

ANABEL JORGE PÉREZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES RISCO
QUE INFLUEM NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS PACIENTES
DIABETICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, PSF SAÚDE É VIDA II -
BOM JESUS /MG.**

UBERABA/MG

2015

ANABEL JORGE PÉREZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES RISCO
QUE INFLUEM NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS PACIENTES
DIABETICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, PSF SAÚDE É VIDA II -
BOM JESUS /MG.**

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

Orientador: Prof. Me. Mário Antônio de Moura
Simim

UBERABA/MG

2015

ANABEL JORGE PÉREZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES RISCO
QUE INFLUEM NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS PACIENTES
DIABETICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, PSF SAÚDE É VIDA II -
BOM JESUS /MG.**

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

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim (orientador)

Profa. Dra. Emiliane Silva Santiago

Aprovado em Uberaba, ____ / ____ / ____

Agradecimentos

A Deus por possibilitar esse importante momento. Por ser meu motivo de esperança, minha força e consolador.

A minha família por tudo o apoio e confiança que depositaram em mim sempre.

A meu orientador, Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim, por sua paciência e pelas orientações durante a produção deste estudo.

A toda a Equipe de Saúde da Família, pela contribuição, confiança e amizade conquistada ao longo deste tempo.

A toda a equipe do curso de especialização pela confiança depositada e o carinho durante tudo esse tempo.

RESUMO

A Diabetes Mellitus (DM) têm sido causa de adoecimento e óbitos na população mundial devido a vários fatores na qualidade de vida dos indivíduos, tais como educação insuficiente a respeito da doença, hábitos alimentares inadequados e ausência de exercícios físicos, entre outras. Ao se analisar as principais causas de morte ocorridas no município, constata-se que a DM representa porcentagem acentuada das causas de óbitos da população local. O objetivo do presente estudo foi elaborar plano de intervenção para a modificação dos fatores de risco que influem na qualidade da atenção aos pacientes diabéticos da Unidade Básica de Saúde/Programa Saúde da Família, PSF Saúde É Vida II - Bom Jesus/MG. Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. Foi realizada uma revisão bibliográfica a partir da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando basicamente os descritores, “diabetes mellitus”, “diabete melito”, “diabetes melito”, DMID, DMNID, MODY, isolados e/ou combinados. O Plano de Intervenção apresentou ações que visam à prevenção e acompanhamento da saúde da população, atendimento mais efetivo para aqueles indivíduos que já se encontram no grupo de risco e mudança nos hábitos dos demais. Os resultados mostram que os diabéticos deste estudo tiveram dificuldade para o controle da doença e mostram outras complicações adicionais.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Programa Saúde da Família. Intervenção

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) have been the cause of illness and death in the world population due to various factors in the quality of life of individuals, such as insufficient education about the disease, poor eating habits and lack of exercise, among others. When analyzing the main causes of death occurred in the city, it appears that the DM is marked percentage of the causes of deaths of local people. The aim of this study was to prepare action plan for the modification of risk factors that influence the quality of care for diabetic patients of Basic Health Unit / Family Health Program PSF Is Life II - Bom Jesus / MG. For preparation of the intervention proposed actions were carried out in three stages: situation analysis, literature review and preparation of the action plan. a literature review from the virtual library Scientific Electronic Library Online was performed (SciELO) and database Literature Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), basically using the keywords, "diabetes mellitus", "diabetes mellitus" "diabetes mellitus", IDDM, NIDDM, MODY, alone and / or combined. The Intervention Plan presented actions aimed at prevention and monitoring of population health, more effective care for those individuals who are already at risk group and change the habits of others. The results show that this study had diabetic Difficulty to control the disease and show other additional complications.

Keywords: Diabetes Mellitus. Family Health Program. Intervention

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Priorização dos problemas.....	22
Quadro 2. Descritores do problema Diabetes Mellitus PSF Saúde E Vida II - Bom Jesus /MG. 2015.....	23
Quadro 3: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema.....	25
Quadro 4: Identificação dos recursos críticos	26
Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores.	26
Quadro 6: Elaboração do plano operativo	27
Quadro 7: Gestação do plano operativo	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
1.1 Objetivo Geral	11
2 JUSTIFICATIVA	11
4 METODOLOGIA.....	12
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
5.1 Diabetes mellitus: conceito e epidemiologia	12
5.2 Diabetes mellitus: classificação.....	15
5.3 Manifestações clínicas e complicações	16
5.4 Diagnóstico.....	18
5.5 Tratamento.....	20
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS	30

1 INTRODUÇÃO

Guaranésia está localizado na mesorregião Sul/Sudoeste do Estado Minas Gerais, com área correspondente a 294,8 Km², população em 2014 de 19.319 habitantes. A atividade econômica do município está baseada na agropecuária, sendo que nos últimos anos a atividade industrial demonstra expansão. As principais atividades do município no meio agrícola estão baseadas na produção do café, da cana-de-açúcar, milho, arroz, feijão e laranja. Sendo que o café e a cana-de-açúcar são os produtos de maior peso no agronegócio do município (Fonte-I.B.G.E-2008).

Pela tradição e geografia regional, a pecuária do município se destaca na criação do gado leiteiro, com um total de 5493 cabeças de vacas ordenhadas (dados do I.B.G.E-2008). O Município ainda desenvolve a criação de: suínos, equinos, muares, caprinos, ovinos e galináceos.

A produção industrial do Município engloba-se desde as pequenas empresas às indústrias de grande porte. Sendo o setor mais notável a indústria têxtil, que vai de prestação de serviços, como bordados e estampagem à grande indústria de fiação. Na última década, o comércio local se desenvolveu aceleradamente. Com o crescimento da chamada "parte alta da cidade" (bairros geograficamente mais alto que a região central), o comércio migra-se então principalmente para bairro Bom Jesus, concentrando-se na Rua Francisco Monteiro Dias, conhecida como a "rua do comércio", onde é possível encontrar restaurantes, variedades, confecções e bens de consumo duráveis (dados do I.B.G.E-2008).

A estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Saúde E Vida II - Bom Jesus é razoavelmente boa, posse em sua área 100% de casas de tijolos sendo residências com abastecimento de água pela rede pública 1263 e com poços e nascentes (zona rural) 24. Com sistemas de esgoto 1255 casas (97,82%) e fossas (zona rural) 28, para um 2,18 %. Energia elétrica em 100% das residências. Destino do lixo por coleta publica 1258(98,05%) e queimado ou enterrado (zona rural) 25, para um 1,95 (Registro da Secretaria de Saúde).

