

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

ROLIDES FERRER OROZCO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES RISCO
EM PACIENTES -DIABETICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PASCOAL
TASSE – SENADOR CORTES**

JUIZ DE FORA - MG

2016

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES RISCO
EM PACIENTES -DIABETICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PASCOAL
TASSE- SENADOR CORTES**

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

Orientadora: Prof^a Rebeca dos Santos Duarte Rosa .

JUIZ DE FORA - MG
2016

ROLIDES FERRER OROZCO

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES RISCO
EM PACIENTES -DIABETICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PASCOAL
TASSE- SENADOR CORTES**

Banca examinadora

Examinador 1: Prof^a Rebeca dos Santos Duarte Rosa

Examinador 2: Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em ____ de _____ de 2016.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém
ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”
(Arthur Schopenhauer)

RESUMO

O Diabetes mellitus é doença que vem se agravando nos últimos anos em decorrência de diversos fatores, dentre eles o estilo sedentário de vida adotado por grande parte da população. Com base neste aumento de casos, é considerada uma epidemia pela Organização Mundial de Saúde. Considerando este fato, cabe às equipes de Atenção Básica buscar formas de contenção da doença e orientação dos usuários para que estes possam preveni-la. Este estudo busca apresentar projeto de modificação dos fatores de riscos para diabetes em pacientes da Unidade Básica de Saúde Pascoal Tasse, em Senador Cortes, no estado de Minas Gerais. Buscou-se elaborar projeto de intervenção, baseado no planejamento estratégico situacional e a partir de uma revisão de literatura tendo como fonte Manuais do Ministério da Saúde e artigos publicados em português com os descritores Diabetes Mellitus, Atenção Básica, Fatores de Riscos com intenção era proporcionar um plano para possibilitar a modificação de fatores de risco para diabetes na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2014 o centro de saúde Pascoal Tasse localizado no bairro Centro da cidade de Senador Cortes /MG, com ação direta da equipe de saúde da família e a comunidade. Espera-se maior conscientização da população e minimização dos riscos oferecidos pela doença.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Básica. Fatores de Riscos.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a disease that has worsened in recent years due to several factors, including the sedentary lifestyle adopted by much of the population. Based on this increase in cases is considered an epidemic by the World Health Organization. Considering this fact, it is for the primary care teams seek ways to contain the disease and educating their patients so that they can prevent it. This study aims to present modification project of the risk factors for diabetes patients in the Basic Health Unit Pascoal Tasse in Senador Cortes, in the state of Minas Gerais. We sought to develop intervention project based on situational strategic planning and from a literature review with as manuals source of the Ministry of Health and articles published in Portuguese with Diabetes Mellitus descriptors, Primary Care, Risk Factors intent was to provide a plan to enable the modification of risk factors for diabetes in primary care. The study was conducted in 2014 the health center Pascoal Tasse located in the district center of the city of Senador Cortes / MG, with direct action of the family health team and the community. It is expected to raise awareness of the population and minimize the risks posed by the disease.

Keywords: Diabetes Mellitus. Primary Care. Risk factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	17
5.1 Diabetes Mellitus	17
5.2 Etiologia do DM	20
5.3 Ações de Saúde Associadas ao Diabetes Mellitus	21
5.4 Diabetes Mellitus e Prática Educativa.....	24
6. PLANO DE AÇÃO	28
6.1 Definição dos problemas	28
6.2 Desenho das Operações.....	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Senador Cortes é um município situado no estado de Minas Gerais. Sua população, de acordo com a estimativa de 2014 pelo IBGE, é de 2046 habitantes.(IBGE, 2010)

O município de Senador Cortes teve origem no início do século XVIII, quando a região onde está situado servia de passagem para os tropeiros que transportavam café de Santo Antonio de Chiador (hoje Chiador) para os portos de Rio de Janeiro. Devido á grande beleza natural e as matas que recobriam os grandes morros, passaram a chamar o local de Monte Verde. A localidade cresceu e em 31 de dezembro de 1943, através do decreto Lei Nº 1058, passa a se chamar Senador Cortes, uma homenagem a Agostinho Cesário de Figueiredo Cortes, Médico e Senador Estadual nascido em Mar de Espanha. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR CORTES, 2012)

O município possui uma área total de 98.430 km com uma densidade demográfica de 20,12 hab/km. Segundo o IBGE (2010) o índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,674. Possui uma concentração habitacional nas áreas de Senador Cortes e no distrito de Pregos. (IBGE, 2010)

O quadro 1 mostra a distribuição da população de Senador Cortes em relação a faixa etária e sexo.

Quadro 1: Distribuição dos habitantes de Senador Cortes por sexo e idade

Nº de Indivíduos	1 - 4	5- 9	10 -14	15 -19	20 -24	25 - 39	40 - 59	60 +
Feminino	88	83	79	103	79	218	248	140
Masculino	71	85	94	86	67	232	238	135
Total	159	168	173	189	146	450	486	275

Fonte: IBGE, 2010.

Considerando outros dados, é possível afirmar que os números em 2012 eram de 333 matrículas no ensino fundamental, 89 matrículas no ensino médio; distribuídos em 5 unidades de ensino locais. Em relação a empregabilidade a cidade possuía 320 pessoas ocupadas em 2012; e 90% da população é usuária da assistência à saúde no SUS. PIB per capita (2011): 8.382,15 reais;:. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR CORTES, 2012)

Atualmente a taxa de emprego é de 54 %, e, como a maioria de população na área de abrangência do posto tem baixo nível de escolaridade, a maioria dos empregos são na área dos serviços; comércio, empregados domésticos, serviços gerais, pedreiros.

