

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

**ERIK MICHEL LARA PÉREZ**

**DIABETES MELLITUS: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA E MELHORAR A ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO  
TRATAMENTO NO PSF SANTA MARTA NO MUNICÍPIO DE BOM  
DESPACHO/MG.**

**BOM DESPACHO / MG**

2016

**ERIK MICHEL LARA PEREZ**

**DIABETES MELLITUS: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA E MELHORAR A ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO  
TRATAMENTO NO PSF SANTA MARTA NO MUNICÍPIO DE BOM  
DESPACHO/MG**

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

**Orientadora: Profa. Lais de Miranda Crispim Costa.**

**BOM DESPACHO / MG**

2016

**ERIK MICHEL LARA PEREZ**

**DIABETES MELLITUS: PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR A  
PREVALÊNCIA E MELHORAR A ADESÃO DOS DIABÉTICOS AO  
TRATAMENTO NO PSF SANTA MARTA NO MUNICÍPIO DE BOM  
DESPACHO/MG**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Lais de Miranda Crispim Costa - Universidade Federal de Alagoas

Examinador 2: Esp. Judete Silva Nunes

Aprovado em Uberaba, em        de        de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, criador das coisas visíveis, invisíveis e lindas da minha vida. A minha mãe que me inspira a lutar frente às adversidades de cada dia, ao meu pai que está no céu e me cuida a cada passo que dou. A virgem da Caridade do Cobre padroeira do meu país em que confio toda minha vida e a quem devo tudo o que hoje sou.

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as pessoas que me apoiam e que sempre estão ao meu lado.

*"Todas as grandes coisas são simples. E muitas podem ser expressas numa só palavra: liberdade; justiça; honra; dever; piedade; esperança."*

(Winston Churchill)

## RESUMO

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Apresentando-se como uma nova maneira de trabalhar em saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente. Com o objetivo maior de potencializar a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a estratégia Saúde da Família é nosso pilar fundamental de trabalho. O PSF Santa Marta pertence à cidade de Bom Despacho e atende uma população de aproximadamente 2.234 habitantes. Ao realizar o diagnóstico situacional da área de abrangência do PSF Santa Marta, foram identificados diversos problemas como: alta prevalência de Hipertensão Arterial e alto índice de Tabagismo. Entretanto, o problema de maior relevância está relacionado com Alta prevalência de Diabetes Mellitus e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento. O Diabetes Mellitus (DM) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. É uma doença crônica degenerativa, não transmissível, que nos últimos anos tem incrementado sua prevalência no mundo e estima-se que seguirá aumentando nos próximos anos. O desenvolvimento de ações e estratégias para a aplicação de medidas preventivas e de promoção à saúde, controle do Diabetes Mellitus e suas complicações são diretrizes previstas na Estratégia de Saúde da Família que objetivam uma melhor qualidade de vida da população. Nesta perspectiva, foi elaborada uma proposta de intervenção com o objetivo de diminuir a prevalência do Diabetes Mellitus e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento no PSF Santa Marta do município de Bom Despacho/MG. Este estudo trata de um projeto de intervenção, que será realizado no ano de 2016 pela equipe de saúde do PSF Santa Marta de Bom Despacho/MG, após a realização do diagnóstico situacional, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O público-alvo será a população adstrita ao PSF. Para a construção desse projeto foram pesquisadas bases de dados como: SCIELO, NESCON, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (Lilacs), etc. Esperando-se com o desenvolvimento deste trabalho diminuir a prevalência desta doença e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus. Terapêutica. Educação em saúde.



## ABSTRACT

The Family Health Program (FHP) in Brazil emerges as a strategy for reorienting the care model based on primary care. It is presenting itself as a new way of working in health, with the family as center of attention and not only the individual patient. With the ultimate goal of enhancing the reorientation of the working process and the actions that make up the model of care proposed by the Unified Health System (UHS), the Family Health Strategy is our fundamental pillar of work. The PSF Santa Marta belongs to the town of Bom Despacho and serves a population of approximately 2234 inhabitants. Upon situational diagnosis of PSF Santa Marta coverage area, were identified several problems such as high prevalence of hypertension and high smoking rate. However, the most relevant problem is related to High prevalence of Diabetes Mellitus and difficulties in adhering to treatment of diabetics. Diabetes Mellitus (DM) is a serious public health problem in Brazil and worldwide. It is a degenerative chronic disease, non-transferable, which in recent years has increased its prevalence in the world and it is estimated that followed increasing in the coming years. The development of actions and strategies for implementing preventive measures and health promotion, control of diabetes mellitus and its complications are guidelines set out in the Family Health Strategy that aim to better people's quality of life. In this perspective, an intervention proposal was drawn up in order to reduce the prevalence of Diabetes Mellitus and improve adherence to treatment of diabetics in the PSF Santa Marta in the city of Bom Despacho / MG. This study is an intervention project, which will be held in the year 2016 by the health team of PSF Santa Marta of Bom Despacho / MG, after conducting a situational diagnosis, following the method of Situational Strategic Planning (PES). The target audience will be the enrolled population to PSF. For the construction of this project databases were searched as SCIELO NESCON, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Virtual Health Library Latin American and Caribbean Health Sciences (Lilacs), etc. Is expected to develop this work to reduce the prevalence of this disease and improve adherence to treatment of diabetics.

**Descriptors:** Diabetes Mellitus,therapyand Health Education.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- PSF – Programa de Saúde da Família.
- SUS – Sistema Único de Saúde.
- DM – Diabetes Mellitus.
- FHP – Family Health Program.
- ESF – Equipe de Saúde da Família.
- IDH – Índice de Desenvolvimento Humano.
- NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família.
- CEO – Centro de Especialidades Odontológicas.
- UBS – Unidade Básica de Saúde.
- OMS – Organização Mundial da Saúde.
- AVC – Acidente Vascular Cerebral.
- SIAB – Sistema de Informação da Atenção Primária.
- SCIELO – Scientific Electronic Library Online.
- NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva.
- IFD – International Diabetes Federation.
- IMC – Índice de Massa Corpórea.
- TOTG – Teste Oral de Tolerância a Glicose.
- ASP – Atenção Primária a Saúde.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Santa Marta de Bom Despacho/MG, 2015.

Quadro 2: Prevalência dos fatores de risco associados ao Diabetes Mellitus na população da ESF Santa Marta de Bom Despacho/MG, 2015.

Quadro 3: Pacientes com complicações associadas ao Diabetes Mellitus na população da ESF Santa Marta de Bom Despacho/MG, 2015.

