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

JOAQUÍN DÍAZ VARELA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NA EQUIPE BRANCA, NA
UNIDADE DO BETHANIA II, EM IPATINGA – MG**

IPATINGA - MINAS GERAIS

2016

JOAQUÍN DÍAZ VARELA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NA EQUIPE BRANCA, NA
UNIDADE DO BETHANIA II, EM IPATINGA – MG**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a. Lúcia Aparecida Ferreira.

IPATINGA - MINAS GERAIS

JOAQUÍN DÍAZ VARELA

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO AO TRATAMENTO
DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS NA EQUIPE BRANCA, NA
UNIDADE DO BETHANIA II, EM IPATINGA – MG**

Banca examinadora

Examinadora 1: Profª Drª. Lúcia Aparecida Ferreira.

Examinadora 2: Profª Drª. Zilda Cristina dos Santos-Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM.

Aprovado em Belo Horizonte, em _____ de _____ de 2016.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir continuar neste mundo.

Ao Ministério da Saúde e ao Governo da República Federativa de Brasil, por permitir-nos formar parte deste maravilhoso projeto para melhorar a saúde das famílias, mas necessitadas e carentes do país.

A minha Equipe de Estratégia de Saúde da Família, pelo apoio oferecido.

A todos os profissionais do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Minas Gerais que viabilizaram a pós-graduação em Atenção Básica.

À minha orientadora : Profª Drª. Lúcia Aparecida Ferreira.

“Valle um milhão de vezes
mais a vida de um único
ser humano do que todas
as propiedades
do homen
mais rico da terra”.

Ernesto Guevara La Serna.

RESUMO

O Diabetes Mellitus está relacionado à importante queda na qualidade de vida e, sem dúvida, representa um desafio entre os problemas de saúde no século XXI. As complicações decorrentes da doença, como doença arterial crônica (DAC), doença vascular periférica (DVP), acidente vascular cerebral (AVC), neuropatia diabética, amputação, doença renal crônica (DRC) e cegueira, relacionam-se a elevados custos para o sistema de saúde, bem como a elevada morbimortalidade, a redução da expectativa de vida, a perda de produtividade no trabalho e a aposentadoria precoce. A adesão ao tratamento encontra-se relacionada com o descontrole da doença e suas complicações. Este trabalho apresenta um projeto de intervenção com o objetivo de aumentar a adesão ao tratamento da população diabética adscrita ao território da equipe Branca da Unidade de Saúde Bethania II do município Ipatinga - MG. Realizou-se uma revisão da bibliografia relacionada ao tema da má adesão ao tratamento não farmacológico e farmacológico, construído um projeto de intervenção, utilizando-se como base metodológica o Planejamento Estratégico Situacional, envolvendo a Equipe de saúde. O projeto de intervenção incluiu estratégias para aumentar o conhecimento sobre a doença, estimular a mudança dos hábitos e estilos de vida saudáveis, além de ações para reorganizar o processo de trabalho da equipe. Espera-se que com a implantação das atividades do plano de ação se incremente o nível de conhecimento da população adscrita à área de abrangência sobre o Diabetes Mellitus, prevendo complicações, promovendo hábitos e estilos de vida saudáveis, assim como a melhora na estrutura e qualidade dos serviços de saúde que garantem um melhor controle da doença.

Palavras- chave: Diabetes Mellitus, Classificação, Complicações da diabetes, Adesão ao tratamento.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is related to the significant decline in the quality of life and undoubtedly represents a challenge between health problems in the twenty-first century. The complications of the disease such as chronic heart disease (CHD), peripheral vascular disease (PVD), cerebral vascular accident (stroke), diabetic neuropathy, amputations, chronic kidney disease (CKD) and blindness, are related to high costs for health system, and the high morbidity and mortality, reduced life expectancy, lost productivity at work and early retirement. Adherence to treatment is related uprightly with uncontrolled disease and its complications. This paper presents an intervention project with the aim of increasing treatment adherence of the enrolled diabetic population to the territory of team White Health Unit Bethania II of the city Ipatinga - MG. We conducted a review of the literature related to the topic of poor adherence to non-pharmacological and pharmacological treatment, built an intervention project, using as methodological basis the Situational Strategic Planning, involving the health team. The intervention project included strategies to increase knowledge about the disease, stimulate change of healthy habits and lifestyles, as well as actions to reorganize the team work process. It is expected that with the implementation of the action plan of activities is increased the level of knowledge of the enrolled population the catchment area of the Diabetes Mellitus, predicting complications, promoting healthy habits and lifestyles, as well as the improvement in the structure and quality of health services that ensure better control of the disease.

Key words: Diabetes Mellitus, Classification, diabetes complications, adherence to treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS--- Agentes Comunitários de Saúde.

DCV--- Doença Cardiovascular.

ESF--- Estratégia de Saúde da Família.

FR--- Fator de Risco.

DM--- Diabetes Mellitus.

IBGE--- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDHM--- Índice de Desenvolvimento Humano.

PIB--- Produto Interno Bruto.

LILACS--- Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MG--- Minas Gerais.

NASF--- Núcleo de Atenção à Saúde da Família.

PES--- Planejamento Estratégico Situacional.

SciELO--- *Scientific Electronic Library Online*.

SIAB--- Sistema de Informação da Atenção Básica.

SUS--- Sistema Único de Saúde.

UNIPAC--- Universidade Presidente Antonio Carlos.

UPA--- Unidade de Pronto Atendimento.

