamento positivas. “Só se pode considerar a educação em diabetes efetiva se ela resultar em

mudanças e/ou aquisição de comportamentos; caso contrário, somente se transmitem informações” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017, p.132).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006, p. 10).

A terapia nutricional é um dos maiores desafios no tratamento do DM. O controle metabólico é considerado como fator determinante para o bom manejo do diabetes, pois seu controle reduz riscos microvasculares e até mesmo as chances de doenças cardiovasculares. Evidências científicas indicam que o acompanhamento nutricional traz ganhos significativos no controle do DM tipo 1 e do tipo 2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

A obtenção do equilíbrio energético e a manutenção do peso corporal adequado, mantidos por meio do consumo de uma dieta balanceada e da prática regular de atividade física, são estratégias importantes na prevenção e tratamento do DM2. A dieta indicada para pacientes diabéticos deve conter alto teor de fibra alimentar, já que esta reduz a velocidade de absorção da glicose em nível intestinal, contribuindo para o controle glicêmico e melhoria do perfil lipídico. Além disso, a redução do consumo de gorduras, em especial as saturadas e as trans, em contraposição aos maiores teores de ácidos graxos ômega-3 da dieta, auxiliam na prevenção das complicações vasculares do diabetes, favorecendo a perda de peso e a adequação dos níveis sanguíneos de lipídios. A influência dos micronutrientes no risco de diabetes ainda não foi bem elucidada, embora se proponha que certos micronutrientes afetem diretamente a glicemia e o metabolismo de insulina (COSTA et al., 2011, p. 2003).

Considerando a prevenção do diabetes já há evidências suficientes indicando que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída) podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do DM tipo 2. Mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em três anos. Essas mudanças não requerem dos pacientes drásticas alterações no sua dia a dia, sendo viáveis do ponto de vista do esforço envolvido para alcança-las. São mudanças como: redução de peso (5-10%), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular (BRASIL, 2006).

Um importante componente do sucesso do tratamento do DM é a adesão do paciente ao tratamento, definida por Boas, Foss-Freitas e Pace (2014, p. 269) como

“a extensão na qual o comportamento da pessoa coincide com a orientação médica no que se refere, por exemplo, ao uso da medicação, ao seguimento de dietas, a mudanças no estilo de vida ou à adoção de comportamentos protetores de saúde”.

Existem vários fatores que estão envolvidos na adesão ou não a um tratamento. Alguns desses fatores são:

acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento (FARIA et al., 2014, p. 258).

A adesão medicamentosa pode ser entendida a medida em que o paciente segue a instrução prescrita para tratamento. Aderir ao tratamento medicamentoso é também uma forma do paciente expressar-se em relação à própria doença, bem como a forma como se porta em relação ao tratamento. Portanto, a adesão medicamentosa depende da forma como o paciente percebe a doença e o tratamento (JANNUZZI et al., 2014).

Um percentual que varia de 7% a 64% das pessoas com DM não fazem adesão ao tratamento medicamentoso. Autores indicam que pessoas assintomáticas tendem a aderir menos ao tratamento que as pessoas com sintomas severos. A baixa percepção de risco ou mesmo a ausência de queixas faz com que as pessoas não sintam a necessidade de se tratarem, o que pode ocasionar o agravamento da doença (BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

Um dado importante apontado pela literatura é a relação entre o regime do tratamento e a adesão. A adesão é menor na medida em que o número de medicamentos e/ou doses aumenta, indicando que tratamentos com menor número de doses tende a ser mais eficaz no que tange à adesão (BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

Um dos fatores que altera a adesão ao tratamento é a percepção pelo paciente de alterações significativas em sua rotina diária. É o caso da insulinoterapia, na qual o paciente precisa controlar horários e muitas vezes adequar sua vida social ao tempo do tratamento. A percepção de que o tratamento deixa de funcionar depois de um longo tempo também explica a menor adesão entre pessoas

que estão em tratamento por mais de cinco anos (BOAS; FOSS-FREITAS; PACE, 2014).

