

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**FLÁVIO ANDRADE AVELAR**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DO DIABETES  
MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA PÉROLA,  
EQUIPE 84, CONTAGEM - MG: PLANO DE INTERVENÇÃO**

**CONTAGEM / MINAS GERAIS  
2015**

**FLÁVIO ANDRADE AVELAR**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DO DIABETES  
MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA PÉROLA,  
EQUIPE 84, CONTAGEM - MG: PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof.(a) Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

CONTAGEM / MINAS GERAIS  
2015

**FLÁVIO ANDRADE AVELAR**

**BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO E CONTROLE DO DIABETES  
MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA PÉROLA,  
EQUIPE 84, CONTAGEM - MG: PLANO DE INTERVENÇÃO**

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

Orientador: Prof.(a) Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

**Banca examinadora**

Examinador 1: Luciane Ribeiro Carvalho Cardoso

Examinador 2 :

Aprovado em Belo Horizonte, em 07 de março de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus pais, Márcio e Simone, e a minha futura esposa, Paula Cynara, que foram os grandes responsáveis pelo meu empenho e pela minha gratificante escolha pela medicina.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha orientadora Luciane Ribeiro, pelo apoio e presteza. Agradeço também a todos aqueles que torcem por mim, e que, de uma forma ou de outra contribuíram para a consolidação deste curso.

## RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM), assim como as outras doenças crônico-degenerativas, é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, por se tratar de uma doença de alta relevância, prevalência, complexidade e impacto na comunidade. As prospecções apontam que cerca de 8% da população brasileira tem o diagnóstico de diabetes, sendo que destas, poucas tem acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que implica em baixas possibilidades de controle das complicações da mesma. Por essas considerações justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implementadas, a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família quanto ao aumento da adesão dos portadores de diabetes ao diagnóstico e tratamento adequados, melhorando os níveis glicêmicos e prevenindo as complicações. Tem como objetivo, elaborar um Projeto Intervenção (PI) para aumentar a adesão ao tratamento dos portadores de DM residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Othon Avelar Gervásio, no Município de Contagem - MG (equipe 84). Para a criação do Plano de Intervenção serão utilizados os dez passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Através deste projeto, pode-se concluir o quanto é difícil aderir o paciente ao tratamento adequado para evitar as possíveis complicações. Porém as possibilidades de intervenção estão ao alcance de todos, basta a realização de um projeto bem estruturado e pautado nos problemas encontrados em cada equipe.

Palavras chave: Diabetes mellitus, prevenção, estratégia saúde da família, adesão, planejamento em saúde, doenças crônico-degenerativas.

## ABSTRACT

Diabetes Mellitos (DM) and other chronic diseases, is considered a serious public health problem in Brazil and worldwide, because it is a high relevance disease, prevalence, complexity and impact on the community's surveys indicate that about 8% of the population with diagnosed diabetes, and of these, few have access to the ideal treatment for the control of DM, which implies low possibilities of control of the complications thereof. For these considerations justified this study to propose actions that can be implemented in order to improve the work process of family health teams in increasing the membership of people with diabetes to appropriate diagnosis and treatment, improving levels glucose and preventing complications. It aims to draw up an Intervention Project (IP) to increase adherence to treatment of patients with DM residents in the catchment area of the Health Unit Othon Gervasio Avelar, in the city of Contagem - MG (84 staff). To create the Intervention Plan will be used the ten steps to develop an action plan described in Module Planning and Evaluation of the Specialization Course Health Action in Primary Care in Family Health. Through this project, we can conclude that it is difficult to join the patient to treatment effective to avoid possible complications. But the possibilities of intervention are available to everyone, just the realization of a well structured and guided design problems encountered in each team.

Keywords: Diabetes mellitos, prevention, family health strategy, membership, health planning, chronic degenerative diseases.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA .....	15
3 OBJETIVO .....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	19



## 1 INTRODUÇÃO

Contagem é um município brasileiro do estado de Minas Gerais. Situado na região central de Minas Gerais, é o município com a terceira maior população do estado, com 637.961 habitantes em 2013, de acordo com o IBGE. Ao longo do tempo, os limites geográficos do município perderam-se em virtude do seu crescimento horizontal em direção à capital, ocasionando uma intensa conurbação com Belo Horizonte. Contagem integra a Região Metropolitana de Belo Horizonte, sendo um dos mais importantes municípios, principalmente pelo seu grande parque industrial. Tem atualmente como prefeito: Carlin Moura; secretário de saúde: Ronaldo Tadeu dos Santos; coordenador da atenção básica: Carlos Antônio dos Santos; Coordenador (a) da saúde bucal: Fernanda Cunha de Carvalho.

A história de Contagem se divide em três grandes momentos. O marco inicial foi a instalação de um posto de fiscalização no Sítio das Abóboras, no início do século 18. Em 1897, a capital foi transferida para Belo Horizonte e impulsionou o crescimento de Contagem. Em 1941 a instalação da Cidade Industrial moldou as feições que o município assumiu nos anos seguintes (PREFEITURA DE CONTAGEM, 2014).

Contagem conta com uma área total de 195, 268 km<sup>2</sup>, apresentando como municípios limítrofes: Belo Horizonte, Betim, Ribeirão das Neves, Esmeraldas e Ibirité. A densidade populacional se situa em torno de 3267,1 hab./km<sup>2</sup> segundo o último censo do IBGE/2013. Existem 87.332 famílias na zona urbana e 4.387 famílias na zona rural totalizando 91.719 famílias. Possui um total de 202.686 domicílios sendo 202.534 particulares e 152 domicílios coletivos (IBGE, 2013).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é alto (0,756) segundo PNUD/2010. Neste mesmo ano, Contagem alcança uma taxa de urbanização de 99,7%. O município integra a matriz produtiva da indústria de transformação mineira, destacando-se nos segmentos de metalúrgica, química, de refratários, máquinas, equipamentos e material elétrico, eletrônico e comunicações. As atividades de serviços e o comércio atacadista despontam como propulsores da economia local nos anos de 2010. A complexidade de sua matriz produtiva reflete-se nos resultados do PIB de 2009 - da ordem de 15,4 bilhões de reais, equivalente a um produto per capita de 24,6 mil reais - assegurando-lhe a 4ª posição na participação do PIB estadual (5,4%) e a 3ª no contexto metropolitano (15,2%) nesse ano (PREFEITURA DE

CONTAGEM, 2014). A renda domiciliar per capita média é de 793,96 segundo IBGE/2013. Em 2010, 99,3% dos domicílios tinham acesso à rede de água geral e 92,6% possuíam tratamento de esgoto sanitário considerado de boa qualidade.

