

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

RAUL JESUS GARCIA HERNANDEZ

**DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADO E COMPLICADO COM
ÊNFASE NA ÚLCERA DE PÉ: EXPERIÊNCIA ESF SANTA MARIA-
UBERABA-MG**

**UBERABA/ MINAS GERAIS
2015**

RAUL JESUS GARCIA HERNANDEZ

**DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADO E COMPLICADO COM
ÊNFASE NA ÚLCERA DE PÉ: EXPERIÊNCIA ESF SANTA MARIA-
UBERABA-MG**

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.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Emiliane Silva Santiago.

**UBERABA/ MINAS GERAIS
2015**

RAUL JESUS GARCIA HERNANDEZ

DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADO E COMPLICADO COM ÊNFASE NA ÚLCERA DE PÉ: EXPERIÊNCIA ESF SANTA MARIA-UBERABA-MG

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.

Orientadora: Prof.^a Dr^a Emiliane Silva Santiago

Banca examinadora

Examinador 1: Prof.^a Dr^a Emiliane Silva Santiago. Universidade Federal de Mato Grosso

Examinador 2: Prof.^a Zilda Cristina dos Santos. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. UFTM

Aprovado em Belo Horizonte. Dezembro 11 de 2015.

AGRADECIMENTOS

Primeiro Deus por ser a fonte da vida, da infinita bondade e amor, por me dar saúde e o necessário para atingir meus objetivos.

A minha mãe, por seu apoio em todos os momentos, por seu amor infinito, motivação constante que me permitiu chegar até aqui.

À minha esposa, meus filhos e minha neta por ser fonte de amor constante, seu apoio em todo momento, por estar presentes quando eu mais precisava deles.

A Minha tutora e professora, por sua cooperação constante, seu apoio, e gentileza.

RESUMO

A Diabetes Mellitus na atualidade é uma doença que tem despertado o interesse de muitos profissionais da saúde e da população, pois é uma patologia crônica de grande escala em todo mundo, e que no decorrer dos anos tornou-se motivo de preocupação para a saúde pública. Indagar sobre essa situação seria bem importante, mas se percebe que não basta isso, mas sim, já iniciar trabalhos voltados para esse problema, porque o número de diabéticos cresce, e da mesma forma que crescem os problemas vigentes ao DM. É uma patologia que se instala silenciosamente e provoca muitas complicações para o organismo, ocasionando no início sintomas bem comuns, como: fome exagerada, muita sede, boca seca, urina em grande quantidade e perda de peso. O objetivo geral de presente estudo centra-se proporcionar ao público alvo um conhecimento claro e preciso de informações valiosas para o dia-a-dia dos pacientes assistidos pela Equipe de Saúde da Família Santa Maria, da cidade Uberaba, Minas Gerais, confiando em seu desempenho, faço uma proposta de intervenção nos grupos assistidos com a finalidade de evitar a descompensação e futuras complicações com úlceras de pé dos pacientes portadores desta doença e ajudar a equipe a melhorar a qualidade de vida dos pacientes, isto através de grupos operativos como técnicas de trabalho, para o qual vamos fazemos uma capacitação multiprofissional da equipe com o propósito de aumentar o grau de conhecimento dos fatores de risco associados à diabetes mellitus, a pacientes e o resto da equipe, prevenção e tratamento rápido das complicações, dando prioridade a medidas de promoção e prevenção a saúde, aumentando o número de atividades coletivas com os grupos de diabéticos, o que melhora a qualidade da saúde.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Necessidades e Demandas de Serviços de Saúde, Úlcera do Pé, Atenção Primária à Saúde e Capacitação.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus today is a disease that has aroused the interest of many health professionals and the population as it is a chronic disease of large-scale worldwide, and over the years has become a matter of concern for public health. Inquire about this situation would be important, but it is realized that this is not enough, but, since starting work directed to this problem, because the number of diabetics grows, and likewise growing problems force the DM. It is a disease that silently installs and causes many complications to the body, resulting in early and common symptoms, such as exaggerated hungry, thirsty, dry mouth, urine in large quantity and weight loss. The overall objective of this study focuses give the target audience a clear and precise knowledge of valuable information for day-to-day patients assisted by the Health Team Family Santa Maria, the city Uberaba, Minas Gerais, relying on their performance, make a proposal for intervention in assisted groups in order to avoid decompensation and future complications with foot ulcers of patients with this disease and help the team to improve the quality of life of patients, ie through operational groups as techniques of work, for which we did a multidisciplinary team training in order to increase the degree of knowledge of risk factors associated with diabetes mellitus, patients and the rest of the team, prevention and prompt treatment of complications, prioritizing measures health promotion and prevention, increasing the number of group activities with diabetic groups, which improves the quality of health.

Keywords: Diabetes Mellitus, Needs and Health Service Demands, Foot Ulcer, Primary Health Care and Training.

LISTA DE ABREVIATURAS

A1C	Hemoglobina Glicada
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEREST	Centro de Referência a Saúde do trabalhador
CTA	Centro de Testagem Anônima
CODAU	Centro Operacional de Desenvolvimento Saneamento Uberaba
DM	Diabetes Mellitus
ETA	Estação de Tratamento de Agua
ESF -	Estratégia de Saúde da Família
GO-	Grupos Operativos
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS -	Ministério da Saúde
ND	Neuropatia Diabética
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
PBI	Produto Interno Bruto
SUS -	Sistema Único de Saúde
SSBD -	Sociedade Brasileira de Diabetes
TFD	Tratamento fora de domicilio
UBS -	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UMS	Unidades Matriciais de Saúde
URS	Unidade Regional de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFTM -	Universidade Federal de Triangulo Mineiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
---------------------	----------

3. JUSTIFICATIVA	22
-------------------------	-----------

A justificativa para a escolha desta temática é que a Diabetes Mellitus contituye uma epidemia global, cada vez mais associada com o aumento dos fatores de risco como o alimentação inadequada, hábitos e estilos de vida inadequados, obesidade, sedentarismo, o envelhecimento da população que são os responsáveis pelo aumento, tanto de sua incidência como prevalência, conduzindo a um empioramento da qualidade de vida dos pacientes. Pelo que a equipe de saúde da família têm grande desafio no controle e prevenção das complicações, modificando esses fatores agravantes com ações de saúde destinadas a promover qualidade de vida e a UBS deve garantir os recursos necessários para o cuidado adequado destes pacientes, conseguindo linhas comuns entre os diferentes níveis de atenção, e evitando com ele as temidas complicações consequentes como retinopatia, cegueira, neuropatia, que aumenta os casos de pés diabéticos, as amputações de membros e/ou problemas cardiocirculatórios.