A educação em saúde voltada para o diabetes deve servir para que o paciente tome conhecimento sobre a sua doença, sobre o tratamento e como o próprio paciente pode atuar na potencialização do tratamento. Mais do que ensinar sobre diabetes ao paciente é preciso orientá-lo, para que se torne capaz de fazer boas escolhas para o seu tratamento, que lhe proporcionarão maior qualidade de vida (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

No controle do Diabetes *Mellitus* (DM), a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde. Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “baixa adesão ao tratamento do Diabetes *Mellitus*”, 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 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2017).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

O DM está associado com maiores taxas de hospitalizações, maior utilização de serviços de saúde e com maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, ocasionando um grande impacto para os sistemas de saúde, especialmente nos países em desenvolvimento. As evidências indicam que indivíduos com diabetes não controlado sofrem mais complicações que aqueles considerados controlados. Para alterar o curso da epidemia do DM é importante investir em ações de promoção de saúde, como estratégias de modificação de hábitos e adoção de estilo de vida saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Na área de abrangência da ESF Pedra Vermelha existem 210 pacientes diabéticos cadastrados, sendo que 120 destes estão descompensados. As doenças do aparelho circulatório estão entre as maiores causas de mortalidade no município de Moeda-MG.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Verificou-se que a adesão ao tratamento do DM pela população atendida pela ESF Pedra Vermelha é baixa, o que pode incorrer no agravamento das pessoas que já se encontram doentes.

Muitas pessoas baixo nível de conhecimento sobre a doença, o que dificulta a adesão correta ao tratamento. Além disso, nota-se que a baixa escolaridade é uma barreira ao tratamento, pois muitas vezes os usuários têm dificuldade para entender as orientações dos profissionais de saúde.

Os hábitos e estilos de vida da população apresentam-se como um limitadores para o tratamento, fatores como alcoolismo e tabagismo podem dificultar ou até mesmo impedir que os pacientes fazem o tratamento da forma adequada.

O processo de trabalho da equipe apresenta falhas, na medida em que falta incentivo para realização de ações preventivas e também capacitação suficiente dos profissionais.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram identificados os seguintes “nós críticos”:

- estilo de vida inadequado
- perda de prazeres cotidianos
- poucos conhecimentos específicos sobre o DM
- falta de crença da doença: saber estar doente e aceitar a ocorrência da DM
- processo de trabalho inadequado da equipe na ESF para enfrentar o problema
- mal uso de remédios e uso indiscriminado

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “estilo de vida inadequado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	
Nó crítico 1	Estilo de vida inadequado
Operação (operações)	Fazer melhora nas condições alimentares da população. Modificar hábitos e estilos de vida da população. Fazer cursos específicos para a equipe de saúde.
Projeto	Viver Bem
Resultados esperados	Diminuir o índice de diabéticos sedentários e obesos no prazo de um ano. Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis
Produtos esperados	Aumento da informação e adesão ao tratamento Campanha educativa de nutrição balanceada através de folder Programa de atividade física e caminhada
Recursos necessários	Organizacional: organização de plano de exercícios físicos e palestra. Cognitivo: busca de informação sobre o tema Financeiro: aquisição dos folhetos educativos Político: mobilização social para formar parcerias com educadores
Recursos críticos	Político: Espaço para promover encontros e atividades em grupo, atividades físicas e adesão de educadores físicos /voluntários. Financeiro: recursos para aquisição de materiais de divulgação
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais de saúde, secretaria de saúde e de educação
Ações estratégicas	Reunião com a equipe de saúde da estratégia saúde familiar
Prazo	15 dias para fabricação de folder Um mês início das atividades físicas e educativas
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira, técnica de enfermagem, agente comunitário de saúde, educador físico, nutricionista e voluntários.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião mensal de acompanhamento com equipe e educador físico e avaliação em seis meses do início da atividade. Avaliação física dos idosos após seis meses do início das atividades