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Alta prevalência do Diabetes mellitus na área de abrangência da ESF Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Alta prevalência do Diabetes mellitus na área de abrangência da ESF Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Alta prevalência do Diabetes mellitus na área de abrangência da ESF Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
2 JUSTIFICATIVA .....	13
3 OBJETIVOS .....	14
4 METODOLOGIA.....	15
5 REVISÃO DA LITERATURA .....	16
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE .....	40
ANEXO.....	42

## 1 INTRODUÇÃO

O município Bom Despacho está localizado no centro oeste de Minas Gerais, a 156 km de Belo Horizonte, com 768m de altitude. Encontra-se na região do Alto São Francisco e é banhado pelos rios Lambari e Picão. Esta região abrange as nascentes do rio São Francisco atingindo o Lago de Três Marias. O distrito de Engenho do Ribeiro localiza-se a 30 km da sede. Tem uma área total de 1.223 km<sup>2</sup> e uma densidade demográfica de 39,99 hab. /km<sup>2</sup> para uma população total de 48.350 habitantes. A distância entre capitais é: Belo Horizonte/MG - 156 km, Brasília/DF - 730 km, Rio de Janeiro/RJ - 576 km e São Paulo/SP - 580 km (CORGOSINHO, 2013).

A História da formação de Bom Despacho iniciou-se na ponte do Lambari, alongando-se para oeste, até atingir as nascentes do Picão, daí em diante, à fazenda da Piraquara e ao Rio São Francisco, até a instalação da Vila em 1º de junho de 1912 (CORGOSINHO, 2013).

O município conta com um número aproximado de 9.908 domicílios/famílias. 94,1% da população se concentra na zona urbana, com um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,799. Uma expectativa de vida de 76 anos e uma taxa de alfabetização de 92% (CORGOSINHO, 2013).

A cidade conta com 14 Equipes de Saúde da Família e 14 de Saúde Bucal, 1 Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológica (CEO). Com 404 servidores da saúde, dos quais 222 são contratados, 156 efetivos e 26 comissionados. O sistema de referência e contra referência de média complexidade funciona para Policlínica- Atenção secundária (Especialistas) e Santa Casa - Ingresso Hospitalar; e a alta complexidade para Divinópolis, Belo Horizonte e Itaúna ou Formiga nos casos de Hemodiálise.

No município trabalham 17 médicos vinculados à Saúde da Família, dos quais 10 são do Projeto Mais Médicos (08 estrangeiros e 02 nacionais), 14 enfermeiras, 24 técnicos de enfermagem, 14 odontologistas, 14 técnicos de odontologia e 82 agentes comunitários de saúde.

A área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Santa Marta tem uma população cadastrada de 2.234 habitantes e 555 famílias, agrupadas em 5 microáreas. Com um total de 21 gestantes, 05 recém-nascidos, 12 crianças

menores de 6 meses e 27 menores de um ano, dados recolhidos até o mês de dezembro de 2015. Com serviços de abastecimento de água tratada e recolhimento de esgoto por rede pública. A taxa de alfabetização é de 99.47 %. As principais atividades econômicas da comunidade são os serviços e indústria.

As doenças crônicas não transmissíveis mais frequentes na comunidade de Santa Marta são a Hipertensão Arterial com 209 pacientes cadastrados e a Diabetes Mellitus com 126 pacientes. Não existem pacientes com Tuberculose ou Hanseníase notificados. E a principal causa de morte na comunidade são as Doenças Cardiovasculares e as complicações derivadas das mesmas.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Marta se encontra localizada dentro do bairro JK da Cidade Nova do município. Foi fundada o 07 de Janeiro 2014 pelo atual prefeito. Possui prédio próprio que compartilha as equipes de Saúde da Família JK e Santa Marta. A estrutura física da Unidade consiste em: 01 sala de triagem, 02 consultórios médicos, 02 consultórios odontológicos com 02 cadeiras, 01 sala de medicamentos, 01 sala de curativos, 01 sala de vacinas, 02 salas dos agentes comunitários da saúde, 01 sala de reuniões, 01 cozinha e 02 banheiros.

A equipe do PSF Santa Marta é constituída por 01 médico; 01 enfermeira; 02 técnicos de enfermagem; 01 auxiliar de limpeza; 05 agentes comunitários de saúde; 01 cirurgião dentista; 01 auxiliar de saúde bucal; 01 psicóloga; 01 nutricionista; 01 fisioterapeuta e 01 assistente social. O NASF esta composto por 01 psicóloga; 01 nutricionista; 01 fisioterapeuta e 01 assistente social. A carga horária é de 40 horas semanais, exceto para os profissionais do Programa Mais Médicos que tem uma folga de 8 horas semanais para o curso de especialização.

## 2 JUSTIFICATIVA

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9 % da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços da saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2014 B).

O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade, onde o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco de 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; e a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna (SOUZA, 2014).

Atualmente dos 2234 pacientes cadastrados na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Santa Marta, 126 são diabéticos para uma taxa de prevalência de 5,64%. Observando-se um aumento considerável ao comparar com anos anteriores. Existindo uma forte resistência dos pacientes diabéticos a cumprir com o tratamento da doença, com maiores dificuldade na adesão ao tratamento não farmacológico.

Por isso este trabalho justifica-se pela importância e urgência de intervir na população para diminuir a prevalência desta doença e melhorar a adesão dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus ao tratamento com o fim de diminuir as complicações da doença e melhorar a qualidade de vida da população.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Propor um plano de intervenção para diminuir a prevalência do Diabetes Mellitus e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento no PSF Santa Marta do município de Bom Despacho/MG.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Realizar levantamento bibliográfico sobre a temática nos anos 2010 a 2015.
- Realizar ações educativas com a população e pacientes com risco a desenvolver Diabetes Mellitus para diminuir a prevalência da doença na área de abrangência da equipe.
- Possibilitar maior adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.



#### 4 METODOLOGIA

O presente estudo trata de um projeto de intervenção, que será realizado no ano de 2016 pela equipe de saúde do PSF Santa Marta de Bom Despacho/MG, após a realização do diagnóstico situacional, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

O público-alvo será a população adstrita ao PSF. Primeiramente em reunião de equipe foi proposto o levantamento dos principais problemas da comunidade. Os quais foram identificados a partir de dados fornecidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pesquisa das agentes comunitárias de saúde, observação ativa da equipe, entrevista com informantes-chaves da comunidade e lideranças da comunidade, reuniões com a comunidade e o conselho local de saúde e caixa de opiniões na recepção da unidade.

Após a identificação dos problemas, a equipe realizou a priorização destes. Para isso, foram utilizados alguns critérios como: importância do problema, urgência do problema e capacidade de enfrentamento pela equipe. O principal problema priorizado foi "Alta prevalência de Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF- Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento". Para a descrição do problema priorizado foram utilizados alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros produzidos pela própria equipe. Foram selecionados fatores de risco associados ao desenvolvimento de Diabetes Mellitus na comunidade assim como complicações derivadas desta doença. Em seguida foi realizada uma análise para identificar as causas mais relevantes do problema que precisam ser enfrentadas. Assim a equipe selecionou os nós críticos que estão dentro do espaço de sua governabilidade. Assim foram propostas intervenções e ações educativas para a população e pacientes com risco a desenvolver Diabetes Mellitus para diminuir a prevalência da doença e possibilitar maior adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento.

