

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

**ISABEL LUISA LOPEZ CABRERA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: AUMENTAR O CONTROLE DA**  
**DIABETES MELLITUS**

**UBERABA/ MINAS GERAIS**

**2016**

**ISABEL LUISA LÓPEZ CABRERA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO: AUMENTAR O CONTROLE DA  
DIABETES MELLITUS**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Esp. Letícia Ferreira Castro

**UBERABA / MINAS GERAIS**

**2016**

**ISABEL LUISA LÓPEZ CABRERA**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO AUMENTAR O CONTROLE DA  
DIABETES MELLITUS**

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

Orientador: Prof.<sup>a</sup> Esp. Letícia Ferreira Castro

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof. Esp. Letícia Ferreira Castro

Examinador 2: Prof. Judete Silva Nunes

Aprovado em Uberaba, em 12 de janeiro de 2016.

## DEDICATORIA

Este trabalho é dedicado aos meus pais que me deram vida, guiaram meus passos, apoiaram a minha decisão de me tornar uma médica e sempre despertaram em mim um senso de humanismo e amor pelos outros; aos meus filhos, que são a minha razão de ser; ao meu esposo, que sempre apoia as minhas decisões; e aos meus irmãos, que tornaram minha vida muito melhor.

## **AGRADECIMENTOS**

O tempo de agradecer um momento é muito importante e delicado, pois tenho medo de esquecer algumas das pessoas que contribuíram com seu esforço em fazer este trabalho. Porém, quero agradecer à minha amiga Lidia, que me ajudou com tanto amor na busca de informações e a encontrar meu caminho sobre quem deveria ser o guardião deste trabalho. Obrigada a todos os meus professores, que de uma forma ou outra, contribuíram para minha formação de futura especialista.

*"Não é a recompensa que eleva a alma, mas sim o trabalho que ganhou essa recompensa ..."*

MULTATULI

## RESUMO

Uberaba é um município com uma população de 318.813 habitantes, conta com 22 Unidades de Saúde da Família, 9 Unidades Matriciais de Saúde e 51 Equipes de Saúde da Família. O Diabetes Mellitus representa um sério e crescente problema de Saúde Pública em todas as populações, especialmente nos países em desenvolvimento. O presente estudo tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção que possibilite o acompanhamento, educação e prevenção do Diabetes Mellitus nos pacientes atendidos pela ESF Leblon. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional. O Estudo baseou-se na seleção de artigos publicados em revistas indexadas nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Saúde Pública (LILACs), *Scientific Eletronic Library on line* (SCIELO), *Medical Literature Analysis Sistem Online* (MEDLINE) no período entre 2009 a 2014. Pretende-se com este trabalho avaliar melhoras metabólicas e da qualidade de vida dos pacientes atuantes no projeto por meio de exames laboratoriais (Glicemia jejum, Hemoglobina glicosilada, Creatinina, Urina tipo I), além de monitorização da pressão arterial, pulsos periféricos, peso e a circunferência abdominal.

**Palavras chave:** Educação em Saúde; autocuidado; Diabetes Mellitus.

## **ABSTRACT**

Uberaba is a municipality with a population of 318,813 inhabitants, has 22 health units of the Family, 9 Matrix Health Units and 51 Family Health Teams. Diabetes Mellitus is a serious and growing public health problem in all populations, especially in developing countries. This study aims to develop an intervention project that enables monitoring, education and prevention of diabetes mellitus in patients served by the ESF Leblon. To develop the Intervention Plan we used the Strategic Planning Method Situational. The study was based on a selection of articles published in journals indexed in the Latin American Literature databases and Caribbean Public Health (Lilacs), Scientific Electronic Library on Line (SCIELO), Medical Literature Analysis System Online (MEDLINE) in the period from 2009 to 2014. The aim of this study was to evaluate metabolic improvements and quality of life of patients in the active project through laboratory tests (fasting blood glucose, glycosylated hemoglobin, creatinine, urine type I), as well as blood pressure monitoring, peripheral pulses, weight and waist circumference.

