

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

YENICEL AVILA GARCIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS DOS PACIENTES
ADSCRITOS À EQUIPE DE SAÚDE DE AMPARO DA
SERRA/MINAS GERAIS**

IPATINGA/ MINAS GERAIS

2018

YENICEL AVILA GARCIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS DOS PACIENTES
ADSCRITOS À EQUIPE DE SAÚDE DE AMPARO DA
SERRA/MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Professora Virgiane Barbosa de Lima.

IPATINGA/ MINAS GERAIS

2018

YENICEL AVILA GARCIA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORAR A ADESÃO AO
TRATAMENTO DO DIABETES MELLITUS DOS PACIENTES
ADSCRITOS À EQUIPE DE SAUDE DE AMPARO DA
SERRA/MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Virgiane Barbosa de Lima

Profa. Dra. Eliana Aparecida Villa – UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 02 de agosto de 2018.

RESUMO

A Atenção à Saúde do portador de diabetes é uma ação necessária da Atenção Primária de Saúde assim como da equipe de Saúde da Família, pois interfere positivamente nos cuidados da pessoa portadora de diabetes mellitus. Este trabalho objetivou a elaboração de uma proposta de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento do paciente portador de diabetes da Unidade Básica de Saúde de Amparo da Serra no município de Amparo da Serra, no ano de 2018. Quanto à metodologia, foi utilizado o método do Planejamento Estratégico Situacional e a Estimativa Rápida para determinar o problema prioritário, que no momento pode ser enfrentado. Visando subsidiar a proposta, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o tema em trabalhos científicos encontrados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, tendo como descritores para a pesquisa bibliográfica: Diabetes, Atenção Primária em Saúde, Estratégia Saúde da Família. Durante esta intervenção será realizada a avaliação multidimensional rápida, exame clínico apropriado, prescrição de exames complementares periódicos, prescrição de medicamentos da Farmácia de Minas, cadastramento e visitas domiciliares aos diabéticos acamados ou com problema de locomoção e que vivem na zona rural, rastreamento para diabetes mellitus, assim como a primeira consulta com o cirurgião dentista, busca ativa dos diabéticos faltosos e avaliação do risco de morbimortalidade. Serão utilizados todos os espaços como atendimentos individuais, coletivos e visitas domiciliares para realização de ações educativas sobre a dieta, prática regular de atividade física, terapia medicamentosa para os diabéticos, assim como outros temas relacionados com as complicações e agravos desta doença. Assim, as atividades desenvolvidas contribuirão com do desenvolvimento de uma atenção de qualidade para a promoção e prevenção da saúde dos diabéticos da Unidade Básica de Saúde de Amparo da Serra.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Diabetes mellitus

ABSTRACT

The Health Care of the patient with diabetes is a necessary action of the Primary Health Care as well as the Family Health team, as it interferes positively in the care of the person with diabetes mellitus. This study aimed at the elaboration of an intervention proposal to improve adherence to the treatment of patients with diabetes at the Basic Health Unit of Amparo da Serra in the city of Amparo da Serra in the year 2018. Regarding the methodology, the method of the Situational Strategic Planning and the Rapid Estimate to determine the priority problem that can be faced at the moment. Aiming to subsidize the proposal, a bibliographical review on the subject was carried out in scientific works found in the databases of the Virtual Health Library, having as descriptors for the bibliographical research: Diabetes, Primary Health Care, Family Health Strategy. During this intervention, rapid multidimensional evaluation, appropriate clinical examination, prescribing of periodic complementary exams, medication prescription of the Pharmacy of Mines, registration and home visits for diabetic patients who are bedridden or with locomotion problems living in the rural zone, screening for diabetes mellitus, as well as the first consultation with the dental surgeon, active search of the diabetic patients and evaluation of the risk of morbidity and mortality. All spaces will be used as individual, collective and home visits for educational actions on diet, regular physical activity, drug therapy for diabetics, as well as other topics related to the complications and diseases of this disease. Thus, the activities developed will contribute to the development of quality care for the promotion and prevention of diabetic health at the Basic Health Unit of Amparo da Serra.

Key words: Primary Health Care. Family Health Strategy. Diabetes mellitus

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Amparo da Serra, Unidade Básica de Saúde Amparo da Serra, município de Amparo da Serra, estado de Minas Gerais.....13
- Quadro 2** – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de conhecimentos sobre o diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Amparo da Serra, no município de Amparo da Serra, Minas Gerais.....25
- Quadro 3** – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de exercício físico/sedentarismo e dieta adequada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Amparo da Serra, no município de Amparo da Serra, Minas Gerais.....26
- Quadro 4** – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de utilização de medicamentos de forma sistemática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Amparo da Serra, no município de Amparo da Serra, Minas Gerais.....27
- Quadro 5** – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de vínculo e comunicação entre a equipe e os portadores de diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Amparo da Serra, no município de Amparo da Serra, Minas Gerais.....28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	08
1.1 Breves informações sobre o município.....	08
1.2 O sistema municipal de saúde.....	08
1.3 A Equipe de Saúde da Família de Amparo do Serra.....	09
1.4 Estimativa rápida e o levantamento dos problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo).....	12
1.5 Priorização dos problemas (segundo passo).....	13
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4 METODOLOGIA.....	16
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo).....	23
6.2 Explicação do problema (quarto passo).....	23
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo).....	24
6.5 Desenho das operações (sexto passo).....	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29
REFERÊNCIAS.....	30

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

Amparo do Serra é um município localizado na Zona da Mata de Minas Gerais e faz divisa com Ponte Nova, Oratórios, Jequeri, Pedra do Anta e Teixeiras. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sua população estimada para o ano de 2017 era de 4.924 habitantes, os quais vivem numa área de 136,186 Km²(IBGE, 2016).