A partir de meados do Século XX, a situação econômica gira em torno das indústrias da confecção e da agropecuária. O asfaltamento da estrada que liga Senador Cortes a Mar de Espanha é um fator que está contribuindo para o avanço da economia e do turismo local inserindo o município, de vez, na Rota dos Barões e facilitando o escoamento da safra agrícola. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR CORTES, 2012)

No momento o município de Senador Cortes conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, com cobertura de cerca de 89% da população. O município possui convenio com Central Integrada de Escolta do Sistema Prisional (Ciesp) de Juiz de Fora, Hospital de Mar de Espanha, Clínica de exames, Agência de Cooperação Intermunicipal em Saúde Pé da Serra (Acispe), Hiperdia com atendimento especializado.

Os usuários que buscam os postos e precisam ser avaliados por outra especialidade são encaminhados mediante um modelo de formulário disponível para a especialidade da qual necessita. Para os casos de urgência é necessário fazer a acamatoria na mesma para dar prioridade ao pedido. Os pedidos são encaminhados para a Secretaria de Saúde, especificamente para o departamento encarregado de fazer as coordenações dos encaminhamentos, e seguem para as especialidades de acordo com as prioridades do pedido sendo as primeiras nas filas as que são identificadas como urgentes. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR CORTES, 2012)

O município conta com algumas das especialidades para as quais são encaminhados os pacientes como ginecologia e pediatria, sendo, nestes casos mais rápido e efetivo o processo de marcação da consulta. No entanto, existem outras especialidades que só estão presentes em Juiz de Fora. Nestes casos é mais demorado e complexo o processo de marcação de consulta. Nestes momentos, o departamento encarregado de fazer as coordenações necessita aperfeiçoar mais o serviço para melhorar o fluxo dos pacientes que faz uso deste mecanismo. Uma vez marcada a consulta é notificado ao posto e mediante as agentes ou por via telefônica se notifica ao usuário data, hora e lugar da consulta. No momento, o município tem dificuldade com a chegada da contra-referência, apenas numa minoria dos casos os médicos recebem as contra referências do especialista.

O município de Senador Cortes apresenta falta de saneamento básico, falta de políticas de cultura e educação. Além destes, transporte e alimentação são outros dos principais problemas queixados pela comunidade. A principal causa de óbito são as doenças crônicas, mais especificamente as de origem cardiovascular.

A comunidade atendida pela unidade de saúde Pascoal Tasse, mais especificamente pela equipe Igualdade e Trabalho, possui os seguintes recursos: associações comunitárias, grupos culturais, dois centros de educação, duas escolas, cinco igrejas, todos eles com o principal objetivo de melhorar a qualidade e condições de vida da população. A maioria das instituições tem como foco a promoção da educação, cultura, esporte e saúde.

Na comunidade tem serviços de luz elétrica, água, telefonia, todos eles para assegurar o bem estar social e ou individual na comunidade.

A unidade de saúde tem uma boa localização topográfica e infraestrutura local com bom acesso a ele mediante carros, o que permite a chegada de muitos usuários do entorno do PSF, conseqüentemente ocorre uma sobrecarga do atendimento no posto.

O horário do trabalho compreende desde as 8 h da manhã até 17 h da tarde. O dia do trabalho começa com as triagens realizadas pela enfermagem. O médico faz as consultas da demanda espontânea, agendados e as urgências

que cheguem a o posto. Além disso, se ofertam consultas com o ginecologista, pediatria, cardiologista, vacinas e curativos.

A unidade de saúde de Senador Cortes foi desenhada para duas equipes de saúde considerando a quantidade de pessoas que mora no território de abrangência, mas na realidade o serviço conta com seis médicos, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, dois agentes de zoonoses e quatro agentes comunitários de saúde.

A estrutura física da unidade de saúde conta com vários locais os quais estão divididos nos diferentes serviços ofertados. Tem uma área de recepção pequena onde ficam os moveis com todos os prontuários, uma área onde se faz o controle dos parâmetros dos pacientes, quatro consultórios, uma sala de observação, uma sala de vacina, sala de curativos, uma sala de esterilização, quatro banheiros, a cozinha. Todas elas cumprem com as condições necessárias para o funcionamento dos serviços de saúde e são utilizados ao máximo.

2 JUSTIFICATIVA

Considerando que nos dias de hoje o -Diabetes mellitus (DM) é um problema de saúde pública em vários países do mundo, devido ao sedentarismo e demais facilidades da vida moderna, cabe a realização de um projeto que venha a reduzir suas taxas e riscos. A doença atinge em média 246 milhões de pessoas no mundo, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), adquirindo status de epidemia. Este estado se agravou em decorrência também do crescimento e envelhecimento populacional, além de maior urbanização, prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevivência do paciente com DM (GOLDENBERG, 2003).

Com base nessa evolução de quadros, faz-se preciso quantificar a prevalência de DM no presente para que se tenha noção da possibilidade de aumento quadros e, neste sentido, definir planejamento que venha a conter seu aumento.

Já em se tratando do Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), esta apresenta determinação de quantificação de incidência dificultada em decorrência do fato de precisar de acompanhamento durante anos, incluindo medição periódica dos índices de glicose. Desta forma, habitualmente restringem-se estudos mais ampliados à Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), visto que esta apresenta manifestações iniciais características. Em se tratando de DM1, sua incidência varia conforme a localização geográfica, podendo ser identificadas taxas por 100 mil indivíduos com menos de 15 anos de idade. Nos últimos anos foi constatado aumento de sua incidência em população infantil (com idade inferior aos cinco anos). (GOLDENBERG, 2003)

O problema foi levantado ao realizar o diagnóstico situacional e observou-se que é uma doença com uma alta incidência e prevalência na área de abrangência da equipe, com tendência a aumentar em relação a algumas doenças que interferem na qualidade de vida das pessoas.