Taxa de crescimento anual da população: 1,15% ao ano. Densidade demográfica: 3.267,1 hab./km<sup>2</sup>. O município de Contagem está na 1.267<sup>a</sup> posição quando avaliados os alunos da 4<sup>a</sup> série e na 2.115<sup>a</sup> para os alunos na 8<sup>a</sup> série (dentre os 5.564 do Brasil). O IDEB nacional, em 2009, foi de 4,4 para os anos iniciais do ensino fundamental em escolas públicas e de 3,7 para os anos finais. Nas escolas particulares, as notas médias foram, respectivamente, 6,4 e 5,9 segundo IDEB/2009. Pode-se dizer que a taxa de escolarização é o ensino fundamental, em que 14% está em defasagem de idade. Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem rendimento per capita menor que 1/2 salário mínimo. No caso da indigência, este valor será inferior a 1/4 de salário mínimo. No Estado, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo passou de 53,5%, em 1991, para 27,6% em 2010 (ACOMPANHAMENTO MUNICIPAL, 2010).

População (%) usuária da assistência à saúde no SUS: O município de Contagem possui população para cálculo de PAB-Fixo (Faixa 4 - 23,00 per capita) de 637.961 habitantes, corresponde a R\$ 1.024.454,27 de repasse mensal. Apresenta cobertura de Atenção Básica de 68,51 %, considerando Estratégia Saúde da Família com cobertura de 52,00 % (DAB, 2014).

Existem atualmente credenciado e implantado na cidade de contagem oito equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Em relação às Equipes de Saúde Bucal apresenta cobertura de 28,79% sendo dezoito equipes implantadas funcionantes. O município no primeiro ciclo do programa cadastrou trinta e três equipes de Atenção Básica e quatro equipes de Saúde Bucal em 2011. Já no segundo ciclo do programa (2013) cadastrou sessenta e uma equipes (ESF).

O distrito Ressaca a equipe Vila Pérola, possui sua própria UPA com atendimentos de clínica médica, pediatria, que na maioria das vezes faltam profissionais, principalmente médicos; é para lá que são enviados os pacientes com uma maior gravidade a fim de serem internados para conseguirem alguma vaga em um hospital terciário. Possui também a maternidade municipal onde é realizada a maioria dos partos da rede pública de contagem. O mecanismo de referência é realizado basicamente por telefone, quando se trata de urgência e

emergência (tem como grande suporte o hospital municipal e a cidade de Belo Horizonte com sua grande rede hospitalar de alta complexidade), sendo que para ambulatórios de especialidades, encaminhamos para a secretaria de saúde com ordem de prioridade e urgência; os pacientes serão então atendidos na policlínica do distrito Ressaca. Quase na totalidade dos casos não se recebe as contra-referências dos pacientes, sendo uma difícil tarefa entender todo o processo de evolução natural da doença, ou o que de fato ocorreu em suas consultas ou internações, prejudicando o devido acompanhamento. Não se dispõe de ambulâncias fornecidas pela prefeitura. Qualquer remoção é feita pelo SAMU, ficando à mercê de sua disponibilidade.

A UBS "Othon Avelar Gervásio" foi construída para atender a demanda de três áreas (Vila Pérola I, II e III), porém a Vila Pérola III não foi implantada devido a uma não concretização da redivisão de outras áreas de abrangência (35, 36, 38, 50 e 84), fazendo com que a equipe III fique responsável pela ocupação/ invasão local. Esta UBS é responsável por um contingente aproximado de 11.000 pessoas, sendo que a equipe 84 tem em média 4.400 pessoas, 1158 famílias/ domicílios. Todos os domicílios desta possuem serviço de água tratada, porém, em relação ao saneamento básico, três casas não se dispõem tratamento de esgoto.

O Bairro apresenta muitos analfabetos, sendo a escolaridade predominante o ensino fundamental. Os empregos são em sua maioria destinados às indústrias locais/ comércio local, sendo o salário mínimo a fonte de renda de muitas famílias.

No distrito não existem clínicas privadas, porém apresenta um laboratório onde são realizados os exames através de convênio com a prefeitura, uma escola, uma creche, várias igrejas evangélicas, um ginásio poliesportivo, comércio atuante (bares, fábricas, postos de combustível, drogarias, supermercados); não possui nenhuma praça. Serviços existentes de luz elétrica, água, telefonia e bancos. Não possui agência dos correios.

A área de abrangência da Equipe de saúde da família, tem relevo em morro com algumas ruas não pavimentadas. Possui sua construção deslocada do meu bairro de atuação, o que dificulta a chegada da população (acesso dificultado). Com horário de funcionamento de segunda a sexta de 8 horas a 17 horas.

A nova unidade de saúde da família (UBS "Othon Avelar Gervásio") foi implantada no final de 2012 possuindo uma equipe composta por aproximadamente 25 pessoas (todos trabalham 40 horas).