As complicações acima mencionadas são responsáveis hoje pelo crescente número de internações hospitalares e levam à morte, em pacientes onde os valores de hiperglicemia não são compensado por longos períodos de tempo, Alem da falta de informação sobre a sua doença, a falta de cuidado do proprio paciente, a dieta inadequada y abandono do tratamento

Apesar da capacitação anual de profissionais da atenção primária e esforços para a detecção precoce da diabetes mellitus, a modernização dos laboratórios públicos para testes mais sofisticados, ainda não vemos as abordagens preventivas para a doença e hiperglicemia sustentada vai causando mudanças tanto na estrutura e bioquímica dos principais órgãos, tais como rim, coração, artérias e nervos, olhos Hoje uma das complicação mais prevalente, progressiva e irreversível e a ND periferica, .

Ao se considerar que esta complicação pode vir a causar sérios problemas para o diabético, é fundamental enfatizar no pé diabético, pois, propiciam o comprometimento de prováveis lesões nos membros inferiores, devidamente

causados por pancadas em objetos pontiagudos ou outros, assim traumatizando e desenvolvendo o pé diabético, que já é outra complicação de cuidados específicos. _____ 22

O controle da diabetes mellitus e de outras doenças é incluído nas áreas estratégicas de ação da Atenção Primária à Saúde, que opera com a promoção e proteção da saúde, prevenção de lesões, o diagnóstico, o tratamento para a reabilitação e manutenção saúde. O usuário deste sistema de saúde é visto em sua complexidade, singularidade e integridade, tendo em conta o território em que está inserida, cultura. (BRASIL, 2006b). _____ 23

Nossa equipe de saúde reconhece a importância e a necessidade de identificar regularidades que apontam para a presença ou ausência de alguns fatores que influenciam a descompensação dos pacientes diabéticos e que podem agir a partir de diferentes níveis de determinação desse comportamento, que permitem que grupos de intervenções diretas população e indivíduos portadores de uma doença. _____ 23

4. METODOLOGIA. _____ 25

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO _____ 30

1 INTRODUÇÃO

Uberaba é um município do estado de Minas Gerais, no Brasil. Localiza-se na região do Triângulo Mineiro, pertence à Mesorregião do Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba e à microrregião de mesmo nome. Encontra-se a 416,29km de Belo Horizonte, tem uma População (número de habitantes): 318.813 hab e ocupa uma área de 4.540, 51 km². O município tem como prefeito ao Senhor Paulo Piau Nogueira, Secretário Municipal de Saúde: Marco Tulio Azevedo Cury, Coordenador da Atenção Básica: Elaine Teles Vilela Teodoro, Coordenador da Atenção à Saúde Bucal: Laercio Manguci Junior. Sua população total no ano 2013 foi de 318.813 hab. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

1. HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO.

A cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhangüera, que ligava São Paulo a Goiás. A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816, que diferente das Minas Gerais estava livre do pagamento de impostos sobre minerais. Em 1816, a região do Triângulo Mineiro, que, na época, compreendia o Julgado do Desemboque (onde Uberaba se encontra) e o Julgado do Araxá, deixou de pertencer à Capitania de Goiás e foi anexada à Capitania de Minas Gerais. O sargento-mor Eustáquio pediu e conseguiu, de dom João VI, a elevação de Uberaba à categoria de freguesia em 2 de março de 1820 com o nome de Freguesia de Santo Antônio e São Sebastião do Uberaba, desmembrada da Freguesia do Desemboque. Devido a este fato de importância histórica, se instituiu oficialmente como a data que se comemora o aniversário de Uberaba, 2 de março. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

Em 1831, foi criada a Vila de Araxá, da qual Uberaba fez parte até sua emancipação política em 1836. Em 22 de fevereiro de 1836, pela lei mineira número 28, Uberaba foi elevada à categoria de município, a Vila de Uberaba, desmembrando-se de Araxá. Em 7 de janeiro de 1837, é instalada a Câmara Municipal, tomando posse os primeiros vereadores, tendo o Capitão Domingos como

seu primeiro presidente. Esta lei número 28 também extinguiu o julgado do Desemboque e o anexou ao município de Araxá. Em 1840, Uberaba é elevada à categoria de comarca, a Comarca do Paraná, desmembrada da comarca de Paracatu. Uberaba é elevada da categoria de vila à categoria de cidade em 2 de maio de 1856. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana. Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade que hoje em dia atinge a marca 315.360 habitantes. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

2. DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO.

2.1- ASPECTOS GEOGRÁFICOS.

O município pertence à mesorregião do Triângulo Mineiro, com uma área de 4.540,51 km², municípios limítrofes: Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Água Cumprida, Nova Ponte, Sacramento, Conquista, Delta, Igarapava (SP) Aramida (SP), Miguelópolis (SP) com 481 km de distância da capital. Clima tropical. Altitude 823. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UBERABA, 2014-2017). Baseada na contagem 01/07/2009 IBGE estimou a concentração de habitação na população é de 296 261 habitantes, com os seguintes níveis: por sexo: as mulheres: 153.759 – 51,90 % homens:142.502 – 48,10 % e 96.799 famílias. (IBGE,2010)

2.2- ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM ao longo de um período de 10 anos, Uberaba ficou com progresso muito acentuado, até chegar de um 9º a 4º lugar e de acordo com Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento uma taxa de urbanização: 287.077 habitantes - e 96,9% na área rural: 9.184 habitantes - 3,1%. (IBGE, 2010).

Atingindo em 2012 um dos maiores PIB agrícola do país, ocupando o quarto lugar eo maior PIB agrícola de Minas Gerais. Com crescimento médio da renda per capita nas últimas décadas por 81, 22%, passando de R \$ 539,67 em 1991 para R \$ 978,01 em 2010, com uma taxa de crescimento anual no primeiro período 46,48 % e 23,72% no segundo. (IBGE, 2010).

Taxa de longevidade: aumentou de 68,97 para 73,93 anos, uma das maiores do país e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos. Taxa de mortalidade infantil em Uberaba: 9,51%, uma das menores do Brasil. Uberaba tem tudo para se viver com qualidade e tranquilidade. Está bem localizada, tem uma economia diversificada, ótimas escolas e saúde de primeiro mundo. (IBGE, 2010).

Dados de saneamento: A Companhia de Água de Uberaba foi criada em 1966, até então departamento, já em 1967 tinha uma produção diária de 5mil m³ de água captada do rio Uberaba. Em 1972 começou a funcionar a segunda Estação de Tratamento de Água - ETA, passando a produção diária para 35 mil m³. O Centro

Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba – CODAU abastece 99% dos imóveis, aproximadamente 100 mil ligações de água produzindo mais de 70 milhões de litros de água por dia, e realiza em 98% o afastamento do esgoto sanitário, criada pela lei complementar 106/1998 e é responsável pelos serviços de captação, tratamento, preservação, distribuição de água potável, coleta, tratamento e neutralização de esgotos sanitários. Extensão de redes: Rede de água: 698,65 km Rede de esgoto: 655,25 km. (IBGE, 2010).

As principais atividades econômicas desenvolvidas são açúcar e álcool, Avicultura, Biotecnologia, Algodão, Alimento e bebida, Bovinocultura de corte e leite, Calçados e confecções, Comércio em geral, Fertilizantes, Indústria Química, Cosméticos, Construção civil, Ensino, Tubos plásticos e derivados, Eletrodomésticos e ferramentas, Metalomecânica, Ovinocultura, Indústria moveleira, Produção agrícola, Piscicultura, Prestação de serviços, Suinocultura etc. (IBGE, 2010).