Com base nestas considerações, torna-se relevante a realização deste projeto de intervenção com vistas a garantir atendimento e acompanhamento

mais integral aos pacientes diabeticos, criando-se um protocolo de atendimento que garanta o melhor seguimento e atenção de forma integral aos pacientes.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de intervenção que possibilite a modificação dos fatores de risco dos pacientes com Diabetes Mellitus, na unidade de saúde Pascoal Tasse, em Senador Cortes, Minas gerais.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores de risco dos pacientes com Diabetes Mellitus na unidade de saúde Pascoal Tasse.

Fazer acompanhamento de todos pacientes da unidade de saúde Pascoal Tasse com Diabetes Mellitus com relação aos protocolos estabelecidos pelo SUS.

Estimular adesão ao tratamento por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários diabéticos.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foi feito um projeto de intervenção, cuja intenção era proporcionar um plano para possibilitar a modificação de fatores de risco para diabetes na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2014 no centro de saúde Pascoal Tasse localizado no bairro Centro da cidade de Senador Cortes /MG.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos do módulo de iniciação científica e seção 2 módulos de Planejamento conforme preconizado por Campos, Faria, Santos (2010).

Foi realizada também uma análise situacional pela equipe de saúde sob a coordenação do médico e da enfermeira da unidade de saúde da família. Através desta análise foram identificados os nós críticos, bem como traçadas as operações, obstáculos e possíveis resultados a serem alcançados. Tudo isso foi organizado em um plano de ação que determina os responsáveis pelas operações além dos prazos e dos resultados das mesmas.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes com Diabetes Mellitus. O trabalho foi realizado com a participação da equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Além disto, para a construção deste projeto foi realizada uma revisão bibliográfica utilizando trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SciELO, dentre outros, além de materiais publicados pelo Ministério da Saúde. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto.

Como critério de inclusão, foram selecionados artigos publicado no idioma português, entre os anos 2008 e 2016, com os descritores: Diabetes Mellitus, Atenção Básica, Fatores de Riscos.

O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde da equipe, profissionais da equipe multidisciplinar e população da Unidade Básica de Saúde Pascoal Tasse, no bairro Centro, localizado no município de Senador Cortes/MG.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A saúde da família é um dos focos da Atenção Básica e o Diabetes Mellitus é problemática cuja incidência e consequências serão analisadas a seguir.

5.1 Diabetes Mellitus

Diabetes Mellitus é uma doença crônica cuja incidência cresceu muito nos últimos anos. Trata-se de doença diagnosticada em diversas regiões e países e cujo crescimento é acarretado às taxas de urbanização, aumento da expectativa de vida, hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e obesidade, deslocamento populacional para áreas urbanas dentre outros fatores. É uma doença que pode se instalar silenciosamente, sem que sintomas sejam percebidos de imediato, ou sejam confundidos com questões simples. Considerando esta possibilidade de não identificação, é preciso que ocorra orientação da população para que esta tenha consciência de que um sintoma, mesmo que pequeno, pode ser indicativo da doença (ORTIZ; ZANETTI, 2000).

Ainda considerando as características do Diabetes Mellitus, cabe ressaltar tratar-se de doença não transmissível. Suas características são: hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas, resultantes das alterações na produção e secreção e/ou no mecanismo de ação da insulina. Ocorrem também complicações cardiovasculares, que interferem diretamente na vida ativa e laborativa do portador (GUIDONI, 2008).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), trata-se de um estado de hiperglicemia crônico, produzido por numerosos fatores ambientais e genéticos. Estes fatores atuam em conjunto que, na falta de insulina, originam alterações no metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras. Em decorrência de sua incidência, é um problema de saúde pública, cujos índices de mortalidade são significativos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2006).

Segundo Souza e Souza (2008, p. 1):

O Diabetes é um dos mais importantes problemas de saúde pública do mundo e responde por cerca de 25 mil óbitos anuais, sendo classificado como a sexta causa de morte no país. Os fatores de risco são a predisposição genética, idade, obesidade e sedentarismo.

Considerando os dados citados constata-se que as perdas causadas pela doença se não tratada e acompanhada de perto pelas entidades responsáveis pela saúde pública podem chegar a altas proporções. (SOUZA; SOUZA, 2008)

Segundo a SBD (2006), a classificação apresenta conceitos de estágios do diabetes que se estendem desde a normalidade, tolerância a glicose diminuída e glicemia de jejum alterada até o Diabetes Mellitus (DM). O DM apresenta duas formas principais, o tipo I (DM1), que aparece principalmente na infância ou na adolescência e o tipo II (DM2), a mais frequente, que corresponde a aproximadamente de 85% a 90% dos casos e aparece insidiosamente, principalmente em adultos. Há outras formas menos frequentes de DM, como a gestacional e outros tipos que ocorrem devido a defeitos genéticos funcionais das células beta do pâncreas e na ação da insulina, induzidas por fármacos, agentes químicos ou infecções (GUIDONI, 2008).

O DM2 apresenta fatores predisponentes como: hereditariedade, obesidade, hábitos alimentares inadequados, estresse e sedentarismo. Com exceção da hereditariedade, todos os outros fatores podem ser prevenidos e/ou controlados por uma dieta adequada e pela prática de atividade física regular (GUIDONI, 2008).

Considerando a rotina corrida adotada pela maior parte da população e, muitas das vezes, os maus hábitos alimentares impostos por esta mesma rotina, estes fatores respondem, em algumas situações, pelo surgimento da doença. (ASSUNÇÃO, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), identificou em 177 milhões o número de portadores de Diabetes Mellitus em todo o mundo no ano 2000. Ainda este órgão estima que este número chegue a 350 milhões de pessoas em 2025. Foram registrados seis milhões de portadores da doença no Brasil no ano de 2006. Constatou-se também que os números da doença crescem mais

efetivamente nos países de economia mais fraca, países pobres ou em vias de desenvolvimento. Neste contexto, considerando as possíveis dificuldades econômicas destes países, há que se considerar que maiores são também os índices de mortalidade, visto que as condições de cuidados e tratamento acabam por ser mais precárias. (BRASIL, 2006).