Mais de 90% da população do município é completamente dependente do SUS. Para prestar o atendimento o município conta com uma Santa Casa, tenho como referência para atenção secundaria: Alfenas e Divinolândia. Conta ainda com um centro de Reabilitação, com o Centro da Criança e com um Centro de Especialidades, na qual tem as seguintes especialidades: Ortopedista, Cardiologista, Psiquiatra, Pediatra,

Otorrinolaringologistas, Ginecologistas, Neurologista, Clínico, Oftalmologista, Nutricionistas e Psicólogos (Registro da Secretaria de Saúde).

Também conta com um total de cinco postos de saúde (PSF), sendo um deles localizado em um distrito na zona rural (<http://www.prefguaranesia.mg.gov.br/psf.html>)

Na unidade de pronto atendimento é realizado atendimento de urgência e primeiros socorros, contam com quatro enfermeiras, 12 técnicas em enfermagem e quatro recepcionistas que trabalham todos 12/36 horas sucessivamente. Além disso, conta com os médicos que faz plantão que trabalham em turnos de 6h, 12h e 24 horas.

O município conta também com uma ambulância para transporte de pacientes dentro do mesmo município, sete ambulâncias e um microonibus para transporte de pacientes que necessitam decuidados fora do município. A referência para média e alta complexidade são os municípios de Alfenas e Divinolândia principalmente.

A unidade de saúde (PSF) está situada na Avenida Deputado Humberto de Almeida 619, no bairro Bom Jesus (CNES: 2796325). Encontrasse em funcionamento desde o 2005 e, recentemente, há um ano foi reparada e também alguns equipamentos técnicos trocados por danos ou mau estado técnico. A instalação funciona de segunda a sexta-feira, durante 07h:00 – 11h:00 e 13h:00 – 17h:00, atendendo ao total de 4.002 pessoas, 1.283 famílias cadastradas, com 27 famílias da zona rural. A Equipe é composta um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, oito agentes comunitárias de saúde (ACS), uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma recepcionista e uma auxiliar de serviços gerais. Todos cumprem 40 horas de jornada laboral por semana.

A Unidade Básica de Saúde disponibiliza assistência de acordo com a Estratégia Saúde da Família (ESF) de maneira humanizada, integral e contínua, com visão de desenvolver assistência à saúde de forma a atingir a cobertura integral da população de abrangência. Nesse sentido, a ESF inclui ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos. A ESF busca promover o acesso aos serviços, possibilitar o estabelecimento de vínculos entre equipe e os usuários, e a continuidade do cuidado.

A Diabetes Mellitus é uma de as doenças crônicas não transmissíveis que mais afeta a população de nossa área de abrangencia. Em nosso PSF temos cadastrados 146 diabeticos (SIAB), deles a maioria ainda apresentam sérias dificuldades em lidar com a mesma por a incidência de múltiplos fatores, muitas vezes independentes a vontade própria da equipe de saúde.

1.1 Objetivo Geral

Elaborar plano de intervenção para modificação dos fatores de risco em pacientes diabéticos no PSF Saúde e Vida II em Guaranésia.

2 JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pelo grande número de pacientes diabéticos que existem na comunidade que estão descompensados ou têm dificuldade no controle da doença. No Município atualmente, doenças metabólicas, ocupam a segunda causa de hospitalizações e óbitos, depois das doenças do aparelho respiratório.

No ano de 2012, ao analisar as principais causas de morte ocorridas no município, constata-se que as doenças endócrinas-nutricionais e metabólicas representam porcentagem acentuada dessas causas na população local, representando a segunda causa de mortes (16 óbitos), seguidas de as doenças do aparelho respiratório com 21 óbitos. Em terceiro lugar continuam os óbitos por doenças infecciosas e parasitárias (9 óbitos), depois seguem as doenças do aparelho circulatório (5 óbitos) (DATASUS, 2012).

Contudo, o problema das doenças metabólicas, como a Diabetes Mellitus (DM), pode ser controlado com ações de intervenção nos hábitos de vida dos indivíduos. Assim, o número de pacientes com óbito provenientes dessa doença é reflexo da realidade de nossa área de abrangência, o que constitui uma das razões pelas quais se necessita de intervenção em vistas e incidir no problema para melhorar a qualidade de vida desses pacientes, prevenindo as complicações próprias da doença.

Em nosso PSF também constitui problema de saúde importante, conforme abordado anteriormente, pois constitui causa frequente de consultas médicas e de internamentos hospitalares. Além disso, está muito ligada com a maioria de nossos pacientes com amputações dos membros inferiores, insuficiência renal com necessidade ou não de hemodiálises, retinopatias, entre outras. Nesse aspecto, a DM representa verdadeiro problema de saúde, ao influenciar na qualidade de vida dos pacientes no âmbito pessoal e familiar. Do ponto de vista social, tem impacto econômico ao gerar gastos ao município e ao paciente em medicamentos e internações hospitalares. Somado a isso, o fato de que algum dos membros da família tem que afastar-se de seus trabalhos

para cuidar do doente e da necessidade de cuidado ou acompanhamento por equipe multidisciplinar tornam o quadro da doença mais significativo e relevante.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que no nível local temos recursos humanos e materiais para elaborar um projeto de intervenção viável. Em síntese, a elaboração de estratégia de intervenção poder contribuir positivamente na saúde dos pacientes com DM, minimizando os problemas elencados acima. Ao garantir atendimento e acompanhamento integral aos pacientes diabéticos, com a criação de protocolos específicos de atendimento visa melhorar atenção de forma integral aos pacientes com DM. Dessa maneira, ao alcançar mudanças importantes nos hábitos de vida da população, como o incentivo e orientação da importância do tratamento e do conhecimento a respeito da doença, a incidência de complicações e internamentos podem ser evitáveis em mais de 50 % dos casos.

4 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

A busca dos artigos científicos aconteceu a partir da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando basicamente os descritores, “diabetes mellitus”, “diabete melito”, “diabetes melito”, DMID, DMNID, MODY, isolados e/ou combinados. O período de busca será de publicações a partir do ano 2000.

Os dados utilizados no diagnóstico situacional serão a base para construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos propostos Campos; Faria; Santos (2010).

5 REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 Diabetes mellitus: conceito e epidemiologia

A experiência na área de saúde, no município de Guaranésia, nos últimos anos, vem mostrando que, apesar das várias divulgações e campanhas em veículos de

comunicação a respeito da Diabetes Mellitus e seus fatores de risco, as pessoas, portadoras dessa enfermidade ainda apresentam sérias dificuldades em o controle de a mesma.