ODM ---Objetivos de desenvolvimento do Milênio

AMDI---- Associação de municípios pelo desenvolvimento humano integrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVO.....	18
4 METODOLOGÍA.....	19
5 REFERENCIAL TEÓRICO	21
6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

Ipatinga é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, pertencente à mesorregião do Vale do Rio Doce e à microrregião de mesmo nome, localiza-se a nordeste da capital do estado” (AMDI, 2015). Sua população foi contada no ano 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com 239 177 habitantes, sendo assim o décimo mais populoso do estado de Minas Gerais (IPATINGA, 2015). Limita a oeste com o município de Coronel Fabriciano, ao norte com Mesquita e Santana do Paraíso, Caratinga (a leste) e ao sul com Timóteo (IPATINGA, 2015).

O nome Ipatinga tem duas versões: uma delas diz que a palavra, registrada na antiga estação ferroviária da cidade, era resultado da junção de “Ipa” de Ipanema e “tinga” de Caratinga, dois municípios do leste mineiro. A outra versão, mais aceita, explica que o nome veio do Tupi e significaria "pouso de águas limpas". Conta a história dos bandeirantes que a região, onde hoje se situa o município, era habitado por índios, sendo que a cidade originou-se da necessidade, por parte do Imperador D. Pedro I, de catequizá-los. Há quem diga que Ipatinga surgiu quando a estrada de ferro Vitória-Minas procurava ligar Itabira a Vitória, no Espírito Santo (IBGE, 2010).

Sabe-se, entretanto, que em 1934 uma comissão da Companhia Belgo Mineira, liderada pelos Engenheiros Barboson e Louisensch, chegou à estação de Ipatinga com a finalidade de explorar a região, para a extração de carvão vegetal para o abastecimento dos altos fornos da usina de Monlevade (IBGE, 2010).

A área do município é de 165, 509 km² (IBGE, 2014).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Ipatinga é considerado elevado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). (Seu valor é de 0, 806, sendo o trigésimo maior de todo estado de Minas Gerais (em 853)). Considerando apenas a educação o valor do índice é de 0,901, enquanto o do Brasil é 0,849. O índice da longevidade é de 0,787 (o brasileiro é 0,638) e o de renda é de 0,729 (o do Brasil é 0,723). A cidade possui a maioria dos indicadores elevados e todos acima da média nacional segundo o PNUD (GUIAS GERAIS DE IPATINGA, 2015).

A taxa de Urbanização é de 99,25%, sendo considerado um município urbano (IBGE, 2010).

A renda per capita é de 25 577,18 reais. O coeficiente de Gini, que mede a desigualdade social é de 0,38, sendo que 1,00 é o pior número e 0,00 é o melhor (Ipatinga,2015). A incidência da pobreza, medida pelo IBGE, é de 15,81%, o limite inferior da incidência de pobreza é de 8,29%, o superior é de 23,33% e a incidência da pobreza subjetiva é de 11,21%. A taxa de alfabetização adulta é 92,90% e a expectativa de vida 72,24 anos (GUIAS GERAIS DE IPATINGA, 2015).

Toda a população possui abastecimento de água tratada. O serviço de abastecimento de água e coleta de esgoto é feito pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais – Copasa. No município, assim como em toda a região, o serviço de abastecimento de energia elétrica é feito pela Companhia Energética de Minas Gerais – Cemig. O recolhimento de Resíduos sólidos é realizado pela prefeitura municipal através de uma empresa terceirizada, que transporta toda a produção para o aterro sanitário localizado na divisa com Caratinga (GUIAS GERAIS DE IPATINGA, 2015).

Ipatinga caracteriza-se por uma forte presença siderúrgica e industrial em sua economia. O Produto interno bruto - PIB de Ipatinga é o maior de sua microrregião, sendo seguido por Timóteo, destacando-se na área industrial. O setor agropecuário tem pouca importância em Ipatinga (GUIAS GERAIS DE IPATINGA, 2015).

A indústria atualmente é o setor mais relevante para a economia ipatinguense. A Usiminas exerce uma grande participação na cultura e na vida ativa da cidade, tendo interferido, inclusive, em seu planejamento urbano (IPATINGA, 2015).

O setor terciário atualmente é a segunda maior fonte geradora do PIB ipatinguense. De acordo com o IBGE a cidade possuía no ano de 2008, 6.453 empresas e 134.026 trabalhadores, sendo 71.125 pessoais ocupados total e 62.901 ocupado assalariado (GUIAS GERAIS DE IPATINGA, 2015).

Tabela 1: Aspectos Demográficos 1. Município Ipatinga.

Distribuição da população segundo idade e sexo				
	Masculino		Feminino	
0-4	8.131	3,4%	7.769	3,2%
5-9	8.421	3,5%	8.129	3,4%
10- 14	9.880	4,1%	9.634	4,0%
15 -19	10.374	4,3%	10.388	4,3%
20 -24	11.472	4,8%	11.585	4,8%
25 -29	11.192	4,7%	11.663	4,9%
30 -34	10.021	4,2%	10.762	4,5%
35 -39	8.327	3,5%	9.211	3,8%
40 -44	7.937	3,3%	8.921	3,7%
45 -49	6.972	2,9%	8.805	3,7%
50 -54	7.053	2,9%	7.867	3,3%
55 -59	6.063	2,5%	6.037	2,5%
60 -64	3.643	1,5%	4.136	1,7%
65 -69	2.588	1,1%	2.738	1,1%
70 -74	1.858	0,8%	2.306	1,0%
75 -79	1.169	0,5%	1.623	0,7%
80 -84	705	0,3%	921	0,4%
85 -89	259	0,1%	480	0,2%
90 -94	112	0,0%	193	0,1%
95 -99	24	0,0%	70	0,0%
Mais de 100	8	0,0%	21	0,0%

Fonte: IBGE, 2010.

A densidade demográfica do município é de 1452.34 e a taxa de escolarização: segundo o censo de 2010 a taxa de analfabetismo de 10-14 anos de idade era de 1,3% e de 15 ou mais anos de idade era de 5,0% no município (IBGE, 2010).