Acredita-se que Acaiabas ou os Tupis possam ter sido os primeiros habitantes de Amparo do Serra, tendo o município sido colonizado por portugueses, aproximadamente, 1830 pelo português Manoel Francisco Moreira Serra, o qual fundou o povoado de Cemitério Velho. Este português, ao cumprir uma promessa, trouxe para o Brasil uma imagem de Nossa Senhora do Amparo, e em seu louvor construiu uma capelinha em se iniciando aí o desbravamento e a povoação do território. No entorno da capela, apareceram às primeiras moradias de forma rápida, originando o arraial, herdando o nome da padroeira Nossa Senhora do Amparo que posteriormente veio se chamar Amparo da Serra no ano de 1992. Desde então, os Serrenses trabalham na produção do leite, café, criação de suínos, bovinos e vendas de legumes e frutas colhidos no município (IBGE, 2017).

Amparo do Serra ou atualmente Amparo da Serra, vem tendo um amplo desenvolvimento e de acordo com a Prefeitura do município aumentando ofertas para a educação, saúde e transporte para outras cidades. Este último, embora auxilie pessoas com mais dificuldade de se locomover, pelas comunidades e para a cidade de Amparo do Serra, porém ainda não é suficiente. (PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO DO SERRA, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

Conforme o site Cidades do Brasil, Amparo do Serra apresenta associações as quais o município pertence, inclusive pertence a um grupo de cidades vizinhas, como eventuais parques e reservas naturais. Com a finalidade de promover a organização, planejamento e integração para executar funções públicas, o município pertence à mesorregião da zona da

mata mineira e microrregião de Viçosa. Para a reorganização da atenção básica o município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) com equipes de trabalho na zona urbana e rural, cobrindo quase a totalidade da população.

Para prestar serviços em saúde e com integralidade da assistência, na organização da rede de atenção de Amparo do Serra, existe o Consórcio Intermunicipal e Saúde da Microrregião Do Vale Do Piranga (CISAMAPI) que auxilia o atendimento e na solução de problemas da área da saúde, entre os municípios que apresentam dificuldades para financiar serviços de saúde. Além disso, em Amparo do Serra, existem outros recursos que contribuem para a continuidade do serviço que é uma Unidade de Saúde Itinerante (unidade móvel), um Centro de Referência Ambulatorial, Pronto Atendimento (adulto e infantil), leitos na Maternidade Municipal de Ponte Nova, do Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e do Laboratório Central.

1.3 A Equipe de Saúde da Família de Amparo do Serra.

A Unidade de Saúde da Equipe de Amparo da Serra foi destinada para prestar serviços em saúde voltados para a atenção primária a 651 famílias, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) que vivem em seu território, funcionando como o primeiro contato dos usuários, tendo os serviços especializados e de urgência sempre que necessário. A Unidade Básica de Saúde funciona das 07:00 às 18:00 horas, anexo ao prédio do Pronto Socorro Gil Martins Pinheiro, onde trabalha a Equipe de Saúde da Família Amparo da Serra. A unidade encontra-se relativamente estruturada e equipada para o trabalho de uma equipe da atenção primária, e os recursos humanos que integram a equipe de saúde são 06 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 01 enfermeira, 01 técnica em enfermagem e 01 médica.

O trabalho assistencial no dia a dia da equipe pode ser resumido em triagem feita pela enfermeira aos pacientes que serão atendidos, intercalando os casos urgentes. Os usuários que necessitam de avaliação do especialista e exames de maior complexidade, são encaminhados aos diferentes serviços, quando necessário.

O trabalho na Equipe de Amparo da Serra é facilitado, pois, a equipe além de unida, tem criatividade no trabalho, não havendo conflitos entre profissionais. A unidade conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) constituído de profissionais especializados

como educador físico, nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga e fisioterapeuta; A equipe de NASF funciona no prédio da unidade e colabora principalmente no atendimento a pacientes com transtornos de personalidade, psicológicos, nutricional. Outro apoio é o Centro de Apoio Psico social (CAPS) que funciona em Ponte Nova e presta serviços aos usuários de Amparo do Serra.

Outros fatores facilitadores do processo de trabalho são: a adscrição da clientela que vive na zona urbana e próxima da unidade de saúde, permitindo conhecer melhor o usuário fortalecendo seu vínculo com a equipe; a visita domiciliar regularmente agendada entre os profissionais da equipe; a visita domiciliar aos pacientes com doença crônica, criança, idoso, grávidas, adolescentes com transtornos psicológicos, ou sempre que identificada a necessidade; as reuniões da equipe uma vez ao mês para planejar suas ações, decisões, etc. que serão aplicadas em seu dia a dia; o fato de, nas urgências a equipe prestar os atendimentos pertinentes e se necessário, fazer o encaminhamento ao nível de complexidade necessário com transporte em ambulância do município; o trabalho dos ACS que facilita o vínculo entre a equipe e os usuários, sendo eficientes na realização das visitas às famílias conforme sua especificação e, na oportunidade entregam calendários de consultas programadas aos pacientes; o acesso á unidade é relativamente fácil, permitindo que pessoas idosas e obesas não tenham problemas para irem sozinhos na unidade, estando a mesma estruturada em um só andar onde funcionam sala de observação, sala de vacina, sala de equipe do NASF, entre outros.

Por outro lado, existem fatores que dificultam o processo de trabalho da equipe Amparo da Serra, que são: o constante desvio de função dos ACS na ausência do profissional enfermeiro e auxiliar de enfermagem precisam sair da unidade; a falta de contra referência, pois quando é necessário solicitar avaliação de especialistas, o paciente é encaminhado pelo profissional médico, não sendo comum receberem relatórios ou contra referência para a unidade, muitas e vezes as informações são limitadas ao que o paciente foi informado ou se recorda; a falta na unidade de prontuário eletrônico; a relativa demora na realização dos exames de imagem e análises clínicas, cuja coleta de material biológico é feita duas vezes na semana ou conforme as possibilidades do cliente e pode ser feito particular; embora coletados na unidade, os exames clínicos são enviados a um laboratório no município Ponte Nova sem demora no

envio de resultados e em casos urgentes o resultado do exame segue via e-mail.