3.3- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS 1:

Tabela 1 - Aspectos Demográficos do Município Uberaba. Período 2012.

Faixa Etária	No.	%
Menor de 1 ano	3516	1,155
1 a 4 anos	14130	4,645
5 a 9 anos	17824	5,859
10 a 14 anos	21288	6,998
15 a 19 anos	23660	7,778
20 a 29 anos	56136	18,45
30 a 39 anos	47667	15,67
40 a 49 anos	43647	14,34
50 a 59 anos	36402	11,96
60 a 69 anos	21426	7,044
70 a 79 anos	12687	4,171
80 e mais anos	5783	1,901
Total	304166	100,00

Fontes: IBEG – Censos Demográficos, 2000 e 2010.

2.3- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Taxa de Crescimento Anual: 1,33%. Sua densidade demográfica: 70,66 hab./km. Densidade Urbana: 1.121,39 hab./km². Densidade Rural: 2,14 hab./km² Taxa de alfabetização: 98,70%. Em Uberaba, não falta escola para quem quer estudar. A taxa de analfabetos em Uberaba é de 4,0% considerando idade acima de 15 anos, a maioria dos analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, (IBGE, 2010).

2.4- SISTEMA LOCAL DE SAÚDE

Mesa diretora do Conselho Municipal de Saúde

Presidente: Beatriz Alves Ferreira

Vice –Presidente: Marco Tulio Azevedo Curi

Primeira Secretária: Genilda de Almeida Brito

Segundo Secretário: Antônio Reginaldo Correa da Fonseca

A Mesa Diretora reúne-se em horário definido por seus componentes, na segunda e última quarta-feira do mês, ou extraordinariamente quando convocada pelo Presidente ou por cinquenta por cento de seus membros (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

Fundo Municipal de Saúde Orçamento destinado à saúde (com especificidades que julgar interessante) é instituído por lei e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art 14 Lei Complementar 141/2012). A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I; Lei 8080 , art. 9 ; art.32 § 2o e art.33 § 1o), que tem autonomia total na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

Programa Saúde da Família (sobre a implantação, cobertura, nº de equipes SF, SB, NASF, CEO etc.)

Cobertura 52,44%, 22 USF, 9 UMS, 6 NASF, ESF 47, CEO 3

Sistema de Referência e Contra referência
Redes de Média e Alta Complexidade

I. Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constituem a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde, nela podemos encontrar as Unidades Básicas de Saúde entre as que estão: USF: Edison Reis Lopes, USF Virilânea Augusta Lima, USF Julieta Andrade, UBS Dona Aparecida C. Ferreira, USF Rosa Maria, USF Residencial 2000, USF Francisco José S. Sabiá, Central de Rede De Frio, UBS Juca Inácio, USF Lecir Nunes Ramos, USF Sebastião L. Costa, USF Beija Flor, USF Romes Cecilio, USF JD Copacabana, USF Fausto Cunha, USF Maria de Oliveira, USF Jacob José Pinto, USF Inimá Baroni, USF Palmira Conceição, USF Norberto, Eurico Vilela Farmácia. Estas unidades básicas oferecem serviços de clínico geral, odontologia, psicologista, nutricionista, fisioterapia, etc. Estas unidades prestam serviço desde as 07:00 horas até 17:00Horas. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

Nesta rede de atenção temos também as unidades matriciais, desta modalidade temos dois tipos as que oferecem serviço de clínico geral, pediatria e ginecologista, além de plantão de clínicos geral, e seu serviço é desde 07:00 horas até 22:00 horas, dentre delas temos UMS Guaritá, UMS Nossa Senhora Abadia, UMS Maria Tereza, UMS Nidia M Veludo, UMS Luiz Meneghello e UMS Êzio Martino. Outro Tipo desta Modalidade são as UMS que oferecem serviço de pediatria e ginecologia e seu trabalho se desenvolve desde as 07:00 horas até 19:00 horas. Estas são: UMS George Chiree, UMS Prof. Aluizio Prata e UMS Valdemar Hial. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

II. Nível secundário ou rede de Atenção Secundaria: Este Tipo de Atenção está preparada para avaliação de pacientes de risco meio e são unidades que contam com serviço ambulatorio especializado ao qual se encaminham os pacientes que não pode-se resolver seu problema na atenção básica, estas unidades tem dermatologistas, cardiologistas, neurologistas, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas, especialidades odontológicas, etc. Dentre destas unidades temos as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) Humberto Ferreira e São Benedito e as Unidades Regional de Saúde (URS) São Cristóvão e Boa Vista. Neste nível temos também Centros Especializados em reabilitação, Centros de Saúde Mental, Álcool e Droga

(CAPS`D e CAPS), Centros de Testagem Anónima (CTA), Centros Especializados em Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST). (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

III. Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciária: Esta constituída por a Atenção Hospitalar onde se dá atendimento a pacientes de alto risco o com doenças de maior complexidade, dentre deles temos Hospital das Clínicas ou Hospital Escola e o Hospital Universitário Mario Franco. Nesta atenção temos também a modalidade de Tratamento Fora do Domicilio (TFD) para pacientes com doenças de alta complexidades e que sua solução encontrasse fora do município, o sistema garante transporte para levar aos pacientes para outros municípios onde realiza-se seu tratamento ou avaliação, como por exemplo Ribeirão Preto, Uberlândia, etc. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-ESB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

Recursos Humanos em Saúde.

3.6 TERRITÓRIOS / ÁREA DE ABRANGENCIA.

Número de família e de habitantes: 925 famílias e 3400 habitantes

Tabela 2 - Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF Santa Maria. 2014

Faixa Etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
<1	16	23	29
1 - 4	98	100	198
5 - 9	131	190	321
10 - 14	141	201	342
15 - 19	193	135	328
20 - 39	448	512	960
40 - 49	177	238	415
50 - 59	148	203	351
>60	182	264	446
Total	1534	1866	3400

Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014.

Nível de alfabetização: Os adultos fazem o básico e tem voltado a estudar no período noturno, sendo que predomina o sexo feminino. Taxa de Emprego e principais postos de trabalho: Os pacientes trabalham principalmente em Mercarias, algumas tem trabalho em zonas agrícolas perto de a cidade. (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE UBERABA, 2014-2017)

A média dos moradores por domicilio varia de 4 a 5 pessoas. A iluminação é feita pela rede pública CEMIG, esgoto pela CODAU. A maioria das casas são próprias, sendo que algumas são alugadas ou cedidas. O transporte é feito predominantemente por ônibus e bicicletas. Alguns moradores possuem motos e carros. A renda familiar varia, mas a média é um pouco mais que o salário mínimo. Há distribuição de cestas básicas para pessoas com dificuldades temporárias e permanentes, de sopa, de roupas (geralmente instituições religiosas católicas e espirita). O número de nascimentos é elevado. As doenças predominantes são: em crianças resfriados e gripe, nos adultos, Hipertensão Arterial, Diabetes e doenças

decorrentes do Diabetes (Úlcera do pé diabético), Dependência Química, etc, em idosos, Depressão, Cardiopatias, Artrose, etc.