Keywords: Health Education; self-care; Diabetes Mellitus.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1:</b> Localização de Uberaba em Minas Gerais.....	14
<b>Tabela 1</b> Aspectos Demográficos do Município Uberaba. Período 2012.....	16
<b>Figura 2</b> Distribuição da população segundo escolaridade. Uberaba 2012.....	17
<b>Tabela 2</b> Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência da ESF Leblon 2014 .....	20
<b>Tabela 3</b> Priorização dos Problemas de saúde. Leblon. 2014 .....	29
<b>Tabela 4</b> Distribuição dos diabéticos por categorias. Leblon. 2014 .....	30
<b>Tabela 5</b> Desenho das operações .....	32
<b>Tabela 6</b> Identificação dos recursos críticos .....	33
<b>Tabela 7</b> Análise de Viabilidade do projeto .....	33
<b>Tabela 8</b> Plano Operativo .....	34
<b>Tabela 9</b> Gestão de Plano .....	35

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS: Agente Comunitário de Saúde

CAISM: Centro Especializado em Saúde da Mulher

CAPS-AD: Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas

CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CODAU: Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba

CRIA: Centro de Referência Infantil para Crianças e Adolescentes

CTA: Centro de Testagem e Aconselhamento

DM: Diabetes Mellitus

ESB: Equipe de Saúde Bucal

ESF: Equipe de Saúde da Família

IBGE: Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística

IDHM: Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

PES: Planejamento Estratégico em Saúde

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SRT: Serviço Residencial Terapêutico

TFD: Tratamento Fora do Domicílio

UBS: Unidade Básica de Saúde

UER: Unidade Especializada em Reabilitação

UMS: Unidade Matricial de Saúde

UPA: Unidades de Pronto Atendimento

URS: Unidade Regional de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Identificação do Município.....	12
1.2 Histórico de criação do município .....	12
1.3 Descrição do município .....	13
1.3.1 Aspectos Geográficos .....	13
1.3.2 Aspectos socioeconômicos.. .....	14
1.3.3 Dados de Saneamento de Uberaba .....	15
1.3.4 Principais Atividades Econômicas.....	15
1.3.5 Aspectos demográficos .....	156
1.3.6 Sistema local de saúde .....	177
1.3.7 ESF Leblon.....	19
1.3.8 Território / área de abrangência .....	20
1.3.9 Recursos da comunidade.....	22
2. JUSTIFICATIVA .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
3. OBJETIVOS .....	24
3.1 Objetivo Geral .....	24
3.2 Objetivos Específicos .....	24
4. METODOLOGIA.....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....	26
6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
6.1 Diagnóstico Situacional .....	28
6.1.1 Primeiro Passo: Identificação dos Problemas de Saúde .....	28
6.1.2 Segundo Passo: Priorização dos Problemas .....	28
6.1.3 Terceiro Passo: Descrição do Problema .....	29
6.1.4 Quarto Passo: Explicação do problema .....	30
6.1.5 Quinto Passo: Identificação dos nós críticos .....	31
6.2 Plano de ação .....	32
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	366
REFERÊNCIAS .....	367

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Identificação do Município**

Uberaba é um município do Estado de Minas Gerais, localizado na região do Triângulo Mineiro. Encontra-se a 416,29 km de Belo Horizonte, a capital do Estado. Sua população é de 318.813 habitantes, segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2014, que ocupam uma área de 4.540,51 km<sup>2</sup>.

### **1.2. Histórico de criação do município**

Segundo Pontes (1970) a cidade de Uberaba originou-se nos primeiros anos do século XIX, como parte do processo de exploração e escoamento de minerais preciosos do Brasil Central, situando-se às margens de rota conhecida como Estrada Real ou Anhanguera, que ligava São Paulo a Goiás. A extensão territorial hoje conhecida como Triângulo Mineiro esteve sob a jurisdição de Goiás até 1816, que diferente das Minas Gerais estava livre do pagamento de impostos sobre minerais.

De acordo com Nabut (1986), em 1816, a região do Triângulo Mineiro, que, na época, compreendia o Julgado do Desemboque (onde Uberaba se encontra) e o Julgado do Araxá, deixou de pertencer à Capitania de Goiás e foi anexada à Capitania de Minas Gerais. O sargento-mor Eustáquio pediu e conseguiu, de dom João VI, a elevação de Uberaba à categoria de freguesia em 2 de março de 1820 com o nome de Freguesia de Santo Antônio e São Sebastião do Uberaba, desmembrada da Freguesia do Desemboque.