A equipe enfrenta a demanda espontânea na unidade, sendo os pacientes classificados conforme o risco e o paciente é atendido conforme a urgência além disso, embora a equipe tenha uma área sob sua responsabilidade, quando os pacientes da área rural procura os serviços da unidade são atendidos como casos urgentes, o que acaba alterando o processo de trabalho; a falta do dialogo, companheirismo e considerável desorganização de documentos e materiais para o trabalho.

Assim, observando o território onde a equipe trabalha, foi possível identificar problemas como, Animais em sua maioria cães soltos ou abandonados pelas ruas da cidade, além do esgoto a céu aberto e coleta de lixo disponível pela comunidade, que ocorre apenas duas vezes por semana.

Durante o atendimento à demanda espontânea, existem usuários que chegam à UBS com queixas relacionadas à diabetes. Para resolver o problema, primeiramente é realizada a triagem e se confirmada alterações, são indicados medicamentos e tratado como uma urgência e se o paciente não compensa, é encaminhado ao especialista Endocrinologista. Quando o paciente apresenta melhora, o mesmo é agendado para retornar à unidade, o que muitas vezes não acontece e se questionados, declaram que somente o medicamento resolveu seu problema, não justificando consulta na unidade de saúde, e nem o uso de medicamentos todos os dias. Outro argumento é que tomam remédios demais por apresentarem morbidades associadas, demonstrando claramente o desconhecimento sobre a doença.

Verificou-se, ainda, que na Equipe Amparo da Serra existe uma quantidade significativa de portadores de Diabetes Mellitus que vivem com a doença, mas não fazem o tratamento, mesmo se diagnosticados. Por outro lado, percebe-se que a conduta dos profissionais não vem convencendo este usuário da necessidade do tratamento, por falta de diálogo, ou mesmo, de se colocar no lugar do diabético e compreender o motivo que o leva a não adesão do tratamento proposto. Além disso, embora a equipe do NASF esteja sempre presente, observa-se que os termos técnicos muitas vezes impedem a compreensão da informação, tornando-se esta unilateral.

Trabalho como médica da equipe Amparo da Serra desde 03 de dezembro de 2016, pela

inscrição no Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Os médicos estrangeiros, foram contratados para trabalhar no Brasil, preferencialmente nas regiões mais carentes destes profissionais como regiões metropolitanas, população Ribeirinha, quilombolas, etc. Dando seguimento ao edital de seleção, os médicos são matriculados no Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família (CEGCSF), recebendo as atualizações que permitam o trabalho em equipe e direcionados para a promoção de ações em saúde, transformando a situação de saúde da população. Na disciplina de Planejamento e avaliação das ações de saúde e numa de suas atividades, os profissionais elaboram o plano de ação, que é destinado a resolver os problemas de saúde encontrados no território pela realização do diagnóstico situacional. No caso deste trabalho, o plano de ação se refere a ações para aumentar a adesão ao tratamento do diabetes, melhorando o cuidado prestado aos usuários acometidos pelo diabetes adscritos ao território da equipe. Nele, são propostas ações para readequar o processo de trabalho garantindo aos pacientes, atenção e cuidado, na tentativa de transformar hábitos que estimulam o avanço da doença e enfrentar o problema de maior relevância enfrentado pelos usuários que vivem no território (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

A realização do diagnóstico situacional permitiu que a equipe Amparo da Serra descobrisse o diabetes e os demais problemas que afetam o território, através da estimativa Rápida.

1.4 Estimativa rápida e o levantamento dos problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

- Doenças crônicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, e doenças mentais)
- Doenças sexualmente transmissíveis
- Uso abusivo de álcool
- Uso abusivo de drogas

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

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

Problemas	Importância*	Urgência*	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Falta de adesão ao tratamento do diabetes mellitus	*Alta	30	Alta	1
Doenças sexualmente transmissíveis	*Média	25	Média	1
Uso abusivo de álcool	*Alta	23	Média	2
Uso abusivo de drogas	*Alta	28	Fora	3

Fonte: Elaborado pela autora

*Alta, média ou baixa.

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho foi proposto visando melhorar a adesão ao tratamento do diabetes mellitus equipe de saúde na zona rural de Amparo do Serra em Minas Gerais para melhorar a qualidade de vida dos diabéticos que vivem no seu território.

Durante a rotina de trabalho da equipe, esta observou uma quantidade significativa de pacientes adscritos portadores de diabetes mellitus que no momento encontram-se descompensados vivendo na zona rural em Amparo da Serra, Minas Gerais. O problema foi selecionado, pois, em meio a várias doenças crônicas, chamou atenção a quantidade de pacientes com diabetes com fragmentação do cuidado. Observou-se ainda estilos de vida inadequados como a dieta, sedentarismo, falta de adesão à terapia medicamentosa e quando em terapia com insulina muitas vezes esta se encontra inadequada em relação às dosagens, pois, o indivíduo e seus familiares não sabem exatamente como fazer a aplicação correta, além da mesma não seguir boas práticas de aplicação, inclusive no que se refere à contínua reutilização de seringas descartáveis.

O diabete melito (DM) pode se comportar como uma doença assintomática por longos períodos. Baseado nos fatores de risco como os hábitos alimentares inadequados, sedentarismo e obesidade e associados aos sintomas pode ser feita sua detecção clínica. Na atenção primária, após o diagnóstico, devem ser propostas medidas terapêuticas, monitoramento e controle da glicemia associados à métodos de educação em saúde visando prevenir complicações, mantendo a qualidade de vida. Assim, a prevenção das complicações pode ser feita com o rastreamento dos pacientes que possuem riscos para desenvolver a doença (prevenção primária) e em seguida propor ações preventivas e buscar possíveis portadores (prevenção secundária), sugerindo um tratamento evitando a descompensação do indivíduo que demanda maiores cuidados (atenção terciária) (BRASIL, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Propor um plano de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento do diabetes mellitus entre pacientes acometidos na área de abrangência de equipe de saúde Amparo do Serra em Amparo do Serra, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos:

1. Identificar os pacientes portadores de diabete melito e cadastra-los.
2. Propor mecanismos de seguimento e controle da glicemia de jejum.
3. Estabelecer medidas de promoção e prevenção para modificar os estilos de vida inadequados dos pacientes diabéticos, estimulando a adesão ao tratamento indicado.
4. Organizar o processo de trabalho da equipe de saúde estimulando a atenção baseada na pessoa.