Os problemas de saúde da criança estão dados por falta de higiene, a má alimentação e falta de conscientização das mães.

Dos idosos a falta de uso diário das medicações e consumo de bebidas alcoólicas. As principais causas de morte são acidentes de trânsito, violência (causada pelo uso de drogas e álcool) e problemas cardíacos, morrem - se mais idosos, seguido de adultos. As causas mais comuns de adoecimento são resultado pelo estilo de vida das pessoas tais como: tabagismo, consumo de drogas e obesidade.

3. RECURSOS DA COMUNIDADE.

Outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas)

Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, Correios, bancos): A maioria das casas são abastecida de água pelo CODAU, mas existem algumas casas com cisternas. Há serviço de coleta de lixo regular (duas vezes por semana) mas existem áreas de acumulo em alguns terrenos baldios e quintais.

4. UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Inserção na comunidade (localização e acesso). A UBS Juca Inácio (Santa Maria) está inserida no meio da população de abrangência na rua Minas Gerais 744, é muito procurado o atendimento de urgência.

Horário de funcionamento: 07:00 horas até 17:00 horas.

4.1- RECURSOS HUMANOS

Número de Trabalhadores: 20

Profissionais: 12

Enfermeiras de PSF: 1

Médicos de PSF: 1

Técnicos de enfermagem: 0

Dentistas: 2

Técnicos de Higiene Bucal: 2

Secretaria de dentista: 0

Gerente: 1

Técnicas de Enfermagem da rede: 2

ACS: 0

Recepcionistas: 3

Empregadas de Limpeza: 2

Médicos da rede: 4 (1 clínico Geral, 2 Pediatra e 1 Ginecologista)

Psicólogas: 2

Contador: 0

Assistentes Sociais: 0

4.2- RECURSOS MATERIAIS

Área física e uso: A unidades 48 m², tem 1 consultório de ESF, 1 posto de Enfermagem, 1 consultório de Pediatria, 1 consultório para ginecologia, 1 consultório para Psicóloga, Recepção, Farmácia, Sanitários, Armazém, Sala de procedimentos. Temos que dizer que há dotação de insumos é muito insuficiente pelo que é difícil fazer muitos procedimentos que precisam os pacientes. E uma unidade das mais antigas de Uberaba com condições estruturais muito desfavoráveis com filtrações, escassos locais para realização de palestras e outras atividades de interesse para a comunidade.

A equipe de saúde está composta por 1 medico ,1enfermeira ,1psicóloga e 1 dentista. Ainda os agentes comunitários estão em processo de contratação pelo que o trabalho na comunidade se faz muito mais difícil, são oferecidas consultas de segunda a quinta pelo horário da manhã; terça na tarde visitas domiciliares (VD), quarta e quinta pela tarde atenção a grávidas e crianças. Todas as consultas agendadas, além de 2 atendimentos de demanda espontânea por seção de trabalho.

1. Diagnóstico Situacional

Utilizando a metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde (PES), realizamos o Diagnóstico de Saúde da área de abrangência (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 110).

Em reunião com os principais líderes da comunidade e nossos membros da equipe, observamos que existem um grupo de problemas de saúde e que ainda persistem dificuldades para a abordagem dos mesmos para uma possível solução.

Mediante a aplicação da Estimativa rápida em reunião com a Equipe de Saúde da Família da UBS Santa Maria se identificarem os seguintes problemas de saúde: Temos que lembrar que a equipe ainda fica incompleta, pelo que é mais difícil fazer o trabalho e identificar os problemas na comunidade.

1. Diabetes mellitus descompensado e complicado com úlcera de pé
2. Hipertensão Arterial
3. Alta incidência de depressão
4. Consumo de drogas psicoativas.
5. Obesidade
6. Número elevado de idosos morando sozinhos

A priorização dos problemas foi feita em reunião com a ESF e os líderes formais e informais da comunidade, aplicando método da Estimativa rápida e analisando algumas características dos problemas como magnitude, importância, viabilidade e vulnerabilidade, utilizando métodos qualitativos e quantitativos, pontuando cada uma destas características. Foram priorizados os problemas com pontuações mais altas.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento	Seleção
Diabetes Mellitus descompensado e complicado com ulcera de pé	Alta	6	Parcial	1

Hipertensão Arterial	Alta	5	Parcial	2
Depressão	Alta	3	Parcial	3
Consumo de drogas psicoativas.	Alta	2	Parcial	4
Obesidade	Alta	1	Parcial	5
Número elevado de idosos que moram sozinhos	Alta	1	Parcial	6

O problema escolhido para o análise foi a Alta incidência de pacientes com Diabetes Mellitus descompensado e complicado com úlcera de pé diabético em nossa área de abrangência. Este problema atinge a 6.3% da população, e todo mês sua incidência aumenta num 0,2%, é um fator de risco para doenças cardiovasculares, cerebrais e de rins, em sua maior parte encontra-se associada a Hipertensão Arterial, obesidade e cardiopatias, sua maior incidência fica na faixa de 50 e mais anos e tem-se notado uma tendência ao diagnóstico em idades mais precoces com a busca ativa e aferição da glicemia em todos maiores de 15 anos. De um total de 307 diabéticos, 178 são femininos e 129 masculinos, que tem um nível de descompensação alto produto de fatores externos e comportamentais.

A Diabetes Mellitus descompensada e complicada, em nossa área de abrangência está influída por alguns fatores de risco que aumentam a sua incidência e descompensação entre eles temos:

Os fatores que influem diretamente sobre os problemas

- Antecedentes patológicos familiares de Diabetes Mellitus
- Consumo excessivo de doce e gorduras na dieta além de maus hábitos de alimentação
- Obesidade acompanhada da Síndrome Metabólica
- Sedentarismo ou inatividade física

Estes problemas podem trazer como consequência um aumento da morbidade e mortalidade da população com fatores de risco, incremento da incidência de doenças como cardiopatias isquêmicas, insuficiência cardíaca e renal, acidentes vasculares cerebrais, levando a lotação das Unidades de pronto atendimento e aumento das internações hospitalares.

As causas modificáveis consideradas como “**nós críticos**” sobre as quais podemos planejar um plano de ação para diminuir o problema principal de nossa área de abrangência.

1. Fatores hereditários e predisponentes:

- Antecedentes Patológicos Familiares de Diabetes Mellitus

2. Estilo de vida:

- Consumo excessivo de doce, refrigerantes e gorduras na dieta
- Obesidade acompanhada da Síndrome Metabólica
- Sedentarismo ou inatividade físico

A Diabetes Mellitus descompensada e complicada com ulcera de pé constitui um problema influenciado por fatores que podem ser modificáveis relacionados tanto ao envolvimento pessoal, ao cumprimento do tratamento e à relacionamento dos profissionais da saúde com os pacientes, estes fatores pode - se intervir com ações educativas para atingir uma melhoria da mesma e da qualidade de vida destes pacientes.