Partiu-se do pressuposto que tais dificuldades são decorrentes de questões culturais e sociais e levam a vários fatores de risco, tais como a não adesão ao tratamento pelo paciente, a manutenção de hábitos alimentares inadequados, a não modificação no estilo de vida do paciente e a utilização inadequada da medicação.

Embora tenha sido possível levantar, intuitivamente, as possíveis causas do problema, considerou-se necessário o desenvolvimento de uma pesquisa sistemática sobre a questão.

O DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente de falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente suas funções, o que resulta em hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. É um problema mundial de saúde pública e uma das principais síndromes crônicas que afetam a humanidade, independentemente das condições socioeconômicas, status e localização geográfica (LANDIM, 2009; OLIVEIRA et al., 2009). Segundo o MS através do Caderno de Atenção Básica sobre DM, a doença é definida como:

um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros (BRASIL, 2006 a, p. 9).

Para Rosa Sampaio (2008), coordenadora do Programa Nacional de Hipertensão arterial e Diabetes, do MS, em 2004 o diabetes aparecia como a 12^a causa de morte no mundo, com projeção de que passaria a ocupar o 7^o lugar em 2030. Quanto à prevalência da doença e custos diretos de assistência médica, Rosa Sampaio disse que, na América Latina, em 2003, a prevalência era estimada em 6%, no Brasil correspondia a 5,2%, variando conforme a região. Em 2009, Torres et al. (2009) revelaram que a DM já ocupava a 4^a causa de morte no mundo, sendo uma das doenças crônicas mais frequentes, existindo em cerca de 120 milhões de diabéticos no planeta, e que até 2025, seriam aproximadamente 300 milhões. No entanto, naquele mesmo ano, na abertura do Congresso Americano de Diabetes, realizado na cidade de New Orleans nos Estados Unidos, o Sr. Martin Silink, presidente da Federação Internacional de Diabetes (IDF)

declarou que 285 milhões de pessoas no mundo tinham diabetes, e que em 2030, caso esta 21 progressão continuasse, seriam cerca de 435 milhões de pessoas, sendo a maioria localizada em países em desenvolvimento, revelando que a epidemia do diabetes evoluiu mais depressa do que fora pensado anteriormente. Nessa estimativa, a Índia seria o maior país com diabéticos, cerca de 50 milhões, seguido pela China com 43,2 milhões e os Estados Unidos com 26,2 milhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009 b). Para Leite, Martins e Novais (2010), o DM respondia por cerca de 5% dos óbitos mundiais, com projeções de que nos próximos 10 anos os óbitos pela doença aumentariam em 50%.

Segundo Paloalto (2007), os custos diretos do DM no mundo referem-se àqueles inerentes às hospitalizações, consultas, complicações e medicamentos, e variam de 2,5% a 15% dos gastos em saúde, dependendo da prevalência da doença no país e da complexidade do tratamento disponível; de outra banda, os custos indiretos decorrem da incapacidade temporária ou permanente dos diabéticos, como a perda de produtividade laboral, aposentadoria e morbimortalidade precoce. Além desses custos, o autor relata que o DM acarreta um custo social para o doente bem como seus familiares, à medida que afeta sua qualidade de vida frente à dor e à ansiedade geradas pela doença (PALOALTO, 2007).

No Brasil, dados recentes levantados pela SBD por meio do estudo detalhado das publicações científicas que tratam do número de diabéticos no Brasil, e atualizado de acordo com a estimativa populacional brasileira do Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, afirmou que existam hoje no Brasil cerca de 12.054.827 diabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012).

Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011).

O levantamento apontou, também, que o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos, em que apenas 0,6% são pessoas com diabetes. Com relação aos resultados regionais da pesquisa, a capital com o maior número de pessoas com diabetes foi Fortaleza, com 7,3% de ocorrências. Vitória teve o segundo maior índice (7,1%), seguida de Porto Alegre, com

6,3%. Os menores índices foram registrados em Palmas (2,7%), Goiânia (4,1%) e Manaus (4,2%) (BRASIL, 2011).

O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2009; SCHMIDT et al., 2011; ROSA, 2008).

As complicações agudas e crônicas do diabetes causam alta morbimortalidade, acarretando altos custos para os sistemas de saúde. Gastos relacionados ao diabetes mundialmente, em 2010, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Dados brasileiros sugerem valores semelhantes (ROSA, 2008; INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Estudo realizado pela OMS mostrou que os custos governamentais de atenção ao DM variam de 2,5% a 15% dos orçamentos anuais de Saúde, e os custos de produção perdidos podem exceder, em até cinco vezes, os custos diretos de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

5.2 Diabetes mellitus: classificação

Baseado na etiologia da doença, o DM é classificado comumente em 3 tipos, definidas, conforme dito, em DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional (BRASIL, 2006 a; CISNEROS, 2010; LANDIM, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009 a). O DM tipo 1, caracteriza-se pela deficiência absoluta de insulina, enquanto que o DM do tipo 2, resulta de graus variáveis de resistência à insulina e deficiência relativa de secreção de insulina (CISNEROS, 2010; LANDIM, 2009). Por sua vez, o DM gestacional é caracterizado pela diminuição da tolerância à glicose, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009 a).

Segundo Dualibi, Valente e Dib (2009), o DM tipo 1 caracteriza-se pela destruição imunomediada das células beta-pancreáticas e representa a maioria dos casos de DM da infância. Ocorre pela destruição autoimune progressiva das células beta-pancreáticas ao longo dos anos, que resulta inicialmente em um quadro de intolerância à glicose e progride com hiperglicemia sintomática. Para Brasil (2006 a), o DM tipo 1 pode estar associado a outras doenças autoimunes, como a tireoidite de Hashimoto, a

doença de Addison e a miastenia gravis e, pertinente dizer, em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida.

O DM tipo 1 ocorre comumente em crianças e adolescentes, mas pode manifestar-se em qualquer idade, até por volta dos 80 ou 90 anos de vida. Quando aparece em adultos, a doença é chamada de LADA (latent autoimmune diabetes in adults) e os anticorpos estão presentes, mas pode haver função residual de célula beta, o que torna estes indivíduos insulino-independentes por algum tempo após o diagnóstico clínico (DUALIBI; VALENTE; DIB, 2009).