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “perda de prazeres cotidianos”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Perda de prazeres cotidianos
Operação (operações)	Melhorar relação interna do paciente, promover aumento da autoestima
Projeto	Vida Feliz
Resultados esperados	Promover maior alegria entre pacientes e estimular o autocuidado
Produtos esperados	Atingir metas de tratamento e promover interação entre equipe e pacientes.
Recursos necessários	Estrutural: local para fazer atividades em grupo Cognitivo: para palestras motivacionais Financeiro: fazer folhetos de informação, Político: fazer mobilização intersetorial e social
Recursos críticos	Estrutural: espaço físico para promover encontros e atividades em grupo. Cognitivo: palestras motivacionais Político: mobilização intersetorial Financeiro: fazer folhetos de informação
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: profissionais de saúde, secretaria de saúde e de educação
Ações estratégicas	Atingir metas de tratamento e promover interação entre equipe e paciente, Promover maior alegria entre pacientes e estimular o autocuidado
Prazo	Seis meses para avaliação pelo e processo de mudança e longo prazo
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira, técnica enfermagem, agente comunitário de saúde, educador físico e nutricionista.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião mensal de acompanhamento com equipe e educador físico e avaliação em seis meses do início da atividade.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “poucos conhecimentos específicos sobre o DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	
Nó crítico 3	Poucos conhecimentos específicos sobre o DM
Operação (operações)	Aumentar o nível de conhecimento sobre o DM dos familiares e equipe de trabalho e da população idosa sobre os riscos do diabetes descontrolado
Projeto	Capacita-se
Resultados esperados	Melhor compreensão da comunidade e agentes comunitários de saúde sobre as causas e conseqüências do diabetes e o seu tratamento Trabalhar a doença como questão ampla na vida do paciente e familiares.
Produtos esperados	Avaliação do nível de conhecimento sobre o diabetes. Buscar adesão de familiares ao tratamento do Diabético. Programa de educação permanente para os Agentes Comunitário de Saúde e comunidade
Recursos necessários	Cognitivos: informações sobre o tema para palestras com pessoas da equipe, pacientes e comunidade. Organizacional: organização da agenda. Político: apoio de gestão e mobilização intersetorial e mobilização social.
Recursos críticos	Político: Mobilização intersetorial, secretaria da saúde e educação Organizacional: cumprimento de agenda.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria de educação e saúde e profissionais de saúde da estratégia saúde da família
Ações estratégicas	Apresentar projeto para equipe e estruturação das redes de atenção ao diabético. Apresentar projeto de educação continuada.
Prazo	Um mês para planejamento das ações, grupos operativos e sensibilização da equipe.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira, técnica enfermagem, agente comunitário de saúde.

Processo de monitoramento e avaliação das ações	Relatório de presença dos familiares a cada palestra, avaliação de ficha de acompanhamento da família no domicílio .
--	--

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “alta de crença da doença:saber estar doente e aceitar a ocorrência do DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	
Nó crítico 4	Alta de crença da doença: saber estar doente e aceitar a ocorrência do DM
Operação (operações)	Conscientizar sobre a aceitação da doença.
Projeto	Acompanhado e Feliz
Resultados esperados	Reduzir a rejeição sobre o tema Dar maior clareza sobre a doença
Produtos esperados	Maior adesão e aceitação do tratamento Reduzir a rejeição.
Recursos necessários	Estrutural: espaço físico Cognitivo: para palestras com pessoas da equipe Financeiro: para materiais gráficos de divulgação Político: apoio da gestão
Recursos críticos	Estrutural: espaço para fazer eventos sociais para promover a inclusão da família e comunidade nos tratamentos Cognitivo: obtenção de informação sobre tema Político: apoio da gestão e envolvimento da equipe Financeiro: aquisição de agendas e atas
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: profissionais de saúde e secretaria de saúde e de educação.
Ações estratégicas	Reduzir a rejeição sobre o tema, dar maior clareza sobre a doença.
Prazo	Dois meses para reorganização de agenda.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira, técnica enfermagem, agente comunitário de saúde
Processo de monitoramento e	Atendimento em relação a protocolo.

avaliação das ações	
--------------------------------	--

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “processo de trabalho inadequado da equipe na ESF para enfrentar o problema”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 5	Processo de trabalho inadequado da equipe na ESF para enfrentar o problema
Operação (operações)	Modificar a estratégia de trabalho para atender os portadores de diabetes e adequar fluxo de referencia e contra-referência.
Projeto	Cuidar Sempre
Resultados esperados	Adequar o atendimento pelas equipes de saúde para uma assistência de qualidade ao paciente.
Produtos esperados	Capacitação de equipe Protocolo de atendimento implantado Maior quantidade de pacientes atendidos, melhor atendimento terapêutico, maior quantidade de familiares ativos.
Recursos necessários	Cognitivo: elaborar projeto de promoção de saúde e protocolo de atendimento. Organizacional: adequação de fluxos Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Recursos críticos	Organizacional: adequação de fluxos Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Profissionais de saúde e Secretaria Municipal de Saúde.
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para secretaria de saúde e a coordenação da atenção primaria e convencer os membros da equipe na otimização do trabalho.
Prazo	Um mês para capacitação da equipe Seis meses para implantação do protocolo de atendimento e projeto de promoção de saúde. Um ano para reavaliar as ações de saúde referencia e contra-referências
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenação de atenção primaria e enfermeira.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reuniões com equipe para avaliar as melhorias implementadas.