De acordo com a perspectiva de Assunção (2007), foi constatada uma prevalência da diabetes de 7,6% na população brasileira com idade entre 30 e 69 anos no ano de 2007. Trata-se de índice alto e que se faz relevante, tornando o diabetes um dos principais problemas de saúde pública no país, representando alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população. Na rede pública de saúde, a porta de entrada para o portador de DM é a Unidade Básica de Saúde, que está estruturada de acordo com o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF é uma estratégia que tem como principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e substituir o modelo tradicional de assistência, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento ao usuário pode ser prestado na própria unidade básica de saúde ou no domicílio pelos profissionais da saúde que compõem as equipes de saúde da família. Com este tipo de relação contínua, são criados vínculos entre os profissionais e o usuário, o que facilita a identificação dos problemas de saúde da comunidade e seu atendimento (ASSUNÇÃO, 2007).

Nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o Diabetes Mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos (EMBOAVA, 2011).

O Caderno de Atenção Básica (2014) destaca a orientação como forma de favorecer o autocuidado em doenças crônicas, de forma que o comportamento do usuário seja mudado, vindo de encontro ao que objetiva-se neste projeto. Prima-se por educar para prevenir. Em situação onde a doença já esteja estabelecida, busca-se orientar para cuidar e não agravar o quadro.

Considerando que nem sempre o portador sabe lidar com sua doença, a orientação acerca do autocuidado se faz necessária. Em paralelo, uma vez bem orientado, o indivíduo pode também orientar outras pessoas em busca de tratamento (BRASIL, 2014).

Ainda segundo este caderno, considerando o DM e as propostas de autocuidado, destaca-se: a) a pessoa com DM apresenta muitos dos sentimentos, emoções e sintomas físicos gerais que a maioria das pessoas com doenças crônicas; b) existem muitas evidências sobre o autocuidado e o DM, e ações nacionais com bons resultados no controle e na qualidade de vida da pessoa com DM. Busca-se, portanto, por meio de programas específicos, desenvolver habilidades, mudanças, autonomia e responsabilidade compartilhada entre a pessoa, a sua família e a equipe de Saúde em relação ao DM (BRASIL, 2014).

5.2 Etiologia do DM

O DM apresenta etiologia múltipla, cuja causa associa-se a fatores de risco, que contribuem para o aparecimento da doença. Tais fatores são classificados em genéticos ou não-modificáveis (predisposição genética, idade) e em ambientais ou modificáveis (obesidade, sedentarismo, HDL baixo e/ou triglicérides elevados, hipertensão arterial e uso de medicamentos) (SOUZA; SOUZA, 2008).

Souza e Souza (2008) destacam detalhadamente cada um destes fatores:

- *Predisposição genética*: a suscetibilidade genética para o Diabetes Mellitus tipo 1 está associada à presença de antígenos de histocompatibilidade (histocompatibility leucocyte antigen - HLA). A doença é um conjunto de distúrbios genéticos heterogêneos, que se expressa por fenótipos semelhantes, em que a interação entre genética e fator ambiental seja o fator desencadeante de um processo auto-imune cujos marcadores conhecidos são os auto-anticorpos.

- *Idade*: os idosos são mais predispostos ao diabetes devido à diminuições de insulina, adiposidade, diminuição da atividade física, medicações de prescrições múltiplas, genética e doenças coexistentes. Já o diabetes em crianças e adolescentes são raros. Estima-se que ocorra em apenas 0,2% da população, apesar de vir aumentando, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2006).
- *Obesidade*: este é um dos principais fatores de risco para o diabetes tipo 2. Entre 80 e 90% dos indivíduos acometidos por esta doença são obesos e o risco está diretamente associado ao aumento do índice de massa corporal.
- *Sedentarismo*: o sedentarismo é um fator de risco para a obesidade, conseqüentemente, torna-se fator de risco para o diabetes. Os exercícios físicos contribuem para facilitar a entrada de glicose nas células controlar o peso, melhorar a ação da insulina, reduzir fatores de risco cardiovasculares e promover a saúde física e mental.

5.3 Ações de Saúde Associadas ao Diabetes Mellitus

Mediante as considerações acerca do DM, constata-se tratar de doença cuja evolução pode oferecer diversos riscos ao portador, inclusive risco de morte (BRASIL, 2006).

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. (BRASIL, 2006, p. 10)

Em paralelo, também como foi salientado, os índices de doentes/casos cresce constantemente. Considerando este cenário, é evidente a necessidade de políticas públicas que interfiram e orientem os sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos e nutricionais que podem resultar no desenvolvimento do DM, bem como, responder pelo cuidado e acompanhado de indivíduos que já desenvolveram tal quadro clínico. Por iniciativa do Ministério da Saúde diversas estratégias de saúde pública, economicamente

eficazes, são desenvolvidas com intuito de prevenir o Diabetes e/ou reduzir suas complicações. (BRASIL, 2006) Nesta premissa, segundo o órgão:

Os profissionais de saúde da atenção básica, notadamente a equipe de Saúde da Família, adequadamente capacitados, poderão, com ações comunitárias e individuais, informar a comunidade, prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica inclusive a medicamentosa, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar qualidade do controle, prevenir complicações, gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade se necessário e prestar assistência paliativa para os já complicados, buscando o bem estar e a qualidade de vida e assim contribuindo para o desenvolvimento pleno das famílias e comunidades assistidas. (BRASIL, 2006, p. 8)

Percebe-se a importância, portanto, das ações de saúde voltadas para a família, bem como do suporte dado pelas autoridades governamentais a este tipo de projeto.