A distância entre a realidade encontrada de uma comunidade e a situação desejada pelos atores sociais caracteriza o problema identificado, mas quando este é passível de mudança. Após a realização da estimativa rápida com seus manejos de entrevista e coleta de dados (entrevista com informantes-chave e discussão com profissionais da equipe de saúde da família), é possível chegar a vários diagnósticos situacionais, sendo o de maior prioridade a má adesão ao tratamento do diabetes.

Já se houve diversas tentativas frustradas com o objetivo de garantir um adequado acompanhamento de pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou as duas patologias juntas. Por diversos motivos, não se consegue um bom controle de ambas as patologias. Sejam eles: pouco conhecimento sobre as patologias, analfabetismo, desconhecimento do uso correto das medicações e de seus efeitos, não participação dos grupos operativos, grupos operativos defasados, sem qualquer atrativo ao paciente, desconhecimento das complicações futuras, pouca sintomatologia, problemas domésticos, descompromisso (tanto da equipe, quanto do paciente), dentre outros. De dez pacientes entrevistados, todos eles diabéticos e hipertensos, oito não sabiam, sequer superficialmente, qual a função primordial da insulina. Muitos referem se tratar de doenças genéticas, que seus pais e avós faleciam com alguma complicação decorrente dessas patologias e que eles também iriam passar pelo mesmo processo, independente do tratamento correto.

Dos 200 pacientes diabéticos na área adscrita, 82 são cadastrados com 71 acompanhados. Sendo assim, aproximadamente 36% dos diabéticos tem algum acompanhamento o que não garante o devido controle. Duas microáreas estão descobertas há pelo menos dois anos, o que contribui muito para o fracasso do tratamento adequado.

A má adesão ao tratamento de DM2, pode se portar como um problema intermediário, por ser vivida pelos próprios pacientes e que, levam através de diversas situações a problemas maiores como o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral (aumento dos riscos cardiovasculares), doenças renais e da retina e complicações a curto, médio e longo prazo.

Existem diversas causas para a má adesão ao controle, cuidado, acompanhamento e correto tratamento dessas doenças. Dentre eles pode-se citar:

1. Desemprego, trabalhos com baixos salários;
2. Ambiente político, cultural (senso comum) e socioeconômico;
3. Analfabetismo, baixos níveis de informação a respeito das doenças e dos objetivos de tratamento;

4. Hábitos e estilos de vida;
5. Alcoolismo (pacientes não fazem uso da medicação quando ingerem bebida alcoólica);
6. Desinformações sobre riscos e agravos;
7. Sintomatologia discreta para ambas as doenças.
8. Ausência ou defasagem de grupos operativos como o HIPERDIA;
9. Não participação dos grupos operativos como o HIPERDIA;
10. Problemas domésticos;
11. Intolerância ao uso da medicação (efeitos colaterais, injeções, horários rígidos);
12. Desorganização e desestruturação familiar;
13. Abandono de incapaz;

A questão cultural está intimamente relacionada ao senso comum, em que existem pré-concepções a respeito de tudo. Isso dificulta muito o processo de controle das patologias, gerando uma má-adesão ao tratamento. Associada às desinformações sobre os riscos e agravos, pode-se chegar a um ponto de interseção: necessidade de informação, caracterização, orientação e suporte mais adequado e efetivo para a população-alvo. É preciso fazê-los entenderem que essas doenças são de pouca ou nenhuma sintomatologia, mas que requerem cuidado absoluto.

O alcoolismo, assim como outras doenças que se correlacionam com transtornos mentais, dificultam muito a adesão correta ao tratamento. São pacientes descompromissados com a realidade, alheios e com pouco ou nenhuma responsabilidade em pelo menos fazer o uso adequado da medicação.

O grupo operativo HIPERDIA, foi criado como uma tentativa de buscar mostrar ao paciente tudo que envolve as doenças DM2 e HAS, com palestras, orientações, informações pertinentes e correto manejo, além de sugerir um acompanhamento destes pacientes com aferições da pressão arterial, medidas da glicemia de jejum, renovação de receitas, marcação de consultas, solicitação de exames, dentre outros. O não funcionamento ou o funcionamento inadequado deste grupo prejudicam muito a adesão ao tratamento, seja por qualquer motivo já citado, entre eles, a desinformação.

Com relação à intolerância medicamentosa, podem-se citar os efeitos colaterais encontrados, como náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, dor muscular, cefaleia, tosse, além daqueles relacionados ao uso de injetáveis: dor durante a aplicação, falta de conhecimento para o uso, alterações do subcutâneo, hipoglicemia, dentre outros.

O Diabetes Mellitus (DM) é considerado um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em função, tanto do crescente número de pessoas atingidas quanto pela complexidade que constitui o processo de viver com essa doença. As prospecções apontam que cerca de 8% da população brasileira tem o diagnóstico de diabetes, sendo que destas, poucas tem acesso ao tratamento ideal para o controle do DM, o que implica em baixas possibilidades de controle das complicações dessa doença, especialmente as crônicas (BRASIL, 2002, apud FRANÇIONI et al., 2007, p.106).

Por se tratar de uma doença de alta relevância, prevalência, complexidade e impacto nessa comunidade, é que surge a necessidade da elaboração de um plano de intervenção para amenizar os problemas gerados pelo mau controle/ tratamento do diabetes, visando melhorar os níveis glicêmicos e prevenindo as complicações.

## **2 JUSTIFICATIVA**

O Diabetes é considerado a doença do século devido ao grande número de pessoas obesas, a alta taxa de sedentarismo, alimentação irregular e o desconhecimento da doença e de seus sintomas.

As doenças crônicas não transmissíveis são atualmente a principal causa de mortalidade no mundo. No Brasil, as doenças do aparelho circulatório constituem hoje a principal causa de morte, sendo o diabetes outro importante problema de saúde pública (SILVA et al., 2006)

A Equipe de Saúde Vila Pérola participou da análise dos problemas levantados e considerou que no município de Contagem - MG existem recursos humanos e materiais para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto à população diabética, portanto a proposta é viável.

