

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

TAUANE FRANCO PINHEIRO ALVES CAPOP

**AÇÕES DIRECIONADAS AO USUÁRIO COM DIABETES
MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**UBERLÂNDIA-MG
2015**

TAUANE FRANCO PINHEIRO ALVES CAPOP

**AÇÕES DIRECIONADAS AO USUÁRIO COM DIABETES
MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado no Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari

**UBERLÂNDIA-MG
2015**

TAUANE FRANCO PINHEIRO ALVES CAPOP

**AÇÕES DIRECIONADAS AO USUÁRIO COM DIABETES
MELLITUS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari – Orientador

Examinador 2: Judete Silva Nunes - UFTM

Aprovado em Uberaba: 14/12/2015

RESUMO

Este trabalho tem por objetivo elaborar um projeto de intervenção que possibilite manejo, controle, sensibilização de usuários com diabetes na Estratégia Saúde da Família (ESF) Ipanema II em Uberlândia-MG. O desenvolvimento do plano de intervenção seguiu o método descrito pelo Planejamento Estratégico Situacional; e para subsidiar a abordagem teórica e construção deste projeto, procedeu-se com revisão narrativa da literatura em bases de dados e documentos do ministério da Saúde. O problema priorizado foi a ausência de cuidado adequado aos usuários com diabetes e estabeleceu-se como nós críticos: hábitos alimentares inapropriados, desinformação pela equipe e pela população da doença e organização do processo de trabalho priorizando atenção às condições agudas. Tendo em vista que o controle do Diabetes Mellitus demanda diferentes ações a nível individual e coletivo e que principalmente deve proporcionar empoderamento para que o usuário tenha um cuidado continuado, acredita-se que a presente proposta de intervenção possa contribuir para o controle desse problema na comunidade assistida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família. Humanização da assistência.

ABSTRACT

This study aims to develop an intervention project that enables management, control, awareness of users with diabetes in the Family Health Strategy (FHS) Ipanema II in Uberlândia-MG. The development of the action plan followed the methods described by the Situational Strategic Planning; and to support the theoretical approach and construction of this project, it proceeded with narrative review of the literature in databases and ministry of health documents. Prioritized problem was the lack of proper care users with diabetes and has established itself as critical nodes: inappropriate eating habits, lack of information by the staff and the people of the disease and organization of the work process giving priority attention to the acute conditions. Given that control of diabetes mellitus demand different actions at individual and collective, which mainly should be geared to provide empowerment for the user to have a continuing care, it is believed that this proposed intervention can contribute to the control of this problem in assisted community.

Keywords: Diabetes Mellitus. Family Health Program. Humanization of assistance

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	06
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO.....	13
4	METODOLOGIA.....	14
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
	REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

A cidade de Uberlândia foi fundada em 1888, sendo atualmente a maior cidade da região do Triângulo Mineiro, em Minas Gerais. Sua população urbana compreende cerca de 640.000 habitantes. Se tornou uma das mais prósperas do interior brasileiro devido a sua localização estratégica privilegiada que a transformou no maior centro de distribuição atacadista da América Latina. Se divide em cinco setores: norte, sul, leste, oeste e central, sendo o setor oeste o mais populoso segundo dados do último censo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

O município de Uberlândia é um exemplo de polo regional de atração migratória apresentando nas últimas décadas um dos maiores índices de crescimento populacional do Estado de Minas Gerais. Além do registro da maior taxa de crescimento entre os municípios da região, Uberlândia deteve também o maior crescimento absoluto de população no período, registrando aumento de aproximadamente 102.799 mil habitantes em apenas 10 anos o que classifica a cidade como a segunda maior do estado em crescimento populacional, atrás apenas da capital Belo Horizonte (UBERLÂNDIA, 2014).

Quanto ao saneamento básico, Uberlândia conta com 100% de água tratada e 99% de tratamento de esgoto no perímetro urbano. De acordo com Departamento Municipal de Água e Esgoto (DMAE), cerca de 6.288 moradores ainda não possuem acesso à rede de esgotos (UBERLÂNDIA, 2014).

As principais atividades econômicas relacionam-se ao agronegócio, com destaque para o processamento de grãos, e ao setor industrial, que conta com um considerável distrito industrial. Além disso, há também um comércio bastante desenvolvido e grandes centros distribuidores de produtos (alimento, cosméticos, químicos, entre outros (UBERLÂNDIA, 2014).

Uberlândia é servida por 4 rodovias federais importantes para as regiões Sudeste, Centro-Oeste e Norte. Essa condição permite que a cidade seja considerada ponto de passagem e de contato para os diversos centros comerciais e consumidores do país. São elas: BR-050, uma rodovia que apresenta grande circulação de veículos, ligando a capital do país à maior metrópole brasileira, São Paulo; BR-365, rodovia federal que faz a ligação entre as regiões Nordeste e Centro-oeste; BR-455: Tem seu início em Uberlândia e termina na cidade de Planura (MG), onde inicia a BR-364 e BR-497, rodovia que liga as cidades de Uberlândia e Carneirinho (MG). Além da malha rodoviária, o município conta com uma estrada de ferro administrada pela Ferrovia Centro- Atlântica, que corta o Triângulo Mineiro interligando o

Estado de São Paulo ao Estado de Goiás, na direção norte-sul (UBERLÂNDIA, 2014).