Devido a este fato de importância histórica, se instituiu oficialmente como a data que se comemora o aniversário de Uberaba, 2 de março. Em 1831, foi criada a Vila de Araxá, da qual Uberaba fez parte até sua emancipação política em 1836. Em 22 de fevereiro de 1836, pela lei mineira número 28, Uberaba foi elevada à categoria de município, a Vila de Uberaba, desmembrando-se de Araxá. Em 7 de janeiro de 1837, é instalada a Câmara Municipal, tomando posse os primeiros vereadores, tendo o Capitão Domingos como seu primeiro presidente. Esta lei número 28 também extinguiu o julgado do Desemboque e o anexou ao município de Araxá. (NABUT, 1986)

Em 1840, Uberaba é elevada à categoria de comarca, a Comarca do Paraná, desmembrada da comarca de Paracatu. Uberaba é elevada da categoria de vila à categoria de cidade em 2 de maio de 1856. A inauguração da Estrada de Ferro, em 1889, representou um grande incremento econômico, atraindo imigrantes europeus e desenvolvendo a pecuária zebuína, de origem indiana, além de atividades industriais e de comércio, dando com isso, impulso à sua estruturação urbana. (SAMPAIO, 1971)

Em meados do século XX, já contava com faculdades de Medicina, Engenharia, Enfermagem, Filosofia e de Odontologia. A partir dos anos 70 foi feito um esforço de diversificação econômica, visando à ampliação do parque industrial, sobretudo na área de fertilizantes e defensivos agrícolas. Posteriormente, houve implementação do polo moveleiro, entre outros projetos de desenvolvimento integrados, buscando o progresso econômico desta cidade. (PONTES, 1970)

### **1.3. Descrição do município**

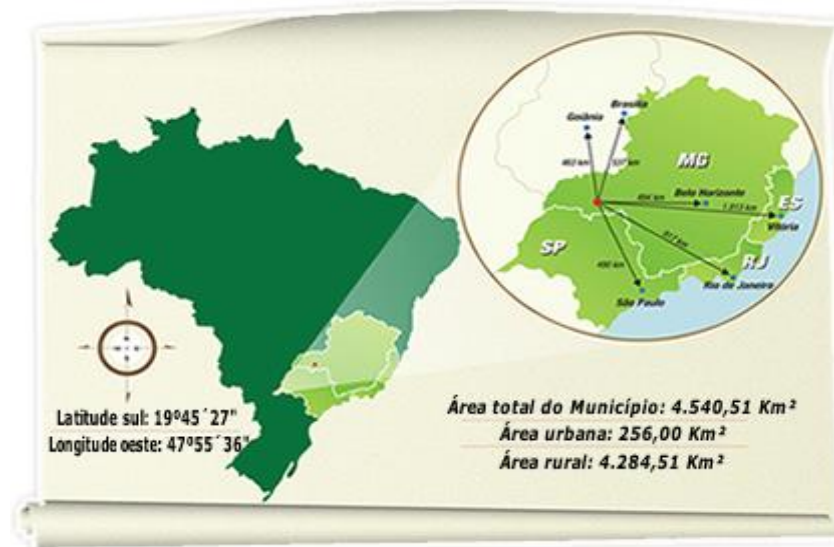
#### **1.3.1. Aspectos Geográficos**

O município tem uma área total de 4.540,51 km<sup>2</sup>, pertence à mesorregião do Triângulo Mineiro/ Alto Paranaíba, microrregião Uberaba. Tem como municípios limítrofes, ainda em Minas Gerais: Água Comprida, Conceição das Alagoas, Veríssimo, Indianópolis, Nova Ponte, Sacramento, Conquista e Delta; enquanto que no Estado de São Paulo, tem Igarapava, Aramina e Miguelópolis. (IBGE, 2010)

Tem uma distância total de 481 km até a capital, Belo Horizonte. Altitude de 823 m. Clima tropical de altitude. Sua concentração habitacional, com base em contagem estimada do IBGE, é de 65,43 hab./m<sup>2</sup>. (IBGE, 2010)

Uberaba conta com um número aproximado de domicílios e famílias 96.799 e um índice de urbanização de 287.077 habitantes (96,9%) para a zona urbana e 9.184 habitantes (3,1%) para a zona rural: (IBGE, 2010).