3. JUSTIFICATIVA

A justificativa para a escolha desta temática é que a Diabetes Mellitus constitui uma epidemia global, cada vez mais associada com o aumento dos fatores de risco como a alimentação inadequada, hábitos e estilos de vida inadequados, obesidade, sedentarismo, o envelhecimento da população que são os responsáveis pelo aumento, tanto de sua incidência como prevalência, conduzindo a um empioramento da qualidade de vida dos pacientes. Pelo que a equipe de saúde da família tem grande desafio no controle e prevenção das complicações, modificando esses fatores agravantes com ações de saúde destinadas a promover qualidade de vida e a UBS deve garantir os recursos necessários para o cuidado adequado destes pacientes, conseguindo linhas comuns entre os diferentes níveis de atenção, e evitando com ele as temidas complicações consequentes como retinopatia, cegueira, neuropatia, que aumenta os casos de pés diabéticos, as amputações de membros e/ou problemas cardiocirculatórios.

As complicações acima mencionadas são responsáveis hoje pelo crescente número de internações hospitalares e levam à morte, em pacientes onde os valores de hiperglicemia não são compensados por longos períodos de tempo, Além da falta de informação sobre a sua doença, a falta de cuidado do próprio paciente, a dieta inadequada e abandono do tratamento

Apesar da capacitação anual de profissionais da atenção primária e esforços para a detecção precoce da diabetes mellitus, a modernização dos laboratórios públicos para testes mais sofisticados, ainda não vemos as abordagens preventivas para a doença e hiperglicemia sustentada vai causando mudanças tanto na estrutura e bioquímica dos principais órgãos, tais como rim, coração, artérias e nervos, olhos Hoje uma das complicações mais prevalente, progressiva e irreversível e a ND periférica, .

Ao se considerar que esta complicação pode vir a causar sérios problemas para o diabético, é fundamental enfatizar no pé diabético, pois, propiciam o

comprometimento de prováveis lesões nos membros inferiores, devidamente causados por pancadas em objetos pontiagudos ou outros, assim traumatizando e desenvolvendo o pé diabético, que já é outra complicação de cuidados específicos.

O controle da diabetes mellitus e de outras doenças é incluído nas áreas estratégicas de ação da Atenção Primária à Saúde, que opera com a promoção e proteção da saúde, prevenção de lesões, o diagnóstico, o tratamento para a reabilitação e manutenção saúde. O usuário deste sistema de saúde é visto em sua complexidade, singularidade e integridade, tendo em conta o território em que está inserida, cultura. (BRASIL, 2006b).

Nossa equipe de saúde reconhece a importância e a necessidade de identificar regularidades que apontam para a presença ou ausência de alguns fatores que influenciam a descompensação dos pacientes diabéticos e que podem agir a partir de diferentes níveis de determinação desse comportamento, que permitem que grupos de intervenções diretas população e indivíduos portadores de uma doença.

3 OBJETIVOS

Objetivo Geral

- I. Elaborar um projeto de intervenção para evitar a descompensação e complicação dos pacientes com Diabetes Mellitus, com ênfase na Úlcera de pé, ESF Santa Maria – Uberaba.

Objetivos específicos

1. Aperfeiçoar a prática da educação em saúde pela Equipe Saúde da Família
2. Aumentar o nível de conhecimento dos portadores de Diabetes Mellitus sobre a patologia e as complicações que os acometem.
3. Desenvolver ações educativas junto aos diabéticos e familiares, considerando os fatores inerentes ao paciente, doença e cuidados dos pés.
4. Obter expectativas e a qualidade de vida semelhante à do indivíduo não-diabético
5. Melhorar a relação profissional – paciente

4. METODOLOGIA.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção utilizamos o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 110). Foi feita uma intervenção comunitária sobre fatores que influenciam na descompensação e complicação dos pacientes com Diabetes Mellitus. Aplicamos métodos quantitativos e qualitativos.

Os resultados forem analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

Utilizaram-se os seguintes descritores: Diabetes Mellitus, equipe, Público alvo, Ulcer, atenção básica, capacitação.

Para a identificação dos fatores de risco e dividimos o estudo em três etapas:

Etapa diagnóstica:

Fizemos abordagem dos fatores de risco relacionados com o envolvimento pessoal do paciente, o cumprimento do tratamento e o relacionamento com os profissionais da saúde.

Etapa de Intervenção:

Planejamos sessões de trabalho e aplicamos uma série de ações onde os pacientes ficavam diretamente inseridos como: busca ativa de sintomas e sinais de descompensação, apoio psicológico e motivação para melhorar sua saúde, dinâmicas familiares para envolvê-los no cumprimento do tratamento dos pacientes, palestra sobre importância do cumprimento do tratamento, etc. Nesta etapa foram aplicadas técnicas de Educação em saúde.

Etapa de Avaliação:

Avaliamos a adesão ao tratamento e qualificamos em Alta se acrescento em 10%, media se crescia entre 5 e 9% e Baixa se ficava abaixo de 5 %, dos pacientes.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Segundo Ministério da Saúde ou DM definido como uma doença resultante da dificuldade de excreção de insulina, envolvendo asem mecanismos nocivos, tais como a destruição das células beta pancreáticas, resistência à insulina e alterações na secreção insulina. Assim, levando a hiperglicemia e, por conseguinte, para o aparecimento de complicações, tais como nos olhos (diminuição da acuidade visual e risco de cegueira), nível renal a (insuficiência renal), o coração e os vasos sanguíneos (arteriosclerose) e nível de nervos (ou dor insensibilidade a neuropatia) e com ela o pê diabético a complicação mais temida.

O pé diabético tem uma fisiopatologia complexa e prevalência alta, dependendo para sua prevenção e controle das ações de saúde e, fundamentalmente, interações educacionais e multidisciplinares simples. O paciente que não adere ao tratamento tem probabilidade muito Maior de ulcerar ou de amputação do que aqueles que seguem corretamente as orientações. Com a implementação de programas e que incidem sobre a formação de profissionais, dois pacientes e suas famílias, para abordar a dificuldade de acesso a todos os níveis de atenção, e para organizar um fluxo diferenciado na hierarquia dos sistemas de saúde pode-se conseguir uma redução nas hospitalizações e amputações.

Os pés de pacientes diabéticos devem ser examinados em todas as consultas de saúde e orientações sobre os cuidados gerais com os pés não pode perder, o corte adequado das unhas, prevenir infecções fúngicas, o uso de calçado Adequado, e sua inspecção e higiene diária, com especial cuidado para remover a umidade entre os dedos, são medidas vitais para prevenir esta complicação temida.