A incidência da pobreza, medida pelo IBGE (2010) é de 15,81%, o limite inferior da incidência de pobreza é de 8,29%, o superior é de 23,33% e a incidência da pobreza subjetiva é de 11,21% (IBGE, 2010).

Nos últimos anos, houve avanços significativos em termos de acesso e rendimento escolar de crianças e jovens no Brasil. Em 2009, 95,3% da faixa etária

de 7 a 14 anos freqüentaram o ensino fundamental. No mesmo ano, 75% dos jovens que haviam atingido a maioria concluíram o ensino fundamental. O Brasil convive com uma baixa taxa de conclusão escolar, que pode ser explicada pelos elevados índices de repetência e de evasão (BRASIL, 2015).

O Conselho Municipal de Saúde está constituído por membros do governo e trabalhadores. As comissões são localizadas nos Postos de Saúde e a regularidade dessas reuniões é mensal.

O Fundo Municipal de Saúde está registrado com o CNPJ 11.817.068/0001-84. Orçamento destinado à saúde é via Fundo Municipal de Saúde – SMS, Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, Manutenção do Serviço de Controle, Avaliação e Auditoria, Outros Auxílios Financeiros - 33.800,00.

O sistema de Referência e Contra referência no município está bem estabelecido, o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários, reafirmando a perspectiva de seu desenho lógico.

Seguindo informações municipais, a estratégia Saúde da Família teve sua iniciação no ano de 2002. Hoje, o município conta com um total de 57 estabelecimentos de saúde com atendimento SUS, 65 estabelecimentos de saúde com atendimento ambulatorial e com atendimento odontológico, 19 estabelecimentos de saúde com apoio ao diagnóstico e terapia privado/SUS, 2 estabelecimentos de saúde com especialidades com internação privado/SUS (IBGE, 2014).

As Redes de Média Complexidade estão representadas pela Policlínica Municipal, Centro de Controle de Doenças Infecciosas e Parasitárias (CCDIP), Unidade de Pronto Atendimento (UPA). As de Alta Complexidade: Hospital Municipal Eliane Martins e Hospital Marcio Cunha. Os Recursos Humanos em Saúde Conta-se na Atenção com 17 pediatras, 5 ginecologistas, 54 médicos, 51 enfermeiros, 300 agentes comunitários, 80 técnicos de enfermagem (IPATINGA, 2015).

As principais causas de óbito do município estão representadas pelas neoplasias e tumores (378), seguindo as doenças do aparelho respiratório (320), infecciosas e parasitárias (265) e circulatórias (254) (IBGE, 2014).

A comunidade do Bethânia conta com uma creche, uma escola de ensino fundamental, igrejas e a Unidade Básica de Saúde, a Universidade Presidente Antonio Carlos (UNIPAC), academias de saúde, além disso, conta com serviço de luz elétrica no 100% de seu território assim como com serviço de água e telefonia.

“Bethânia é um bairro de Ipatinga, com população estimada em 2010 pelo censo de 27 970 habitantes, sendo o segundo mais populoso da cidade, destes 13 662 pessoas eram homens e 14 308 mulheres”(IBGE, 2010).

A UBS Bethânia está inserida no bairro de mesmo nome. Ela encontra-se dividida em duas subunidades (Bethânia I e II), cada uma com três equipes de saúde, sendo a Bethânia I (laranja, verde e azul) e a Bethânia II (branca, vermelho, amarelo). (A população total da sua área de abrangência é 24 191 habitantes. A equipe é a equipe branca, conta com uma população estimada de 5400 habitantes (BRASIL, 2015). A principal via de acesso é por meio dos ônibus, onde 100% da população adscrita tem livre acesso aos serviços de saúde.

A unidade conta com um total de 70 profissionais, sendo 5 Médicos, 6 Enfermeiras, 21 Técnicas de Enfermagem, 22 Agentes comunitárias de Saúde, 9 Auxiliares de Serviços, 8 recepcionista. O horário de atendimento é das 07 horas até às 18 horas. O espaço físico está representado por 23 Salas distribuídas em: 6 consultórios médicos, 6 consultórios de enfermagens, 1 sala de vacina, 1 sala de nebulização, 1 sala de curativo, área de serviço, cozinha, recepção, 2 salas de espera, 6 salas de acolhimento, sala de medicação, farmácia, sala de reuniões.

Embora com 10 meses de atuação na equipe branca da Unidade de Saúde Bethânia, em Ipatinga notam-se alguns pontos deficientes que podem ser melhorados, tanto estruturalmente, como em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Dentre os problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- 1- Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados.
- 2- Alta prevalência de hipertensão arterial sistêmica.
- 3- Alta incidência de Dislipidemias.
- 4- Maus hábitos dietéticos.
- 5- Elevado número de pacientes fumantes.
- 6- Elevado número de pacientes que consomem droga ilícita.

Após identificação dos problemas, fizemos a seleção e priorização dos que serão enfrentados. Para isso consideramos os seguintes critérios: importância do problema, urgência, e a própria capacidade para enfrentá-los ou resolvê-los. O problema prioritário ficou definido pelo elevado número de pacientes diabéticos descontrolados, sendo assim o tema deste trabalho.

Considero que a causa do alto número de pessoas com Diabetes Mellitus descontrolada é o mau hábito alimentar, pois as pessoas não fazem uma dieta adequada, não tem conhecimento de como deve ser sua alimentação para ter uma melhor qualidade de vida e não fazem exercício físico, não mantendo uma vida saudável.

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) inclui um grupo heterogêneo de transtornos metabólicos que apresentam, em comum, a hiperglicemia que surge em consequência da deficiência na secreção de insulina, de defeitos em sua ação ou de ambos os fenômenos (SÃO PAULO, 2011).