O manejo do Diabetes Mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. Frente à crise vivida no setor de saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa (hoje, Estratégia) Saúde na Família (ESF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, a ESF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente (EMBOAVA, 2011).

A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos com diabetes e hipertensão (EMBOAVA, 2011).

Considera-se o Diabetes mellitus (DM) como a terceira doença crônica mais frequente entre os idosos (17,9%). O DM é um grupo de desordens metabólicas decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos, sendo caracterizado por hiperglicemia

crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial (NAGAI, 2012).

Por outro lado, muitas pessoas com DM são assintomáticas, o que dificulta o diagnóstico e a adesão ao tratamento. Muitas das vezes, há relatos de sintomas que não são tratados, por serem confundidos com simples desconfortos. No entanto, mesmo em indivíduos assintomáticos poderá haver hiperglicemia discreta, porém em grau suficiente para causar alterações funcionais ou morfológicas (NAGAI, 2012).

Atualmente, o DM é classificado de acordo com sua etiologia em quatro principais tipos: (NAGAI, 2012)

- O DM tipo I é caracterizado pela deficiência absoluta de secreção de insulina, devido, principalmente, à destruição autoimune das células beta pancreáticas;
- O DM tipo II, mais comum, abrange 85% a 90% do total de casos de diabetes e, geralmente, é diagnosticado após os 40 anos de idade, principalmente em indivíduos obesos. Neste caso, os pacientes apresentam uma redução na resposta à insulina nos tecidos periféricos (resistência à insulina) e, posteriormente, disfunção das células beta, que se manifesta pela secreção inadequada da insulina diante da resistência à mesma e à hiperglicemia;
- O DM gestacional é caracterizado por hiperglicemia, de magnitude variável, quando diagnosticada pela primeira vez durante o período gestacional, que pode ou não persistir após o parto;
- Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos e infecções (NAGAI, 2012).

O diagnóstico de DM é estabelecido a partir da identificação dos sintomas clássicos (poliúria, polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso) e da análise de exames laboratoriais, como glicemia casual maior que 200 mg/dl, glicemia de jejum maior que 126 mg/dl e teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g) maior que 200 mg/dl (NAGAI, 2012).

A fim de programar e efetivar, a estratégia de prevenção e controle da doença, elaborarmos um estudo fundamentado na teoria educacional e comportamental, propondo um tipo de intervenção pautada em conceitos, como conhecimentos, habilidades e atitudes a respeito da doença, para que indivíduos com DM possam realizar as atividades de autocuidado, que incluem a prática frequente de exercício físico e de um plano alimentar (TORRES, 2011).

5.4 Diabetes Mellitus e Prática Educativa

Autores discutem que, no processo de planejamento dos programas de educação em DM, é fundamental o uso das teorias educacionais que envolvam as abordagens comportamentalistas e contemplem os aspectos cognitivos, sociais e culturais na construção dos conhecimentos e habilidades. Conhecimento e atitudes a respeito da doença, aprendidos por meio de estratégias participativas e metodologias inovadoras no processo educativo, são importantes e, às vezes, essenciais para mudança de comportamento. Ao avaliar a mudança de comportamento, devemos considerar os valores e opiniões dos indivíduos, bem como suas expectativas ante a probabilidade de sua ação alcançar modificações psicológicas e sociais. Nessa perspectiva, é preciso que os indivíduos com DM reflitam sobre a doença e problematizem as opções de tratamento, os custos, os riscos e os benefícios envolvidos em cada uma das estratégias disponíveis, a fim de que possam decidir sobre os caminhos terapêuticos que melhor se adaptem a seu cotidiano. (TORRES, 2011).

Uma alternativa que pode ser desenvolvida pelas equipes multidisciplinares de ESF remete à prática educativa como forma de orientar e conscientizar a gestante adolescente em relação à todo o processo de gestação e parto. Propor atividades em grupo pode ser também uma boa oportunidade para que estes adolescentes troquem experiências e conversem sobre seus receios. Este tipo de troca pode amenizar uma série de questões de cunho emocional, favorecendo qualidade de vida e aceitação da adolescente

da sua condição física e tratamento. Nesta fase, o autocuidado torna-se difícil e o controle glicêmico fica prejudicado (TORRES, 2011).

A necessidade de desenvolver atividades de ensino e práticas educativas de saúde, direcionadas à pessoa com diabetes mellitus e sua família, centradas na disponibilização do conhecimento de uma atitude frente à doença, está relacionada à prevenção e complicações por meio do automanejo da doença, o que possibilita à pessoa conviver melhor com sua condição (SERAMIN; DANZE; OLIVEIRA, 2013).

A educação para o automanejo do diabetes mellitus é o processo de ensinar o usuário a administrar a sua doença. As metas da educação em diabetes mellitus consistem em melhorar o controle metabólico, prevenir as complicações agudas e crônicas, e melhorar a qualidade de vida com custos razoáveis. No entanto, há déficit significativo de conhecimento e de habilidade em 50 a 80% dos indivíduos com diabetes mellitus (SERAMIN; DANZE; OLIVEIRA, 2013).

Durante o processo educativo, o usuário deve, em conjunto com a equipe multiprofissional de saúde, buscar estratégias efetivas que o auxiliem a manejar o diabetes mellitus (SERAMIN; DANZE; OLIVEIRA, 2013).

Os programas de saúde, de modo geral, são oferecidos com o objetivo de reduzir o número de doenças, de suas complicações, evitando mortes prematuras. Eles contêm intervenções educativas que visam oferecer informações e habilidades ao indivíduo, no caso com diabetes mellitus, para alcançar um bom controle metabólico a partir da compreensão da doença e do manejo do tratamento. As informações oferecidas durante as intervenções educativas favorecem a busca para a mudança de comportamento e o que, conseqüentemente, fará diferença no tratamento da doença (SERAMIN; DANZE; OLIVEIRA, 2013).