**Figura 1:** Localização de Uberaba em Minas Gerais:



Fonte: REFERENCIAS. UBERABA. Prefeitura Municipal. Localização. Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,709>>; Acessado em: julho de 2014. UBERABA. 2014a.

### 1.3.2. Aspectos socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM, medido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento foi de 0,77, indica que Uberaba saltou da 9<sup>a</sup> para a 4<sup>a</sup> colocação em Minas Gerais, num período de 10 anos. (I B G E, 2010)

Uberaba é a 6<sup>a</sup> maior economia de Minas Gerais e a 72<sup>a</sup> economia do País. O tripé de sua economia, em 2010, era o segmento de Serviços com 59,30%, responsável pela maior parcela da movimentação financeira do município, seguido pela Indústria com 32,05% e pela Agropecuária com 8,65%. No segmento de Serviços foram adicionados os dados da administração, saúde e educação públicas e da seguridade social. (IBGE, 2010)

Em 2012, o IBGE divulgou o ranking dos maiores PIBs agrícolas do Brasil, ficando Uberaba em 4<sup>o</sup> lugar, subindo quatro posições e assumindo o maior PIB agrícola de Minas Gerais. (UBERABA, 2014)

A renda média domiciliar per capita aumentou R\$544,88, passando de R\$410,61 em 1991 para R\$ 955,49 em 2010 e um decréscimo da população tem renda inferior a ½ salário mínimo. (IBGE, 2010).

### **1.3.3. Dados de Saneamento de Uberaba**

Em 1966, foi criada a empresa de economia mista, a Companhia de Água de Uberaba, até então um Departamento. Em 1967 possuía 8.963 ligações de água, com uma produção diária de 5mil m<sup>3</sup> de água captada do rio Uberaba. Em 1972 começou a funcionar a segunda Estação de Tratamento de Água - ETA, passando a produção diária para 35 mil m<sup>3</sup>. (UBERABA, 2014)

O Centro Operacional de Desenvolvimento e Saneamento de Uberaba – CODAU é uma autarquia municipal criada pela lei complementar 106/1998 e é responsável pelos serviços de captação, tratamento, preservação, distribuição de água potável, coleta, tratamento e neutralização de esgotos sanitários. Em 2003, devido à seca no município, começou a funcionar o Sistema de Transposição das Águas do Rio Claro. (CODAU, 2014)

### **1.3.4. Principais Atividades Econômicas**

“... as principais ações desenvolvidas em Uberaba são: avicultura, biotecnologia, bovinocultura de corte e leite, ensino, fruticultura, indústrias alimentícia e de bebidas, indústria de calçados e confecções, indústria da construção civil, indústria de cosméticos, indústria de defensivos agrícolas e fertilizantes, indústria de eletrodomésticos, indústria metal mecânica, indústria moveleira, indústria química, indústria de tubos plásticos e derivados, produção agrícola, suinocultura, comércio em geral, serviços, classificação dos principais ramos de atividade: 1º indústria e comércio (40% do setor de fertilizantes), 2º prestação de serviço (comunicação, energia elétrica e transporte) e 3º agropecuária.” (UBERABA, 2010)

### 1.3.5. Aspectos demográficos

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

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

**Fonte:** IBGE – Censos Demográficos, 2000 e 2010.

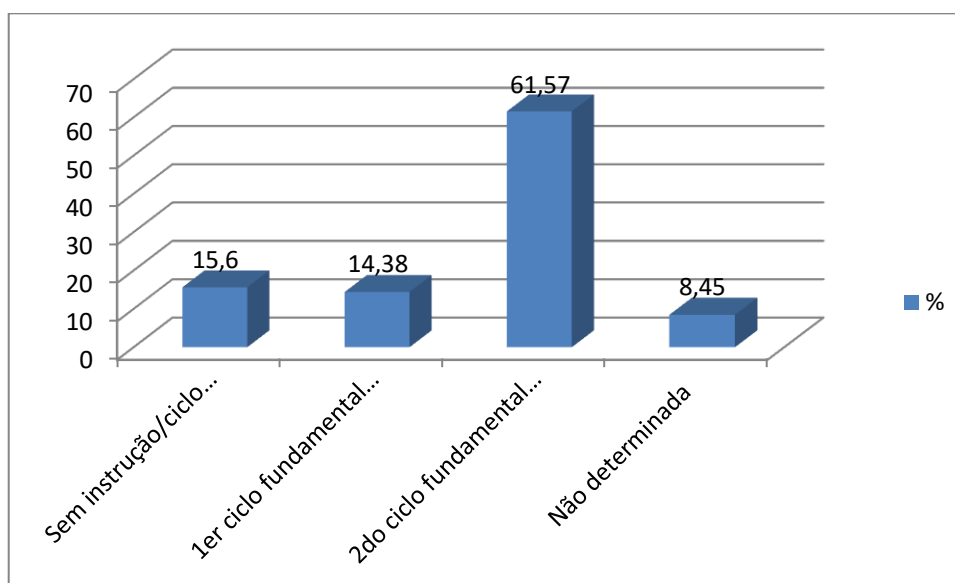
Em 2010, o município de Uberaba tinha uma população estimada de 304.166 habitantes (IBGE). A população de Uberaba no período de 2010 encontra-se predominante na faixa etária entre 20 a 49 anos.