“O DM constitui um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento” (BRUSSELS, 2009).

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio do VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), mostrou que, no ano de 2011, no conjunto das 27 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de DM foi de 5,6%, sendo maior em mulheres (6,0%) do que em homens (5,2%). Tendo em vista que este estudo incluiu apenas os casos de

diagnóstico de DM realizado por médico e que a proporção de DM não diagnosticado em diversos países no mundo esta entre 30% e 60%, tais cifras adquirem aspecto ainda mais alarmante, (BRASIL, 2012). Para fins de programação, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), estima que 10% dos mineiros adultos (com idade maior ou igual a 20 anos) sejam diabéticos (BELO HORIZONTE, 2013).

“Em Minas Gerais, entre 2001 e 2009, as doenças crônicas não transmissíveis foram responsáveis por 51,5% dos óbitos, sendo as taxas mais altas apresentadas pelo DM e pela doença pulmonar obstrutiva crônica” (MINAS GERAIS, 2011). Também, nesse período, a análise dos anos potenciais de vida perdidos, importante indicador que avalia o impacto das diferentes causas de morte, mostra que ocorreu aumento da magnitude das doenças cerebrovasculares e da doença isquêmica do coração, sendo evidente a participação mais expressiva do DM (MINAS GERAIS, 2011).

Na área de abrangência da equipe Branca existe um total de 125 pacientes com Diabetes Mellitus deles o 50% encontram-se descontrolados e 35% destes têm alguma das complicações da doença, sendo este o problema escolhido pela equipe, por se constituir uma das causas mais freqüentes de assistência a consulta médica e de complicações.

Depois desta análise identificamos como "nós críticos" do problema a educação insuficiente sobre a Diabetes Mellitus, o abandono de tratamento, a má cultura alimentaria, a obesidade, o tabaquismo, o sedentarismo e o processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.

2 JUSTIFICATIVA

O DM está relacionado à importante queda na qualidade de vida e, sem dúvida, representa um desafio entre os problemas de saúde no século XXI (BRASIL, 2006). As complicações decorrentes da doença, como doença arterial crônica (DAC), doença vascular periférica (DVP), acidente vascular cerebral (AVC), neuropatia diabética, amputação, doença renal crônica (DRC) e cegueira, relacionam-se a elevados custos para o sistema de saúde, bem como a elevada morbimortalidade, a redução da expectativa de vida, a perda de produtividade no trabalho e a aposentadoria precoce (BRASIL, 2006).

O Diabetes Mellitus é uma doença que deve ser pesquisada e investigada sistematicamente. Na população da ESF são muito freqüentes fatores de risco que tem influência na aparição da Diabetes Mellitus como o excesso de peso, hábitos alimentares não saudáveis, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo.

Justifica-se assim, a necessidade de intervir nestes fatores, buscando um maior controle da condição.

3 OBJETIVO

GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus na equipe branca da ESF Bethania II, em Ipatinga - Minas Gerais.

ESPECIFICOS

- * Identificar os fatores causais envolvidos com a má adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos.
- * Conhecer estratégias já existentes para aumentar a adesão ao tratamento.
- *Propor um plano de intervenção visando o aumento da adesão ao tratamento dos diabéticos.

4 METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza como um projeto de intervenção que tem como objetivo aumentar a adesão ao tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus na equipe branca da ESF Bethania II, Minas Gerais.

Para a elaboração do projeto de intervenção é imprescindível realizar levantamento de dados a partir do banco do IBGE, base de dados municipal do SIAB, além da pesquisa bibliográfica do tipo revisão narrativa, considerando as revistas indexadas na Biblioteca Virtual de saúde (BVS), no Scientific Electronic Library Online (SciELO), bem como no acervo da Biblioteca Virtual do NESCON e Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Também serão inseridos materiais oferecidos no curso de especialização em Atenção Básica disponibilizados na Plataforma Ágora e dados pesquisados nos registros da própria Unidade Básica de Saúde (UBS). A pesquisa na BVS utilizou-se dos descritores: Diabetes Mellitus, Estado pré-diabético, Complicações da diabetes, Fatores de risco e Continuidade da assistência ao paciente. As informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional servirão de base para o desenvolvimento do plano de ação.

O diagnóstico situacional foi baseado no método da Estimativa Rápida. Esse método visa resolução de problemas detectados na realidade, confrontados com um padrão considerado não adequado ou não tolerável e que motivam os atores sociais a enfrentá-los (CORREA, VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), o diagnóstico situacional contribui para a identificação de potencialidades e fragilidades na implementação da Atenção Básica, além de favorecer a construção de intervenções positivas nesse acompanhamento, voltadas para melhoria do cuidado e da gestão. Os dados utilizados na realização do diagnóstico situacional serão utilizados na construção do plano de ação do Projeto de Intervenção, tendo como referência os dez passos

propostos no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Estratégia Saúde (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010) e que nortearam todo o processo, sendo eles:

- 1- Definição dos problemas (o que causou os problemas e suas conseqüências).
- 2- Priorização dos problemas (avaliar a importância do problema, sua urgência, capacidade de enfrentamento da equipe, numerar os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios).
- 3- Descrição do problema selecionado (caracterização quanto a dimensão do problema e sua quantificação).
- 4- Explicação do problema (causas do problema e qual a relação entre elas)
- 5- Seleção dos “nós críticos (causas mais importantes a serem enfrentadas).
- 6- Desenho das operações (descrever as operações, identificar os produtos e resultados, recursos necessários para a concretização das operações).
- 7- Identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação.
- 8- Análise de viabilidade do plano (construção de meios de transformação das motivações dos atores através de estratégias que busquem mobilizar, convencer, cooptar ou mesmo pressionar estes, a fim de mudar sua posição).
- 9- Elaboração do plano operativo (designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações).
- 10- Desenhar o modelo de gestão do plano de ação; discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Nathan, Meigs, Singer (1997 *apud* Assunção, Ursine, 2008). Dentre as doenças crônicas mais freqüentes, destaca-se o Diabetes Mellitus (DM), que consiste em uma disfunção metabólica crônica, grave, de evolução lenta e progressiva, caracterizada pela falta ou produção diminuída de insulina e/ou da incapacidade dessa em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando à hiperglicemia e glicosúria .