Os setores de atendimento à saúde são organizados em rede, cada um com seu grau de complexidade e densidade tecnológica. A Atenção Básica é composta pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), e é o setor responsável pela coordenação e gestão da rede. O nível de serviço secundário conta com Unidades de Ações Integradas (UAIs), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), Centro de Reabilitação Municipal, Ambulatório de Oftalmologia, Ambulatório de DST/AIDs Herbet de Sousa, Centro de Atenção ao Diabético, Centro de Referência Saúde do Trabalhador, Ambulatório de Fonoaudiologia, Programa de Lesões Labio-Palatinas e Ambulatório Amélio Marques. Os Hospitais Privados conveniados ao SUS e o Hospital das Clínicas são os prestadores de ações da Atenção Terciária (UBERLÂNDIA, 2014).

Por contar com serviços de maior densidade tecnológica, a cidade, portanto, é sede da microrregião e polo de macrorregião, sendo referência para consultas e exames de média e alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar (UBERLÂNDIA, 2014).

A Estratégia Saúde da Família foi adotada pela cidade em 2003. Atualmente, Uberlândia conta com 73 equipes de saúde da família, sendo 5 delas de Zona Rural, cada uma em um distrito e uma itinerante. As equipes são distribuídas em 59 UBSF e 4 Unidades de Apoio à Saúde da Família. Duas unidades contam profissionais que trabalham com acupuntura, atividade incluída nas Práticas Integrativas e Complementares (UBERLÂNDIA, 2014).

O bairro Jardim Ipanema se localiza na periferia da cidade de Uberlândia, no Setor Leste. Abriga uma população de 7677 pessoas, maioria de baixa condição sócio-econômica-cultural. Algumas vieram de outras regiões do país, principalmente cidades do Nordeste, e outras da própria região, a maioria atraída pelos baixos preços dos terrenos, apesar da ausência de infraestrutura (informações colhidas por entrevista com pessoas da comunidade, já que não há dados concretos registrados a respeito da ocupação). Atualmente, todos os domicílios possuem energia elétrica, água tratada e rede de esgoto (UBERLÂNDIA, 2014), entretanto, nem todas as ruas foram asfaltadas. Em razão da precariedade das estradas, as linhas de ônibus não acessam todo o território.

Quanto à morbidade e mortalidade, a maior parcela refere-se a alterações cardiovasculares e endócrinas (hipertensão e diabetes) e suas complicações. Segundo dados coletados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSs), a maioria da população economicamente ativa atua na prestação de serviços (comércio e indústria) ou como

autônomo. Uma parcela bem menor trabalha na economia informal. Ainda segundo a mesma fonte, o número de desempregados não é grande.

Na comunidade, trabalham duas equipes de Saúde da Família em dois PSFs distintos, Ipanema I e Ipanema II. Na área de abrangência do PSF Ipanema II há quadra, onde um educador físico trabalha duas vezes por semana, algumas igrejas evangélicas e ADVEM (Associação Desenvolvendo Vida e Missão), uma ONG que disponibiliza à população aulas de bordado, de violão, de informática, alfabetização para adultos e serviço odontológico.

Apesar desse investimento público, não há nenhuma associação comunitária oficialmente registrada e os trabalhos desenvolvidos não são articulados. Além disso, há poucos locais para atividades físicas, de lazer e culturais quando se considera o tamanho da comunidade.

A Unidade de Saúde da Família Ipanema II, foi inaugurada há 8 anos (anteriormente, as duas equipes do bairro Jardim Ipanema trabalhavam numa mesma unidade de saúde). Trata-se de casa alugada, em mal estado de conservação, localizada na periferia do bairro, bem próxima à área rural da cidade. A área da casa é inadequada, considerando a demanda e população coberta (4004 pessoas). A área destinada à recepção é pequena, o que gera tumulto, principalmente no período da manhã quando a unidade recebe mais usuários (coleta de sangue, entrega de receitas para ser renovadas, atendimento agendado e demanda espontânea). Além disso, a acústica é muito ruim. Também não existe espaço para realização de grupos, e as discussões só são possíveis no local de espera para as consultas, que se localiza na pequena varanda frontal da casa. A equipe e coordenadora dos PSFs do setor Leste já discutiram a questão com o gestor municipal. A mudança da casa foi autorizada, mas a ausência de habitação melhor disponível no bairro faz com o impasse continue.

A unidade conta com recursos, embora em alguns casos insuficientes, para o trabalho da equipe. Não existe estetoscópio e esfigmomanômetro suficientes, assim como também não há balanças em quantidade suficiente e por vezes falta material para curativo. Entretanto, há mesa ginecológica, maca, kit de emergência pediátrico e adulto, nebulizador, régua antropométrica, fita métrica, otoscópio, material para coleta de citologia oncológica.

A equipe é composta por enfermeira, médica, auxiliar de enfermagem, quatro agentes comunitárias de saúde, auxiliar administrativo e funcionária dos serviços gerais. Está em vigência a implantação do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família). Apesar disso, a unidade de saúde já conta com atendimento psicológico às terças e quintas, e nutricional, mensal. Também trabalha no PSF uma assistente social, que atende às segundas e sextas.

A unidade de saúde funciona de segunda a sexta das 7 horas às 17 horas. O

atendimento médico, entretanto, não acontece às sextas. Em razão da demanda e do número de usuários adscritos, foi contratada pela prefeitura outra médica, mas desde março ainda não teve nenhum atendimento realizado por ela. Pelas mesmas razões, a auxiliar administrativa conta com o auxílio dos ACS, que se revezam durante a semana em atividades relacionadas à assistência, como recepção e arquivo.