4 METODOLOGIA

Esta proposta de intervenção está estruturada para ser trabalhada e constitui-se de medidas para proporcionar o cuidado entre diabéticos que vivem na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Amparo do Serra.

Para sua elaboração foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) e a Estimativa Rápida para determinar o problema prioritário que no momento pode ser enfrentado, conforme estudado na disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde do Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010). Para subsidiar a proposta, realizou-se uma revisão bibliográfica sobre o tema em trabalhos científicos encontrados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, SCIELO dentre outros. Como descritores para a pesquisa bibliográfica foram determinados: Diabetes. Atenção Primária em Saúde Estratégia Saúde da Família.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Diabetes mellitus ou diabetes melito é uma doença crônica determinada por síndrome, ou grupo de doenças metabólicas, caracterizadas pelo defeito na secreção ou da ação da insulina, desenvolvendo complicações e problemas no metabolismo da glicose (BREITSAMETER; FAN; CARVALHO, 1994; COELHO; AMARAL, 2008; GROSS *et al*, 2002). As complicações do diabetes podem ser agudas (hipoglicemia, o estado hiperglicêmico hiperosmolar e a cetoacidose diabética) e crônicas (retinopatia, nefropatia, cardiopatia isquêmica, neuropatias, doença cerebrovascular e vascular periférica) (CORTEZ *et al*, 2015). Além disso, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), a doença é de prevalência crescente e comumente associada à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial.

Quanto à evolução da doença, a morbimortalidade interfere na qualidade de vida dos usuários, cujo controle é de alto custo, assim como o tratamento das complicações agudas e crônicas, necessitando se investigar a relação entre elas e sua relação com o tempo de diagnóstico. Como as complicações sempre aumentam, é necessário identificar a associação entre elas, utilizando estratégias para traçar medidas que possam reduzir seu aparecimento de forma precoce. Observando-se as características sociodemográficas e clínicas, as mesmas são capazes de nortear o gerenciamento do cuidado e programas educativos propostos pelos profissionais de saúde e assim controlar os níveis glicêmicos dos portadores de diabetes (CORTEZ *et al*, 2015).

Os sintomas mais comuns observados no diagnóstico o diabetes, estão relacionados à manifestação de poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso desidratação, catarata, hepatomegalia, vômito, oligúria/glicosúria depressão e coma (BREITSAMETER; FAN; CARVALHO, 1994). Além disso, autores já consideram a relação entre diabetes e perda auditiva, envolvendo o sistema auditivo e vestibular e as alterações do metabolismo dos glicídios e dos lipídios que são os agentes etiológicos para perda auditiva (MALUCELLI *et al*, 2012).

O diagnóstico laboratorial do diabetes é feito pelo aumento dos valores da glicose plasmática de jejum, sobrecarga de glicose por via oral (GROSS et al, 2002), que são provas de tolerância à glicose oral ou venosa, em indivíduos com hiperglicemia (BREITSAMETER; FAN; CARVALHO, 1994). Além disso, estes autores referem sobre o teste de sensibilidade à insulina que,

[...] serve para diferenciar o diabetes melito de origem pancreática da hiperglicemia resultante da ação dos hormônios adrenocorticais ou adenohipofisários. É administrada uma dose teste de insulina. Sendo a produção de insulina insuficiente, a dose teste provocará queda intensa do nível de glicose sanguínea. Se a hiperglicemia for devida a hormônios adrenocorticais ou adenohipofisários a dose teste de insulina produzirá pequeno declínio na glicose sanguínea (BREITSAMETER; FAN; CARVALHO, 1994, p. 218).

A patogenia do diabetes, ocorre por um distúrbio auto-imune sendo denominada Diabetes tipo 1, havendo neste tipo a produção de auto-anticorpos responsáveis pela diminuição da produção de insulina. Este distúrbio ocorre em indivíduos geneticamente suscetíveis, podendo estar associados a fatores ambientais. Já no Diabetes tipo 2 se verifica a hiperglicemia crônica dada pela resistência da célula alvo (muscular, adiposa e hepática) à ação da insulina. Neste caso, existe a deficiência quantitativa e qualitativa da secreção de insulina responsável pelo controle dos níveis glicêmicos (FOSS et al, 2005).

O termo diabetes melito remete às disfunções metabólicas de etiologia múltipla e pela deficiência dos níveis de insulina, sendo característica a hiperglicemia crônica resultando em resistência insulínica, a qual reduz a captação de glicose em tecidos insulina dependentes. Quando as concentrações plasmáticas de glicose se elevam, podem resultar em degenerações crônicas e falências de órgãos como olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos (BARBOSA; OLIVEIRA; SEARA, 2009 apud FERREIRA et al, 2011) .

Pacientes com diabetes tipo 2 vêm sendo considerados portadores de doença coronariana, e por isso devem manter o controle do colesterol e frações e dos níveis de pressão arterial (CHACRA; ALVARENGA, 2008). Os autores ainda descrevem que,

[...] o paciente com diabetes tem risco maior em desenvolver um infarto do miocárdio do que um indivíduo sem diabetes, e que a aterosclerose na população diabética é mais séria, mais frequente e ocorre mais precocemente

quando comparada com uma população sem diabetes (CHACRA; ALVARENGA, 2008, p. 428).