Todos os problemas citados são os principais encontrados e, existe a possibilidade de enfrentamento direto, para que haja mudanças na busca de terapias adequadas e na adesão do paciente ao tratamento, evitando as complicações e/ou descompensações.

Por essas considerações justifica-se a realização deste estudo para propor ações que possam ser implementadas, a fim de melhorar o processo de trabalho das equipes de saúde da família quanto ao aumento da adesão dos portadores de diabetes ao diagnóstico e tratamento adequados.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um Projeto Intervenção para aumentar a adesão ao tratamento dos portadores de diabetes mellitus tipo 2 residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde Othon Avelar Gervásio, no Município de Contagem - MG.

#### **3.2 Específicos**

- a) Melhorar a adesão ao tratamento dos diabéticos vinculados ao Programa de Controle da Hipertensão e Diabetes - HIPERDIA.
- b) Descrever propostas de intervenção para prevenção, diagnóstico e tratamento do diabetes.
- c) Buscar na literatura nacional as publicações que abordam os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento do diabetes.



## 4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo propor um plano de ação para o enfrentamento do problema de baixa adesão ao tratamento pelos usuários portadores de DM2 residentes na área de abrangência Unidade de Saúde Othon Avelar Gervásio, no Município de Contagem - MG.

Serão realizados levantamentos a partir do banco de dados do IBGE, da base de dados municipal do SIAB, do site eletrônico do Programa Hiperdia, site eletrônico do DATASUS, dentre outros. Será realizada uma busca sistematizada na literatura, utilizando sites de busca, como: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), edições do Ministério da Saúde e outros. Os seguintes descritores serão utilizados para a busca: Diabetes mellitus, prevenção, estratégia saúde da família, adesão, planejamento em saúde, doenças crônico-degenerativas. O período de busca será de publicações entre 2000 e 2014, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. Finalmente, as informações presentes nos artigos e os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação. O trabalho será constituído pela análise das seleções de publicações relativas ao tema.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, descritos a seguir:

- a) Primeiro passo: definição dos problemas (o que causou os problemas e suas consequências);
- b) Segundo passo: priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios);
- c) Terceiro passo: descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação);
- d) Quarto passo: explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas);
- e) Quinto passo: seleção dos “nós críticos” (causas mais importantes a serem enfrentadas);

- f) Sexto passo: desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações);
- g) Sétimo passo: identificação dos nós críticos (identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação);
- h) Oitavo passo: análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição);
- i) Nono passo: elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações);
- j) Décimo passo: desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Diabetes Mellitos (DM) é classificado fundamentando-se na etiologia dos distúrbios glicêmicos, sendo que o tipo 1 resulta primeiramente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência a cetoacidose. O DM tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. A doença é considerada parte da chamada síndrome plurimetabólica ou resistência à insulina, que se denomina no estado em que ocorre menor captação de glicose por tecidos periféricos, especialmente muscular e hepático, em resposta à ação insulínica (BRASIL, 2001, P.14).

É uma doença de importância mundial que vem se tornando um problema de saúde pública, tomando proporções crescentes no que se refere o aparecimento de novos casos (GRILLO; GORINI, 2007, p.49).

O Diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É considerada uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35% de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular (KING, 1998).

A mudança do estilo de vida, que inclui mudança de hábitos alimentares, a urbanização da população, o envelhecimento desta, o sedentarismo, a alimentação inadequada vem aumentando as taxas de incidência e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, dentre as quais se enquadra o diabetes mellitos, assim como a hipertensão arterial sistêmica, que são as principais causas de mortalidade proporcional em adultos no Brasil ( FERRAZ *et al*, 2012).

Determinado Estudo Multicêntrico de prevalência do DM mostrou que o mesmo acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Sendo que, cerca de 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico e 24% dos pacientes reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento (MALERBI, 1992). Tudo isso justifica o número elevado de pacientes portadores das complicações antes citadas do DM. Sendo, significativo para estes pacientes uma abordagem farmacológica precoce associada a orientações de mudanças no estilo de vida (Ministério da Saúde, 2001).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2006), a maioria dos portadores de DM tipo 2 também apresenta obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia e a hiperinsulinemia. A ligação entre esses diversos distúrbios metabólicos necessita de intervenções terapêuticas mais eficazes, abrangendo todas as anormalidades metabólicas. Por se tratarem de doenças crônicas e, muitas vezes interligadas, os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa, tanto para os indivíduos afetados e suas famílias, quanto para o estado.

Para se ter um bom tratamento e acompanhamento de doenças crônicas, os indivíduos precisam, muitas vezes, alterar hábitos de vida e usar de tratamento medicamentoso, o que pode ter um forte impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes. Isso contribui de forma significativa para o abandono ou o seguimento incorreto do tratamento. Silva *et al.* (2006, p.298), afirmam que "a doença não tem cura, mas que pode ser controlada, desde que sejam efetuadas mudanças no seu cotidiano, com adaptações de rotinas, inclusão de novos hábitos, enfim, as pessoas precisam ter limites e novas obrigações".

O tratamento contempla desde educação até adoção de medidas para mudanças no estilo de vida saudável, que inclui a interrupção de tabagismo, aumento da atividade física regularmente, hábitos alimentares corretos e se necessário, o uso de medicamentos. Ao portador de diabetes tipo 2, onde a insulina não foi indicada e não se atingiu níveis de controle desejáveis da glicemia, deve ser usado medicamento oral. A preferência do tipo de medicamento deve levar em consideração o nível de glicemia e hemoglobina glicosilada do paciente, a ação anti-hiperglicemiante do medicamento, o efeito sobre o peso, idade, doenças e possíveis interações medicamentosas, reações adversas e contra indicações (VIGGIANO, 2003).