O tempo da equipe é ocupado por atendimento à demanda programada e espontânea. Na primeira, se inserem o atendimento de pré-natal, puericultura e preventivo de câncer de colo uterino. Não há agenda programada às outras condições crônicas, em especial as mais prevalentes, diabetes e hipertensão. Via demanda espontânea ocorre acolhimento das condições agudas (doenças agudas e agudização de doenças crônicas). A unidade desempenha ações de promoção da saúde e prevenção de doenças por meio dos ACS durante as visitas, orientados a fazer busca ativa da população absente e da subpopulação enquadrada nas abordagens preventivas de câncer de mama. Entretanto, não ocorrem grupos operativos, oficinas, práticas integrativas ou outras atividades destinadas a esse objetivo maior, promoção da saúde.

A renovação de receitas não é vinculada à passagem por atendimento, uma vez que a agenda médica está sempre cheia e as vagas para a demanda espontânea, que é grande, precisam ser preservadas. Em virtude do sistema de informatização, eSUS, é possível o médico, durante a renovação observar a frequência de atendimentos feita pelo usuário e seu prontuário, podendo então solicitar consulta se julgar necessário. Isso ameniza um pouco a questão.

As principais queixas da população estão relacionadas à precariedade da unidade, à falta de dentista (só existe na unidade do Ipanema I), distância da UAI responsável pela distribuição das medicações, à necessidade de mais um médico, à ausência de espaço gratuito para a prática de atividade física na área de abrangência, à distância do PSF e à dificuldade de acesso. Estes últimos se justificam pela inexistência de linha de ônibus que interligue o bairro. A separação das duas equipes que trabalham no bairro Jardim Ipanema foi feita sem levar em consideração uma barreira física, o aeroporto. Assim, uma parte da população adscrita na área de abrangência do PSF Ipanema II precisa pegar dois ônibus para se locomover dentro do próprio bairro, e chegar à unidade de saúde.

Além dessas questões, via método de Estimativa Rápida, foi identificada uma dificuldade de acompanhamento adequado das pessoas com diabetes *mellitus* por parte da equipe. Esse problema foi eleito o de maior prioridade, tanto em razão do trabalho desenvolvido para sua resolução depender da abordagem de outras questões identificadas,

como pelo seu grau de importância: a principal causa de mortalidade na área de abrangência do UBSF Ipanema II se relaciona a complicações de doenças crônicas como DM e HAS (UBERLÂNDIA, 2014).

2 JUSTIFICATIVA

A criação do Sistema Único de Saúde possibilitou uma quebra de paradigmas no que se refere ao conceito de saúde. A saúde passa, a partir deste momento, ser considerada e definida como direito de todos e estabelecendo ao estado o dever de proporcionar, a universalidade e igualdade do acesso à saúde, a procura da superação da dicotomia entre prevenção e cura, a visão da integralidade na assistência ao indivíduo, a descentralização do sistema de saúde, a participação complementar dos grupos privados na saúde, a evidência nas áreas de saúde do trabalhador, a vigilância epidemiológica e sanitária, o estímulo à participação comunitária efetiva e o financiamento do sistema de saúde brasileiro de forma tripartite entre União, Estados e Municípios (ARAÚJO et al., 2007).

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica de distribuição mundial e com prevalência crescente principalmente nos países em desenvolvimento. Essa predominância se dá tanto pelo rápido envelhecimento da população desses países como pelo aumento da obesidade. Em termos mundiais, em 2030, o número de pessoas com DM será 438 milhões e que 472 milhões de indivíduos terão pré-diabetes, condição clínica que, em sua maioria, resulta em doença num intervalo de tempo de 10 anos (BRASIL, 2006).

O diabetes tipo II (DMII) é a subclasse que acomete de 80 a 90% dos diabéticos e estima-se que que 10% dos mineiros adultos (com idade maior ou igual a 20 anos) sejam diabéticos” (MEIRELES et al., 2013). As consequências da doença são inúmeras tanto ao indivíduo como ao sistema governamental, resultando em redução da qualidade de vida, perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e redução na expectativa de vida. Entre as complicações do diabetes mellitus estão: doença arterial crônica, doença vascular periférica, acidente vascular encefálico, neuropatia diabética, amputação, DRC e cegueira. Além disso, de acordo com os registros de óbito, quando comparadas à população geral as taxas de mortalidade atribuíveis ao DM são 57% maiores e, entre essas, 38% se deveram à DCV, 6%, à doença renal e 17%, às outras complicações crônicas da doença (MEIRELES et al., 2013).

Juntamente com a doença pulmonar obstrutiva crônica, o DM foi o principal contribuinte com os 51,5% dos óbitos por doenças crônicas não transmissíveis, entre os anos 2001 e 2009 no estado de Minas Gerais (MEIRELES et al., 2013).

Desta forma, a pesquisa se justifica pela relevância da temática, uma vez que a diabetes mellitus é uma doença considerada grave, considerado como fator de risco a população que não se cuida. E, visando o ideal de atendimento humanizado, acredita-se que,

intervenções focalizadas na presente temática servirá como possibilidade de controle controle da doença e incentivará a mudança de hábitos de vida para que ocorra menor taxa de internação, redução dos riscos.

3 OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção que possibilite manejo, controle, sensibilização de usuários com diabetes na ESF Ipanema II.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a ser implementado na ESF Ipanema II situado na cidade de Uberlândia-MG. O público-alvo será constituído por usuários com diabetes cadastrados na referida ESF.