A Taxa de Crescimento Anual do município é de 1,33%. Sua Densidade demográfica fica em 70,66 hab./km<sup>2</sup>, sendo a Densidade Urbana: 1.121,39 hab./km<sup>2</sup> e a Densidade Rural: 2,14 hab./km<sup>2</sup>. (IBGE, 2010).

A taxa de alfabetização no município é de 98,70%, enquanto que a taxa de analfabetos é de 4,22% considerando alunos acima de 15 anos, sendo que a maioria desses analfabetos encontra-se na faixa etária acima de 60 anos, de acordo com o censo do IBGE de 2010.

A maioria da população alfabetizada encontra-se na faixa etária entre 25 a 59 anos; apresentando um aumento entre os anos de 1991 a 2010 em todas as faixas etárias discriminadas (DATASUS, 2010).



**Figura 2:** Distribuição da população segundo escolaridade, Uberaba 2012:

Fonte: IBGE, Censos Demográficos, 2012.

A taxa de longevidade aumentou de 68,97 para 73,93 anos, uma das maiores do país e a expectativa de vida da população é de 73,9 anos. (UBERABA, 2014)

A taxa de mortalidade infantil em Uberaba é de 9,51%, uma das menores do Brasil. (UBERABA, 2014)

### 1.3.6. Sistema local de saúde

O Conselho Municipal de Saúde de Uberaba tem como Presidente Beatriz Alves Ferreira. Tem como regulamentação a Lei nº 10.157/2007. As reuniões ordinárias realizam-se toda primeira quarta-feira de cada mês, às 18h30 e fica aberta à população.

O Fundo Municipal de Saúde é instituído por lei e constitui-se em uma unidade orçamentária gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde (art 14 Lei Complementar 141/2012). A gestão do Fundo Municipal de Saúde é do Secretário de Saúde (Constituição Federal 198, I; Lei 8080, art. 9; art.32 § 2o e art.33 § 1o), que tem autonomia total na gestão dos recursos orçamentários e financeiros, mas ainda mantém a contabilidade de forma centralizada na Secretaria Municipal da Fazenda, sendo o orçamento destinado à saúde é de 18% de orçamento municipal (R\$67.560.652,96 de recursos próprios em

2013) e tem controle das despesas e a execução o gestor municipal da saúde. (UBERABA, 2014)

No que se refere à saúde o fortalecimento da atenção básica é o eixo fundamental para a reorientação do modelo assistencial do SUS, sendo resolutivo para cerca de 85% das necessidades de atenção à saúde da população. (UBERABA, 2014).

#### A Atenção Básica é

“o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades”. (BRASIL, 2012)

Em Uberaba a Atenção Primária tem uma cobertura do 52,44% e esta composta por 22 Unidades de Saúde da Família, 9 Unidades Matriciais de Saúde, 6 Núcleos de Apoio à Saúde da Família, 49 Equipes de Saúde da Família e 03 Equipes de Saúde da Família com Saúde Bucal. (UBERABA, 2014)

O sistema de saúde do município está organizado em níveis de atenção, por exemplo, Nível primário ou rede de Atenção Básica à Saúde: Constitui a porta de entrada dos pacientes ao sistema de saúde. É composto por Unidades Básicas de Saúde, Unidades Matriciais de Saúde e Unidades de Saúde da Família. Estas unidades oferecem atendimentos em clínica médica, ginecologia, pediatria, odontologia, enfermagem, psicologista, assistência social, fisioterapia, etc. (UBERABA, 2014).