Para a construção desse projeto foram pesquisadas bases de dados como: *Scielo*, *Nescon*, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, Biblioteca Virtual em Saúde, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (*Lilacs*), etc. Para subsidiar essa abordagem teórica, foi

realizada uma revisão na literatura com os seguintes descritores: Diabetes Mellitus, Terapêutica e educação em saúde.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Frente ao atual estágio da transição demográfico-epidemiológica, o diabetes mellitus, ao lado de outros desfechos crônicos, é considerado um problema de saúde pública, não apenas em países desenvolvidos, como também em países em desenvolvimento (BOTELHO, 2013). Nas últimas décadas, a ocorrência da Diabetes mellitus, sobretudo a do tipo 2 em todo o mundo, teve crescimento significativo, de forma que, desde 2002, vem sendo tratada pela Organização Mundial de Saúde como epidêmica (ADA, 2013). Organismos como a *International Diabetes Federation* (IDF) apresentam, a cada ano, expressivas estatísticas em torno da crescente morbimortalidade atribuível à diabetes, evidenciando a renitente dificuldade de tornar efetivos cuidados de saúde que podem prevenir ou retardar as complicações da doença (IDF, 2013).

O quadro é particularmente preocupante no caso de países de rendas baixa e média, onde estão 80% dos diabéticos do mundo. Nestes países, condições precárias ou insuficientes dos serviços de assistência à saúde prejudicam não apenas seu diagnóstico precoce, já dificultado pela natureza 'silenciosa' da doença, mas também e principalmente seu tratamento e acompanhamento, aspectos determinantes para o crescimento dos índices de incapacidade e morte ligados a essa condição (ADA, 2012).

Em 1998, projetaram um aumento de 35% na prevalência de diabetes mellitus, no mundo, passando de 4%, em 1995, para 5,4%, em 2025. O crescimento relativo da prevalência será, entre 1995 e 2025, da ordem de 48% para os países em desenvolvimento, contra 27% para os países desenvolvidos (FREITAS; GARCIA, 2012).

Em 2004, publicaram resultado de estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referente às estimativas de prevalência do diabetes mellitus entre 2000 e 2030. Segundo os autores, o Brasil, que em 2000 ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos

de diabetes (4,6 milhões), ocupará a sexta posição em 2030, quando contará com 8,9 milhões de pessoas diagnosticadas (WHO, 2011). Diabetes mellitus não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (FAGUNDES, 2014).

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM **insulinodependente** e DM **não insulinodependente** devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA) e aqui recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (SILVA, 2013).

O diagnóstico do DM tipo 2 pode ser estabelecido a partir de um dos seguintes critérios:

1. Glicemia de jejum (de 8 horas)  $\geq 126$  mg/dL (2 medidas).
2. Glicemia  $\geq 200$  mg/dL, 120 minutos após sobrecarga oral de 75 g de glicose anidra.
3. Glicemia  $\geq 200$  mg/dL em medição casual (sem considerar a última refeição) em indivíduo com sintomas sugestivos do diagnóstico (poliúria, polidipsia, emagrecimento).

A positividade de qualquer dos critérios acima deve ser confirmada posteriormente, a não ser que a hiperglicemia seja significativa. O rastreamento deve ser feito com glicemia de jejum a partir dos 25 anos para indivíduos com IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> ou que tenham algum fator de risco para DM2, a partir dos 45 anos para os que não estão nessas categorias. Os resultados normais devem ser reavaliados após três anos. Nos indivíduos com glicemia de jejum alterada (entre 100 e 125 mg/dl) se recomenda medir glicemia 120 minutos após glicose anidra – teste oral de tolerância à glicose (TOTG). (BRASIL, 2012).

O tratamento do DM tipo 2 inclui mudanças de estilo de vida como atividade física, que deve ser frequente e de, pelo menos, 150 minutos por

semana, dieta fracionada, hipocalórica e perda de peso ao redor de 5% a 10% do total. Infelizmente, a maioria dos pacientes não consegue manter um bom controle por um longo período apenas realizando mudanças de estilo de vida, isso ocorre na maior parte das vezes também com a monoterapia, havendo necessidade muitas vezes de terapia combinada, tanto pela dificuldade em perder peso e manter a aderência à dieta e atividade física quanto pela própria evolução natural da doença (PIANCASTELLI *et al*, 2011).

O DM é uma doença crônica que exige mudanças de hábitos e desenvolvimento de comportamentos especiais de autocuidado que deverão ser mantidos por toda a vida. A educação em diabetes é a principal ferramenta para a garantia desse autocuidado, permitindo o autocontrole por parte do paciente (FRANCISCO *et al*, 2010).

A prevenção e o tratamento da Diabetes Mellitus é um processo lento, pois é necessário ensinar a população a cuidar da saúde, enfatizando em campanhas e ações educativas a mudança do estilo de vida, aceitação e adesão ao tratamento, seja ele farmacológico ou não farmacológico. Essas ações podem ser individuais ou coletivas, buscando estratégias que alcancem a realidade da população (WEINERT *et al*, 2013).

A falta de adesão ao tratamento de DM é um grave problema de saúde pública, pois resulta na morte de 36 mil brasileiros diabéticos por ano. Também acarretam graves complicações, evoluindo para hospitalizações, agravos sociais por absenteísmo no trabalho, elevados custos com internações de longa permanência, invalidez, aposentadoria precoce e outros. Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta em média R\$ 11 bilhões por ano com tratamentos diretos e indiretos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis (MATTOS *et al*, 2012).

Melhorar a adesão ao tratamento não é fácil, e precisa de uma revisão sistemática de intervenções baseada nos recursos tecnológicos, educativos e comportamentais da população e do serviço de saúde, para serem adaptadas às características e necessidades da população abrangente. As ações educativas coletivas, chamadas de grupo de Hiper-Dia são uma grande ferramenta de trabalho para os profissionais, pois aumenta a adesão e eficácia do tratamento e conseqüentemente a qualidade de vida dos pacientes (ARAÚJO, 2014).

A adesão ao tratamento relaciona as ações e comportamentos a respeito do paciente clínico, compreendendo consultas, palestras, grupos de apoio, utilização correta das medicações e prática de exercícios. Essas ações e comportamentos são caracterizados como integrantes do comportamento do paciente em todos os aspectos, agregando todos à sua volta como familiares e amigos e influenciado por sua cultura (MARTINS, 2014).

Um dos principais problemas dos profissionais da saúde é a adesão ao tratamento de forma irregular e assistemática, devido ao longo prazo e a dificuldade de alterar sua rotina, para isso os profissionais necessitam da participação e cooperação dos pacientes que convivem com a cronicidade para conseguirem alterar seu estilo de vida (TOBIAS; DADALTI, 2011).

## **6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Para elaboração da proposta de intervenção foi realizada uma reunião com toda a equipe, onde muitos foram os problemas e dificuldades abordados por todos os membros da equipe que estão afetando o desenvolvimento e cumprimento dos nossos objetivos como atenção primária à saúde. Por isso tivemos de trabalhar em equipe e em interação com a população para uma melhor identificação dos problemas, e posteriormente fazer uma análise para tentar buscar soluções baseadas em nossas possibilidades e realidades atuais. Foi de muita importância o trabalho das agentes comunitários de saúde e seu conhecimento da população em sua totalidade.