Por meio do Método da Estimativa Rápida, chegou-se ao diagnóstico situacional do território da UBSF Ipanema II. As fontes para a coleta de informações foram o sistema de informação da atenção básica (Relatórios SSA2 e PMA2), site da prefeitura e dados do IBGE; além da observação ativa e entrevista com informantes-chave.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado Método de Planejamento Estratégico Situacional, com a identificação dos problemas e, posteriormente, a priorização de problema, utilizando os critérios de urgência, importância e capacidade da equipe em enfrentá-los.

O problema priorizado foi descrito e explicado, tendo sido também identificados seus “nós críticos”, causas de um problema que quando abordadas garantem impactar e transformar o problema principal; necessário também que sejam uma ideia que esteja dentro do espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Por fim, para elaboração da proposta de intervenção, as outras etapas do PES incluíram o desenho das operações, a identificação dos recursos críticos e análise de viabilidade do plano, elaboração do plano operativo e da forma de gestão do plano.

Para subsidiar a abordagem teórica e construção deste projeto, procedeu-se com a revisão de literatura. As bases de dados consultadas foram: Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde (Lilacs), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde. Os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: Planejamento em Saúde; Diabetes Mellitus e Atenção Primária à saúde; Saúde do Adulto.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Diabetes, o que é como diagnosticá-lo?

Gross *et al.* (2002) com base no Relatório do Comitê de Especialistas sobre diabetes (1997) e no Grupo de estudos do Reino Unido (1998), considera que:

O diabetes Mellitus um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos de intervenção demonstraram que a obtenção do melhor controle glicêmico possível retardou o aparecimento de complicações crônicas microvasculares, embora não tenha tido um efeito significativo na redução de mortalidade por doença cardiovascular.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica publicado pelo Ministério da Saúde a diabetes:

[...] é 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, p. 9).

Quanto à hiperglicemia causadora da doença, Gross *et al.* (2002) explica que:

A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos de intervenção demonstraram que a obtenção do melhor controle glicêmico possível retardou o aparecimento de complicações crônicas microvasculares, embora não tenha tido um efeito significativo na redução de mortalidade por doença cardiovascular (GROSS, et al., 2002, p. 17).

O diabetes tipo II (DMII) é a subclasse que acomete de 80 a 90% dos diabéticos e “a SES/MG estima que 10% dos mineiros adultos (com idade maior ou igual a 20 anos) sejam diabéticos” (MEIRELES et al. 2013). Não só a prevalência justifica a importância do tema. As consequências da doença são inúmeras tanto ao indivíduo como ao sistema governamental, resultando em redução da qualidade de vida, perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e redução na expectativa de vida. Entre as complicações do diabetes mellitus estão: doença arterial crônica, doença vascular periférica, acidente vascular

encefálico, neuropatia diabética, amputação, DRC e cegueira. Além disso, de acordo com os registros de óbito, quando comparadas à população geral as taxas de mortalidade atribuíveis ao DM são 57% maiores e, entre essas, 38% se deveram à DCV, 6%, à doença renal e 17%, às outras complicações crônicas da doença (MEIRELES et al., 2013).

Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. “Entretanto, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorrendo então a partir de fatores de risco para o diabetes” (BRASIL, 2006, p. 15). Gross *et al.* (2002) corrobora dizendo que seu diagnóstico deve ser baseado principalmente nas alterações plasmáticas de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral.

5.2 Programa Saúde da Família

A partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978, a Atenção Primária à Saúde se revestiu de grande relevância, principalmente por se pautar na possibilidade de uma estratégia de desenvolvimento dos sistemas de saúde, sendo implementadas várias propostas, como a medicina comunitária, em resposta aos altos custos do modelo de atenção médica e ao desajustamento da cobertura populacional desse modelo (MARCONDES, 2002 apud SOSA, 2014).

Daí em diante, a Organização Mundial da Saúde passou a disseminar a precisão de reforma do modelo de prestação de serviços das nações, enfatizando a integração dos serviços locais num sistema único e nacional, a participação comunitária, ações intersetoriais e uma maior “relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social” (CONILL, 2008 apud SOSA, 2014).

Com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), na década de 80, e com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreu um deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, por parte do primeiro, permitindo uma efetiva descentralização administrativa (SANTANA; CAMAGNANI, 2001).

Com a implementação do segundo, através da Constituição Federal de 1988, definiu-se como o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização municipalizante e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização. Além disso, as ações preventivas e curativas passaram a ser responsabilidade dos gestores públicos (VIANA; DAL POZ, 1998).

Paralelamente, o país atravessava um período de incerteza em sua política econômica: desajustes em suas finanças públicas, gasto público na área de saúde decrescente, declínio do crescimento populacional e taxas crescentes para o grupo de terceira idade, que exigem ações sabidamente de maiores custos. Era alta a prevalência de mortalidade por doenças infecciosas e o predomínio das doenças crônico-degenerativas, aumentando a morbidade (PATARRA, 1995 *apud* VIANA; DAL POZ, 1998). Neste contexto, formado por múltiplos problemas, de diferentes ordens, incidiu de forma bastante aguda na demanda e na oferta de saúde, e passou a ser denominado, nos anos 90, de crise da saúde (SANTANA; CAMAGNANI, 2001).

Assim, segundo o Ministério da Saúde (2010) “O Programa Saúde da Família nasceu da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos serviços de saúde continuava precário ainda em 1993 e cerca de 1.000 municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico nessa época”.

De acordo com Rosa e Labate (2005, p. 1028)

O Programa Saúde da Família (PSF) surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas.