Apesar de receberem reconhecimento de sua importância por parte de profissionais de saúde, estes programas, apresentam algumas limitações que devem ser revistas, dentre elas o despreparo para a organização; o planejamento e a execução das práticas educativas; as relações interpessoais

pouco efetivas; e a falta de capacitação técnica sobre DM. (TORRES, SANTOS, 2012)

Os profissionais de saúde devem envolver a pessoa diabética em todas as fases do processo educacional, pois, para assumir a responsabilidade do papel terapêutico, o usuário precisa dominar conhecimentos e desenvolver habilidades que o instrumentalizem para o autocuidado. Nessa direção, cabe à equipe multiprofissional, além de disponibilizar ao usuário todas as informações necessárias acerca de sua doença, acompanhá-lo por período de tempo com vistas a ajudá-lo na tomada de decisões, frente às inúmeras situações que a doença impõe (SERAMIN. DANZE; OLIVEIRA, 2013).

Torres e Santos (2012), acerca desta participação de profissionais no processo de educação sobre o DM, complementam:

A competência dos profissionais de saúde no processo educativo, em especial em DM, pode ser entendida como a capacidade que o profissional tem de realizar intervenção, além de saber agir com responsabilidade, de maneira reconhecida, implicando na mobilização de conhecimentos e habilidades, agregando, portanto, valor à organização e ao profissional. (TORRES, SANTOS; 2012, p. 575)

Nesta premissa, a ação profissional é essencial à orientação do usuário do serviço, fazendo que ele busque cuidar de sua saúde, uma vez que as problemáticas associadas à sua doença, bem como consequências da mesma, serão esclarecidas (TORRES, SANTOS, 2012)

Desse modo, avaliar o conhecimento e a atitude, relacionada à saúde de pessoas com diabetes mellitus e hipertensão arterial, fornecerá subsídios para compreender as dificuldades próprias ao manejo da doença e, conseqüentemente, melhorar o controle metabólico. Aos profissionais de saúde, particularmente enfermeiros, cabe desenvolver habilidades e ferramentas que direcionem as intervenções de enfermagem aos usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial em nível de atenção à saúde primária, secundária e terciária (SERAMIN; DANZE; OLIVEIRA, 2013).

Acredita-se que o conhecimento do paciente diabético no processo do autocuidado é uma ferramenta importante para prevenção do desenvolvimento de agravos (SILVA, 2012).

Apesar do conhecimento insuficiente, percebe-se também, a incerteza e o desconhecimento de alguns sujeitos sobre a temática, compete aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, unirem esforços para aperfeiçoarem as formas de tratamento e autocuidado, considerando os aspectos culturais e individuais de seus clientes (SILVA, 2012).

Salientamos a importância e a necessidade da implantação do atendimento multiprofissional aos diabéticos na modalidade grupal nos serviços de saúde que abarquem o tratamento e a educação e, assim, proporcionem conhecimentos relativos à doença a fim de promover o autocuidado e favorecer o controle glicêmico, diminuindo, desta forma, o ônus trazido pela doença e aumentando a qualidade de vida desta população (SILVA, 2012).

De uma mesma forma, o trabalho com grupos pode responder pela consolidação das práticas educativas. Sendo assim, trabalhar em equipe, como o que será desenvolvido neste projeto, favorece a identificação e a criação de vínculo, por meio de objetivos comuns que favorecem a responsabilidade entre os participantes. (TORRES, SANTOS, 2012) É muito importante também a atuação dos profissionais que orientam estes grupos, conforme estes autores afirmam:

Quando os profissionais envolvidos no processo de trabalho em equipe conseguem manter uma comunicação franca, respeitando as diferenças entre os membros e unindo-se em prol de um bem comum, esse acontece de maneira efetiva, e mudanças nos determinantes do processo saúde - doença são passíveis de acontecer. As práticas educativas em Diabetes são um desses cenários, nos quais as competências dos profissionais afloram e a união pode trazer resultados benéficos para os usuários, relacionados à melhoria do controle da doença e à satisfação dos profissionais. (TORRES, SANTOS; 2012, p. 578)

Como foi observado, as práticas educativas voltadas para orientação acerca do Diabetes Mellitus podem ser essenciais ao portador da doença, principalmente àqueles que desconhecem seus sintomas e suas possíveis consequências. Por se tratar de um mal cujos sintomas pode confundir-se com demais doenças ou pode ser considerada algo trivial, quanto mais informações as pessoas tiverem, maiores serão suas oportunidades de identificação do problema e busca por soluções. (TORRES, SANTOS, 2012)

6. PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição dos problemas

Fundamentar a necessidade de se utilizar um enfoque estratégico de planejamento que permita apreender a complexidade dos processos sociais e que, ao mesmo tempo, forneça ferramentas operacionais para a construção de projetos e planos de ação para o enfrentamento de problemas estratégicos que resultem num impacto positivo na qualidade de vida da população. Estes planos de ação devem estar apoiados numa análise ampla, multissetorial e interdisciplinar que articule as distintas dimensões da realidade e devem envolver os diferentes atores, desde os níveis governamentais até a comunidade organizada em torno de propostas concretas na busca de soluções criativas. Apresentamos o Planejamento Estratégico Situacional - PES - como um enfoque a partir de problemas, capaz de proporcionar, através do conceito de explicação situacional, um olhar abrangente, de caráter totalizante e rigoroso que fundamenta a ação do ator, considerando a visão e a capacidade de ação de outros atores relevantes, que devem, sempre que possível, ser envolvidos no enfrentamento dos problemas.

O plano de ação é composto de operações desenhadas para enfrentar e impactar as causas mais importantes (ou os “nós críticos”) do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano. Essas operações consomem vários tipos de recursos, a saber: econômicos (também denominados financeiros); organizacionais (referente à estrutura física, recursos humanos), cognitivos (conhecimentos disponíveis e acumulados); de poder (também denominados recursos políticos) conforme preconizado por Campos; Faria, Santos (2010).