Embora muito se tenha avançado no controle dos pacientes com diabetes melito, quando se compara pacientes sadios com paciente diabético, este, apresenta prognóstico mais grave após eventos isquêmicos (VIANA et al, 2014). Conforme os mesmos autores, a hiperglicemia está associada aos pacientes diabéticos ou não e que ainda,

[...] pode ser um determinante independente do prognóstico de pacientes graves, ou apenas um marcador da gravidade da doença. Os mecanismos por trás do desenvolvimento da hiperglicemia na enfermidade grave incluem a liberação de hormônios de estresse contrarregulatórios (corticosteroides e catecolaminas) e mediadores pró-inflamatórios, administração de corticosteroides exógenos, vasopressores e soluções parenterais com dextrose (VIANA et al, 2014, p. 72).

De acordo com Souza Neto et al (2013), uma importante complicação do diabetes está nas lesões resultantes das neuropatias, traumas superficiais e deformidades nos pés, conhecidas como pé diabético. Estas lesões ao evoluírem podem resultar em ulcerações e amputações em decorrência da perda da sensibilidade dos pés não sentindo calosidades e rachaduras. Este acometimento leva a maior número de internações hospitalares, e por isso os profissionais de saúde devem atentar para a integralidade da assistência, sendo necessário o serviço da atenção primária.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa a promoção da atenção básica em saúde e é sucessora do Programa de Saúde da Família (PSF), que tornou a tornou mais abrangente, valorizando a saúde coletiva, gestão e formação de recursos humanos, entre outros (CAMARGO JÚNIOR, 2008). Para os autores, Arantes; Shimizu; Merchán-Hamann (2016), o reconhecimento do PSF como ESF está relacionado à organização do sistema de saúde, para atender as necessidades de saúde da população, através da reorientação do modelo assistencial, e por basear-se em princípios como a centralidade na pessoa/família, vínculo entre equipe e usuário, integralidade e coordenação da atenção, articulação entre redes assistenciais, participação social e intersetorialidade. Os autores Silva; Silva; Bousso (2011) consideram que a ESF é,

[...] rica em potenciais de avaliação e intervenção em saúde da família, mas, para que esses potenciais se concretizem, faz-se necessário a criação de um

contexto, no qual profissionais e famílias possam estabelecer uma relação de parceria, confiança, comunicação regular e transparência, bem como cooperação para atender as necessidades da família (BOUSSO, 2006 apud SILVA; SILVA BOUSSO, 2011 p. 1251).

Para garantir o bom funcionamento e Infraestrutura da atenção básica, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), prevê que é preciso promover ações de atenção básica nos municípios e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta deve ser cadastrada no sistema de cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, e possuir estrutura física mínima para o funcionamento e atendimento dos usuários. O Acesso destes últimos deve ser facilitado pelo vínculo e continuidade do cuidado, responsabilidade sanitária, valorizando as diversas realidades socioepidemiológicas com diferentes necessidades de saúde, assim como a forma de organização das UBS (BRASIL, 2012).

A mesma política considera a importância da implementação dos serviços de atenção básica para reorientar o modelo de atenção à saúde utilizando a educação permanente como ferramenta para a prática concreta dos serviços de saúde. A Educação permanente deve basear-se na pedagogia para a qualificação das práticas de cuidado, exercendo uma gestão estratégica e política para promover mudanças no cotidiano dos serviços, gerando efeitos concretos das práticas de saúde e no cuidado dispensado ao usuário. Para atualizar conhecimentos e obter melhoria das habilidades, é necessário compreender que vários dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, são derivados de múltiplos fatores como conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc., envolvendo elementos que façam sentido para os atores envolvidos (BRASIL, 2012). A Política ainda refere à educação permanente como uma

[...] iniciativa ascendente da educação permanente, é central que cada equipe, cada unidade de saúde e cada município demandem, proponham e desenvolvam ações de educação permanente tentando combinar necessidades e possibilidades singulares com ofertas e processos mais gerais de uma política proposta para todas as equipes e para todo o município. É importante sintonizar e mediar as ofertas de educação permanente pré-formatadas (cursos, por exemplo) com o momento e contexto das equipes, para que façam mais sentido e tenham, por isso, maior valor de uso e efetividade (BRASIL, 2012).

O processo de trabalho pode ser definido como a forma como se desenvolve, ou realiza uma atividade. Trabalho pode ser definido como um conjunto de procedimentos sobre um

determinado objeto, que sofreu a atuação do homem através de meios de produção para transforma-lo num determinado produto que passa a ter uma utilidade. Quando o processo de trabalho é complexo e pouco sistematizado a reflexão sobre ele se torna mais difícil. Assim, nos serviços de atenção básica em saúde os profissionais devem desenvolver habilidades e favorecerem a reflexão crítica para a transformação do seu processo de trabalho, cujas, finalidades ou objetivos são projeções de resultados que irão satisfazer necessidades e expectativas dos atores, de acordo com sua organização social, em um dado momento (FARIA; WERNECK.; SANTOS, 2017). Outras considerações sobre o processo de trabalho são consideradas por Faria e Araújo,

[...] o trabalho em saúde lida com a vida humana, envolve um grau de imprevisibilidade muito grande e a possibilidade de inúmeras formas de intervenção, retratando um mundo dinâmico, no qual as situações raramente se repetem. Nesse contexto, invenção e experimentação de práticas são necessárias, uma vez que a singularidade dos envolvidos deve ser levada em consideração nos atos executados no cotidiano dos serviços. Além disso, é primordial o questionamento ético a respeito dos efeitos dessas práticas. Assim, compreendemos que o trabalho em saúde, pressupõe interação entre sujeitos e é dependente das potencialidades instituintes dos encontros realizados nos serviços de saúde. Dessa forma, tomamos o trabalho como lócus privilegiado para a construção de novos saberes e de sujeitos protagonistas, no intercâmbio entre profissionais e comunidade (FARIA.; ARAUJO, 2010, p. 26).