Diante de tais fatos o ministério da saúde tem implementado políticas em saúde voltadas em especial às pessoas com DM haja vista pode-se perceber o fornecimento gratuito de medicamentos e equipamentos para aplicação de insulina e auto-monitoramento da glicemia capilar de portadores de DM inscritos em programas de educação para pessoas com DM e o SIS HIPERDIA - programa informatizado de âmbito nacional para o cadastro e acompanhamento das pessoas com DM (BRASIL 2006).

## **6 PLANO DE AÇÃO**

### **✓ Primeiro passo - Definição dos problemas**

" O diagnóstico situacional é apenas um primeiro passo para um processo que busca construir um plano de ação para intervenção de um problema selecionado" (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, P.56).

Os principais problemas identificados durante a realização do diagnóstico situacional da ESF Vila Pérola, equipe 84 foram:

- Má adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes.
- Alto índice de mortalidade relacionado às doenças não transmissíveis.
- Vários pacientes com doença mental desassistida.
- Baixa adesão às atividades e projetos educativos voltados aos portadores de doenças crônicas que envolve promoção e prevenção de saúde.
- Crianças e adolescentes fora da escola.
- Desconhecimento da população a respeito das doenças crônicas.
- Dificuldade de instruir o paciente para o auto cuidado.
- Alto índice de DSTs.
- Alto índice de tabagismo.
- Ausência de programas de humanização do atendimento.

### **✓ Segundo passo - Priorização dos problemas**

A distância entre a realidade encontrada de uma comunidade e a situação desejada pelos atores sociais, caracterizam o problema identificado, mas quando este é passível de mudança após ser considerada inaceitável. Após a realização da estimativa rápida com seus manejos de entrevista e coleta de dados (entrevista com informantes-chave e discussão com profissionais da equipe de saúde da família), é possível chegar aos seguintes diagnósticos situacionais, listados abaixo em ordem de prioridade.

**Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade Vila Pérola II - equipe 84.**

<b>Comunidade Vila Pérola - equipe 84</b>				
<b>Priorização dos problemas</b>				
<b>Principais Problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência*</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
- Má adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes	alta	7	parcial	1
- Pacientes com doença mental desassistida	alta	6	parcial	1
- Crianças e adolescentes Fora da escola	alta	5	fora	2
- DST	alta	5	parcial	3
- Tabagismo	alta	4	parcial	4

\*Total de pontos distribuídos: 30

**✓ Terceiro passo - Descrição do problema**

Já se houve diversas tentativas frustradas com o objetivo de garantir um adequado acompanhamento de pacientes portadores de diabetes mellitos tipo 2 (DM2), hipertensão arterial sistêmica (HAS) ou as duas patologias juntas. Por diversos motivos, não se consegue um bom controle de ambas as patologias. Sejam eles: pouco conhecimento sobre as patologias, analfabetismo, desconhecimento do uso correto das medicações e de seus efeitos, não participação dos grupos operativos, grupos operativos defasados, sem qualquer atrativo ao paciente, desconhecimento das complicações futuras, pouca sintomatologia, problemas domésticos, descompromisso (tanto da equipe, quanto do paciente), dentre outros. De dez pacientes entrevistados, todos eles diabéticos e hipertensos, oito não sabiam, sequer superficialmente, qual a função primordial da insulina. Muitos referem se tratar de doenças genéticas, que seus pais e avós faleciam com alguma complicação decorrente dessas patologias e que eles também iriam passar pelo mesmo processo, independente do tratamento correto.

Dos aproximados 600 pacientes hipertensos e 200 pacientes diabéticos na área adscrita, 303 hipertensos são cadastrados e 261 acompanhados e 82 diabéticos cadastrados com 71 acompanhados. Sendo assim, aproximadamente 44% dos pacientes hipertensos têm algum tipo de acompanhamento e 34% dos diabéticos, o que não garante o devido controle.

Duas micro áreas estão descobertas há pelo menos dois anos, o que contribui muito para o fracasso do tratamento adequado.

#### ✓ **Quarto passo - Explicação do problema priorizado**

A má adesão ao tratamento de DM2 e HAS, pode se portar como um problema intermediário, por ser vivida pelos próprios pacientes e que, levam através de diversas situações a problemas finalísticos como o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral (aumento dos riscos cardiovasculares), complicações a curto, médio e longo prazos.

Como havia salientado anteriormente, existem diversas causas para a má adesão ao controle, cuidado, acompanhamento e correto tratamento dessas doenças. Dentre eles podemos citar:

1. Desemprego, trabalhos com baixos salários;
2. Ambiente político, cultural (senso comum) e socioeconômico;
3. Analfabetismo, baixos níveis de informação a respeito das doenças e dos objetivos de tratamento;
4. Hábitos e estilos de vida;
5. Alcoolismo (pacientes não fazem uso da medicação quando ingerem bebida alcoólica);
6. Desinformações sobre riscos e agravos;
7. Sintomatologia discreta para ambas as doenças.
8. Ausência ou defasagem de grupos operativos como o HIPERDIA;
9. Não participação dos grupos operativos como o HIPERDIA;
10. Problemas domésticos;
11. Intolerância ao uso da medicação (efeitos colaterais, injeções, horários rígidos);
12. Desorganização e desestruturação familiar;
13. Abandono de incapaz;

Como foi enumerado anteriormente, existem diversos fatores/ causas para a má adesão ao tratamento das patologias em questão, gerando uma falta de controle na evolução para complicações agudas ou crônicas e descompensações, além da evolução para o óbito.

### ✓ Quinto passo - Nós críticos do problema

Entra aqui o espaço para a governabilidade, em que devem-se organizar as causas fundamentais no aparecimento do problema em questão e que, de alguma forma, quando solucionadas, é capaz de impactar o problema e solucioná-lo parcialmente ou totalmente.