O DM tipo 2 é o mais prevalente, correspondendo a cerca de 90% dos casos de diabetes e ocorre com mais frequência após os 40 anos de idade (OLIVEIRA et al.,2009). Esse tipo de diabetes está associado ao aumento da concentração plasmática de insulina, que ocorre como resposta de compensação das células betas do pâncreas, em decorrência da diminuição de utilização e armazenamento dos carboidratos e da consequente elevação da taxa de glicemia, tendo como consequência o desenvolvimento de hiperglicemia (GUYTON, 2002). De acordo com Dualibi, Valente e Dib (2009), a prevalência de DM tipo 2 vem aumentando de forma contínua e epidêmica em todo o mundo e se tem dado uma maior atenção ao diagnóstico e à intervenção precoce desta doença, visto que o controle no início da doença é fundamental para reduzir o desenvolvimento das complicações crônicas micro e macro vasculares.

5.3 Manifestações clínicas e complicações

Os sinais e sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. Todavia outros sintomas como fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição podem levar a suspeita clínica (BRASIL, 2006 a).

As complicações agudas do DM incluem hiperglicemia e a hipoglicemia, e as complicações crônicas podem ser macrovasculares, o que inclui a doença cardíaca coronária, doença vascular periférica e doença cerebrovascular, e as microvasculares como a retinopatia e nefropatia, e há ainda as neuropatias (PONTIERI; BACHIN, 2010; SACCO et al.,2007).

A doença cardiovascular (que inclui a doença coronariana, a doença cerebrovascular e doença vascular periférica) é a complicação de maior morbimortalidade, sendo que as doenças isquêmicas cardiovasculares são mais

frequentes e mais precoces em indivíduos com DM, quando comparados com aos demais (BRASIL, 2006 a).

A retinopatia diabética é a principal forma de cegueira irreversível no Brasil. Geralmente assintomática nas suas fases iniciais, acomete a maioria dos portadores de diabetes após 20 anos de doença. Sua presença é um forte marcador precoce de início das complicações, em nível microvascular, e do risco de comprometimento renal, por isso, o controle rigoroso da glicemia e da pressão arterial é medida comprovadamente efetiva na redução da progressão desta complicação (BRASIL, 2006 a).

A nefropatia diabética é uma complicação comum e devastadora em pacientes com diabetes e inicia-se por um estágio de nefropatia incipiente, com aumento da eliminação pelos rins de albumina, chamada de microalbuminúria, em 26 geral, após 5 anos da doença. A partir daí, entre cinco a dez anos, surge à síndrome nefrótica, com déficit da função renal e aparecimento de insuficiência renal terminal. O controle glicêmico e da pressão arterial também constituem as medidas mais efetivas para controle e prevenção da nefropatia diabética (BRASIL, 2006 a). A neuropatia diabética é uma das complicações mais frequentes do DM e consiste no conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, isoladamente ou de forma difusa, nas regiões proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, podendo ser reversível ou não, e que, em geral, manifesta-se de forma silenciosa. O tipo mais comum da neuropatia diabética é a polineuropatia diabética simétrica distal, que corresponde a cerca de 75% de todas as neuropatias destes diagnósticos (SACCO et al., 2007).

De acordo com Borges e Cardoso (2010), o pé diabético constitui um conjunto de alterações sensório-motoras, vasculares e biomecânicas que levam à deformidade devido à neuropatia e que ocorre em média após dez anos de evolução da doença. Esta complicação do DM é responsável por 50% a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores, e por 50% das internações hospitalares (BORGES; CARDOSO, 2010).

A doença periodontal também constitui uma complicação comum do DM e caracteriza-se como uma infecção localizada da gengiva e dos tecidos de sustentação dos dentes, que tem como sintomatologia gengivas edemaciadas, hiperemiadas, dolorosas e sangrantes, halitose, amolecimento e perda dos dentes (BRASIL, 2006 a).

Convém ressaltar que, num estudo feito por Santos e Macedo (2007), no período de janeiro a setembro de 2007, identificou-se uma população de 401 indivíduos

hipertensos e diabéticos, atendidos no Programa de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) da UBS/UNIFAP, sendo 63,7% mulheres e 36,3% homens, e destes, 71,4% eram somente diabéticos e 96,4% tinham as duas patologias. Entre os pacientes que só tinham diabetes, 54,3% possuíam antecedentes familiares cardiovasculares como fator de risco, 14,2% eram tabagista, 71,4% sedentários, 45,7% tinham sobrepeso/obesidade, 2,8 % apresentaram infarto agudo do miocárdio, 5,7% outras coronariopatias, 5,7% acidente vascular cerebral e 0,5% retinopatia. A presença de pé diabético e amputação estiveram em 0,2% dos sujeitos; 3,5% dos diabéticos e hipertensos tinham doença renal, ressaltando que 27 esta complicação não estava presente naqueles indivíduos com diagnóstico único de DM (SANTOS; MACEDO, 2007). Esse estudo local, assim como os outros citados, destaca a presença do tabagismo, sedentarismo, obesidade e influência genética como fatores de risco importantes para o aparecimento da doença, bem como revela a presença frequente de complicações em seus portadores.

5.4 Diagnóstico

Segundo Sociedade Brasileira de Diabetes (2009 a), o diagnóstico do DM é baseado na clínica do paciente através da identificação da sintomatologia da doença, nos exames laboratoriais e nos critérios para o diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada.

Quanto ao DM tipo 1, o diagnóstico laboratorial é feito a partir da sintomatologia típica que inclui a presença de polidipsia, poliúria, perda de peso e sonolência, juntamente com a glicemia aleatória de 200 mg/dl ou glicemia de jejum > 126 mg/dl, confirmada em duas ocasiões, ou glicemia > 200 mg/dl, após teste de intolerância à glicose/ 75 g.

Em lactentes e crianças pequenas, o diagnóstico inicial do DM tipo 1 pode ser feito pelo aparecimento do quadro de cetoacidose diabética, desidratação, acidose metabólica e a presença de auto anticorpos também é presente em cerca de 85% a 90% dos indivíduos, quando a hiperglicemia é diagnosticada (DUALIBI; VALENTE; DIB, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008)

O diagnostico do DM tipo 2 pode ser estabelecido com base nos testes laboratoriais mais comumente utilizados, que incluem: a) Glicemia de jejum: em que se verifica o nível de glicose sanguínea, após um jejum de 8 a 12 horas; b) Teste oral de

tolerância à glicose (TTG-75g): neste, o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão; e c) Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição em indivíduo com sintomas sugestivos do diagnóstico, como a poliúria, polidipsia e emagrecimento (DUALIBI; VALENTE; DIB, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009 a; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

Os fatores indicativos de maiores riscos para o DM tipo 2 incluem: indivíduos acima de 45 anos de idade, sobrepeso ou índice de massa corporal maior que 25, presença de obesidade central, referenciada por uma circunferência abdominal maior que 102 cm para homens e maior que 88 cm para mulheres, presença de antecedente familiar de pai e mãe diabéticos, presença de hipertensão arterial caracterizada por uma pressão arterial sistólica maior que 140 mmHg e uma pressão diastólica maior que 90 mmHg, presença de colesterol HDL de 35 mg/dL e/ou triglicérides de 150 mg/dL, história de macrosomia ou diabetes gestacional e diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos (BRASIL, 2006 a).