Nível secundário ou rede de Atenção Secundária: Este tipo de atenção é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, historicamente interpretada como procedimentos de média complexidade. Esse nível compreende serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência. Estas unidades têm dermatólogos, cardiologistas, neurologos, psiquiatras, endócrinos, ortopedistas, especialidades odontológicas, etc. Neste nível temos também Unidade Especializada em Reabilitação (UER), Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS-AD e CAPS), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), Centro Atendimento Integral à

Saúde da Mulher (CAISM), Centro de Referência a Saúde do Trabalhador (CEREST), além das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). (UBERABA, 2014).

Nível Terciário ou Rede de Atenção Terciária: Constituída pela Atenção Hospitalar, onde se dá atendimento a pacientes de alto risco ou com doenças de maior complexidade. Dentre eles temos o Hospital das Clínicas ou Hospital Escola e o Hospital Universitário Mario Palmério. Neste nível de atenção temos também o Tratamento Fora do Domicílio (TFD) para aqueles pacientes com doenças de alta complexidade que necessitam de atendimento especializado não disponível nas instituições do município. O sistema garante transporte para os pacientes até outros municípios onde se realizam sua avaliação e tratamento, como por exemplo Ribeirão Preto, Uberlândia, etc. (UBERABA, 2012)

Além dos tipos de atendimento já citados, o sistema de saúde do município de Uberaba oferece, também, à população, a administração de vacinas, ambulâncias, farmácia de medicamentos básicos e excepcionais, Centro de Referência Infantil (CRIA) para crianças e adolescentes com transtornos mentais e de conduta, almoxarifado para distribuição de insumos às unidades, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Departamento de zoonoses para controle de doenças transmitidas por roedores e outros animais, Serviço residencial terapêutico (SRT) para oferecer tratamento a pacientes com problemas mentais de baixa complexidade, e Unidade que presta atendimento aos doentes de Hanseníase e Tuberculose (UBERABA, 2014).

Existem convênios com cidades vizinhas, 27 municípios do entorno que enviam seus pacientes a receber atenção em nossos hospitais.

### **1.3.7. ESF Leblon**

A equipe de Saúde da Família é composta por uma...

[...] equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. (BRASIL 2007)

O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. (BRASIL, 2007)

A Equipe de Saúde da Família se chama Leblon, mesmo nome do bairro que compõe a maior parte de sua área de abrangência. Trata-se de uma Equipe Saúde da Família com Saúde Bucal.

É composta por: 01 Médica, 01 Enfermeira, 01 Técnica em Enfermagem, 01 Dentista e 07 Agentes Comunitários de Saúde.

### 1.3.8. Território / área de abrangência

A unidade de Saúde da Família deve trabalhar com a definição de um território de abrangência, que significa a área sob sua responsabilidade. Uma unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes de profissionais, dependendo do número de famílias a ela vinculadas. Recomenda-se que, no âmbito de abrangência da unidade básica, uma equipe seja responsável por uma área onde residam de 600 a 1.000 famílias, com o limite máximo de 4.500 habitantes. (BRASIL, 2012)

A área de abrangência da ESF Leblon tem um total de 915 famílias cadastradas e uma população total de 3550 habitantes. A Tabela 2 mostra a distribuição da população da área segundo faixa etária e sexo onde se observa predomínio da população de 20 a 39 anos seguido dos idosos. (BRASIL, 2014)

**Tabela 2** - Distribuição da população segundo faixa etária e sexo da área de abrangência ESF Leblon 2014:

Faixa Etária	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
<1	12	20	32
1 - 4	97	110	207
5 - 9	131	166	297
10 - 14	145	156	301
15 - 19	158	165	323
20 - 39	482	495	977
40 - 49	223	254	477
50 - 59	211	225	436
>60	221	279	500
Total	1680	1701	3550

**Fonte:** Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014.

O nível de alfabetização é variável porque os adultos fazem o básico e tem voltado a estudar no período noturno, sendo que predomina o sexo feminino. Cerca de 20% são analfabetos. Quando as crianças não estão na escola, ficam nas ruas ou em *lan house* (UBERABA, 2014)