Para o levantamento dos problemas locais foram utilizadas ferramentas para identificar as necessidades da comunidade e garantir o atendimento aos interesses comunitários. Os agentes comunitários de saúde fizeram pesquisa e durante suas visitas domiciliares, entrevistaram informalmente alguns moradores. Também foi colocada uma caixa de opiniões na recepção da unidade. E foram feitas entrevistas informais com pessoas chaves e lideranças da comunidade, reuniões com a comunidade e o conselho local de saúde.

### **6.1 Primeiro passo: definição dos problemas**

Lista de problemas levantados na área de abrangência da ESF-Santa Marta:

1. Alta percentagem de consultas por demanda imediata (espontânea).
2. Alta prevalência do Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento.
3. Maus hábitos dietéticos na população.
4. Alta prevalência de Hipertensão Arterial.
5. Elevada incidência de Dengue.
6. Elevada incidência de infecções respiratórias agudas.
7. Alto índice de Tabagismo.
8. Demora nos encaminhamentos a especialistas.

### **6.2 Segundo passo: priorização de problemas**

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde,

tornou-se necessária a priorização de um diagnóstico com base na sua importância, urgência e a capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização indica uma demanda momentânea da equipe de saúde (ESF) atual e que é feita a partir da opinião dos membros da ESF, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Assim, foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância (alta, média ou baixa), urgência (pontos de zero a 10) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção foi feita a partir da análise das três variáveis classificadas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 1- Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Santa Marta de Bom Despacho/MG, 2015.

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Alta prevalência do Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento.	Alta	10	Parcial	1
Alta prevalência de Hipertensão Arterial.	Alta	10	Parcial	2
Elevada incidência de Dengue	Alta	10	Parcial	3
Elevada incidência de infecções respiratórias agudas.	Alta	9	Parcial	4
Alta percentagem de	Média	8	Parcial	5

consultas por demanda imediata.				
Maus hábitos dietéticos na população.	Média	8	Parcial	6
Alto índice de Tabagismo.	Média	8	Parcial	7
Demora nos encaminhamentos a especialistas.	Média	7	Fora	8

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF- Santa Marta/ 2015.

### 6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O diabetes é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, causando um aumento da glicose (açúcar) no sangue. O diabetes acontece porque o pâncreas não é capaz de produzir o hormônio insulina em quantidade suficiente para suprir as necessidades do organismo, ou porque este hormônio não é capaz de agir de maneira adequada (resistência à insulina). A insulina promove a redução da glicemia ao permitir que o açúcar que está presente no sangue possa penetrar dentro das células, para ser utilizado como fonte de energia. Portanto, se houver falta desse hormônio, ou mesmo se ele não agir corretamente, haverá aumento de glicose no sangue e, conseqüentemente, o diabetes (MATTOS *et al*, 2012).

Considerando-se o atual estágio da transição demográfico-epidemiológica, o diabetes mellitus, ao lado de outros desfechos crônicos, é considerado um problema de saúde pública, não apenas em países desenvolvidos, como também em países em desenvolvimento. Em 1998, projetaram um aumento de 35% na prevalência de diabetes mellitus, no mundo, passando de 4%, em 1995, para 5,4%, em 2025. O crescimento relativo da prevalência será, entre 1995 e 2025, da ordem de 48% para os países em desenvolvimento, contra 27% para os países desenvolvidos (BAGRICHEVSKY *et al*, 2010).

Em 2004, publicaram resultados de um estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referente às estimativas de prevalência do diabetes mellitus entre 2000 e 2030. Segundo os autores, o Brasil, que em



2000 ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de diabetes (4,6 milhões), ocupará a sexta posição em 2030, quando contará com 8,9 milhões de pessoas diagnosticadas (SARTORELLI; FRANCO, 2011).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, mais de 180 milhões de pessoas têm diabetes e este número será provavelmente maior que o dobro em 2030. Nesse cenário, o Brasil terá uma população de aproximadamente 11,3 milhões de diabéticos. Esse aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais altas (IDF, 2013).

Nos Estados Unidos, o número de pessoas com diabetes dobrou, alcançou 23,6 milhões em 2007, 7,8% da população total. Entre os idosos com 60 anos ou mais, 12,2 milhões ou 23,1%, têm diabetes. Na América Latina e Caribe, essa enfermidade afeta quase 19 milhões de pessoas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Em Bom Despacho/MG existem atualmente 1.008 diabéticos cadastrados dos quais 126 residem na área da equipe de Saúde da Família Santa Marta, correspondendo a uma prevalência de 5,64 % (SIAB, 2014).

#### **6.4 Quarto passo: explicação do problema**

Até aqui o problema priorizado foi descrito e caracterizado. Agora, chegou à vez de explicá-lo. Este quarto passo tem como objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar a partir da identificação das suas causas (CAMPOS *et al.* 2010).

Esta doença pode ser classificada em: diabetes tipo 1, onde o pâncreas perde a capacidade de produzir insulina em decorrência de um defeito do sistema imunológico, fazendo com que nossos anticorpos ataquem as células que produzem a esse hormônio. O diabetes tipo 1 ocorre em cerca de 5 a 10% dos pacientes com diabetes. No diabetes tipo 2 existe uma combinação de dois fatores, a diminuição da secreção de insulina e um defeito na sua ação, conhecido como resistência à insulina. Geralmente, o diabetes tipo 2 pode ser tratado com medicamentos orais ou injetáveis, contudo, com o passar do tempo, pode ocorrer o agravamento da doença. O diabetes tipo 2 ocorre em cerca de 90% dos pacientes com diabetes. A pré-diabetes por sua parte é um termo usado para indicar que o paciente tem potencial para desenvolver a doença, como se fosse um estado intermediário entre o saudável e o diabetes

tipo 2 - pois no caso do tipo 1 não existe pré-diabetes, a pessoa nasce com uma predisposição genética ao problema e a impossibilidade de produzir insulina, podendo desenvolver o diabetes em qualquer idade (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco para pré-diabetes e diabetes, além de sobrepeso e obesidade e idade superior a 45 anos são: Sedentarismo; pais ou irmão com diabetes; parto de bebê com peso superior a 4 Kg ou ter recebido o diagnóstico de diabetes gestacional; pressão arterial igual ou superior a 140/90 mmHg ou ter sido tratado para pressão alta; HDL, o “bom” colesterol, abaixo de 35 mg/dL ou triglicérides acima de 250 mg/dL; síndrome do ovário policístico; resultados de exame de glicemia de jejum ou de tolerância de glicose alterados; outras condições associadas com resistência à insulina, como obesidade grave ou acantose nigricans, doença de pele caracterizada pela presença de região escura e com aspecto aveludado, especialmente nas dobras do corpo, como axila e pescoço e histórico de doença cardiovascular (FRANCISCO *et al.* 2010).