Fonte: Llanes BJA. Caracterização clínica do pé diabético e alguns dos fatores de risco em Município Cerro. Cidade da Habana. Instituto Nacional de Angiologia y Cirurgia Vascular. Faculdade Salvador Allende; 2005.

Abaixo apresentamos os Critérios para o Diagnóstico do Diabetes, segundo a American Diabetes Association (2010), afim de padronizar e facilitar o diagnostico precoce, com intuito de evitar as possíveis complicações.

Tabela 3. Critérios para o Diagnóstico do Diabetes.

Critérios	Comentários
A1C =6,5% = ou >	O teste deve ser realizado em laboratório utilizando um método que é Normalizado pelo National Glycohemoglobin Standardization Program (NGSP)-com certificação e padronização do the Diabetes Control and Complications Trial (DCCT).
Glicemia de jejum =126 mg/dl = ou >	O período de jejum deve ser definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.
Glicemia 2 hs após Sobrecarga com 75g de glicose:=200 mg/dl = ou >	Em teste oral de tolerância à glicose. Esse teste deverá ser conduzido com a ingestão de uma sobrecarga de 75 g de glicose, dissolvida em água, em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 mg/dl e 125 mg/dl.
Glicemia ao acaso =200 mg/dl	Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica.
Atenção: a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes.	

Fonte-Adaptado de American Diabetes Association 2010

A Tabela mostra o exame que possibilita avaliar o comportamento da média dos últimos três meses da glicemia, mais para sua avaliação o melhor exame para o diagnóstico por sua qualidade e atributo é a Hemoglobina Glicada (A1C), o que constitui, o problema para sua utilização é ainda seu custo elevado, pelo que dificulta a saúde pública o acesso em termos de demanda.

Segundo o estandardizado pela OMS, o teste de glicemia feito após 8 horas de jejum e o teste oral de tolerância à glicose (TOTG) feito por meio da ingestão de 75 g de glicose e conferida a glicemia capilar após duas horas, são exames bastante usados na saúde pública, tem bons resultados quando feitos de maneira correta. E no teste capilar casual, ou, realizado ao acaso, é aceitável até valores menores que

200 mg/ dL, e quando igual ou maior que 200 mg/ dL é confirmatório. Lembrar sempre aos pacientes que três dias anteriores ao teste não devem realizar exercício físico ou fumar e não ingerir carboidratos em valores inferiores a 150 g, visto que dietas com quantidades menores podem ocasionar resultados falso-negativos (SOUZA et al., 2012).

É de muita importância que os critérios mostrados na Tabela sejam conhecidos por os profissionais de saúde, com o objetivo de um entendimento multiprofissional. Pois quando temos um diagnóstico conclusivo do DM, é necessário manter seu tratamento e acompanhamento pelos enfermeiros e médicos na atenção básica, assim como reduzir e prevenir as complicações fazendo avaliação dos pacientes com oftalmologista, nefrologista, vascular, melhorando assim sua qualidade de vida.

As complicações crônicas do Diabetes decorrem de alterações em pequenos e grandes vasos sanguíneos (Lesões Micro e Macrovasculares) as quais podem, em sua grande maioria, serem evitadas através de um bom controle dos níveis de glicose no sangue e dos fatores de risco que comumente estão associados, como a Hipertensão e a Dislipidemia.

NEUROPATIA DIABÉTICA

De acordo com Moreira et al., (2005) a (DN) é uma complicação que é caracterizada pela progressiva degeneração dos axônios de fibras nervosas e pode causar dor ou perda da sensibilidade em várias partes do corpo humano, com o período de desenvolvimento crônico de pacientes com DM e sua prevalência ainda é incerto e pode ser influenciada diretamente pelos critérios diagnósticos utilizados, variando de 13% a 47% em estudos populacionais e em pacientes ambulatoriais e de 19% para 50% em pacientes internados.

Já em 2012, Sales, Souza Cardoso (2012) afirmam que a NP é a complicação mais comum desta doença que é progressiva e irreversível, afetando até 80% dos diabéticos. Estudos anteriores mostram que a ND pode causar distúrbios na estrutura osteoarticular da região dos pés, o que pode contribuir para a modificação da marcha, o equilíbrio estático e dinâmico, uma vez que leva à perda de transmissões sensoriais cutâneos nesta área.

6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Para a elaboração do plano de ação atingiremos as estratégias e soluções para o enfrentamento do problema, identificando os produtos e resultados das operações definidas além dos recursos necessários para sua consolidação. Proposta que vai ajudar a melhoramento do desempenho da equipe. Dessa forma foi concretizado os desenhos das operações para os nós críticos.

Desenho das operações

Nós crítico	Operação/ Projeto	Resultado esperado	Produtos	Recursos Necessários
Envolvimento pessoal	Atenção ao indivíduo Acrescentar os conhecimentos dos pacientes sobre a doença e importância do tratamento	População melhor informada sobre fatores de risco e consequência do não cumprimento do tratamento	Palestras sobre fatores de risco, sintomas e sinais e tratamento da Diabetes Mellitus e sus complicações	Cognitivo: Informação sobre fatores de risco e agravos Organizacional: Agenda organizada
	Fornecer apoio psicológico e motivação para melhorar sua saúde	Aceitação negociada Participação ativa	Talheres sobre cuidado dos pés do paciente com diabetes durante trabalho com grupo HIPERDIA	Cognitivos: Conhecimentos sobre técnicas de comunicação e participação popular Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas, etc.
	Avaliar agravos e controlar a evolução dos mesmos	Controle da doença e redirecionamento do tratamento	Busca ativa de sintomas e sinais de descompensação durante a Visita Domiciliar	Cognitivos: Conhecimentos da ESF sobre os principais sintomas e sinais de doenças decorrentes da Diabetes Mellitus.

	Avaliar a possibilidade de envolver a família no cuidado dos pacientes com Diabetes Mellitus	Incrementar apoio da família e a comunidade	Dinâmicas familiares para envolvê-los no cumprimento do tratamento dos pacientes	Cognitivo: Sobre técnicas de Educação em Saúde.
Cumprimento do tratamento	Avaliar cumprimento do tratamento e como evitar complicações	Controle da doença e redirecionamento do tratamento	Palestras Sobre importância do cumprimento do tratamento	Cognitivos: Conhecimentos sobre tratamento diferenciado e controle de agravos. Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc.
	Melhorar a infraestrutura organizacional das unidades sobre almoxarifado para distribuição de medicamentos às unidades	Garantir a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento	Realizar levantamento de medicamentos disponíveis na farmácia e farmácia UMS populares para tratamento da Diabetes Mellitus	Políticos: Decisão de colocar recursos nas farmácias da rede pública.
	Organização dos serviços Garantir a qualidade da consulta médica e de enfermagem	Incrementar a assistência dos pacientes à consulta e conseguir uma cobertura do 90% dos pacientes com Diabetes Mellitus.	Consulta Médica agendada com orientação individual desvinculada de programa educativo e trabalho em grupo com orientação em grupo desvinculada de programa educativo	Organizacional: Agenda organizada