As casas, de um modo geral, são construídas de alvenaria, acabamentos simples, muitas recobertas com telhas tipo Eternit – Brasilit. A média dos moradores por domicílio varia de 5 a 8 pessoas. A iluminação é feita pela rede pública CEMIG, esgoto por CODAU. A maioria das casas são próprias, sendo que algumas são alugadas ou cedidas. O transporte é feito predominantemente por ônibus e bicicletas. Alguns moradores possuem motos e carros. A renda familiar varia, mas a média é um pouco mais que o salário mínimo. Há distribuição de cestas básicas para pessoas com dificuldades temporárias e permanentes, de sopa, de roupas (geralmente instituições religiosas católicas e espíritas) (UBERABA, 2014).

O número de nascimentos foi maior em relação aos anos anteriores, sendo 21 no ano 2014 e 25 em 2015. O número de gestantes também aumentou em relação à 2013, a media este ano foi de 28 gestantes (UBERABA, 2014).

As doenças predominantes nas crianças são resfriados e gripes, em adultos e idosos o Diabetes e suas complicações (Úlcera do pé diabético), Hipertensão Arterial, Dependência Química, Depressão, Cardiopatias, Artrose, etc. (BRASIL, 2014)

Os problemas de saúde da criança estão dados por falta de higiene pessoal e doméstica, a má alimentação e falta de conscientização das mães. Dos idosos, pela falta de uso diário das medicações fundamentais para o tratamento da Hipertensão Arterial e consumo de bebidas alcoólicas. (BRASIL, 2014)

As principais causas de morte são acidentes de trânsito, violência (causada pelo uso de drogas e álcool) e problemas cardíacos, morrem-se mais idosos, seguido de adultos. (BRASIL, 2014)

Os fatores de risco mais comuns, existentes na área, são resultado pelo estilo de vida das pessoas tais como: tabagismo, obesidade e consumo de drogas. (BRASIL, 2014)

### **1.3.9. Recursos da comunidade**

Na área de abrangência da ESF Leblon, a maioria das casas é abastecida de água pelo CODAU, mas existem algumas casas com cisternas. Há serviço de coleta de lixo regular (duas vezes por semana), mas existem áreas de acúmulo em alguns terrenos baldios e quintais. Há lixo na rua, mas não em grandes quantidades, devido aos sacos de lixo que ficam no chão (CODAU, 2014).

## 2. JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus representa um sério e crescente problema de Saúde Pública em todas as populações, especialmente nos países em desenvolvimento. A OMS estima que, em todo o mundo haja mais de 180 milhões de diabéticos, sendo provável que esse número esteja duplicado em 2030 (FALCÃO, 2008). Sendo que cerca de 50% dos portadores de DM desconhecem tal diagnóstico (SILVA, 2008).

A equipe, através de reuniões, decidiu escolher o DM após análise dos problemas no que tange à sua relevância médica, à urgência da demanda, a capacidade global de governabilidade e enfrentamento dos mesmos e o próprio interesse da equipe sobre o problema a ser enfrentado.

A área da ESF Leblon tem 238 diabéticos que atinge ao 9,78% da população, e sua incidência está aumentando em um 0,25%, (UBERABA, 2014)

Na área nota-se uma subnotificação desta doença e das doenças correlatas. Outro fato para escolha deste problema é que nossas ações, também, atuam sobre o tabagismo, obesidade, dislipidemias, hipertensão e sedentarismo, combatendo de forma indireta esses fatores de risco.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção que possibilite o acompanhamento, educação e prevenção de complicações do DM nos pacientes da ESF Leblon.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

Ensinar e educar os pacientes diabéticos sobre a sua doença e treinar habilidades para o autocuidado

Realizar levantamento bibliográfico sobre Diabetes Mellitus nos períodos de 2009 a 2014.

Estimular mudanças no estilo de vida com grupos de caminhadas assistidas e alimentação balanceada;

Repensar o processo de trabalho da equipe, visando a educação permanente em saúde.



#### 4. METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p. 110). Trata-se de uma intervenção comunitária sobre fatores que influenciam o controle da Diabetes Mellitus na ESF Leblon.

Este método constitui um processo participativo em que cada momento deste permite a incorporação dos critérios de diferentes setores sociais e a população.