Entende-se desta maneira que o PSF surgiu como um novo olhar assistencial, o qual não buscava atender o indivíduo doente isoladamente, mas a toda a família deste indivíduo. Tal conduta tem como um dos principais objetivos ser uma forma de assistência preventiva.

No Brasil, tal modelo idealizado pela Atenção Primária à Saúde teve grande impacto na organização do Sistema Único de Saúde. Nos anos de 1980 foi marcado pelo ressurgimento de movimentos pela democratização da sociedade, em diversas esferas, com intensos reflexos na saúde. Em 1990, o Ministério da Saúde sugeriu a reorganização da prática assistencial, dando ênfase ao atendimento integral à saúde da família. Em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, que teve eficiência no Nordeste, e possibilitou quem em 1994, passasse a existir o Programa Saúde da Família e na sequência, como estratégia de reorientação assistencial como substituição às práticas convencionais a Estratégia de Saúde da Família, a fim de reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde e dar prioridade à Atenção Primária à Saúde (CONILL, 2008 *apud* SOSA, 2014).

Desta forma, pode-se considerar que o Programa Saúde da Família originou-se em 1993, mais só foi regulamentado em 1994, como estratégia no que se refere a busca pela mudança da forma tradicional de prestação de assistência, objetivando a implantação de um

novo modelo de Atenção Primária à Saúde, modelo esse que fosse mais eficiente no que se refere a problemas de saúde (SOSA, 2014).

A primeira equipe do Programa Saúde da Família foram os agentes comunitários formadas em janeiro de 1994. Dando prioridade às ações de proteção e promoção da saúde, o atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio. A equipe era formada por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, tendo como principal objetivo apreciar a realidade das famílias pelas quais é responsável, através de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais compassivo às necessidades dos indivíduos atendidos (CARVALHO; SOUZA, 2003).

O Programa Saúde da Família aponta ao trabalho na lógica da promoção da saúde, ambicionando a integralidade da assistência ao usuário como sujeito conexo à família, ao domicílio e à comunidade. Entre outros aspectos, para que se obtenha o objetivo proposto, é indispensável a vinculação dos profissionais e dos serviços com a comunidade, e a expectativa de promoção de ações intersetoriais (BLASCO et al, 2003 apud SOSA, 2014, p.13).

[...] Ao se estabelecer como estratégia de mudança e reordenamento do modelo assistencial no Brasil, tem por objetivo precípua alavancar o Sistema Único de Saúde que, não obstante dos progressos jurídico-políticos, não foi capaz de reverter o quadro sócio sanitário nacional, regional ou local, conservando-se como hegemônico o modelo assistencial individual, curativo, cujo centro é o hospital (ARAÚJO et al., 2007, apud SOSA, 2014, p. 14).

Um pilar fundamental na construção do novo modelo de Atenção Básica é a humanização que a proposta do Programa Saúde da Família tem por finalidade apreciar, através do estabelecimento de conexão entre profissionais, usuários e famílias, por meio da responsabilização da equipe na resolução dos problemas de saúde da comunidade (ARAÚJO et al., 2007 apud SOSA, 2014).

5.3 Humanização na assistência à saúde

“Nos últimos anos, temas como integralidade da assistência, interdisciplinaridade e humanização vêm ganhando cada vez mais atenção nas discussões sobre saúde” (SILVA et al., 2013, p. 842).

Embora o termo laico "humanização" possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos ou solapados em tempos de frouxidão ética. Em nosso horizonte histórico, a humanização desponta, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes (RIOS, 2009, p. 254).

Nos estudos de Costa, Figueiredo e Schaurich (2009), o termo humanização é definido como ter respeito pelo ser humano, ver o paciente de forma holística englobando o contexto familiar, social, incorporando valores, crenças, e aspectos culturais.

Por humanização pode-se definir que é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. O protagonismo dos sujeitos e sua autonomia, o estabelecimento de vínculos solidários entre os atores, a participação coletiva no processo de gestão, bem como a elaboração de tramas de cooperação norteiam essa política (BRASIL, 2010, p. 8).

Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas o reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados. No sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo. Nogare (1997) define que no sentido filosófico, humanização é um termo que encontra suas raízes no Humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do homem, este a medida de todas as coisas, considerando sua natureza, limites, interesses e potenciais. “Humanização, enquanto tornar humano significa admitir todas as dimensões humanas - históricas, sociais, artísticas, subjetivas, sagradas ou nefastas - e possibilitar escolhas conscientes e responsáveis”. (NOGARE, 1997 apud RIOS, 2009, p. 255).

A natureza humana comporta pulsões para a construção e para a agressão. Em nossa essência, temos potencial para agir tanto num sentido quanto no outro. O julgamento ético de cada ato e a sua escolha são tarefas psíquicas constantes, que põe em jogo os valores que a cultura nos dá por referência e os desejos que se ocultam no íntimo de cada um. Reconhecer a importância dessas características humanas é o primeiro passo para a humanização (RIOS, 2009, p. 255).

A humanização pode evocar valores como respeito, solidariedade, compaixão, empatia, bondade. Impulsiona uma construção coletiva de valores que resgatem a dignidade humana na área da saúde e o exercício da ética. Na dimensão institucional, trata-se de valores fundamentais para balizar a atitude profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera bom e justo (RIOS, 2009).

Mais do que um conjunto de princípios idealistas para nortear as práticas em saúde dentro do sistema assistencial do país, o termo pressupõe uma conjuntura complexa de posturas e atividades que compreendem algumas modificações no setor saúde, que persistem, ainda em dias atuais, com um modelo de atenção biomédico, com frágeis relações entre usuários e equipe de saúde e a precarização do acesso aos serviços (MONGIOVI et al., 2014, p. 307).