Relação profissional com o paciente	Melhorar a qualidade do trabalho da ESF com o grupo do HIPERDIA	Aumentar as atividades do grupo permitindo a participação ativa dos pacientes e familiares	Orientação em grupo vinculada a programa educativo em Grupo do HIPERDIA	Cognitivos: Conhecimentos sobre o trabalho com grupos
	Avaliar os conhecimentos da ESF sobre os temas Avaliar a produtividade da interação da ESF com os pacientes	Conseguir uma melhor preparação da ESF e um melhor relacionamento dos pacientes com ESF	Educação continuada da ESF sobre relacionamento da ESF com os pacientes e sobre Diabetes Mellitus e seu tratamento e consequências de não cumprimento deste.	Cognitivos: Conhecimentos sobre ética profissional, Diabetes Mellitus e seu tratamento e consequências de não cumprimento deste
	Melhorar a organização dos serviços de saúde sobre a diminuição do tempo de espera para avaliação por especialidades afins	Atingir a aceleração da fila eletrônica para avaliação por especialidades afins Aumentar a quantidades de especialistas da rede pública	Colocação de recursos humanos capacitados na rede publica	Político: Decisão de colocar recursos humanos para a rede pública.

Identificação dos recursos críticos.

Operação/ Projeto	Recursos críticos
Atenção ao individuo	Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas, etc.
Responsabilidade e equidade	Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc Políticos: Decisão de colocar recursos nas farmácias da rede publica
Organização dos serviços	Político: Decisão de colocar recursos humanos para a rede pública.

Análise de viabilidade do plano

Operação/ Projeto	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Atenção ao indivíduo	Financeiros: Distribuição de folhetos, cartilhas, etc.	Coordenador da Atenção Básica a Saúde	Favorável	Apresentação do plano de ação
Responsabilidade e equidade	Financeiros: Para distribuição de folhetos, cartilhas, etc.	Coordenador da Atenção Básica a Saúde	Favorável	Apresentação do plano de ação
	Políticos: Decisão de colocar recursos nas farmácias da rede pública	Secretário de saúde, Prefeitura Governo Estadual	Indiferente	Apresentação do Projeto
Organização dos serviços	Político: Decisão de colocar recursos humanos para a rede pública.	Secretário de saúde, Prefeitura Governo Estadual	Indiferente	Apresentação do Projeto

Plano operativo do projeto.

Operação	Resultados	Pro Endemias e Epidemias Adultos	Ações Estratégicas	Responsáveis	Prazo
	População melhor informada sobre fatores de risco e consequência do não cumprimento do tratamento	Oficinas sobre fatores de risco, sintomas sinais e complicações da Diabetes Mellitus		Médico: Dr Raul Enfermeira : Sonia	1 mês para iniciar atividades

Atenção ao indivíduo	Aceitação negociada Participação ativa	Oficinas sobre autocuidado e cuidado dos pés no trabalho com grupo HIPERDIA		Médico: Raul Enfermeira : Sonia	1 mês para iniciar atividades
	Controle da doença e suas complicações com tratamento adequado	Busca ativa de sintomas e sinais de descompensação e complicações durante a Visita Domiciliar		Médico: Raul Enfermeira : Sonia	20 dias para começar.
	Incrementar apoio da família e a comunidade	Dinâmicas familiares para envolvê-los no cumprimento do tratamento dos pacientes		Médico: Raul Enfermeira : Sonia	Quince dias para começar
Responsabilidade e equidade	Controle da doença e redirecionamento do tratamento	Palestras Sobre importância do cumprimento do tratamento e cuidado dos pés		Enfermeira : Sonia Enfermeira . Clair	Uma semana para o início do agendamento
	Garantir a disponibilidade dos medicamentos para o tratamento	Realizar levantamento de medicamentos disponíveis na farmácia e farmácia UMS populares para tratamento da Diabetes Mellitus e suas complicações	Apresentação do Projeto	Gerente da Unidade Secretário de saúde, Prefeitura	3 meses para apresentação do Projeto

Organização dos serviços	Incrementar a assistência dos pacientes à consulta e conseguir uma cobertura do 80% dos pacientes com Hipertensão Arterial.	Consulta Médica agendada com orientação individual desvinculada de programa educativo e trabalho em grupo com orientação em grupo desvinculada de programa educativo		Médico Raul	Quince dias para começar
	Aumentar as atividades do grupo permitindo a participação ativa dos pacientes e familiares	Orientação em grupo vinculada a programa educativo em Grupo do HIPERDIA		Médico Raul Enfermeira : Sonia	Quince dias para começar
	Conseguir uma melhor preparação da ESF e um melhor relacionamento dos pacientes com ESF	Educação continuada da ESF sobre relacionamento da ESF com os pacientes com Diabetes Mellitus e seu tratamento e complicações de não cumprimento deste.		Médico: Raul Enfermeira : Sonia	Quince dias para começar
	Atingir a aceleração da fila eletrônica para avaliação por especialidades afins Aumentar a quantidade de especialistas da rede pública	Colocação de recursos humanos capacitados na rede pública	Apresentação do Projeto	Secretário de saúde, Prefeitura Governo Estadual	6 meses

Gestão do plano de ação:

Na efetivação de um plano de ação em saúde é sempre necessária a preparação de um modelo de avaliação e monitoramento. Assim os objetivos, resultados e impactos definidos serão acompanhados e orientados para permitir uma resposta satisfatória, utilizando os recursos disponíveis de maneira racional, evitando o fracasso e o gasto desnecessário.

A gestão desse plano de ação é marcada por um acompanhamento e monitoramento que se baseiam em uma análise quantitativa e qualitativa

Coordenação: Raul Jesus Garcia Hernandez. Avaliação após 6 meses do início do projeto.

Produto	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupo Operativo	Equipe de Saúde	6 meses			
Grupos Operativos para o enfrentamento do problema	Equipe de Saúde	6 meses			
Divulgação em médios de comunicação locais. Grupo Operativo do HIPERDIA	Equipe de Saúde	6 meses			

A tabela tem como objetivo fazer uma avaliação quantitativa e qualitativa seis meses após a conclusão da intervenção do projeto em nossa área de saúde e de acordo com os resultados obtidos até agora nos propusemos novas estratégias e corrigir erros que impediram alcançar os objetivos, além de conhecer a real

situação prevalecente em nossa área de saúde para atender às principais necessidades dos pacientes com diabetes mellitus e com base no que foi obtido nestes seis meses para conceber uma proposta atualizada e responder às principais preocupações da nossa população.