Para Barbosa, Oliveira, Seara (2009 *apud* Ferreira *et al.*,2001). O termo Diabetes Mellito (DM) descreve uma desordem metabólica de múltipla etiologia, caracterizado por hiperglicemia crônica decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina, resultando em resistência insulínica. Altas concentrações plasmáticas de glicose levam ao desenvolvimento de degenerações crônicas associadas à falência de diversos órgãos, principalmente olhos, rins, coração, nervos e vasos sanguíneos.

O Diabetes Mellito (DM) acomete cerca de 7,6% da população brasileira entre 30 e 69 anos de idade. Cerca de 50% dos pacientes desconhecem o diagnóstico e 24% dos pacientes reconhecidamente portadores de DM não fazem qualquer tipo de tratamento, segundo MALERBI, FRANCO (1992 *apud* GROSS, NEHME, 1999, p.).

Para Spilchler, *et al* (1998 *apud* Gross, Nehme, 1999, p.). Diversos fatores de risco, passíveis de intervenção, estão associados ao maior comprometimento cardiovascular observado nos pacientes diabéticos. Entre eles estão a presença da Nefropatia Diabética (ND) e da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

Na atualidade, o diabetes mellitus é considerado um dos mais importantes problemas de Saúde Pública, tanto pelo número de pessoas afetadas, pelas incapacitações e mortalidade prematura que pode acarretar, quanto pelos custos

envolvidos no controle e tratamento das suas complicações. Um dos maiores problemas encontrados pelos profissionais de saúde no processo de intervenção com pacientes diabéticos é a baixa adesão ao tratamento, fenômeno recorrente no tratamento de doenças que exigem mudanças nos hábitos de vida. Estimular a adesão ao tratamento é de extrema importância e a educação em saúde pode ser considerada uma das estratégias que possibilitam melhor adesão dos pacientes ao esquema de tratamento. RABELO, PADILHA (1999 *apud* PÉRES *et al.*, 2007, p.).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o tratamento básico e o controle da doença consistem, primordialmente, na utilização de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e no uso adequado de medicação. BRASIL (2002 *apud* ASSUNÇÃO, URSINE, 2008, p.).

Entretanto, a adesão a esse tratamento exige comportamentos de alguma complexidade que devem ser integrados na rotina diária do portador de DM. GALL, *et al* (1991 *apud* ASSUNÇÃO, URSINE, 2008, p.).

De acordo com Soares, *et al* (*apud* Assunção, Ursine, 2008, p. 2190). A adesão ao tratamento em pacientes crônicos representa a extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, contemplando três estágios: 1) concordância, no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde. Existe, freqüentemente, uma boa supervisão, assim como uma elevada eficácia do tratamento; 2) adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte; 3) manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos.

A cronicidade da doença, associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do doente, pode contribuir para a baixa adesão vulgarmente encontrada nos diabéticos. COX, GONDER (1992 *apud* ASSUNÇÃO, URSINE, 2008, p.2190).

O enfoque da abordagem educativa deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos. Ferraz, *et al* (2000 *apud* PÉRES *et al.*, 2007, p.).

A mudança de hábitos de vida, dessa forma, é um processo lento e difícil. Particularmente no que se refere à alimentação. Os hábitos alimentares estão relacionados pelo menos a três fatores complexos: culturais, que são transmitidos de geração a geração ou por instituições sociais; econômicos, referentes ao custo e à disponibilidade de alimentos e, por fim, aos sociais, relacionados à aceitação ou rejeição de determinados padrões alimentares. Outros fatores também influenciam o indivíduo a adotar muitas vezes padrões inapropriados de comportamentos, tais como aversão a certos alimentos, crenças relacionadas a supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos. Zanetti *et al* (2006 *apud* PÉRES *et al.*, 2007, p.).

Santa-Helena , Nemes , Eluf (2010 *apud* Assunção, Ursine, 2008, p. 255). A prevenção e o tratamento dessas doenças 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. 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.

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. FARIA (2009 *apud* ASSUNÇÃO, URSINE, 2008, p. 256).

A falta de adesão ao tratamento de HAS e DM é um grave problema de saúde pública, pois resultam na morte de 400 mil brasileiros hipertensos e 36 mil 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. PESSUTO, CARVALHO (1991 *apud* ASSUNÇÃO, URSINE, 2008, p. 256).

6 PROJETO DE INTERVENÇÃO

Segundo o descrito por Campos; Faria; Santos (2010, p. 58), nesta parte do trabalho procede-se à descrição dos diferentes passos para a elaboração do plano de ação do problema escolhido pela equipe branca da ESF Bethania II como prioritário.

Primeiro passo: definição dos problemas

Na equipe Branca da Estratégia Saúde da Família do Bethania II, em Ipatinga, após fazer uma análise e discussão com a Equipe de Saúde à que pertencem e depois de realizar um levantamento sobre a situação de saúde da área de abrangência, identificou-se uma série de problemas que julgamos por ordem de prioridade:

- Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados.
- Alta prevalência de hipertensão arterial.
- Alta incidência de Dislipidemias.
- Maus hábitos dietéticos.
- Elevado número de pacientes fumantes.
- Elevado número de pacientes que consomem droga ilícita.