De acordo com as recomendações da *American Diabetes Association* (ADA), os testes de rastreamento para o DM tipo 2 devem ser feitos em indivíduos adultos assintomáticos, em qualquer idade, desde que apresentem sobrepeso ou obesidade, ou que tenham alguns fatores adicionais de risco para o diabetes, a partir dos 45 anos para os indivíduos sem fatores de risco e em mulheres que apresentarem diabetes gestacional, o rastreamento deve ser realizado entre 6 a 12 semanas após o parto (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Os resultados normais devem ser reavaliados após três anos, e nas pessoas cuja glicemia de jejum der alterada, ou seja, entre 110 e 125 mg/dL, por apresentarem alta probabilidade de ter DM, recomenda-se avaliação por TTG-75g em 2h, e quando a glicemia de jejum for normal (< 110 mg/dL) em pacientes com alto risco para diabetes ou doença cardiovascular, faz-se a avaliação por TTG-75g (BRASIL, 2006 a; DUALIBI; VALENTE; DIB, 2009).

Por sua vez, a meta terapêutica para o controle glicêmico, segundo recomendações da *American Diabetes Association*, é o valor da glicose em jejum ≤ 130 mg/dL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2008; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

5.5 Tratamento

Segundo Landim (2009), o tratamento das diversas formas do DM busca alcançar níveis normais de glicemia no sangue, evitando hipoglicemias e buscando uma adequação satisfatória ao estilo de vida, por isso o tratamento baseia-se em cinco aspectos fundamentais: a terapia nutricional, a atividade física, a terapia farmacológica, o monitoramento e a educação.

A SBD recomenda que os diabéticos tipo 2 devam alterar seu estilo de vida, tais como modificação dos hábitos alimentares, perda ponderal em casos de sobrepeso ou obesidade, com redução de ao menos 5% a 10% do peso corporal, bem como atividade física moderada, pelo menos, 150 minutos por semana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011). As mudanças no estilo de vida, através de uma alimentação adequada e prática regular de atividade física, são efetivas para a prevenção e controle do DM tipo 2, sendo que as orientações quanto a estas mudanças são complementos fundamentais na terapêutica do DM (TORRES et al., 2009).

Insta notar que a prática regular de atividade física é prioritária no cuidado aos pacientes diabéticos, pois acarreta melhorias no controle metabólico, na redução do uso de hipoglicemiantes, ajuda na perda de peso de pacientes obesos, diminui o risco de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária (BRASIL, 2006 b). As mudanças no comportamento alimentar do paciente diabético ocorrem de acordo com as exigências e limitações impostas pela doença, o que gera revisão das escolhas alimentares, diminuição da ingestão de calorias para evitar o aumento do peso, moderação na ingestão de gordura e fracionamento das refeições, de forma que se possa monitorizar e controlar a glicemia; assim, uma dieta hipocalórica tem tido um papel regulador no controle do DM. Ressalta-se que um controle glicêmico almejado consiste em uma glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7% (PONTIERI; BACHIN, 2010).

No que concerne ao tratamento farmacológico do DM, os principais fármacos disponíveis são: a metformina (500 mg a 2,550 gr), as sulfonilureias que incluem a glibenclamida(2,5mg a 20 mg) e a glicazida (40 mg a 320 mg) e a insulina do tipo NPH ou do tipo regular. (BRASIL, 2006 a). Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2011), o uso da metformina é indicação prioritária, sobretudo em obesos e com idade inferior a 65 anos. Alternativamente, a acarbose ou pioglitazona podem ser consideradas

para pacientes jovens com risco moderado ou alto para desenvolvimento de DM tipo 2, desde que não apresentem contraindicações para tais medicamentos.

Em um estudo realizado por Faria et al. (2009), para avaliar o conhecimento de 46 pacientes acerca da terapia medicamentosa em uso para o controle do DM, observou-se que 89,1% utilizavam antidiabéticos orais; 41,3%, insulina e 30,4%, terapia combinada com antidiabéticos orais e insulina. No que se refere ao processo educativo para o tratamento do DM, Miyar Otero, Zanetti e Ogrizio (2008) descrevem que a educação para o automanejo desta 30 doença consiste em ensinar o paciente a lidar com o DM, e tem como metas melhorar o controle metabólico, a prevenção das complicações agudas e crônicas, e melhoria da qualidade de vida. Corroborando com esses autores, Landim (2009) diz que a educação tem como finalidade transmitir informações para a população de forma a conscientizá-la a respeito dos agravos a saúde, mas ressalta que tal fato só é possível se a pessoa que recebe a informação ver isso como algo importante para si mesma.

Para Pérez et al. (2007), o enfoque da abordagem educativa não deve restringir-se apenas à transmissão de conhecimentos, mas deve incluir também os aspectos emocionais, sociais e culturais que influenciam no seguimento do tratamento.

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Definição dos problemas

A partir da análise situacional do território da equipe de saúde, foi determinado grupo de problemas que afetam à população e que interferem em seu estado de saúde, desde o ponto de vista objetivo como subjetivo. Os principais problemas identificados foram:

- Alta incidência de pacientes Diabéticos descompensados.
- Alta incidência de pacientes Hipertensos.
- Alta incidência do uso de medicamentos controlados.
- Alto número de transtornos nutricionais, obesidade, dislipidemias.
- Aumento de doenças cardiovasculares.
- Alto número de mobilidade por infecções respiratórias.
- Aumento de o número de usuários dependentes químicos e alcoólatras.
- Alta incidência de pacientes com doenças associadas às tiroides.

A fim de estabelecer ordem de prioridades entre os problemas, a equipe decidiu atribuir pontuação para cada um, utilizando escala de 1-10 de acordo com a urgência do problema, conforme apresentado no Quadro 1 abaixo.