A base do manejo do diabetes deve ser no nível primário pela prestação de serviços apropriados a estes pacientes, considerando os principais componentes do sistema de saúde. Para isto está envolvida a estrutura organizacional, os recursos materiais e humanos disponíveis no serviço. Em sistemas fragmentados de atenção à saúde, frequentemente observados, há uma significativa desorganização através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e que não se comunicam, não prestando atenção contínua, não havendo população adscrita e território sob-responsabilidade de uma equipe. O resultado é a indevida comunicação entre as atenções primária e secundária à saúde e terciária, nem com os sistemas de apoio e logísticos, sendo praticada uma atenção estritamente reativa e episódica e voltada para a doença (ASSUNCAO; SANTOS; GIGANTE, 2001).

De outro lado, o sistema de saúde deve ser proativo, integrado, contínuo e voltado para a pessoa e família valorizando a promoção e a manutenção da saúde. Assim, o Cuidado das

Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde determina que sejam definidos papéis e tarefas, garantindo aos pacientes, atenção estruturada, planejada apoiada por equipe multiprofissional. Esta atenção transcende a consulta presencial, como atenção compartilhada a grupo, atenção contínua, atenção por pares e atenção à distância necessitando de monitoramento para que o usuário não fique abandonado após sair da unidade de saúde. Pessoas portadoras de condições de saúde de maiores riscos e complexidades precisam de cuidados intensivos, valorizando o conhecimento de sua condição de saúde e cultura (MENDES, 2012).

Define-se adesão pela medida em que o comportamento de uma pessoa corresponde às recomendações feitas previamente por um profissional de saúde. Nas instituições de saúde, é frequente a falta de adesão ao tratamento pelo portador de diabetes mellitus, necessitando-se propor estratégias de intervenções para minimizar a situação do acometido. A adesão ao tratamento envolve fatores importantes como:

[...] 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 (VALLE et al, 2000; SANTOS et al, 2011 apud FARIA et al, 2014, p. 258)

A baixa adesão ao tratamento encontrado em pacientes diabéticos pode estar associada às características da terapia proposta e as responsabilidades solicitadas ao diabético como atividades físicas; dieta e medicamento prescrito no tratamento da doença (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (Terceiro passo)

No trabalho da Equipe Amparo da Serra em Amparo do Serra, Minas Gerais existe uma quantidade significativa de portadores de Diabetes Mellitus que convivem com a doença, mas não aderem ao tratamento proposto pela equipe de saúde, mesmo quando diagnosticados e prescritas terapias farmacológicas e não farmacológicas. Por outro lado, percebe-se que a conduta dos profissionais não vem convencendo este usuário da necessidade do tratamento, por falta de diálogo ou mesmo de se colocar no lugar do diabético e compreender o motivo que o leva a não aderir ao tratamento.

Além disso, embora a equipe do NASF esteja sempre presente, observa-se que os termos técnicos muitas vezes impedem a compreensão da informação, tornando-se esta unilateral e o paciente também acaba utilizando medicamentos, em momentos que passa a conviver com efeitos adversos.

O diabetes mellitus é uma doença crônica que resulta de irregularidades na secreção de insulina e/ou em sua ação. A doença reúne um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, onde os principais sintomas em situação crônica são danos como, disfunção e falência de órgãos como olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos, apresentando poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva. Já nos casos agudos pode causar a morte por cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. Assim, na hiperglicemia crônica estudos vêm considerando que o melhor controle glicêmico possível retarda o aparecimento de complicações crônicas microvasculares após intervenções, mas não se observa efeito significativo na redução de mortalidade por doença cardiovascular (GROSS et al, 2002).

6.2 Explicação do problema selecionado (Quarto passo)

Durante a rotina de trabalho na Equipe Amparo da Serra, percebeu-se quantidades significativas de pacientes adscritos portadores de diabetes mellitus que no momento encontram-se descompensados vivendo na zona rural em Amparo da Serra, Minas Gerais. O problema foi selecionado, pois, em meio a várias doenças crônicas, chamou atenção a

quantidade de pacientes com diabetes com fragmentação do cuidado. Observou-se ainda estilos de vida inadequados como a dieta sem controle, sedentarismo, falta de adesão à terapia medicamentosa e quando em terapia com insulina muitas vezes esta se encontra inadequada em relação às dosagens, pois, o indivíduo e seus familiares não sabem exatamente como fazer a aplicação correta, além da mesma não seguir boas práticas de aplicação, inclusive no que se refere à contínua reutilização de seringas descartáveis.

6.5 Seleção dos nós críticos (Quinto passo)

Durante o atendimento à demanda espontânea na equipe de Amparo da Serra, se observou usuários que relatam queixas relacionadas à diabetes. Para prestar atendimento, primeiramente é realizada a triagem e se confirmada alterações, são indicados medicamentos e tratado como uma urgência e se o paciente não compensa, é encaminhado ao especialista Endocrinologista. Quando o paciente apresenta melhora, o mesmo é agendado para retornar à unidade, o que muitas vezes não acontece e, se questionados, declaram que somente o medicamento resolveu seu problema, não justificando consulta na unidade de saúde, e nem uso de medicamentos todos os dias. Outro argumento é que tomam remédio demais por apresentarem morbidades associadas demonstrando claramente o desconhecimento sobre a doença. Assim, na Equipe Amparo da Serra existe uma quantidade significativa portadores de Diabetes Mellitus que vivem com a doença, mas não fazem o tratamento, mesmo se diagnosticados. Por outro lado, percebe-se que a conduta dos profissionais não vem convencendo este usuário da necessidade do tratamento, por falta de diálogo ou mesmo de se colocar no lugar do diabético e compreender o motivo que o leva a não aderir ao tratamento proposto. Assim, foram observadas as situações que vem favorecendo o aumento do problema que são os críticos da falta de adesão ao tratamento do diabetes mellitus:

- Falta de conhecimentos sobre o diabetes mellitus pelos acometidos
- Falta de exercício físico/sedentarismo e de dieta adequada
- Falta de utilização de medicamentos de forma sistemática
- Falta de vínculo e comunicação entre a equipe e os portadores de diabetes.