6.2 Desenho das Operações

Consiste na descrição das operações do plano de ação de acordo com as causas, selecionadas como “nós críticos”. Além das operações, neste passo serão delimitados os resultados e produtos para cada operação. A seguir apresentam-se os nós críticos e suas demais determinações.

Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico hábitos e estilo de vida inadequados relacionado ao problema de modificação de hábitos em busca de mais saúde, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pascoal Tasse, em Senador Cortes, Minas Gerais

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida inadequados
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida para ter mais saúde.
Projeto	Mais saúde
Resultados esperados	Diminuir até em 20% a obesidade e o sedentarismo, reduzir a ingestão de comidas gordurosas, e o consumo de sal. Aumentar o consumo de frutas, legumes e vegetais. Aumentar o numero de pacientes que pratiquem exercícios físicos.
Produtos esperados	Programa de exercícios aeróbios e caminhadas, campanha na radio local , convidar aos pacientes para academia e para ações no poliesportivo.
Atores sociais/ responsabilidades	Processo participativo, envolvendo a população e a equipe.
Recursos necessários	Estrutural: conseguir disponibilização de espaço para as palestras. Cognitivo: informações a serem prestadas e proporcionar debate para esclarecimento de dúvidas. Financeiro: recursos para material audiovisual e folhetos educativos.
Recursos críticos	Organizacional: saber mais sobre a doença e sobre os riscos.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Favorável

Ação estratégica de motivação	Não necessária
Responsáveis:	Enfermeiro
Cronograma / Prazo	Dois meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico.

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico pressão social relacionado ao problema de modificação de desemprego e violência (que interferem nas condições emocionais dos indivíduos favorecendo o desenvolvimento do diabetes), na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pascoal Tasse, em Senador Cortes, Minas Gerais

Nó crítico 2	Pressão Social
Operação	Aumentar a oferta de empregos, fomentar a paz para viver melhor.
Projeto	Viver Melhor
Resultados Esperados	Diminuição de desemprego, diminuição da violência e diminuição dos problemas da família
Produtos esperados	Programa de geração de empregos programa de fomento de cultura por paz.
Atores sociais/ responsabilidades	Ministério de ação social Secretaria de saúde Educação, associações de bairros, cultura e lazer, sociedade e defesa civil.
Recursos necessários	Informação sobre o tema de geração de empregos e da violência, mobilização social e aprovação do financiamento do projeto.
Recursos críticos	Organizacional: mobilização social em torno a desemprego e da violência. Político: articulação intersetorial em torno do desemprego e da violência. Financeiro: financiamento do projeto.

Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ministério de ação social Secretaria de saúde Educação, associações de bairros, cultura e laser, sociedade e defesa civil.
Ação estratégica de motivação	Projeto de apoio a instituições.
Responsáveis	Agentes comunitários de saúde.
Cronograma/prazo	Três meses.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Enfermeira e agentes comunitários de saúde.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico nível de informação, relacionado ao problema de falta de conhecimento em relação aos riscos da Diabetes Melitus, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pascoal Tasse, em Senador Cortes, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Nível de Informação
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre os fatores de riscos.
Projeto	Saber Mais
Resultados Esperados	População melhor informada.
Produtos esperados	Avaliar o nível de informação da população de Risco, fazer campanha na rádio local, palestras em PSF sobre os fatores de riscos cardiovasculares.
Atores sociais/ responsabilidade	Equipe de Saúde da Família.
Recursos necessários	Conhecimentos cognitivos sobre estratégia de comunicação, políticas de articulação intersetorial em parceria com educação e mobilização social.
Recursos críticos	Político: articulação intersetorial.
Controle recursos crítico Viabilidade	Secretaria de saúde
Ação estratégica motivação	Favorável
Responsáveis	Enfermeira.

Cronograma/prazo	Início dois meses, culminação cinco meses Início um mês, culminação seis meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico estrutura de serviços de saúde, relacionado ao problema de melhorar a estrutura de saúde disponibilizada à população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pascoal Tasse, em Senador Cortes, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Estrutura de Serviços de Saúde
Operação	Melhorar a estrutura dos serviços de saúde para atendimento dos pacientes.
Projeto	Cuidar Melhor
Resultados Esperados	Consultas e realização de grupos.
Produtos esperados	Capacitação pessoal; contratação de médicos, compra de medicamentos, exames e consultas especializadas, aquisição de aparelhos.
Atores sociais/responsabilidade	Médico e coordenadora de APS.
Recursos necessários	Políticos: Recursos para estruturar a atenção em saúde, aumento da oferta de exames e consultas. Cognitivos: elaboração e adequação da estratégia de saúde.
Recursos críticos	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.
Controle recursos crítico Viabilidade	Prefeito; Secretaria de saúde; Fundo nacional de saúde.
Ação estratégica motivação	Projeto de estruturação da rede; favorável/indiferente.
Responsáveis	Médico e coordenadora de APS.
Cronograma/prazo	Nove meses
Gestão, acompanhamento e avaliação	Médico

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico processo de trabalho da equipe de saúde, relacionado ao problema de falta de cuidados, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Pascoal Tasse, em Senador Cortes, Minas Gerais.