A questão cultural está intimamente relacionada ao senso comum, em que existem pré-concepções a respeito de tudo. Isso dificulta muito o processo de controle das patologias, gerando uma má-adesão ao tratamento. Associada às desinformações sobre os riscos e agravos, pode-se chegar a um ponto de interseção: necessidade de informação, caracterização, orientação e suporte mais adequados e efetivos para a população-alvo. É preciso fazê-los entenderem que essas doenças são de pouca ou nenhuma sintomatologia, mas que requerem cuidado absoluto.

O alcoolismo, assim como outras doenças que se correlacionam com transtornos mentais, dificultam muito a adesão correta ao tratamento dessas doenças. São pacientes descompromissados com a realidade, alheios e com pouco ou nenhuma responsabilidade em pelo menos fazer o uso adequado da medicação.

O grupo operativo HIPERDIA, foi criado como uma tentativa de buscar mostrar ao paciente tudo que envolve as doenças DM2 e HAS, com palestras, orientações, informações pertinentes e correto manejo, além de sugerir um acompanhamento destes pacientes com aferições da pressão arterial, medidas da glicemia de jejum, renovação de receitas, marcação de consultas, solicitação de exames, dentre outros. O não funcionamento ou o funcionamento inadequado deste grupo prejudicam muito a adesão ao tratamento, seja por qualquer motivo já citado, entre eles, a desinformação.

Com relação à intolerância medicamentosa, pode-se citar os efeitos colaterais encontrados, como náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, dor muscular, cefaléia, tosse, além daqueles relacionados ao uso de injetáveis: dor durante a aplicação, falta de conhecimento para o uso, alterações do subcutâneo, hipoglicemia, dentre outros.

Todos estes problemas citados, são os principais encontrados e que, existe a possibilidade de enfrentamento direto, para que haja mudanças na busca de terapias adequadas e na adesão do paciente ao tratamento, evitando as complicações e/ou descompensações.



**Quadro 2 - Descritores do problema baixa adesão ao tratamento de diabetes.**

Descritores	Valores	Fontes
Diabéticos esperados	213	Estudos epidemiológicos
Diabéticos cadastrados na unidade	86	Registro de equipe
Diabéticos do sexo masculino	31	Registro de equipe
Diabéticos do sexo feminino	55	Registro de equipe
Diabéticos insulinizados	26	Registro de equipe
Diabéticos não insulinizados	60	Registro de equipe
Diabéticos tipo 1	06	Registro de equipe
Diabéticos tipo 2 insulinizados	20	Registro de equipe
Diabéticos tipo 2 não insulinizados	60	Registro de equipe
Diabéticos tipo 1 com hipertensão arterial	00	Registro de equipe
Diabéticos tipo 2 insulinizados com hipertensão arterial	18	Registro de equipe
Diabéticos tipo 2 não insulinizados com hipertensão arterial	37	Registro de equipe

Depois do problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para assim enfrentar o problema (Campos, Faria e Santos, 2010).

✓ **Sexto passo - Desenho das operações**

Deve-se realizar o desenho das operações, considerando os seguintes objetivos:

- Descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos;
- Identificar os resultados esperados e os produtos esperados;
- Identificar os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro 3 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema de má-adesão ao tratamento de diabetes.**

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desconhecimento sobre o DM e seus riscos e agravos; tanto pelos	+ Saber Elevar o nível de conhecimento do	População mais informada sobre o DM e suas complicações.	Avaliação do conhecimento da população sobre DM; Capacitação	<u>Político:</u> articulação intersetorial (envolvimento do

<b>diabéticos quanto pela população em geral.</b>	diabético e da população sobre diabetes e suas complicações.		dos ACS; Orientações na sala de espera; Programa saúde na escola.	setor educacional).  <u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre o tema e as estratégias pedagógicas.  <u>Organizacional:</u> geração de uma agenda.
<b>Estilos e hábitos de vida incompatíveis com o DM (sedentarismo, transtornos ansiosos, erro alimentar)</b>	<b>Saúde é o que interessa.</b>  Modificação nos hábitos e estilos de vida.	Reduzir em pelo menos 30% o número de obesos, sedentários, transtornos de ansiedade em um período de 01 ano.	Adesão aos grupos operativos como HIPERDIA; apoio do NASF; atividade física grupal; Plano individual de alimentação.	<u>Político:</u> adesão, nos diversos programas, dos profissionais e dos diabéticos.  <u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema.  <u>Organizacional:</u> organização dos grupos operativos, consultas com nutricionistas.
<b>Processo de trabalho: comprometimento e organização desqualificados da equipe na educação e promoção em saúde.</b>	<b>Linha do cuidado</b>  Implementar a linha do cuidado para o paciente portador de DM; Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado que deve ser prestado ao portador de DM. Criação de planilha de acompanhamento do portador de DM (glicemias, consultas, intercorrências).	Orientação e treinamento da equipe para uma assistência mais focada no DM; Acompanhamento e atendimento de 100% da população portadora de DM da comunidade.	Recursos humanos capacitados; Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento.	<u>Político:</u> adesão dos profissionais.  <u>Organizacional:</u> organização das atividades da equipe.  <u>Financeiros:</u> recursos áudio visuais, panfletos, planilhas gráficas (cadernos), e outros materiais para capacitação.  <u>Cognitivo:</u> elaboração do projeto linha do cuidado.
<b>Desestruturação da equipe 84 - Vila</b>	<b>Cuidar é preciso</b>	Cobertura de 100% da população com DM,	Capacitação dos profissionais da	<u>Político:</u> decisão de aumentar os

<b>Pérola.</b>	Aumentar o vínculo com o paciente portador de DM através de uma melhoria da estrutura do serviço (tornando-se mais humanizado), valorização das queixas com uma escuta mais qualificada.	com garantia do cuidado (consultas, exames, medicamentos).	equipe; acolhimentos humanizado, linha do cuidado para DM implantada.	recursos para a estruturação do serviço.  <u>Cognitivo:</u> criação do projeto de atenção aos diabéticos.  <u>Financeiros:</u> e elevar a oferta de exames, medicamentos e consultas especializadas.
<b>Diabéticos cadastrados muito abaixo do número esperado</b>	<b>Busca ativa</b>  Aumentar o número de diabéticos cadastrados.	Cobertura de 100% dos diabéticos cadastrados.	Busca ativa dos portadores de DM; profissionais da equipe capacitados; cadastrar os pacientes portadores de DM ao HIPERDIA.	<u>Político:</u> decisão da busca dos diabéticos não diagnosticados.  <u>Cognitivo:</u> elaboração do projeto de busca ativa.  <u>Financeiros:</u> aumentar o número de consultas com a equipe multiprofissional; impressos de cadastro no HIPERDIA.