Quadro 1: Priorização dos problemas

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Prioridade
Alta incidência de pacientes Diabéticos descompensados.	Alta	10	Parcial	1
Alta incidência de pacientes Hipertensos.	Alta	9	Parcial	2
Alta incidência do uso de medicamentos controlados.	Alta	3	Parcial	8
Alto número de transtornos nutricionais, obesidade, dislipidemias.	Alta	6	Parcial	5
Aumento de doenças cardiovasculares	Alta	8	Parcial	3
Alto número de mobilidade por infecções respiratórias.	Alta	7	Parcial	4
Aumento de o número de usuários dependentes químicos e alcoólatras	Alta	5	Parcial	6
Alta incidência de pacientes com doenças associadas às tiroides.	Alta	4	Parcial	7

Descrição do problema selecionado.

Ao longo dos anos, têm-se buscado novos modelos assistenciais com foco no trabalho interdisciplinar, com o objetivo de atender em quantidade e qualidade e de forma equânime as demandas da população (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

No que concerne ao nível primário de saúde, destaca-se atualmente o acompanhamento mensal dos usuários de saúde, entre eles os diabéticos, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) que se constitui como sendo a estratégia priorizada pelo Ministério de Saúde (MS) para organização da Atenção Básica que visa à promoção e à reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua (BRASIL, 2006a).

Por sua vez, o trabalho multiprofissional ao diabético tem sido considerado uma inovação nas propostas assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS), pois o conceito de integralidade se concretiza nas ações planejadas em conjunto e de acordo com as especificidades dos indivíduos (PEIXOTO; SILVA, 2011). E nessa percepção, os programas de educação em diabetes têm- se mostrado instrumentos valiosos para o

controle da doença; motivo pelo qual têm sido recomendados por vários pesquisadores e implementados em vários países (SANTOS et al., 2009; ZANETTI et al., 2008).

No PSF existe um acompanhamento deste grupo de pessoas através das palestras educativas, as visitas domiciliares, consultas medicas ect, mas não tem conseguido transformações significativas no modo e estilo de vida dos usuários. O cuidado com Diabetes Mellitus e suas complicações é um desafio para a equipe de saúde, especificamente no sentido de ajudar a pessoa a conviver com essa doença crônica, que requer mudanças de modo de viver.

Nossa área de abrangência não tem um cadastro completo de pacientes com esta doença pero sim existe um número elevado de atendimentos diários por ela. Também existe um grupo importante do paciente que não assistem ao SUS e constituem subnotificação estatística, e outro grupo que não sabem que são diabéticos. O seguinte quadro ilustra o comportamento de a Diabetes Mellitus no PSF.

Quadro 2. Descritores do problema Diabetes Mellitus PSF Saúde E Vida II Bom Jesus. MG. 2015.

Descritores	Valores	Fontes
Total de Habitantes	4002	Registro da equipe
Total de Diabéticos Cadastrados	146	SIAB
Total de Diabéticos Acompanhados	121	Registro da equipe
Total de Diabéticos Controlados	77	Registro da equipe
Total de Diabéticos Descontrolados e/ou não acompanhados	69	Registro da equipe