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Falta de conhecimentos sobre o diabetes mellitus”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Amparo da Serra, no município de Amparo da Serra, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de conhecimentos sobre o diabetes mellitus
Operação (operações)	Sistematizar informações adicionais sobre o diabetes
Projeto	Conhecer o diabetes
Resultados esperados	Aumentar a compreensão dos portadores de diabetes e suas complicações durante atendimentos na unidade, visita domiciliar e lembretes diários.
Produtos esperados	Orientação sobre o diabetes feitas por todos os profissionais da equipe, desde a consulta médica até a dispensação dos medicamentos
Recursos necessários	Estrutural: Escolha de um profissional da equipe para falar sobre o diabetes Cognitivo: Montar lembretes/folheto sobre a doença para melhor informar Financeiro: recurso para impressão de folhetos Político: Adesão de todos os profissionais da equipe
Recursos críticos	Estrutural: desvio de função dos ACS Cognitivo: Usuário com dificuldades de leitura para acompanhamento das informações. Será feita a repetição da informação para assimilação Político: Adesão de todos os profissionais da equipe Financeiro: recurso para gasolina e veículo para a movimentação dos profissionais
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	3 meses para construir os folhetos e iniciar a propagação
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Um profissional da equipe de Amparo da Serra (a cada mês será sorteado um profissional) ficará responsável pela propagação de informação
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês e a cada retorno à unidade de saúde verificar se as informações cedidas estão sendo assimiladas. Se não repetir se necessário

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de exercício físico/sedentarismo e dieta adequada”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Amparo da Serra, no município de Amparo da Serra, Minas Gerais

Nó crítico 2	Falta de exercício físico/sedentarismo e de dieta adequada
Operação (operações)	Sistematizar informações a dieta e exercício físico ao portador de diabetes
Projeto	Vencer o diabetes
Resultados esperados	Elaboração da dieta e atividade física (Caminhada/zona rural) para os portadores de diabetes em atendimentos dos profissionais do NASF, visita domiciliar e grupo operativo.
Produtos esperados	Orientação sobre a dieta, redução do carboidrato e aumento do gasto calórico pela prática do exercício físico proposto por profissionais do NASF, após diagnóstico de diabetes
Recursos necessários	Estrutural: Profissional do NASF e da equipe para falar e orientar sobre o diabetes Cognitivo: Montar lembretes/folheto sobre a dieta e exercício físico Financeiro: recurso para impressão de folhetos e lembretes Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e equipe do NASF
Recursos críticos	Estrutural: Agenda do NASF Cognitivo: Usuário com dificuldades de leitura para acompanhamento das informações sobre a dieta. Será feita a repetição da informação para assimilação Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e equipe do NASF Financeiro: recurso para gasolina e veículo para a movimentação dos profissionais
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	Início imediato da dieta e exercício físico após o diagnóstico
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Enfermeira da equipe de Amparo da Serra
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 3 meses e a cada retorno à unidade de saúde verificar índice de massa corpórea e glicemia a cargo dos respectivos profissionais .

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Falta de utilização de medicamentos de forma sistemática”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Amparo da Serra, no município de Amparo da Serra, Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta de utilização de medicamentos de forma sistemática
Operação (operações)	Sistematizar a utilização dos medicamentos prescritos ao portador de diabetes
Projeto	Remédio para o diabetes
Resultados esperados	Construção de escala de tomadas de medicamentos pelo farmacêutico do NASF, visita domiciliar e grupo operativo.
Produtos esperados	Orientação sobre o medicamento, eventual efeito adverso para cada medicamento utilizado e estimular a combinação da dieta e exercícios com o medicamento.
Recursos necessários	Estrutural: Farmacêutico do NASF para falar e orientar sobre os medicamentos para controle do diabetes Cognitivo: Montar lembretes/folheto sobre a forma de tomar remédio Financeiro: recurso para impressão de folhetos e lembretes Político: Adesão de todos os profissionais da equipe
Recursos críticos	Estrutural: Agenda do NASF Cognitivo: Usuário com dificuldades de leitura para acompanhamento das informações sobre os medicamentos. Será feita a repetição da informação para assimilação Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e equipe do NASF Financeiro: recurso para gasolina e veículo para a movimentação dos profissionais sempre que necessário
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	Dispensação do medicamento e início imediato da medicação após o diagnóstico
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe de Amparo da Serra
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 3 meses e a cada retorno à unidade de saúde verificar índice glicemia a cargo dos respectivos profissionais .

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Falta de vínculo e comunicação entre a equipe e os portadores de diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Saúde Amparo da Serra, no município de Amparo da Serra, Minas Gerais

Nó crítico 4	Falta de vínculo e comunicação entre a equipe e os portadores de diabetes
Operação (operações)	Sistematizar o processo de trabalho e capacitar a equipe sobre o cuidado prestado ao portador diabetes.
Projeto	Trabalho em equipe com os diabéticos
Resultados esperados	Equipe que consegue comunicar e informar o usuário criando vínculo e responsabilização.
Produtos esperados	Equipe que consegue orientar o usuário, que conhece o território e os problemas mais frequentes e que tem vínculo com o usuário.
Recursos necessários	Estrutural: Organização do tempo da equipe para novo planejamento Cognitivo: Montar lembretes/folheto sobre o processo de trabalho e desenvolvimento da empatia Financeiro: recurso para impressão de materiais ou acesso a mídias Político: Adesão de todos os profissionais da equipe
Recursos críticos	Estrutural: Agenda da equipe Cognitivo: Equipe que não possui empatia e falta de estímulo pelos baixos salários Político: Adesão de todos os profissionais da equipe e equipe do NASF Financeiro: recurso para gasolina e veículo para a movimentação dos profissionais sempre que necessário
Controle dos recursos críticos	Favorável
Ações estratégicas	Não é necessária
Prazo	2 meses para a iniciar dinâmicas e atualizações sobre o processo de trabalho e avaliação de resultados
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médica da equipe de Amparo da Serra
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Após 1 mês iniciar a verificação do comportamento dos profissionais e da eficácia das atualizações .