Muitas são as complicações e consequências desta doença para a saúde, quais sejam:

- Retinopatia diabética são lesões que aparecem na retina do olho, podendo causar pequenos sangramentos e, como consequência, a perda da acuidade visual.
- Endurecimento e espessamento da parede das artérias (arteriosclerose).
- Nefropatia diabética causada por alterações nos vasos sanguíneos dos rins que fazem com que ocorra uma perda de proteína pela urina. O órgão pode reduzir a sua função lentamente, mas de forma progressiva até a sua paralisação total.
- Neuropatia diabética onde os nervos ficam incapazes de emitir e receber as mensagens do cérebro, provocando sintomas, como formigamento, dormência ou queimação das pernas, pés e mãos, dores locais e desequilíbrio, enfraquecimento muscular, traumatismo dos pelos, pressão baixa, distúrbios digestivos, excesso de transpiração e impotência (SANTOS *et al.*, 2011).
- O Pé diabético ocorre quando uma área machucada ou infeccionada nos pés de quem tem diabetes desenvolve uma úlcera (ferida). Seu

aparecimento pode ocorrer quando a circulação sanguínea é deficiente e os níveis de glicemia são mal controlados. Qualquer ferimento nos pés deve ser tratado rapidamente para evitar complicações que podem levar à amputação do membro afetado (LOPES; OLIVEIRA, 2012).

- Infarto do miocárdio e AVC ocorrem quando os grandes vasos sanguíneos são afetados, levando à obstrução (arteriosclerose) de órgãos vitais como o coração e o cérebro. O bom controle da glicose, a atividade física e os medicamentos que possam combater a pressão alta, o aumento do colesterol e a suspensão do tabagismo são medidas imprescindíveis de segurança. A incidência desse problema é de duas a quatro vezes maiores em pessoas com diabetes (BRASIL, 2012).
- O excesso de glicose pode causar danos ao sistema imunológico, aumentando o risco da pessoa com diabetes contrair algum tipo de infecção. Isso ocorre porque os glóbulos brancos (responsáveis pelo combate a vírus, bactérias etc.) ficam menos eficazes com a hiperglicemia. O alto índice de açúcar no sangue é propício para que fungos e bactérias se proliferem em áreas como boca e gengiva, pulmões, pele, pés, genitais e locais de incisão cirúrgica (ADA, 2013).

Os fatores de riscos associados ao Diabetes Mellitus estão presentes na população de abrangência da Equipe de Saúde da Família Santa Marta com marcada prevalência, como mostra o quadro 2:

Quadro 2– Prevalência dos fatores de risco associados ao Diabetes Mellitus na população da ESF Santa Marta de Bom Despacho/MG, 2015.

<b>Fatores de risco para Diabetes Mellitus.</b>	<b>População cadastrada.</b>	<b>Prevalência.</b>
Obesidade.	187	8.37 %
Sobrepeso.	205	9.17 %
Pré-diabéticos.	56	2.50 %

Hipertensão Arterial.	209	9.35 %
Hiperlipidemias.	334	14.95 %

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF- Santa Marta/2015.

Além disso, as principais complicações desta doença encontram-se nesta população em número significativo. Como evidencia-se no quadro 3:

Quadro 3 – Pacientes com complicações associadas ao Diabetes Mellitus na população da ESF Santa Marta de Bom Despacho/MG, 2015.

<b>Complicações da Diabetes Mellitus</b>	<b>Número de pacientes que apresentam</b>
Retinopatia Diabética	12
Nefropatia Diabética	8
Neuropatia Diabética.	23
Pé Diabético.	2
Infarto do miocárdio.	1
AVC	2

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF- Santa Marta/2015.

### **6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”**

Os “nós críticos” são definidos como pontos do problema que quando alterados causam impacto direto no problema e, além disso, está no espaço de governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na

instância do agente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desse modo, diante de todas as causas possivelmente relacionadas ao problema priorizado apresentam-se como nós críticos:

1. Estilos de vida inadequados na população.
2. Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.
3. Falta de conhecimento da população sobre Diabetes Mellitus e dos fatores de riscos para desenvolver a doença.

Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para facilitar a exposição dos nós críticos, as operações e projetos necessários para a sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários à sua execução, serão detalhados nos quadros do 4 ao 6:

Quadro 4: Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema Alta prevalência do Diabetes mellitus na área de abrangência da ESF Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

<b>Nó crítico 1</b>	Estilos de vida inadequados na população.
<b>Operação</b>	Estabelecer estilos de vida adequados na população para diminuir a prevalência de Diabetes Mellitus.
<b>Projeto</b>	<b>+Saúde</b>
<b>Resultados esperados</b>	Estilos de vida adequados na população e menor prevalência de Diabetes Mellitus.
<b>Produtos esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação dos estilos de vida inadequados presentes na população.</li> <li>2. Criação de grupos de caminhadas.</li> <li>3. Criação de grupos de obesos.</li> </ol>

	<p>4. Criação de grupos de pacientes com hiperlipidemias.</p> <p>5. Plano individual de alimentação.</p> <p>6. Promoção e prevenção de saúde nas visitas domiciliares.</p> <p>7. Palestras educativas na recepção da unidade e em centros de trabalhos.</p>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	ESF-Santa Marta, população da área de abrangência da ESF-Santa Marta.
<b>Recursos necessários</b>	<p><u>Cognitivo -+</u> Conhecimento do tema e sobre estratégias de comunicação</p> <p><u>Organizacional -+</u> Para organizar agenda de trabalho, os grupos e o plano de alimentação.</p> <p><u>Político -+</u> Adesão dos profissionais e da população.</p>
<b>Recursos críticos</b>	Político >Adesão dos profissionais e da população.
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Equipe de Saúde da Família Santa Marta. População da área de abrangência da ESF- Santa Marta.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentar o projeto para coordenação da APS e para todos os membros da equipe do PSF Santa Marta.</p> <p>Realizar uma reunião com conselho local de saúde e população para apresentar a proposta do projeto de intervenção.</p> <p>Reforçar para a população a importância de manter estilos de vida saudáveis para evitar o desenvolvimento de doenças como a Diabetes Mellitus.</p>
<b>Responsáveis:</b>	Enfermeira Mariana, Doutor Erik Michel, Fisioterapeuta Juliana, Nutricionista Natalia, Psicóloga Claudia e Agentes comunitárias de saúde.

<b>Cronograma / Prazo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>2. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li> <li>3. Início em 1 mês e término em 5 meses.</li> <li>4. Início em 1 mês e término em 5 meses.</li> <li>5. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>6. Início em 1 mês e término em 5 meses.</li> </ol>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.