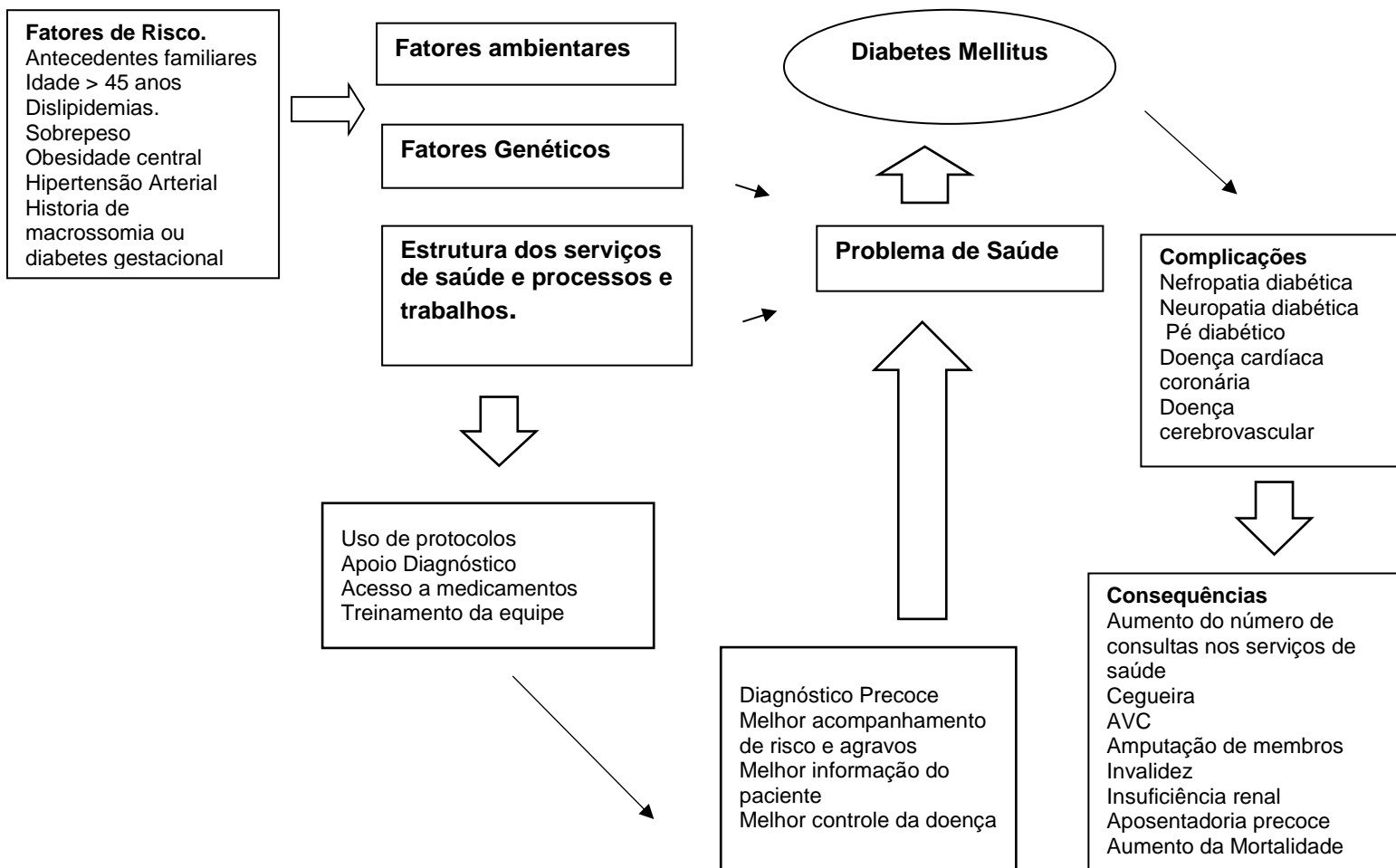
Explicação do problema selecionado

O meio em que o indivíduo vive, muitas vezes cria uma interpretação equivocada da doença que o acomete. Os pacientes com Diabetes Mellitus, são a prova de que os fatores socioculturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente ligados ao desfecho da doença. Estes fatores estão também diretamente ligados aos hábitos de vida, ao nível de informação e pressão social, que podem levar ao sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dentre outros fatores que prejudicam o tratamento, controle e promoção da saúde destas pessoas.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destes usuários, são necessárias medidas que visem instruir os pacientes diabéticos e que facilitem o acesso destes ao tratamento como o bom entendimento da doença e de suas complicações, fatores de

risco e mudanças no estilo de vida. Na vivência cotidiana, podemos observar o abandono do tratamento devido ao bom controle pressórico, onde por falta de informação os pacientes entendem que estão curados da doença. A figura 1 apresenta esquematicamente as características multifatoriais relacionadas ao desenvolvimento da diabetes.

Figura 1: Aspectos multifatoriais que desencadeiam a diabetes



Fonte: Autoria própria (2015)

Nós críticos

Após priorização dos problemas, foram identificados os seguintes nós críticos. O

Quadro 3 apresenta o desenho operacional para os nós críticos.

Quadro 3: Desenho de operações para os “nós” críticos do problema

No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Educação insuficiente sobre a Diabetes Mellitus.	Juntos nós podemos Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.	Incluir o grupo familiar nas palestras e no acompanhamento dos diabéticos.	Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente diabético.	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos
Mãos hábitos alimentares da população.	Melhor vida Modificar hábitos e estilos de vida. Capacitação de equipes de saúde	Diminuir o número de sedentários e obesos Equipe capacitada melhora o atendimento para a população	Campanha sobre os benefícios da dieta rica em frutas e vegetais. Campanha educativa; na rádio local e comunidade.	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiro: aquisição de recursos
Estrutura dos serviços de saúde	Ajuda-los viver Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de diabéticos.	Garantia de medicamentos e exames para a maior quantidade de pacientes.	Capacitação de pessoal; contratação de compra de exames e consultas especializadas; compra de medicamentos.	Políticos: aumentar recursos para estruturar o serviço financeiro: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Não cumprimento de maneira regular do uso dos medicamentos.	Pela saúde. -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações	Conscientizar o paciente e familiares mostrando que disciplina precisa fazer parte de sua vida.	Pacientes e familiares conscientizados sobre a importância da medicação. - Pacientes com glicose controlada.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.
Falta de conhecimento sobre as complicações desta doença.	Conhecendo a diabetes. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos sobre indivíduos com diabete mellitus.	População mais informada e mais capacitada manejo da diabetes.	Avaliação do nível de informação da população sobre a diabetes; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e de cuidadores. Principais líderes comunitários	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas; Organizacional: organização da agenda; Político: articulação intersetorial(parceria com o setor educação) e mobilização social.

O Quadro 4 apresenta os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos.

Quadro 4: Identificação dos recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Juntos nós podemos	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais.
Melhor vida	Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiro: para aquisição de recursos
Ajuda-los viver	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços financeiros: aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos; Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Pela saúde	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais.
Conhecendo a diabetes	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Político: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.

Em relação a análise de viabilidade do plano, o quadro 5 apresenta as propostas de ações para resolução dos nós-críticos.

Quadro 5: Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		
		Ator que controla	Motivação	Ações estratégicas
Juntos nós podemos	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema.	Médico e enfermeira	Favorável	Não é necessária
	Político: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais.	Secretário de Saúde		
Melhor vida	Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação.	Médico e enfermeira	Favorável	Não é necessária
	Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino.	Setor de comunicação social		
	Financeiro: para a aquisição de recursos.	Secretário de saúde	Indiferente	Apresentar o projeto
Ajuda-los viver	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço financeiro (aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos).	Secretário de saúde Prefeito Municipal	Favorável Indiferente	Apresentar o projeto de estruturação da rede
	Cognitivo: Elaboração do projeto de adequação	Fundo Nacional de Saúde Secretário de saúde	Favorável	
Pela saúde	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema.	Medico e enfermeira	Favorável	Não é necessária
	Político: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais.	Medico e enfermeira. Secretário de saúde		
Conhecendo a diabetes	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação pedagógicas	Medico e enfermeira. Secretaria de Educação	Favorável	Apresentar o projeto
	Políticas: articulação intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.	Secretário de saúde. Secretaria de Educação		

Pode-se verificar no Quadro 6 abaixo a elaboração do plano operativo para resolução dos nó-críticos.

Quadro 6: Elaboração do plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Juntos nós podemos -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.	População mais informada sobre a diabetes mellitus	Grupos educativos com profissionais da saúde usuários e familiares.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde. Secretaria da Educação	Coordenador (a) da Atenção Primária	Quatro meses para o início
Melhor vida Modificar hábitos e estilos de vida. Capacitação de equipes de saúde	Diminuir número de pacientes diabéticos sedentários e obesos	Palestras com a nutricionista, equipe de saúde e população.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde. Secretaria da Educação	Coordenador (a) da Atenção Primária,	Quatro meses para o início
Ajuda-los viver Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de diabéticos.	Melhor organização do seguimento e da oferta de consultas, exames e medicamento.	Equipamento da rede; contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos.	Apresentar projeto de estruturação da rede	Coordenador (a) da Atenção Primária,	Cinco meses para apresentação do projeto
Pela saúde. -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações	Melhorar o acompanhamento da equipe de saúde para com esse paciente logrando o uso correto dos medicamentos.	Capacitação para os profissionais Agentes Comunitários de Saúde. Aumentar a demanda espontânea de consultas médicas.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde. Secretaria da Educação	Coordenador (a) da Atenção Primária,	Quatro meses para o início
Conhecendo a diabetes. Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos sobre indivíduos com diabetes mellitus	Usuários e familiares mais informados sobre o risco da diabetes e suas complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre a diabetes mellitus; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde. Secretaria da Educação	Coordenador (a) da Atenção Primária,	Quatro meses para o início

O Quadro 7 apresenta a planilha de acompanhamento das operações/projeto de alta incidência de pacientes diabéticos descompensados.