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 6” relacionado ao problema “mal uso de remédios e uso indiscriminado”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pedra Vermelha, do município Moeda, estado de Minas Gerais.	
Nó crítico 6	Mal uso de remédios e uso indiscriminado
Operação (operações)	Aumentar o conhecimento sobre o uso correto das medicações.
Projeto	Remédio Correto
Resultados esperados	Conscientizar sobre a disciplina no uso de remédios.
Produtos esperados	Pacientes e familiares conscientizados sobre a importância da medicação.
Recursos necessários	Estrutural: local físico para atividades Cognitivo: conhecimentos sobre o tema. Financeiro: para elaboração de cartazes e folders. Político: articulação intersetorial
Recursos críticos	Estrutural: espaço físico Cognitivo: para palestras com pessoas da equipe Financeiro: para materiais gráficos de divulgação Político: apoio da gestão
Controle dos recursos críticos	Ator que controla equipe de saúde de família coordenação de atenção primária e secretaria municipal de saúde.
Ações estratégicas	Conscientizar sobre a disciplina no uso de remédios.
Prazo	Seis meses para elaboração do projeto.
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Coordenação de atenção primária, médico e enfermeira.
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Reunião semestral das partes interessadas, acompanhamento das ações definidas no projeto.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica e precisa de atenção para o cuidado adequado. Por se tratar de uma afecção silenciosa passa muitas vezes despercebida, vindo a ser descoberta somente quando algo mais grave já está em curso. Por isso é tão importante o desenvolvimento de um projeto de intervenção como este, pois uma vez que estejam diagnosticados os diabéticos da área de abrangência é possível estabelecer ações para o controle mais adequado da doença, de modo a impedir a ocorrência de complicações graves.

O projeto de intervenção atua em várias situações relacionadas ao tratamento buscando melhorar a qualidade de vida geral do paciente. Espera-se que a adesão ao tratamento possa reduzir as complicações, e o que conhecimento oferecido aos pacientes seja capaz de motivá-los para adotarem hábitos de vida mais saudáveis, com a inclusão de alimentação adequada e prática de exercícios.

Além disso, o projeto deve servir para que a equipe de saúde da família tenha mais controle e mais condição de acompanhar esses pacientes, apoiando-os nas mudanças e desenvolvendo as ações que são necessárias para garantir o cuidado a todos.

O monitoramento das ações é necessário para garantir que os objetivos sejam cumpridos, e também para fazer eventuais correções que forem necessárias para alcançar os resultados esperados.

REFERÊNCIAS

BOAS, L.C.G.; FOSS-FREITAS, M.C.; PACE, A.E. Adesão de pessoas com diabetes mellitus tipo 2 ao tratamento medicamentoso. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 268-273, abr. 2014. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0268.pdf>>. Acesso em 19 Out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus_cab16.pdf>. Acesso em 19 Out. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em 19 Out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Informação e Gestão da Atenção Básica**. SIAB, 2018. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>> Acesso em: 19 Out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b. Disponível em: <<http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=68&data=22/09/2017>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação da ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2017, 97p.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: Trabalho de Conclusão de Curso**. Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2017. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

COSTA, J.A., et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, Mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n3/34.pdf>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). **Informações de Saúde (TABNET)**. 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10br.def>> Acesso em: 5 Ago 2018.

FARIA, H.T.G, et al. Adesão ao tratamento em diabetes *mellitus* em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 48, n. 2, p. 257-263, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48n2/pt_0080-6234-reeusp-48-02-257.pdf>. Acesso em: 19 Out. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2010. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/moeda/panorama>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

JANNUZZI, F.F. et al. Crenças relacionadas à adesão ao tratamento com antidiabéticos orais segundo a Teoria do Comportamento Planejado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. jul.-ago. 2014;v. 22, n. 4, p. 529-537. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00529.pdf>. Acesso em: 19 Out. 2018.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 867-874, Dec. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

MONTEIRO, M.M. *et al.* Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 43, n. 2, p. 358-364, Junho, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a15v43n2.pdf>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MOEDA-MG. **A Cidade**. 2018. Disponível em: <<http://www.moeda.mg.gov.br/a-cidade/a-cidade-a-cidade/a-cidade/>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil 2013**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/moeda_mg> Acesso em: 19 Out. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em:

<<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 19 Out. 2018.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO; Ministério de saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf> >. Acesso em: 19 Out. 2018.