Como uma proposta de mudança, a humanização visa à melhoria do atendimento em saúde como um todo, na associação entre o lado subjetivo e objetivo do cuidado ao ser humano em condições de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, através do reconhecimento da importância dos aspectos psicológico, emocional, espiritual e social paralelamente a intervenção técnica e o cuidado fisiológico, o que pressupõe uma estrutura assistencial de uma prática dita holística (FERREIRA, 2005 apud MONGIOVI et al., 2014).

5.4 Cuidado e Prevenção

Considerando a elevada carga de morbimortalidade associada, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. No que se refere a atuação da atenção básica, pode ser realizada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes; da identificação de casos não diagnosticados de diabetes para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas. (BRASIL, 2006).

Outro fator extremamente importante, refere-se ao cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família que tem se configurado como desafio para as políticas públicas, uma vez que promover mudança nos hábitos de vida do paciente é necessário também incentivar mudança nos hábitos dos familiares (BRASIL, 2006).

Lyra *et al.* (2006) e Guidoni *et al.* (2009) destacam ainda como fatores de risco e que devem ser avaliados tanto no processo de cuidado quanto de prevenção da diabetes, a obesidade e fatores dietoterápicos, o sedentarismo, bem como o tabagismo. Stress psicossocial e episódios depressivos maiores também podem estar associados a um aumento de risco.

Ainda quanto ao cuidado do paciente com diabetes, visando sobretudo atingir também seus familiares, o Caderno de atenção básica publicado em 2006 referente ao Diabetes Mellitus destaca algumas considerações de extrema importância:

- Oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa.
- Encorajar relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta; criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações; respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.
- Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu autocuidado tenham sido abordados.

- Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, respeitando as crenças e atitudes dos pacientes. Explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado.
- Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente.
- Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com a concordância prévia do paciente.
- Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu autocuidado.
- Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros.
- Envolver os pacientes nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade, aumentando a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas próprias condições. (BRASIL, 2006, p. 10-11).

Outra questão importante no trabalho com diabetes, refere-se à prevenção. De acordo com Lyra *et al.* (2006) desde que conhecidos os fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da diabetes, vários são os programas de prevenção possíveis de serem implementados. *“Esses programas, aplicados sob a forma de estudos, têm como base a modificação comportamental, o uso de fármacos e o tratamento cirúrgico; intervenção no estilo de vida, intervenção farmacológica, antidiabéticos orais, tratamento cirúrgico e cirurgia bariátrica”*.

De acordo com o caderno de atenção básica, está bem demonstrado que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída), podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2.

Por exemplo, mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visavam discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Intervenções farmacológicas, p.ex., alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, também foram eficazes, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em 3 anos (BRASIL, 2006, p. 15).

Casos com alto risco de desenvolver diabetes, incluindo mulheres que tiveram diabetes gestacional, devem fazer investigação laboratorial periódica para avaliar sua regulação glicêmica. A caracterização do risco é feita de modo semelhante àquela feita para suspeita de diabetes assintomático discutida acima (BRASIL, 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.4 Identificação dos problemas

É importante deixar claro que identificar e priorizar um determinado problema não é de forma alguma estratégia suficiente para definir e estabelecer propostas de intervenções eficientes. Quando a proposta é caminhar em busca de uma resolutividade, de uma problemática, é preciso compreender e ser capaz de construir uma explicação para a mesma, ou seja, é necessário caracterizá-lo e descrevê-lo de forma sólida, para entender de forma global sua dimensão e como eles se apresenta em uma determinada realidade. A quantificação do problema é um passo importante, pois afasta ambiguidades e obtêm-se indicadores que permitem a avaliação do impacto alcançado pelo plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Os problemas identificados via dados das bases de dados, observação ativa e entrevistas pelo método da Estimativa Rápida foram:

- Ausência de cobertura completa da área de abrangência (4 ACS para uma população de 3977);
- Inexistência de práticas educativas e grupos;
- Pouco espaço físico para atividades físicas, de lazer e culturais quando se considera o tamanho da comunidade, tanto na própria unidade quanto na área de abrangência;
- Dificuldade de acesso à UBS;
- Ausência de cuidado adequado aos usuários diabéticos;
- Subdiagnóstico de diabetes e hipertensão.

6.2 Priorização dos Problemas

O modelo pelo qual se dá o desenvolvimento socioeconômico da população determinada diretamente o meio ambiente territorial, cultural e socioeconômico, a irregular e deficitária distribuição de renda e desigualdade social e as políticas públicas de saúde, que influenciam no hábito de vida saudável e no acesso às informações e serviços de saúde. Além disso, as políticas públicas influenciam o modelo assistencial, que interfere na organização, estrutura e processo de trabalho dos serviços de saúde que, por sua vez, interfere no encaminhamento, diagnóstico, protocolo, assistência médica e farmacêutica e educação em

saúde, gerando como resultado melhoras no acompanhamento, cuidado e conseqüentemente no cuidado continuado pelo paciente, bem como a redução do risco de agravos. Ou seja, o modelo de desenvolvimento socioeconômico, a depender da forma pela qual se dá, interfere positivamente ou negativamente na saúde dos indivíduos e na forma pela qual o mesmo a percebe e se preocupa com ela.

É importante esclarecer que o modelo assistencial ainda interfere em fatores como hábito de saúde que incluem: alimentação inadequada, sedentarismo, dentre outros.