Para melhorar o trabalho em equipe e alcançar práticas educativas adequadas na Diabetes Mellitus o primeiro passo foi o trabalho em equipe com o apoio mútuo e a participação de todos os seus membros, cada um com uma função bem definida, sempre buscando a liderança em que o final levaria para o sucesso na formação de grupos, como principal estratégia aumentar o conhecimento sobre a doença, sua fisiopatologia, nutrição e atividades físicas e assim, passar informações corretas para os usuários em cada contato com eles, a equipe tem como objetivo em cada reunião ou atividades de participação comunitária a aumentar o nível de conhecimento sobre esta questão vital para a atenção primária, com a capacidade para aceitar críticas, mudar e ser flexível em todos os momentos, aproveitar na educação continuada ou qualquer outra atividade da equipe de saúde. O trabalho em equipe é visto como uma habilidade capaz de consolidar a estratégia de práticas educativas

Para melhorar o conhecimento do paciente diabético sobre sua doença e complicações deve começar com uma boa preparação de cada um dos membros da equipe de saúde e como sempre um esforço de equipe, definir a pessoa com habilidade para falar no público, com maior capacidade didática e de persuasão, usando o método de experiência de ensino individual e no grupo, sabemos que a consulta de enfermagem é fundamental para a sua realização, a equipe deve corrigir informações ganhar a confiança de doentes que atingiram a sua motivação além de ser criativo e tirar vantagem de qualquer local, especialmente os grupos formados na unidade, explicar claramente as complicações da diabetes, a médio e longo prazo e como evitá-los, trazendo experiências de grupos de experiências que refletem os pacientes sobre a importância do bom atendimento e conhecimentos exigidos por esta doença, sem criar alarme ou descontentamento entre pacientes organizando palestras educativas com o tema, distribuição de folhetos e colocar informações em murais em locais onde o acesso desses pacientes e seu nível de conhecimento pode ser significativamente aumentada

A família deve ser considerada um importante pilar de apoio do paciente com diabetes. A falta ou insuficiente apoio do núcleo mais próximo pode promover o controle metabólico, limitando ou impedindo o devido acompanhamento e tratamento da doença. é por isso que toda a equipe de saúde não deve apenas concentrar a atenção sobre o paciente, mas também para suas famílias sabem o máximo de detalhes sobre sua família, habitação, trabalho etc. agendamento de consultas que envolveu o maior número de membros da família e especialmente aqueles que têm mais responsabilidade para a gestão e atendimento desses pacientes, construir a confiança da equipe de saúde da família e ligando-os às atividades na unidade saúde ou em qualquer outro lugar, este é um trabalho de toda a equipe para alcançar o controle de pacientes e prevenir complicações, devemos lembrar que cada paciente e família é diferente e, portanto, individualizar atividade com o indivíduo e seu meio ambiente, em cada contato deve enfatizar o cuidado com os pés para evitar as complicações terríveis que seria um pé diabético e poderia levar à amputação facilmente evitável

Expectativas e qualidade de vida de pacientes com diabetes estão ligados a fatores psicológicos, como ansiedade, depressão, variáveis metabólicas e controle glicêmico, bem como variáveis externas, dependendo do ambiente em que operam como um estilo e modo de vida, se é verdade que é muito difícil levá-lo a um não-diabéticos podem desenvolver atividades individuais de apoio psicológico de uma equipa multidisciplinar e abraçar a família e o indivíduo para alcançar um menos sintomas de depressão e ansiedade, tanto quanto possível para alcançar o controle metabólico adequado, com o tratamento adequado uma dieta mais saudável possível de acordo com sua capacidade financeira também se concentrar na aptidão de saúde, mobilidade e segurança pessoal, qualidade e adequação das relações pessoais dentro da vida doméstica, familiar e com os amigos e, especialmente, evitar as complicações que realmente levam a uma deterioração da qualidade de vida desses pacientes é um trabalho que a equipe de saúde deve fazer todos os esforços para ter algum sucesso

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho teve como objetivo prevenir descompensação de pacientes com diabetes mellitus no território em questão e evitar as terríveis complicações que podem ocorrer, especialmente úlceras nos pés, aumentar o nível de conhecimento dos portadores da doença e isso aumentaria o apoio da família e da comunidade, mudanças no estilo de vida, assim como alimentação saudável, o que elevará a qualidade de vida nesta etapa permitindo um envelhecimento mais digno. Aumentar o grau de conhecimento dos fatores de risco associados à diabetes mellitus, a pacientes e o resto da equipe, prevenção e tratamento rápido das complicações, dando prioridade a medidas de promoção e prevenção a saúde, aumentar o número de atividades coletivas com os grupos de diabéticos, o que elevará a qualidade da saúde.

Um bom relacionamento dos profissionais de saúde com os pacientes diabéticos evita complicações tardias e melhora a sua qualidade de vida é porque você deve ser envolvida em torno da equipe de saúde, muitas vezes, o abandono do tratamento é devido a uma má relação profissional paciente, esta relação não deve ser superficial ou focar aspectos puramente fisiológicos e sintomáticos se não ir além de suas expectativas, considerando, psicossocial aspectos desenvolvidos no seu ambiente, bem como a tomada de decisão não deve ser ações unilaterais ou imposições estão em que a nossa equipa trabalha diariamente tentando sempre ser tão confiável, humana, respeitosa e direta possível.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnóstico and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, Alexandria, v.33, no.1, p.62-69,2010.

BOULTON A. **The diabetic foot: from art to science.**

The 18thCamilo Golgi Lecture. Diabetologia. 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Informações de saúde.** Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Ministério Saúde Diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Caderno de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de atenção Básica. Serie Pactos pela saúde, vol.4 - 2006b.

CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. . **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009. **Sociedade brasileira de diabetes.** 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo populacional, 2008-2012.** Disponível em: <http://ibge.gov.br> Acesso em: 19 set. 2014

LLANES A, FERNANDEZ M, ÁLVAREZ D, CHIRINO C, VALDEZ PC, et al. **Utilidad del Michigan Neuropathy Program para identificar clínica de neuropatía diabética y evaluar su severidad.** Angiología [serie en Internet] 2008 enero-diciembre [Citado1enero2009]; 9(1): [aprox.3p.]

LLANES BJA. Caracterização clínica do pé diabético e alguns dos fatores de risco em Município Cerro. Cidade da Habana. Instituto Nacional de Angiologia y Cirurgia Vascular. Faculdade Salvador Allende; 2005

MOREIRA R.O et al. Diabetes Mellitus: Neuropatia. Projeto de Diretrizes/Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Fev.2005.

PONTES, H.A. **Historia de Uberaba e a Civilização do Brasil Central,** Academia de Letras do Triângulo Mineiro, 1970

SALES,K.L.S . ; SOUZA.L.A.; CARDOSO,V.S. Equilíbrio estático de indivíduos com Neuropatia Periférica Diabética. Fisioter Pesq, Parnaíba, v.19,n.2,p.122-127,2012

SEUHT NATIONAL INSTITUTES OF HEARTH. Report of Joint National comunittee on Prevention, Detection, Evaluation and treatment of High Blood Pressure. **NIH Pub.** 2008.

UBERABA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde – 2013/2014-2017.** Uberaba-MG, 2014.

VIRGINI MAGALHAES, Carlos E.; BOUSKELA, Eliete. Pé diabético e doença vascular: entre o conhecimento acadêmico e a realidade clínica.Arq Bras Endocrinol Metab, São Paulo. 52,n. 7,Out 2008 .