### ✓ Sétimo passo - Identificação dos nós críticos

De acordo com as propostas apresentadas acima, é notável que os gastos com a maioria dos procedimentos a serem executados são em sua totalidade viáveis. A secretaria de saúde disponibiliza recursos humanos para essas operações, assim como, recursos materiais, como canetas, cadernos, papel. O que estaria em falta e que seria de grande importância são os computadores, telões e projetores, para apresentação de palestras e nos serviços de capacitação da equipe.

**Quadro 4 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos "nós" críticos do problema má-adesão ao tratamento do diabetes.**

<b>Operação/Projeto</b>	
<b>Mais saber</b>	<u>Cognitivo</u> : Conhecimento sobre o tema e as estratégias pedagógicas.
<b>Saúde é o que interessa</b>	<u>Político</u> : adesão, nos diversos programas, dos profissionais e dos diabéticos.
<b>Linha do cuidado</b>	<u>Financeiros</u> : recursos áudio visuais, panfletos, planilhas gráficas (cadernos), e outros materiais para capacitação
<b>Cuidar é preciso</b>	<u>Político</u> : decisão de aumentar os recursos para a estruturação do serviço.
<b>Busca ativa</b>	<u>Cognitivo</u> : elaboração do projeto de busca ativa

✓ **Oitavo passo - Análise de viabilidade do plano**

Foi realizada a análise de viabilidade do plano porque o autor que está planejando não controla todos os recursos necessários, sendo assim ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

**Quadro 5 - Propostas de ações para motivação dos atores.**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ações estratégicas</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>+ saber</b>  <b>Elevar o nível de conhecimento do diabético e da população sobre diabetes e suas complicações.</b>	<u>Político</u> : articulação intersetorial (envolvimento do setor educacional).  <u>Cognitivo</u> : Conhecimento sobre o tema e as estratégias pedagógicas.  <u>Organizacional</u> : geração de uma	Secretaria Municipal de saúde e da educação; coordenador da ESF; equipe de saúde da família; profissionais multidisciplinares.	Favorável	Apresentar o projeto de estruturação da rede de atenção, discutindo resultados com os gestores.

	agenda.			
<b>Saúde é o que interessa.</b>  <b>Modificação nos hábitos e estilos de vida.</b>	<u>Político:</u> adesão, nos diversos programas, dos profissionais e dos diabéticos.  <u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema.  <u>Organizacional:</u> organização dos grupos operativos, consultas com nutricionistas.	Profissionais multidisciplinares, o paciente diabético.	Favorável	Estimular a importância da modificação de hábitos e estilo de vida para adequação ao tratamento. Realizar campanhas para incentivo a prática de atividade física. Apresentar projeto na secretaria municipal de saúde.
<b>Linha do cuidado</b>  <b>Implementar a linha do cuidado para o paciente portador de DM; Orientar e capacitar a equipe sobre o cuidado que deve ser prestado ao portador de DM. Criação de planilha de acompanhamento do portador de DM (glicemias, consultas, intercorrências).</b>	<u>Político:</u> adesão dos profissionais.  <u>Organizacional:</u> organização das atividades da equipe.  <u>Financeiros:</u> recursos áudio visuais, panfletos, planilhas gráficas (cadernos), e outros materiais para capacitação.  <u>Cognitivo:</u> elaboração do projeto linha do cuidado.	Secretaria municipal de saúde; equipe multiprofissional da saúde.	Favorável	Cadastrar o maior número de diabéticos da região; Reforçar com a secretaria de saúde a importância da realização de contra-referência.
<b>Cuidar é preciso</b>  <b>Aumentar o vínculo com o paciente portador de DM através de uma melhoria da estrutura do serviço (tornando-se mais humanizado), valorização das queixas com uma escuta mais qualificada.</b>	<u>Político:</u> decisão de aumentar os recursos para a estruturação do serviço.  <u>Cognitivo:</u> criação do projeto de atenção aos diabéticos.  <u>Financeiros:</u> elevar a oferta de exames, medicamentos e consultas	Secretaria municipal de saúde; Fundo Nacional de Saúde.	Favorável	Formar o projeto para estruturação da rede. Tentar ser o mais agradável possível com o paciente, buscando aumentar o vínculo.

	especializadas.			
<b>Busca ativa</b>	<u>Político:</u> decisão da busca dos diabéticos não diagnosticados.	Profissionais da equipe de saúde.	Favorável	Incentivar a busca ativa e o cadastramento do maior número de diabéticos.
<b>Aumentar o número de diabéticos cadastrados.</b>	<u>Cognitivo:</u> elaboração do projeto de busca ativa.  <u>Financeiros:</u> aumentar o número de consultas com a equipe multiprofissional; impressos de cadastro no HIPERDIA.			