Após a avaliação situacional foi possível estabelecer alguns problemas, os quais serão foco da proposta de intervenção. Para tanto, o quadro de número 1 foi construído para melhor ilustração. É importante ressaltar que a priorização dos problemas foi feita considerando a urgência, a importância e a capacidade da equipe e população em enfrentá-los (recursos financeiros e materiais, apoio da gestão).

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe Ipanema II.

Comunidade Jardim Ipanema – Equipe Ipanema II Priorização de Problemas				
Problemas	Importância	Urgência*	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Ausência de cuidado adequado aos usuários com diabetes	Alta	5	Parcial	1
Subdiagnóstico de diabetes	Alta	5	Parcial	2
Subdiagnóstico de hipertensão	Alta	5	Parcial	2
Ausência de cobertura completa	Alta	5	Mínima	2
Dificuldade de acesso à UBS	Alta	3	Fora	4
Escassez de espaço físico	Alta	4	Fora	3

*Pontuação de 1 a 5 em ordem crescente de urgência.

Fonte: o próprio autor, 2015.

6.3 Descrição e explicação do problema

O problema ausência de cuidado adequado aos usuários diabético é semiestruturado e final. Sendo assim, o plano de ações para sua abordagem envolve abordagem de vários outros problemas levantados, já que alguns deles são causas deste.

Quadro 2 - Descritores do problema não acompanhamento adequado de diabéticos

DESCRITORES	VALORES	FONTES
Diabéticos esperados	274	Estudos
Diabéticos cadastrados	177	SSA2
Diabéticos confirmados	177	Registro da Equipe
Diabéticos acompanhados conforme protocolo	0 (não há protocolo)	Estudos
Diabéticos acompanhados	130	SSA2
Diabéticos controlados	99	Registro da Equipe
Atendimento em grupo	0	Registro da Equipe
Consulta médica e enfermagem	158	PMA2
Com complicações do DM	12#	SSA2
Internação por complicação do DM/ano	5#	SSA2 e PMA2
Óbitos por complicações do DM/ano	*	FAST, SSA2, PMA2, Registro da Equipe

O número de pacientes com complicações crônicas do diabetes e de internação por complicações agudas da doença podem não ser reais. A razão é que houve uma enorme aproximação feita, já que as fontes desses dados, relatórios PMA2 (produção e marcadores para avaliação), SSA2 (situação de saúde e acompanhamento das famílias) e FAST não têm registro completo dessas informações – informação referente a 1 das 5 microáreas.

*Ausência de registro do dado.

Fonte: o próprio autor, 2015.

As causas do inadequado acompanhamento dos diabéticos estão diretamente relacionadas ao não seguimento de protocolos clínicos; da ausência de grupos, importante conhecer o perfil da subpopulação assim como para promover ações de promoção da saúde e estimular modificação de hábitos; a inexistência de controle social e protagonismo pelos usuários de sua saúde; desinformação pela equipe e pela população da doença; ausência de estrutura física na área de abrangência que permita a prática de atividade física gratuita; hábitos alimentares e culturais inapropriados. A maioria das causas se relaciona a uma causa maior: a forma de organização do processo de trabalho ainda voltado apenas às condições agudas.

6.4 Identificação dos nós críticos

Mediante os dados coletados e discussões entre a equipe, foi possível selecionar os principais “nós críticos” listados a seguir:

- Hábitos alimentares inapropriados;
- Desinformação pela equipe e pela população da doença;
- Organização do processo de trabalho priorizando atenção às condições agudas.

6.5 Desenho das operações

Quadro 3 – Operações para abordagem dos nós críticos, recursos necessários e resultados esperados.

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Hábitos alimentares e culturais inapropriados	Melhor Saúde Modificação dos hábitos de vida	Diminuir em 30% o número de usuários com sobrepeso ou obesidade	Horta comunitária Caminhadas acompanhadas Grupos com nutricionista e médico	Organizacional: estrutura física para criação da horta. Político: conseguir o local, mobilização social e com a rede. Cognitivo: Estratégias para execução e conhecimento técnico Econômico: para folhetos de divulgação; para recursos necessários. Organizacional: local seguro para caminhada. Político: conseguir o local para atividade física sem impacto Cognitivo: estratégias para execução e conhecimento

	Melhorar: Princípio da integralidade no que diz respeito ao acesso à rede (dificuldade e lentidão) e referência e contra referência.	reorganizada; Diabéticos acompanhados segundo diretrizes; Sistema eletrônico único implantado nos diferentes níveis de atenção para facilitar acesso às condutas tomadas em qualquer nível; Informações registradas no prontuário; Cadastros atualizados; Equipe capacitada; Agenda programada;	grupos com paciente diabéticos; Visitas domiciliares; Consultas;	entre os setores de saúde; adesão dos profissionais. Organizacional: gerenciamento; adesão da equipe; conseguir espaço para realizar os grupos. Financeiros: equipamento da rede e custeio (exames e consulta especializada em tempo hábil).
--	---	--	--	---

6.5 Identificação dos recursos críticos

Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema ausência de controle adequado dos diabéticos.

Operação/Projeto	Recurso crítico
Melhor Saúde	Político: conseguir espaço pra horta e atividade física sem impacto; Econômico: para folhetos de divulgação, para recursos necessários para o grupo.
Mais informação	Político: mobilização social;
Cuidar Melhor	Político: articulação entre os setores de saúde; adesão dos profissionais. Financeiros: equipamento da rede e custeio (exames e consulta especializada em tempo hábil).