Quadro 7: Gestação do plano operativo

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Juntos nós podemos	Avaliação do nível de informação da população sobre a diabetes; Programa de Saúde Escolar; capacitação dos ACS e dos cuidadores.	Coordenador (a) da Atenção Primária	1 ano	Programa implantado	
Melhor vida	Grupos educativos com profissionais da saúde usuários e familiares.	Coordenador (a) da Atenção Primária	4 meses	Programa implantado	
Ajuda-los viver	Equipamento da rede; contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos.	Coordenador (a) da Atenção Primária,	1 ano	Projeto elaborado e submetido discussão no SUS	
Pela saúde	Capacitação para os pacientes, Agentes Comunitários de Saúde e população em geral.	Coordenador (a) da Atenção Primária,	In�cio em 1 meses	Projeto elaborado	Apresentar projeto � coordenadora atenção primaria
Conhecendo a diabetes	Grupos educativos com profissionais da saúde usuários e familiares.	Coordenador (a) da Atenção Primária	3 meses	Programa implantado	

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há como negar que a DM é um sério e alarmante problema de saúde pública que tem sido constantemente objeto de estudo no Brasil e no Mundo, devido, principalmente, aos crescentes casos da doenç a e ao grande impacto que causa no contexto de vida e saúde das pessoas portadoras, refletindo de forma significativa na qualidade de vida, devendo por isso, ser prevenido em todos os níveis de atenção   saúde. No Municipio, ainda são insuficientes os estudos de avaliação dos principais fatores de risco que encontrassem influenciando na qualidade de vida dos pacientes com DM. Por isso, buscou-se identificar o impacto dessa doenç a na qualidade da atenção e na qualidade de vida de pacientes assistidos pela UBS bem como traçar o perfil epidemiológico desses indivíduos. Embora os resultados encontrados não sejam representativos da população geral de Guaranésia, eles representam uma parcela dos pacientes diabéticos usuários dentro do Municipio.

A partir dos dados levantados foi possível compreender que as intervenções propostas propiciaram maior nível de satisfação dos usuários e dos profissionais de saúde do município, para que os mesmos desempenhem de forma eficiente e eficaz o seu papel como porta de entrada, melhorando o estado de saúde da população e as condições de vida.

No processo de cuidado dos usuários diabéticos, devem sempre ser incentivadas a adesão à prática de atividade física e a alimentação equilibrada, pois, assim como a terapia medicamentosa, constituem ferramentas fundamentais para um bom controle glicêmico. Contudo, na busca por uma assistência resolutiva, é importante adaptá-la às reais possibilidades dos pacientes, considerando aspectos como o nível instrucional e o econômico e a presença de outras comorbidades. Além disso, a participação da família e a criação ou a manutenção dos apoios sociais devem ser estimuladas e fortalecidas. Todavia, e longe de esgotar o conhecimento acerca dessa temática, é necessário que novos estudos sejam realizados com essa população, afim de que se possam compreender melhor os fatores que podem estar associados a um maior ou menor impacto na qualidade de vida desses pacientes.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, C. C. T.; VIEIRA, A. P. G. F.; CARVALHO, A. F.; MONTENEGRO-JUNIOR, R. M. Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde no Diabetes Mellitus. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* 52/6, 2008.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2): 455-464, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. 64 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006 b. 108 p. il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos-AP. Departamento de Atenção Básica a saúde, HIPERDIA DATASUS, 2012. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?hiperdia/cnv/hdAP.def> >

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1): 163-177, 2000.

CAIXETA, C. C. Ajustamento familiar no contexto do diabetes tipo 2. 2010. 112 f. Tese [Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

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

CASTRO, C. L. N et al. Qualidade de vida em diabetes mellitus e Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - estudo de alguns aspectos. *Acta Fisiatr.* 15 (1): 13-17, 2008.

CEZARETTO, A. Intervenção Interdisciplinar para Prevenção de Diabetes Mellitus sob a Perspectiva da Psicologia: Benefícios na Qualidade de Vida [Dissertação de Mestrado]. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2010.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. Iniciação à metodologia: textos científicos. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA (DAB). Atenção Básica e a Saúde da Família. Números da Saúde da Família 2003-2009. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>> .

DUALIBI, P; VALENTE, F; DIB, S.A. Como diagnosticar e tratar Diabetes mellitus do tipo 2 e do tipo 1. Revista Brasileira de Medicina. p. 60- 67, 2009.

FARIA, H. P. et al. Processo de trabalho em saúde. ROCA, R. **Temas de medicina interna**. 2002; volume II.

FARIA, H. T. G et al. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. Acta Paul. Enferm. 22 (5):612-7, 2009.

FERREIRA, C. L. R. A; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 53/1, 2009.

FONTENELE, A. M. M; ALVES, S. M. A; CÂMARA, J. T. Avaliação do Programa Nacional de Atenção à Hipertensão e Diabetes: Satisfação dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde em Caxias-MA. Cad. Pesq. São Luís, v. 19, n. 1, janabr. 2012.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. Apoio social, adesão ao tratamento e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. 2009. 171 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP, 2009.

GRILLO, A. F. F; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. Rev. Bras. Enferm, Brasília, jan-fev; 60(1):49-54, 2007.

GUIMARAES, F. P. M.; TAKAYANAGUA, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para tratamento do portador de diabetes Mellitus tipo 2. Revista de Nutrição, Campinas, v 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

LANDIM, C. A. R. A competência de pessoas com diabetes mellitus para o autocuidado em um programa educativo multiprofissional. Ribeirão preto. 2009.153 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2009.

PEIXOTO, G. V; SILVA, R. M. Estratégias Educativas ao portador de Diabetes Mellitus: Revisão Sistemática. Rev. Espaço para a Saúde, Londrina, v. 13, n. 1, p. 74-81, dez. 2011.

RODRIGUES, F. F. L. Conhecimento e atitudes de usuários com Diabetes Mellitus em uma Unidade Básica Distrital de Saúde de Ribeirão Preto, SP. 2011.120 p. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

ROSA SAMPAIO. Epidemiologia do diabetes no Brasil e estratégias de enfrentamento. Publicação do Projeto de Capacitação e educação em Diabetes PROCED. Boletim, n. 3, nov., 2008.

SCHMIDT, M. I et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública, 43 (Supl. 2): 74-82, 2009.

SILVA, M. J. M. Avaliação da qualidade de vida de portadores de diabetes melito. Dissertação [Mestrado em Psicologia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