Nó crítico 5	Processo de trabalho da equipe de saúde
Operação	Implantar a linha de cuidados para risco cardiovascular; implantar sistema de referência e contra referência.
Projeto	Linha de Cuidado
Resultados Esperados	Cobertura de 100% da população com risco cardiovascular aumentado.
Produtos esperados	Linha de cuidado para risco cardiovascular, implanta protocolos de atenção dos recursos humanos capacitados
Atores sociais/ responsabilidade	Secretaria de saúde.
Recursos necessários	Cognitivo: elaboração de projetos da linha de cuidados e de protocolos. Político: articulação entre setores da saúde e adesão profissionais
Recursos críticos	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Controle recursos crítico Viabilidade	Projeto elaborado e submetido a fundo nacional
Ação estratégica motivação	Favorável
Responsáveis	Médico e coordenadora APS
Cronograma/prazo	De dois a doze meses.
Gestão, acompanhamento avaliação	Médico

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi observado na revisão de literatura deste estudo, o Diabetes Mellitus é uma doença quase silenciosa em seu início, e que acomete grande parte da população na sociedade atual, decorrente de hábitos inadequados de alimentação, sedentarismo e demais costumes da vida contemporânea. Muitas das vezes, por falta de informação até, o indivíduo desconhece a doença e seus possíveis sintomas, não buscando seu diagnóstico e tratamento. As pessoas convivem com a doença sem saber, fazendo com que esta se agrave gradativamente, e este agravamento pode culminar na morte.

Apesar de haver maior promoção e divulgação da doença como grave, bem como disponibilização de seu tratamento no Sistema Único de Saúde, observa-se que a incidência do Diabetes Mellitus ainda é grande. Atualmente o Diabetes está em evidências nos diversos meios de comunicação, e é tema de discussão e pesquisa científica. Porém, talvez ainda falte sua inserção de forma mais dirigida às pessoas comuns da população, que precisam dispor de conhecimento e orientação a fim de identificar e tratar a doença. O Diabetes apresenta prevalência crescente e associação com outras morbidades.

Partindo desta premissa, há que se considerar que informação, discussão e aprendizagem sobre o Diabetes devem ser levadas à população. As práticas educativas são necessárias para que haja compreensão da extensão da doença e dos males a ela associados. As pessoas precisam receber a informação para que, devidamente orientadas, possam buscar pelo tratamento adequado, reduzir os hábitos que o acarretam e, conseqüentemente, reduzir também os riscos.

Desta forma, julga-se que toda iniciativa cujo intuito é levar informação e orientação à população, fundamentada cientificamente e encaminhada por profissionais que dominem o tema, é de grande valia.

Com base nesta expectativa, acredito que o desenvolvimento deste projeto possa favorecer o grupo comunitário envolvido, ajudando-os na prevenção e na busca por tratamento, além de poderem também alertar parentes e conhecidos.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, Thais Silva. **Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa**. Belo Horizonte: 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>.> Acesso em 12 de Junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: 2006. Disponível em <http://www.medlearn.com.br/ministerio_saude/atencao_basica/cadernos_atencao_basica_16_diabetes_mellitus.pdf>. Acesso em 10 de Junho de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica À Saúde**. Brasília: 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_35.pdf.> Acesso em 10 de Junho de 2016.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

EMBOAVA, Silvia Nogueira. **Projeto de intervenção para a estratégia na unidade básica na família Vila Corumbá** – para as pessoas que adoecem com a doença da diabetes ou predispostas o com alta prevalência de contrair a doença. Mato Grosso do Sul: 2011. Disponível em: <http://virtual.ufms.br/objetos/tcct1/tcc/arquivos/SILVIA%20NOGUEIRA%20EMBOAVA_193_65086.docx.> Acesso em 11 de Junho de 2016.

GOLDENBERG, P.; SCHENKMAN, S.; FRANCO, L. J. Prevalência de diabetes mellitus: diferença de gênero e igualdade entre os sexos. **Rev Bras Epidemiol**. 2003;6(1):18-28

GUIDONI, Camilo Molino. **Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual**. São Paulo: 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-82502009000100005>. Acesso em 13 de Junho de 2016.

IBGE. **Senador Cortes**. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=316560>>. Acesso em 25 de Julho de 2016.

NAGAI, Paula Akemi. **Idosos diabéticos: as motivações para o autocuidado**. São Paulo: 2012. Disponível em <<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/download/17315/12860>.> Acesso em 12 de Junho de 2016.

ORTIZ, Maria C. A.; ZANETTI, M.L. Diabetes Mellitus: fatores de riscos em uma instituição de ensino na área de saúde. **Rev. Lat. Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.6, p. 128-132, dez. 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR CORTES. **Portal da Transparência Pública**. Disponível em: < <http://www.senadorcortes.mg.gov.br/>>. Acesso em 27 de Junho de 2016.

SERAMIN, C. L. M.; DANZE, L.; OLIVEIRA. K. C. L. Conhecimento e atitude: componentes para a educação em diabetes mellitus nas unidades básicas de saúde de Bebedouro, SP **Revista Fafibe On-Line**, ano VI, n.6. nov. 2013.

SILVA, Polyanna Bezerra. **O Conhecimento do paciente idoso diabético no processo do autocuidado assistidos pelo Programa de Saúde da Família**, Pernambuco: 2012. Disponível em: <https://www.posgraduacaoredentor.com.br/hidden/path_img/conteudo_542b1aa3ee940.pdf>. Acesso em 13 de Junho de 2016.

SOUZA, Cíntia G.; SOUZA, Eliana C. G. **Diabetes**: um problema de saúde pública. 2008. Disponível em: <http://sudamerica.edu.br/argumentandum/artigos/argumentandum_volume_3/Argumentandum_3_artigo_Eliana_artigo.pdf>. Acesso em 17 de Junho de 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus: diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**. São Paulo: Associação Nacional de Assistência ao Diabético, 2006.

TORRES, Heloisa de Carvalho. **Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com diabetes mellitus**. Belo Horizonte: 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a11v24n4.pdf>. > Acesso em 13 de Junho de 2016.

TORRES, Heloísa de Carvalho; SANTOS, Laura. Práticas Educativas em Diabetes Mellitus: as competências dos profissionais da saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2012 Jul-Set. v. 21,n.3,p 574-80.