Segundo passo: priorização de problemas

Os problemas identificados foram priorizados de acordo com a importância, urgência e capacidade de enfrentamento aos mesmos, sendo apresentados no quadro 1.

Priorização dos problemas de saúde da equipe branca, ESF Bethania II.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados	Alta	9	Parcial	1
Alta prevalência de hipertensão arterial	Alta	8	Parcial	2
Alta incidência de Dislipidemias	Alta	7	Parcial	2
Maus hábitos dietéticos	Alta	7	Parcial	3
Elevado número de pacientes fumantes	Alta	7	Parcial	3
Elevado número de pacientes que consomem droga ilícita	Alta	6	Fora	4

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Na área de abrangência da equipe Branca existem um total de 125 pacientes com Diabetes Mellitus, deles um 50 % encontrassem descontrolados e um 35 % dos descontrolados tem alguma das complicações da doença, porem a equipe definiu está como o problema prioritário, além disso, constitui uma das causas mais comuns de assistência a consulta médica e de complicações.

Quarto passo: explicação do problema

O Diabetes Mellitus é uma doença muito comum na população, constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo e é um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, esta doença tem uma alta prevalência entre as pessoas idosas e é um fator determinante de morbidade e mortalidade e pode ter complicações, limitações funcionais e incapacidades.

Considero a causa do alto número de pessoas com Diabetes Mellitus descontrolada é o mal hábito alimentar, as pessoas não fazem uma dieta correta, não tem educação de como deve ser sua alimentação para ter uma melhor qualidade de vida. Além disso, não fazem exercício físico, não tem visto ele como uma maneira de manter uma vida saudável.

O Diabetes Mellitus é uma doença que deve ser pesquisada e investigada sistematicamente. Na população da ESF são muito comuns fatores de risco que tem influência na aparição da Diabetes Mellitus como o excesso de peso, hábitos alimentares não saudáveis, o uso excessivo de álcool, o tabagismo e o sedentarismo.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Depois desta análise identificamos como "nós críticos" do problema:

- Educação insuficiente sobre a Diabetes Mellitus.
- Abandono de tratamento.
- Má cultura alimentar.
- Obesidade.
- Tabagismo.
- Sedentarismo.
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.

Sexto passo: desenho das operações

Após a identificação dos “nos críticos”, foram desenhadas um conjunto de ações para afrontar os mesmos, as quais serão desenvolvidas durante a execução do plano.

Quadro 2

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema: Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados. Equipe Branca, Bethania II. 2015.				
No crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários

Educação insuficiente da população sobre a Diabetes Mellitus	Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a Diabetes Mellitus.	População com mais conhecimentos sobre Diabetes Mellitus.	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Diabetes Mellitus, distribuição de panfletos educativos, discussão do tema em grupos operativos, capacitação dos ACS e cuidadores.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: organização da agenda. Político: articulação inter-setorial e mobilização social. Financeiro: para aquisição de panfletos educativos
Hábitos e estilos de vida inadequados	+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida da população.	Menor número de obesos, tabagistas e sedentários. Melhoria dos hábitos alimentares	Programa de caminhadas, distribuição de panfletos educativos, discussão do tema em grupos operativos. Abordagem clínica do tabagismo e obesidade.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas. Organizacional: organização da agenda e das caminhadas. Político: articulação inter setorial e mobilização social. Financeiro: para aquisição de panfletos educativos.
Estrutura dos serviços de saúde.	Cuidar Melhor. Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento de pacientes.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para atenção ao paciente	Compra de medicamentos e fitas de glicosímetros, contratação de compra de exames e	Políticos: decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços de saúde; Financeiros:

		diabético. Disponibilização de fitas de glicosímetros para os diabéticos.	consultas especializadas.	aumento da oferta de exames e consultas especializadas Cognitivo: elaboração do projeto de adequação.
Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema.	Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção a pacientes diabéticos, incluindo indicações de rastreio, consultas de rotina e exames.	Subdiagnóstico da diabetes diminuído. Melhoria da assistência aos pacientes diabéticos.	Capacitação dos recursos humanos; implantação de linha de cuidados/protocolos.	Cognitivo: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Político: articulação intersetorial e adesão dos profissionais; mobilização social Organizacional: organização da agenda

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso. Portanto, a dimensão dessa transformação vai depender da disponibilidade de determinados recursos, a favor ou contra as mudanças desejadas

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69).

A identificação dos recursos críticos a serem consumidos para execução das operações constitui uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano.

Quadro 3

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema: Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados. Equipe Branca, Bethania II. 2015.	
Operação/Projeto	Recursos críticos
Saber +	Político: articulação inter-setorial e mobilização social. Financeiro: para aquisição de panfletos educativos
+ Saúde	Político: articulação inter-setorial e mobilização social Organizacional: organização da agenda e das caminhadas. Financeiro: para aquisição de panfletos educativos.
Cuidar Melhor	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços de saúde; Financeiro: aumento da oferta de exames, materiais, medicamentos e consultas especializadas.
Linha de Cuidado	Político: articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais. Mobilização social. Organizacional: organização da agenda

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. São aquelas nas quais o ator não controla, previamente, os recursos necessários para alcançar seus objetivos. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais:

- Quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano?
- Quais recursos cada um desses atores controla?
- Qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano?