Quadro 5: Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema Alta prevalência do Diabetes mellitus na área de abrangência da ESF Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

<b>Nó crítico 2</b>	Inadequado processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para enfrentar o problema.
<b>Operação</b>	Adequar o processo de trabalho da Equipe de Saúde da família para enfrentar o problema.
<b>Projeto</b>	<b>Cuidar Melhor</b>
<b>Resultados esperados</b>	Melhor processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família para diminuir a prevalência da Diabetes Mellitus e melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento.
<b>Produtos esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Processo de educação permanente para os membros da equipe sobre Diabetes Mellitus.</li> <li>2. Ensinar a equipe técnicas de promoção e prevenção de saúde.</li> <li>3. Implantar protocolos de atuação nesta doença.</li> <li>4. Reorganizar a agenda de trabalho dando prioridades às consultas agendadas.</li> <li>5. Estabelecer um tempo prudente em cada consulta para fazer medicina preventiva.</li> </ol>

	<p>6. Incrementar o trabalho com o protocolo de Manchester para diminuir a demanda espontânea evitando atrapalhar o horário das consultas programadas.</p> <p>7. Estabelecer as finalidades de um grupo operativo, identificar os elementos errados nos atuais grupos e incrementar as ações educativas mediante a participação ativa dos pacientes diabéticos na troca de saberes e estratégias para o adequado controle da doença.</p> <p>8. Ensinar aos pacientes diabéticos a lidar com a doença e a importância da adesão ao tratamento para evitar as complicações da mesma.</p>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	ESF-Santa Marta, população da área de abrangência da ESF-Santa Marta.
<b>Recursos necessários</b>	<p><u>Cognitivo -+</u></p> <p>Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas e sobre o tema.</p> <p>Conhecimentos dos protocolos de atuação na doença, sobre grupos operativos e o protocolo de Manchester.</p> <p><u>Organizacional -+</u></p> <p>Organizar a agenda de trabalho.</p> <p><u>Político -+</u></p> <p>Mobilização de toda a equipe de saúde da família e dos pacientes diabéticos.</p> <p><u>Financeiro-+</u></p> <p>Para aquisição de recursos audiovisuais.</p>
<b>Recursos críticos</b>	Cognitivo > Conhecimento da equipe sobre protocolo de Manchester.



	<p>Político &gt; Mobilização de toda a equipe de saúde da família e dos pacientes diabéticos.</p> <p>Financeiro &gt; Para aquisição de recursos audiovisuais.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>Equipe de Saúde da Família Santa Marta.</p> <p>Equipe de Saúde da Família Santa Marta.</p> <p>Pacientes diabéticos.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede.</p> <p>Mostrar à equipe as funções da Estratégia de Saúde da família, enfatizando na importância da promoção e prevenção em saúde e capacitar para trabalhar com o protocolo de Manchester.</p> <p>Mostrar aos pacientes diabéticos a importância da adesão ao tratamento para evitar as complicações da doença.</p>
<b>Responsáveis:</b>	<p>Enfermeira Mariana, Doutor Erik Michel e Psicóloga Claudia.</p>
<b>Cronograma / Prazo</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>2. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>3. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>4. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>5. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>6. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li> <li>7. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li> <li>8. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li> </ol>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	<p>Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.</p>

Quadro 6: Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema Alta prevalência do Diabetes mellitus na área de abrangência da ESF Santa Marta e dificuldades na adesão dos diabéticos ao tratamento. No município Bom Despacho/Minas Gerais.

<b>Nó crítico 3</b>	Falta de conhecimento da população sobre Diabetes Mellitus e dos fatores de riscos para desenvolver a doença.
<b>Operação</b>	Aumentar o conhecimento da população sobre Diabetes Mellitus e dos fatores de risco associados ao desenvolvimento da mesma.
<b>Projeto</b>	<b>Saber+</b>
<b>Resultados esperados</b>	Maior conhecimento da população sobre Diabetes Mellitus, como evitá-la e diminuição na prevalência da doença.
<b>Produtos esperados</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Diabetes Mellitus e fatores de risco para desenvolver a doença.</li> <li>2. Promoção e prevenção de saúde nas visitas domiciliares.</li> <li>3. Campanha educativa na sala de espera do PSF.</li> <li>4. Campanha educativa na rádio local.</li> <li>5. Programa de saúde na escola.</li> <li>6. Atividades de promoção de saúde em centros de trabalhos e igrejas.</li> <li>7. Atividade educativa realizada em grupos de pacientes com riscos para desenvolver a Diabetes Mellitus.</li> </ol>
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	ESF-Santa Marta, população da área de abrangência da ESF-Santa Marta.
<b>Recursos</b>	<u>Cognitivo -+</u>

<b>necessários</b>	<p>Conhecimento sobre estratégias de comunicação e pedagógicas e sobre Diabetes Mellitus.</p> <p><u>Organizacional -+</u></p> <p>Organizar a agenda de trabalho.</p> <p><u>Político -+</u></p> <p>Mobilização social e participação da equipe.</p> <p>Articulação intersetorial em parceria com o setor educacional.</p> <p>Conseguir um espaço na rádio local.</p> <p><u>Financeiro-+</u></p> <p>Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.</p>
<b>Recursos críticos</b>	<p>Político &gt; Mobilização social e articulação intersetorial em parceria com o setor educacional. Conseguir um espaço na rádio local.</p> <p>Financeiro &gt; Para aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais.</p>
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	<p>População da área de abrangência da ESF- Santa Marta.</p> <p>Secretaria Municipal de educação.</p> <p>Rádio local.</p> <p>Secretaria Municipal de Saúde.</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentar o projeto de estruturação da rede para coordenação da APS e para todos os membros da equipe do PSF JK.</p> <p>Realizar uma reunião com conselho local de saúde e população para apresentar a proposta do projeto de intervenção.</p>
<b>Responsáveis:</b>	Enfermeira Mariana, Doutor Erik Michel, Agentes

	comunitárias de saúde e profissionais do NASF.
<b>Cronograma / Prazo</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li><li>2. Início em 1 mês e término em 5 meses.</li><li>3. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li><li>4. Início em 1 mês e término em 2 meses.</li><li>5. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li><li>6. Início em 1 mês e término em 3 meses.</li><li>7. Início em 1 mês e término em 4 meses.</li></ol>
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Avaliação pela coordenação após 6 meses do início do projeto e ao final do mesmo.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante o desenvolvimento deste trabalho verificou-se a elevada prevalência do Diabetes Mellitus e as dificuldades na adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento, na população da área de abrangência da ESF-Santa Marta. Assim como uma alta prevalência de fatores de riscos associados ao desenvolvimento desta doença. Apresentando-se como problema de saúde relevante que precisa de ações encaminhadas a sua prevenção e adequado controle.

O trabalho em questão propõe intervir em uma doença de grande prevalência em todo o mundo: o Diabetes Mellitus. Aborda, mais especificamente, dois problemas também muito comuns envolvendo tal condição: a prevenção e a adesão dos pacientes já diabéticos ao tratamento da doença. Aspectos que influenciam diretamente a qualidade de vida da população.

A partir do desenvolvimento do Diagnóstico Situacional e trabalho em equipe, foi possível adquirir maior conhecimento sobre o processo de trabalho, DM e técnicas de intervenção educativa. Mostrando grande interesse por parte dos membros da equipe e pela população adstrita.

Este plano de intervenção promoverá um maior conhecimento e capacitação da equipe e da população para diminuir a prevalência do DM. Diminuindo a presença de fatores de risco para o surgimento e desenvolvimento da doença e melhorando a adesão dos diabéticos ao tratamento.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standard of medical care in diabetes 2011. **Diabetes Care**, v.35, suppl.1, p.11-63, 2012.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standard of medical care in diabetes 2013. **Diabetes Care**, v.36, suppl. 1, jan. 2013.