6.6 Análise da viabilidade do plano

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

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	

Projeto Melhor Saúde	<p>Político: conseguir espaço pra horta e segurança para a caminhada;</p> <p>Financeiro: para folhetos de divulgação, para recursos necessários para o grupo.</p>	<p>Secretário de planejamento urbano</p> <p>Secretário de saúde</p>	<p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto</p> <p>Apresentar projeto</p>
Projeto Mais Informação	<p>Político: mobilização social;</p>	<p>ONG, Igreja, Secretário de comunicação social.</p>	<p>ONG e Igreja: favoráveis</p> <p>Secretaria: Indiferente</p>	<p>Não é necessária</p> <p>Apresentar projeto</p>
Projeto Cuidar Melhor	<p>Político: articulação entre os setores de saúde;</p> <p>Financeiros: equipamento da rede e custeio (exames e consulta especializada em tempo hábil).</p>	<p>Secretário de saúde</p> <p>Prefeito</p>	<p>Indiferente</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que a diabetes mellitus vem sendo cada mais um risco a população em geral. São muitos os prejuízos desta doença que aos extremos podem levar a morte. Com base na proposição deste projeto, chega-se ao consenso, com toda a literatura disponível de que se deve possibilitar à população incentivos à promoção da saúde e à modificação do estilo de vida, buscando desta forma reduzir o quanto for possível fatores de risco associados a doença.

Sobretudo é necessário implementar o conceito de empoderamento que, para além da dimensão política inerente ao termo, poderá proporcionar ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) possibilidades de entender e compreender o que de fato é a diabetes mellitus e como manejá-la de forma eficiente. De igual modo, os profissionais de saúde necessitam de uma maior e efetiva participação dos familiares na vida do paciente diabético, que deve aderir ao tratamento de forma integral.

Desta forma, acredita-se que a presente proposta de intervenção será de grande utilidade, uma vez que, de forma não invasiva propõe acessar os pacientes e familiares para que estes possam se inteirar da doença e aprender a realizar um cuidado continuado em seu cotidiano.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, D. V.; FELIX, L. G.; SILVA, I. C. *et al.* **Acolhimento no Programa Saúde da Família: um caminho para humanização da Atenção à Saúde.** Campo Grande, 2007.

Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/1707/1415>>.

Acesso em: 10 out. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus. **Caderno da Atenção Básica nº 36.** Brasília, DF, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus.** Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – 4. ed. 4. reimp. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 72 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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

CARVALHO, A. M.; SOUZA, R. A. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. *In: Estudos de Psicologia.* Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n3/19974.pdf>> . Acesso em: 15 out. 2015.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *In: Caderno de Saúde Pública.* vol. 24. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v24s1/02.pdf> Acesso em: 10 out. 2015.

COSTA, S. C., FIGUEIREDO, M. R. B., SCHAURICH D. Humanização em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. **Interface** (Botucatu) [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp. 571-580. <Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000500009&script=sci_arttext Acesso em 13 out. 2014.

COTTA, R.M.M. *et al.* Debates atuais em humanização e saúde: quem somos nós? **Ciência Saúde Coletiva.** 2013;18(1):171-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000100018&script=sci_arttext Acesso em: 13 out.2014.

GROSS, Jorge L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq Bras Endocrinol Metab,** São Paulo, v. 46, n. 1, p.16-26, fev. 2002. Semestral. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/abem/v46n1/a04v46n1.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

GUIDONI, Camilo Molino et al. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, São Paulo, v. 45, n. 1, p.37-48, jan. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/05.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 23 abril 2015.

LYRA, R. et al. Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 50, n. 2, p.239-249, abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v50n2/29307.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2015.

MEIRELES, L.A et al. **Linha-Guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013. Seção 2: Diabetes Mellitus, p.95-160.

MONGIOVI, V. G., ANJOS, R. C. C. B. L., SOARES, S. B. H., LAGO-FALCÃO, T. M. Reflexões conceituais sobre humanização da saúde: concepção de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. bras. enferm.** vol.67 no.2 Brasília Mar./Apr. 2014 <Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267030687021.pdf> Acesso em: 13 out. 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. **Banco de Dados Integrados (BDI)**. Prefeitura Municipal de Uberlândia, Secretaria Municipal de Planejamento. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/>. Acesso em 23 abril 2015.

RIOS I. C. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.** vol.33 no.2 Rio de Janeiro Apr./June 2009 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000200013. Acesso em: 8 out. 2014.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de Assistência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. vol.13 no.6 Ribeirão Preto Nov./Dec. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

SANTANA, Milena Lopes; CARMAGNANI, Maria Isabel. PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA NO BRASIL: UM ENFOQUE SOBRE SEUS PRESSUPOSTOS BÁSICOS, OPERACIONALIZAÇÃO E VANTAGENS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.33-53, jan. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/04.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

SILVA A. M., SÁ, M. C., MIRANDA, L. Concepções de sujeito e autonomia na humanização em saúde: uma revisão bibliográfica das experiências na assistência hospitalar. **Saúde soc.** vol.22 no.3 São Paulo July/Sept. 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902013000300017&script=sci_arttext Acesso em: 13 out. 2014.

SOSA, A. O. **Plano de ação para redução e controle da hipertensão arterial sistêmica em adultos com idades entre 30 e 40 anos atendidos no programa saúde da família Sinésio Brun de Loyola do bairro santa Caratinga/MG**. 2014, Universidade Federal de Minas

Gerais, Governador Valadares, 2012. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4870.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

VIANA, A . L. D.; DAL POZ. M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, 8(2):11-48, 1998. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/02.pdf> Acesso em: 09 out. 2015