Quadro 4

Análise e viabilidade do plano: Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados. Equipe Branca, Bethania II. 2015.				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a Diabetes Mellitus.	Político: articulação inter-setorial e mobilização social.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessária
	Financeiro: para aquisição de panfletos educativos	Secretário de Saúde	Favorável	Não é necessária
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida	Político: articulação inter-	Equipe de saúde,	Alguns favoráveis,	Apresentar projeto,

da população.	setorial e mobilização social	Sociedade civil, secretaria de esporte. Equipe de saúde Secretário de esporte. Secretário de saúde	outros indiferentes. Alguns favoráveis, outros indiferentes Favorável	buscar apoio do secretário e da sociedade Não é necessária Apresentar projeto, buscar apoio do secretário Não é necessária
Cuidar Melhor. Melhorar a estrutura dos serviços para o atendimento de pacientes.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar os serviços de saúde; Financeiro: aumento da oferta de exames, materiais, medicamentos e consultas especializadas.	Prefeito Municipal Secretário Municipal de Saúde Fundo Nacional de Saúde	Favorável Favorável Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede, buscar apoio.
Linha de Cuidado Implantar a linha de cuidado	Subdiagnóstico da diabetes diminuído.	Secretário Municipal de	Favorável	Não é necessária

segundo protocolo para a atenção a pacientes diabéticos, incluindo indicações de rastreamento, consultas de rotina e exames.	Melhoria da assistência aos pacientes diabéticos.	Saúde		
--	---	-------	--	--

Nono passo: elaboração do plano operativo

A ESF, em reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, conforme o Quadro a seguir.

Quadro 5

Plano Operativo: Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados. Equipe Branca, Bethania II. 2015.					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber + Aumentar o nível de conhecimento da população sobre a Diabetes Mellitus.	População mais informada sobre a Diabetes Mellitus, melhorar a adesão ao tratamento.	Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Diabetes Mellitus, distribuição de panfletos educativos, discussão do tema em grupos operativos, capacitação dos ACS e	Palestras educativas sobre os fatores de riscos e principais complicações da Diabetes Mellitus.	Equipe de Saúde.	Três meses para o início das atividades

		cuidadores.			
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida da população	Menor número de obesos, tabagistas e sedentários. Melhoria dos hábitos alimentares	Programa de caminhadas , distribuição de panfletos educativos, discussão do tema em grupos operativos. Abordagem clínica do tabagismo e obesidade.	Apresentar projeto, buscar apoio do secretário da sociedade.	Equipe de Saúde	Início em quatro meses e término em seis meses; Início em três meses e término em 12 meses; Início em seis meses; Avaliações a cada semestre; início em dois meses e término em 3 meses
Cuidar Melhor. Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento de pacientes com qualidade.	Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para atenção ao paciente diabético. Disponibilização de fitas de glicosímetros para os diabéticos.	Compra de medicamentos e fitas de glicosímetros, contratação de compra de exames e consultas especializadas.	Apresentar projeto de estruturação da rede, buscar apoio	Equipe de Saúde, Prefeitura municipal , Secretário de saúde.	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos; e quatro meses para compra dos equipamentos; início em quatro meses e finalização em oito meses
Linha de Cuidado		Capacitação dos	Capacitação dos	Equipe	Início em três meses

Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção a pacientes diabéticos, incluindo indicações de rastreio, consultas de rotina e exames.	Subdiagnóstico da diabetes diminuído. Melhoria da assistência aos pacientes diabéticos.	recursos humanos; implantação de linha de cuidados/ protocolos.	membros da equipe sobre as Linhas de cuidado para Diabetes Mellitus; protocolos implantados	de Saúde e Coordenador de ABS	e finalização em 12 meses
---	---	---	---	-------------------------------	---------------------------

Décimo passo: gestão do plano

Para lograr a efetividade da implementação de um plano, vai depender de como será feita sua gestão (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6 - Planilha de acompanhamento do projeto: Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados. Equipe Branca, Bethania II. 2015.

Operação: Saber +				
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Avaliação do nível de conhecimento da população sobre Diabetes Mellitus,	Equipe de Saúde.	Três meses para o início das atividades	Aguardando implantação	

distribuição de panfletos educativos, discussão do tema em grupos operativos, capacitação dos ACS e cuidadores.				
---	--	--	--	--

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: **+ Saúde**. Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados. Equipe Branca, Bethania II. 2015.

Operação: + Saúde				
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Programa de caminhadas , distribuição de panfletos educativos, discussão do tema em grupos operativos. Abordagem clínica do tabagismo e obesidade	Equipe de Saúde.	<p>Início em quatro meses e término em seis meses;</p> <p>Início em três meses e término em 12 meses;</p> <p>Início em seis meses;</p> <p>Avaliações a cada semestre;</p> <p>início em dois meses e término em 3 meses</p>	Aguardando implantação	

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Cuidar Melhor**. Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados. Equipe Branca, Bethania II. 2015.

Operação: Cuidar Melhor				
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Compra de medicamentos e fitas de glicosímetros, contratação de compra de exames e consultas especializadas.	Equipe de Saúde, Prefeitura municipal, Secretaria de saúde.	Quatro meses para apresentação do projeto e oito meses para aprovação e liberação dos recursos; e quatro meses para compra dos equipamentos; início em quatro meses e finalização em oito meses	Aguardando implantação	

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: **Linha de Cuidado**. Elevado número de pacientes diabéticos descontrolados. Equipe Branca, Bethania II. 2015.

Operação: Linha de Cuidado				
Produtos esperados	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa
Capacitação dos recursos humanos; implantação de linha de	Secretário de Saúde e Coordenadora de ABS.	Equipe de Saúde	Aguardando implantação	

cuidados/ protocolos.		e Coordenador de ABS		
--------------------------	--	----------------------------	--	--

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação são etapas fundamentais no processo de planejamento e demandam algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira mais sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso. Mas o sucesso dessa empreitada pode ficar ameaçado se não dispusermos e não utilizarmos instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de todas essas etapas. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos que a DM em nossa área de abrangência constitui uma das causas frequentes de procura à consulta médica, devido às suas complicações derivadas da má adesão ao tratamento.