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico entre diabéticos é um problema de saúde pública no Brasil, capaz de reduzir significativamente a qualidade de vida dos portadores da doença. Somente com a realização do diagnóstico situacional e com o levantamento das dificuldades dos usuários e suas características é que se torna possível verificar os problemas existentes e enfrentados por estes pacientes para propor ações estratégicas e intervir no ponto principal do problema.

O plano de ação deve ser realizado com apoio da equipe multidisciplinar, contando com todos os profissionais de saúde que trabalham na estratégia de saúde da família Amparo da Serra. É necessário ainda, parceria com o gestor para dar seguimento ao cuidado aos portadores da doença que vivem na zona rural de Amparo da Serra - MG.

Espera-se com esta proposta de intervenção, que é a falta de adesão ao tratamento do diabetes, que a equipe consiga informar melhor o usuário sobre seu problema de saúde, orientar o paciente sobre a realização de exercício físico e dieta associada a tomada de medicamentos, bem como seu uso correto e ainda a readequação do processo de trabalho da equipe para contribuir com a solução do problema e melhorar a qualidade de vida.

Além disso, esta intervenção visa garantir melhor assistência aos usuários sob sua responsabilidade, maior controle do diabetes e melhor adesão ao tratamento com uso racional de medicamentos proporcionando uma assistência holística e integral ao paciente.

REFERENCIAS

ARANTES, L., J.; SHIMIZU, H., E.; MERCHÁN-HAMANN, E.. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

ASSUNCAO, M., C., F.; SANTOS, I., S.; GIGANTE, D.; P. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 35, n. 1, p. 88-95, Fev. 2001 .

ASSUNÇÃO, T., S.; URSINE, P., G., S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, Sup. 2, p. 2189-2197, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2012. 110 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. 2013. 160 p

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2016b. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/amparo-do-serra/panorama>>. Acesso em: 28 de maio de 2018.

BREITSAMETER, I.; FAN, L., C., R.; CARVALHO, C., B.. DIABETES MELITO. **Cienc. Rural**, Santa Maria, v. 24, n. 1, p. 223-227, 1994.

CAMARGO JÚNIOR., K., R.. Editorial - a Estratégia Saúde da Família: percalços de uma trajetória. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 9-11, 2008.

CHACRA, A., R.; ALVARENGA, M., A. Hiperglicemia e doença cardiovascular podem coexistir. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 52, n. 3, p. 427-428, Abr. 2008 .

CIDADE BRASIL. Estado de Minas Gerais. Disponível em: <https://www.cidade-brasil.com.br/municipio-amparo-da-serra.html>. Acesso em 31 de maio de 2018

COELHO, C., R.; AMARAL, V., L., A., R. Análise de contingências de um portador de diabetes mellitus tipo 2: estudo de caso. **Psico USF**, Itatiba , v. 13, n. 2, p. 243-251, dez. 2008 .

CORTEZ, D., N.; REIS, I., A.; SOUZA, D., A., S.; MACEDO, M., M., L.; TORRES, H., C. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. **Acta Paul**

Enferm., v. 28, n. 3, p. 250-5. 2015.

CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO VALE DO PIRANGA(CISMAPI). Disponível em <

<http://www.cisamapi.mg.gov.br/index.php/institucional/quem-somos>>

Aspectos do município: equipamentos de saúde, referência e contrarreferência. Acesso em 30 de maio de 2018.

FARIA, H., T., G.; SANTOS, M., A.; ARRELIAS, C., C., A.; RODRIGUES, F., F., L.; GONELA, J., T.; TEIXEIRA, C., R., S.; ZANETTI, M., L.. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 257-63. 2014

FARIA, H., X.; ARAUJO, M., D. Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.2, p.429-439, 2010.

FARIA, H.; WERNECK, M.; SANTOS, M., A. Processo de trabalho em saúde 3a ed. Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, 2017. 93p.

FERREIRA, L., T.; SAVIOLLI, I., H.; VALENTI, V., E.; ABREU, L., C. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n. 3, p. 182-8, Set/Dez. 2011.

FOSS, N., T.; POLON, D., P.; TAKADA, M., H.; FOSS-FREITAS, M., C.; FOSS, M., C. Dermatoses em pacientes com diabetes mellitus. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 4, p. 677-682, Ago. 2005 .

GROSS, J., L.; SILVEIRO, S., P.; CAMARGO, J., L.; REICHEL, A., J.; AZEVEDO, M., J.; Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 16-26, Fev. 2002 .

MALUCELLI, D., A.; MALUCELLI, F., J.; FONSECA, V., R.; ZEIGEBOIM, B.; RIBAS, A.; TROTTA, F.; SILVA, T., P. Estudo da prevalência de hipoacusia em indivíduos com diabetes mellitus tipo 1. **Braz. j. otorhinolaryngol.**, São Paulo , v. 78, n. 3, p. 105-115, Junh. 2012 .

MENDES, E., V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO DO SERRA. Disponível em:<
<https://www.amparodoserra.mg.gov.br> .Acesso em 30 de maio de 2018.

SILVA, M., C., L., S., R.; SILVA, L.; BOUSSO, R., S.. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 5, p. 1250-5, 2011.

SOUZA NETO, V., L.; NÓBREGA, N., A.; FRANÇA, G., R., F.; BRANDÃO, R., S.; JUSTINO FILHO, J.O papel dos profissionais da atenção primária á saúde na prevenção do pé diabético: uma revisão. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 11, n. 2, p. 135-145, ago./dez. 2013.

VIANA, M., V.; MORAES, R., B.; FABBRIN, A., R.; SANTOS, M., F.; GERCHMAN, F. Avaliação e tratamento da hiperglicemia em pacientes graves. **Rev. bras. ter. intensiva**, São Paulo , v. 26, n. 1, p. 71-76, Mar. 2014