ARAÚJO, G. R. Baixa adesão ao tratamento de diabetes - plano de intervenção. 2014. 41f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Governador Valadares, 2014. Disponível

em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos\\_de\\_Conclusao\\_dos\\_Cursos/CEABSF\\_2014](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/CEABSF_2014) Acessado em 20 de setembro de 2015.

BAGRICHEVSKY, M. *et al.* Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciências saúde coletiva**. V.15, p.708-1699, 2010.

BOTELHO, J. P. S. Diabetes e hipertensão arterial: acompanhamento efetivo de suas complicações pela Equipe de Saúde da Família do município de Rubim/ Minas Gerais. 2013. 24f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Araçuaí,

2013. Disponível: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700074&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700074&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso: 12 de Novembro de 2015

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2: Atualização 2011. **Posicionamento Oficial SBD nº 3 – 2011**. [documento eletrônico]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-03-2011.pdf> Acessado em 10 de setembro de 2015.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diagnóstico e tratamento do diabetes tipo 1: atualização 2012. **Posicionamento Oficial SBD nº 1 – 2012**. [documento eletrônico]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/stories/pdf/diagnostico-e-tratamento-dm-posicionamento-da-sbd-2012.pdf> Acessado em 10 de setembro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: **VIGITEL 2014**. Brasília, 2014 A.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. **Sociedade Brasileira de Diabetes**; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. AC Farmacêutica. São Paulo 2014 B. Disponível em <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>>; Acessado em 15 de setembro de 2015.

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. 2010.

CORGOSINHO, R. C. Prefeitura Municipal de Bom Despacho – MG (Administração 2013/2016) Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão. **Estudo Socioeconômico de Bom Despacho – MG**, Bom Despacho, p.1-58, set. 2013.

FAGUNDES, L. S. Abordagem multidisciplinar a pacientes diabéticos e hipertensos atendidos por Equipe de Saúde da Família em Claro dos Poções - MG. 2014. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Montes Claros, 2014. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos\\_de\\_Coclusao\\_dos\\_Cursos/CEABSF\\_2014](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Coclusao_dos_Cursos/CEABSF_2014) Acessado em 22 de setembro de 2015.

FRANCISCO, P. M. S. B. *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 175-184, jan. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010000100018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2010000100018&script=sci_arttext) Acessado em 20 de setembro de 2015.

FREITAS, L. R.S.; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. Serv. Saúde**. V. 21, n. 1, p. 7-19, 2012.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). The Diabetes IDF Atlas 5th ed.: 2012 Update. [apresentação eletrônica]. Abril 2013. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetesatlas/5e/mortality> Acessado em 10 de setembro de 2015.

LOPES F.A. M, OLIVEIRA F.A. **Fatores de risco para o desenvolvimento do pé diabético em sujeitos atendidos pelo programa saúde da família (PSF)**. Patge, v.9, n.15, p. 66-144, 2012.

MARTINS, C. L. A importância do controle e tratamento do diabetes mellitus na unidade de saúde. 2014. 34f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014. Disponível

em:[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos\\_de\\_Conclusao\\_dos\\_Cursos/CEABSF\\_2014](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/CEABSF_2014) Acessado em 20 de setembro de 2015.

MATTOS, P.E. *et al.* Tendências da mortalidade por diabetes mellitus em capitais brasileiras, 1980-2007. RJ, 2012.

PIANCASTELLI, C. H. *et al.* Saúde do Adulto. Planejamento e avaliação das ações em saúde. NESCON/UFMG - **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. 2ed. Belo Horizonte. 2011.

SANTOS, J.L. *et al.* Low prevalence of type 2 diabetes despite a high average body mass index in the Aymara natives from Chile. **Nutrition**. n.17. p. 9- 305, 2011.

SARTORELLI, D. D; FRANCO, L. J. Tendências do Diabetes mellitus no Brasil: O papel da transição nutricional. **Caderno de Saúde Pública**. v. 19. p. 29- 36. 2013.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Secretaria Municipal De Saúde De Bom Despacho. março, 2014.

SILVA, G. A. Diretrizes para o acompanhamento dos usuários diabéticos na Estratégia Saúde da Família do Jaci município de Candeias - MG. 2013. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Formiga, 2013. Disponível:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700074&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232011000700074&script=sci_abstract&lng=pt) Acesso: 10 de Novembro de 2015.

SOUZA, C. P. Abordagem do diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família do município de Piraúba. 2014. 26f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). **Núcleo de Educação em Saúde Coletiva**. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete, 2014. Disponível em:[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos\\_de\\_Conclusao\\_dos\\_Cursos/CEABSF\\_2014](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/CEABSF_2014) Acessado em 22 de setembro de 2015.

TOBIAS, R.F; DADALTI, M. R. M. Diabetes: Dificuldades de adesão ao tratamento, uma experiência adquirida na pratica- estudo de caso. **Faculdade Atenas**, 2011.

WEINERT, L. S. *et al.* Tratamento medicamentoso da hiperglicemia no diabetes mellitus tipo 2. 2013. Disponível:<http://www.tuasaude.com.br>. Acesso: 16 de Novembro de 2015.

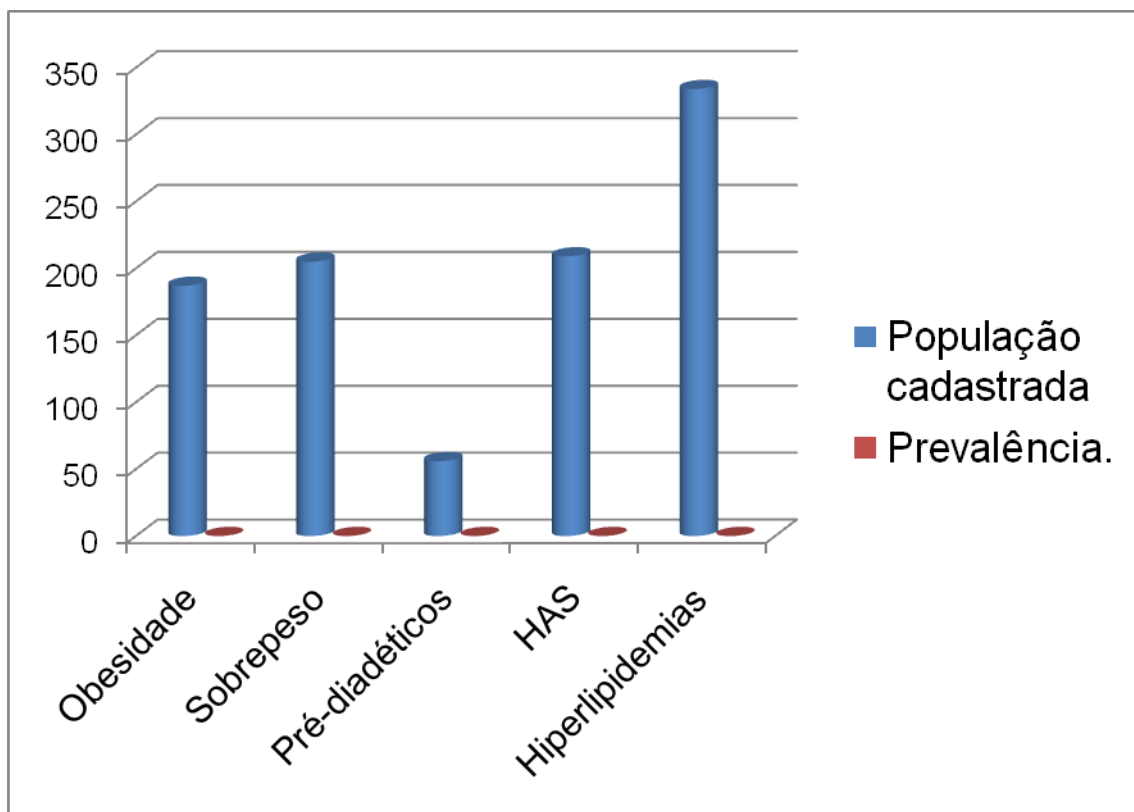
WHO. World Health Organization. The World Health Report 2002, Geneva 2002.



WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization, 2011.

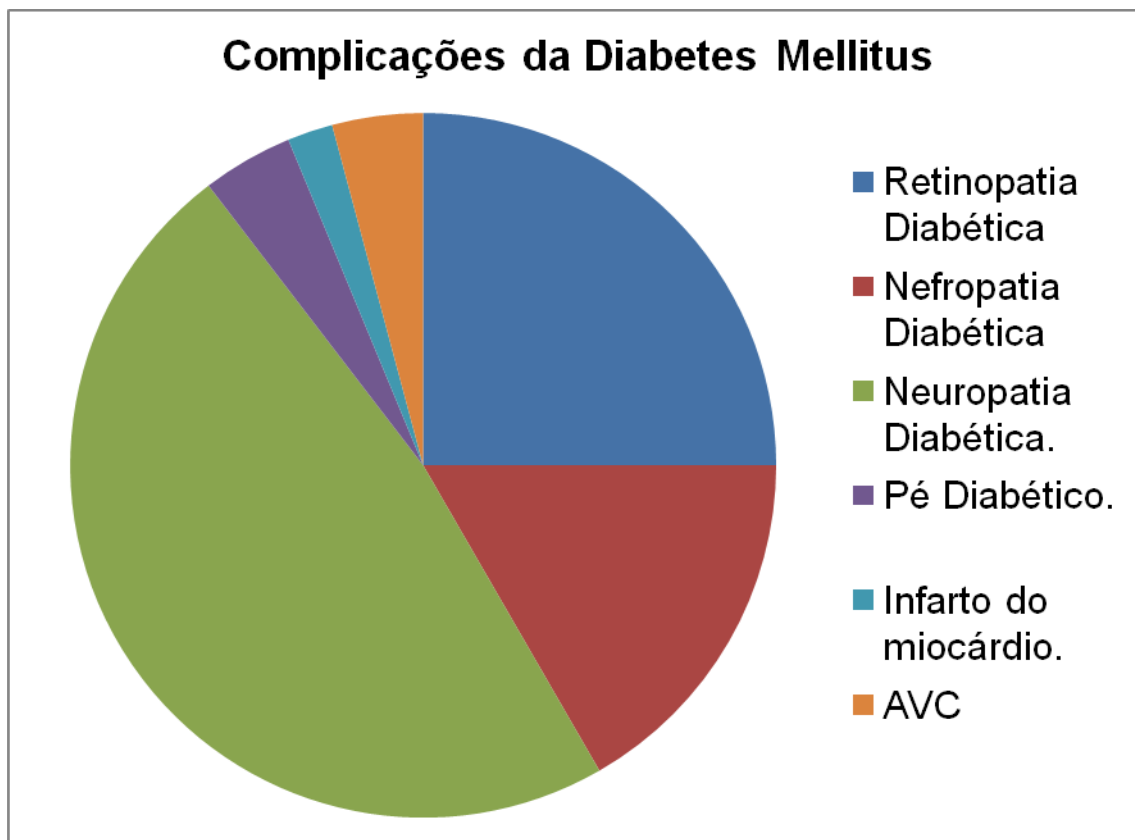
**APÊNDICE**

Gráfico # 1: Fatores de risco associados ao desenvolvimento da Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF- Santa Marta/ 2015.



Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-Santa Marta/2015.

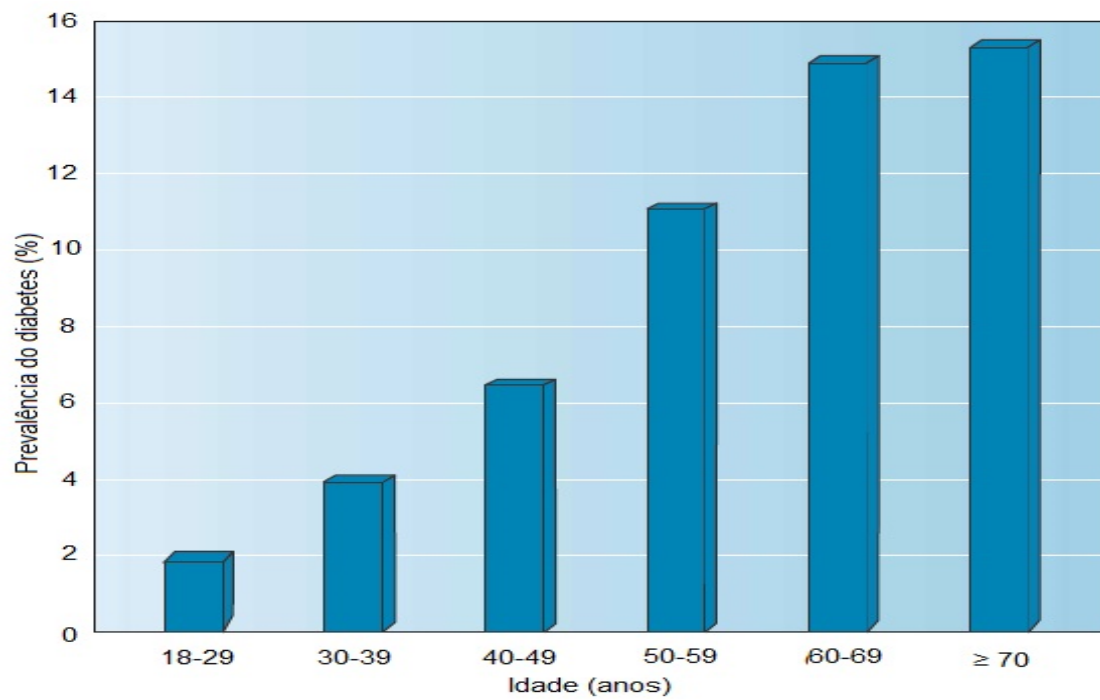
Gráfico # 2: Complicações associadas a Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF- Santa Marta/ 2015.



Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF-Santa Marta/2015.

**ANEXO**

Gráfico # 3: Prevalência de Diabetes Mellitus no Brasil 2014 por faixas etárias.



Fonte: VIGITEL 2014.