A pessoa com DM, no transcorrer do tratamento, vivencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação de sua condição crônica de saúde e, conseqüentemente, a adoção de hábitos saudáveis que permitam lidar com as limitações decorrentes da doença.

Comportamentos que colaboram com o descontrole da doença: alimentação inadequada, com excesso de gorduras e açúcares e o sedentarismo que levam à obesidade. Outros fatores também contribuem, como: consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e abandono do tratamento.

O desconhecimento sobre as causas, prevenção e complicações da doença constituem também fatores responsáveis da má adesão ao tratamento.

Espera-se que, com a implantação das atividades do plano de ação, se consiga ampliar o nível de conhecimento da população adscrita à área de abrangência sobre o DM, prevenindo complicações, promovendo hábitos e estilos de vida saudáveis. Assim como o aporte de recursos críticos necessários para melhorar a estrutura e qualidade dos serviços de saúde, sem os quais resulta difícil garantir um atendimento de qualidade para melhor controle da doença.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE MUNICÍPIOS PELO DESENVOLVIMENTO HUMANO INTEGRADO (AMDI), Ipatinga, Minas Gerais, 2015. Disponível em: amdi.org.br/ipatinga.php. Acesso em: 11 jun. 2015.

BARBOSA, J. H. P; OLIVEIRA S. L, SEARA L. T, 2009. In: FERREIRA, L. T. *et al.* Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. Rev Latino-am Enfermagem 2001 maio; 9(3). Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2011/v36n3/a2664.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

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

BRASIL E OS ODM (Objetivos de desenvolvimento do Milênio) - Secretaria Geral, Presidência da República, 2015. Disponível em: <http://www.odmbrasil.gov.br/o-brasil-e-os-odm>. Acesso em: 11 jun. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Caderno de Atenção Básica No. 16. Brasília, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/Ministério

da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. **Informe Técnico** 2002. In ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciênc. Saúde coletiva vol.13 suppl. 2 Rio de Janeiro, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

CAMPOS, F. C. C; FARIA H. P; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde, Belo Horizonte, NESCON/UFMG, 2da Ed, 2010. p. 35-58, 61-76.

COX, D.J; GONDER, F. L, 1992. In: ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciênc. Saúde coletiva vol.13 suppl. 2 Rio de Janeiro, Dec. 2008. p. 2190. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Nota técnica**. Ipatinga, Minas Gerais, 2015. Disponível em: dab2.saude.gov.br/dab/sistemas/notatecnica/frmListaMunic.php. Acesso em: 17 maio. 2015.

FARIA, H. T. G, 2009. In: ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de

Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciênc. Saúde coletiva vol.13 suppl. 2 Rio de Janeiro, Dec. 2008. p. 255. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

FERRAZ, A. M. *et al*, 2000. In: PÉRES, D. S. *et al*. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6)**. p. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_07.pdf. Acesso em: 09 set. 2015.

GALL, M. A. *et al*, 1991. In: ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciênc. Saúde coletiva vol.13 suppl. 2 Rio de Janeiro, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

GESTÃO AMBIENTAL BR-381/MG, 2015. Disponível em: <http://br381mg.com.br/municipios/>. Acesso em 11 jun. 2015.

GUIAS GERAIS- IPATINGA, MINAS GERAIS, 2015. Disponível em: <http://www.guiagerais.com.br/cidades/ipatinga/>. Acesso em: 11 jun. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADISTICA. **Síntese de Indicadores Sociais**. Ipatinga, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=313130&search=ipatinga>. Acesso em: 17 maio. 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, IDF Diabetes Atlas. 4. ed. Brussels, 2009.

IPATINGA. Secretaria de saúde, Departamento de Atenção Básica, 2015.

IPATINGA. SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA (SIAB), 2015. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/Siab>. Acesso em 11 jun. 2015.

LINHA-GUIA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA, DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA. Belo Horizonte, 3ª edição, 2013, p.97.

MALERBI, D. A, FRANCO, L. J,1992. In: GROSS, J. L, NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.45 n.3 São Paulo July/Sept. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442301999000300014&script=sci_arttext. Acesso em: 09 set. 2015.

MINAS GERAIS, SERVIÇOS E COMUNICAÇÕES-EU AMO IPATINGA, 2015. Disponível em: www.euamoipatinga.com.br/historia/noticias.asp?vídeo=Municípios. Acesso em 11 jun. 2015.

NATHAN, D. M; MEIG, S. J; SINGER D. E, 1997. In: ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciênc. Saúde coletiva vol.13 suppl. 2 Rio de

Janeiro, Dec. 2008.

Disponível

em:

<http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

RABELO; S. E; PADILHA, M. J. C. S, 1999. In: PÉRES, D. S. *et al.* Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6)**. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_07.pdf. Acesso em: 09 set. 2015.

SANTA-HELENA, E.T; NEMES, M. I. B; ELUF NETO J, 2010. In: ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. Saúde coletiva vol.13 suppl. 2* Rio de Janeiro, Dec. 2008. p. 255. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Epidemiologia, Análise de situação da saúde Minas Gerais, 2011, p. 289.

SOARES, M. C, 1997. In: ASSUNÇÃO, T. S; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de Diabetes Mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciênc. Saúde coletiva vol.13 suppl. 2* Rio de Janeiro, Dec. 2008. p. 2190. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a24.pdf>. Acesso em: 09 set. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2011: tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus 4. Ed. São Paulo, 2011.

SPIELCHLER, E. R. S, *et al*, 1998. In: GROSS, J. L, NEHME, M. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes melito: Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.45 n.3 São Paulo July/Sept. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442301999000300014&script=sci_arttext. Acesso em: 09 set. 2015.

ZANETTI, M. L, *et al*, 2006. In: PÉRES, D. S. *et al*. Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6)**. p. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_07.pdf. Acesso em: 09 set. 2015.