### ✓ Nono passo - Elaboração do plano operativo

O plano operativo tem como finalidade designar os responsáveis por cada operação estratégica bem como dimensionar os prazos para cumprimento das ações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

#### Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Plano operativo UBS Othon Avelar Gervásio					
Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
<b>+ Saber</b>	População mais informada sobre o DM e suas complicações; sobre o uso correto da medicação.	Avaliação do conhecimento da população sobre DM; ACS capacitados; Orientações na sala de espera; Programa saúde na escola.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	ACSs, Enfermeira Raimunda e Médico Flávio.	Início em 1 mês e finaliza em 6 meses
<b>Saúde é o que interessa</b>	Redução da obesidade em 30%, sedentários, transtornos de ansiedade em um período de 01 ano.	Adesão ao HIPERDIA; apoio do NASF; atividade física grupal; Plano individual de alimentação.	Estimular a importância da modificação de hábitos e estilo de vida para adequação ao tratamento. Realizar	Nutricionista do NASF; Educador físico do NASF; Enfermeira Raimunda e Médico Flávio.	Início em 1 mês e finaliza em 1 ano

			campanhas para incentivo a prática de atividade física. Apresentar projeto na secretaria municipal de saúde.		
<b>Linha do cuidado</b>	Equipe orientada e treinada para uma assistência mais focada no DM; Acompanhamento e atendimento de 100% da população portadora de DM da comunidade.	Recursos humanos capacitados; Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento.	Cadastrar o maior número de diabéticos da região; Reforçar com a secretaria de saúde a importância da realização de contra-referência.	Enfermeira Raimunda e ACSs	Início em 1 mês e finaliza em 8 meses
<b>Cuidar preciso</b> é	Cobertura de 100% da população com DM, com garantia do cuidado (consultas, exames, medicamentos).	Equipe capacitada; acolhimento humanizado, linha do cuidado para DM implantada.	Formar o projeto para estruturação da rede. Tentar ser o mais agradável possível com o paciente, buscando aumentar o vínculo.	Equipe multiprofissional	Início em 1 mês e finaliza em 4 meses
<b>Busca ativa</b>	Cobertura de 100% dos diabéticos cadastrados.	Busca ativa dos portadores de DM; profissionais da equipe capacitados; pacientes diabéticos cadastrados no HIPERDIA.	Incentivar a busca ativa e o cadastramento do maior número de diabéticos.	ACSs, Enfermeira Raimunda e Médico Flávio.	Início em 1 mês e finaliza em 01 ano.

✓ **Décimo passo - Gestão do plano de ação**

Este passo está sendo colocado em prática.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho visa um enfoque no aumento da adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2, principalmente. Através de estudo, a equipe da ESF 84 - Vila Pérola pôde conhecer sua realidade no que se refere às doenças crônicas que aflige a população, além de diversos outros problemas os quais deverão ser incluídos em novos projetos. Pôde-se concluir também o despreparo em que a equipe se encontra para o atendimento e acolhimento adequado desses indivíduos.

O acompanhamento inadequado do diabetes associado à alta diferença entre o número esperado de diabéticos e o número de diabéticos cadastrados, foram considerados os principais problemas diagnosticados.

O estudo permitiu alcançar vários objetivos destacados, dentre eles, a reformulação dos grupos operativos, principalmente o HIPERDIA; um melhor e mais humanizado acolhimento para todos os pacientes, redirecionando os atendimentos por critérios de prioridades e preferências; um diagnóstico mais precoce associado à também um tratamento iniciado de forma imediata, através da busca ativa qualificada e do melhor preparo dos funcionários para selecionar aqueles pacientes mais indicados na realização de exames de triagem.

Com isso, busca-se um crescimento exponencial na melhoria de todos os âmbitos do atendimento e acompanhamento desses pacientes, alcançando-se assim, os objetivos primordiais deste trabalho: a redução da morbimortalidade e das complicações causadas pelo Diabetes.



## REFERÊNCIAS

Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2010. Relatórios Dinâmicos, indicadores municipais. Disponível em: <<http://www.portalodm.com.br>>. Acesso em: 20 maio 2014.

Atlas do Desenvolvimento Humano. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (2000). Página visitada em 7 de dezembro de 2014.

BRASIL Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitos, Brasília, 2001.

BRASIL, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitos. Cadernos de Atenção Básica, n.16. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 56p.

CAMPOS, F. C.; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação de Saúde. 2. ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

DEPARTAMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2014. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acesso em: 20 maio 2014.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do DM. Sociedade Brasileira de DM, 2006.

FERRAZ, M. B. et al. Cadastro de hipertensos e diabéticos em uma Unidade Básica de Saúde da Família: uma análise sob as lentes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: 10 Congresso Internacional da Rede Unida, 2012. <<http://conferencias.redeunida.org.br/index.php/redeunida/ru10/paper/view/3860>>. Acesso em 01 janeiro 2015.

FRANCIONI, F. F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v.16, n.1, mar. 2007.

GRILLO, M. F. F; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.60, n. 1, p. 49-54, jan/fev. 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a09v60n1.pdf>>. Acesso em: 29 dezembro 2014.

HISTÓRIA de Contagem. 2014. Prefeitura Municipal de Contagem. Disponível em: <[http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia\\_contagem](http://www.contagem.mg.gov.br/?es=historia_contagem)>. Acesso em: 20 maio 2014.

IBGE (10 out. 2002). *Área territorial oficial*. Resolução da Presidência do IBGE de nº 5 (R.PR-5/02). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Página visitada em 20 maio 2014.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional 2013 (1º de julho de 2013). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Página visitada em 20 de maio de 2014.

KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAM, W.H.; Global burden of diabetes, 1995 - 2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*; n.21, p. 1414 - 1431, 1998.

MALERBI, D. A.; FRANCO, L. J.; and the Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. Multicenter study of the prevalence os diabetes mellitos and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. *Diabetes Care*; n.15, p.1509-1516, 1992.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes mellitos e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, 15(3), p.180-89, 2006.

VIGGIANO, C. E. Prevalência, fatores de risco, complicações e tratamento do diabetes mellitos. *Revista Nutrição Brasil*, v.2, n.2, 2003.