- **Momento explicativo:** Nesta etapa realizou-se a identificação, análise e priorização dos problemas na área de abrangência com a participação da equipe e alguns atores sociais como membros do conselho local de saúde, coordenador da unidade, professores da escola, líderes religiosos e outros membros da população.
- **Momento normativo:** A equipe junto com os participantes do diagnóstico situacional elaboraram propostas para dar solução a estes problemas.
- **Momento estratégico:** Realizou-se a análise da viabilidade das propostas por meio da identificação dos recursos críticos e formulação de estratégias para sua utilização.
- **Momento tático operacional:** Após a execução dele será feito a avaliação do plano de ações.

Pretende-se avaliar melhoras metabólicas e na qualidade de vida dos pacientes atuantes no projeto por médio de exames laboratoriais (Glicemia jejum, Hemoglobina glicosilada, creatinina, Urina tipo I), além de monitorização da pressão arterial, pulsos periféricos, peso e a circunferência abdominal.

A entrada dos dados vai ser realizada usando-se a planilha eletrônica Excel 2010 for *Windows*, sendo que estes dados serão posteriormente submetidos à análise estatística por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS versão 13.0). Os dados serão analisados estatisticamente tomando por base as variáveis de interesse para o estudo, e organizados em quadros e gráficos, sendo sua discussão realizada por meio da utilização de literatura pertinente.

Os descritores exatos do trabalho em estudo foram: Educação em Saúde; autocuidado; Diabetes Mellitus.

## 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O diabetes consiste no aumento do nível de glicose (açúcar) no sangue. Isso ocorre porque o corpo não produz insulina ou não produz o suficiente, ou ainda a insulina produzida não funciona adequadamente. A insulina é um hormônio produzido nas células Beta das ilhotas de Langerhans, localizadas no pâncreas, após os alimentos serem digeridos. A glicose da corrente sanguínea é transportada pela insulina para o interior da célula. (BARNETT; DODSON, 1997).

Segundo o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus nas últimas décadas, houve uma importante mudança no perfil da mortalidade da população brasileira, com aumento dos óbitos causados por doenças crônico-degenerativas e causas externas. (BRASIL, 2002)

As doenças cardiovasculares são as causas mais comuns de morbidade e mortalidade em todo o mundo e, entre os fatores de risco para doença cardiovascular, encontram-se o diabetes mellitus e a hipertensão arterial, fatores independentes e sinérgicos. (BRASIL, 2002)

O manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. (BRASIL, 2002 *apud* Assunção, Santos, Gigante. 2001)

Frente à crise vivida no setor de saúde, o Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa (hoje, Estratégia) Saúde na Família (ESF), com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial a partir da atenção básica, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças. Assim sendo, a ESF pretende promover a saúde através de ações básicas que possibilitam a incorporação de ações programáticas de forma mais abrangente. (BRASIL, 2002 *apud* PAIVA, BERSUSA, ESCUDER, 2006).

A dinâmica proposta pela ESF, centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação mais acurada e um melhor acompanhamento dos indivíduos com diabetes e hipertensão (BRASIL, 2002).

De fato, a melhoria da qualidade da assistência é uma preocupação na saúde pública mundial, posto que traz consequências importantes para o sucesso do tratamento e para a redução de danos. Estudos de avaliação da assistência com enfoque na percepção da população são importantes e devem ser absorvidos pelos serviços como forma de melhorar o sistema. Os inquéritos populacionais mostram-se eficazes para qualificar a atenção básica, em especial, a programas implantados, após prévios estudos, viabilidade e importância. A Estratégia Saúde na Família (ESF) prioriza o atendimento a grupos

considerados de maior risco e agravos, entre eles, a população com diabetes e hipertensão. Estudo espanhol mostrou que a melhora da qualidade da assistência reduziu a proporção de pacientes com risco cardiovascular na comunidade estudada (GARCIA-ORTIZ, 2004).

Como afirmam Moreira *et al* (2005), a produção do cuidado representa um dos maiores desafios à organização dos serviços públicos de saúde. As práticas são definidas como ações voltadas à qualidade de vida que não demandem intervenção medicamentosa, levando às transformações de comportamento individual e coletivo. A insuficiência dos modos tradicionais de apreensão e respostas aos processos de adoecimento está nas bases conceituais da reforma da atenção básica expressas na Estratégia da Saúde na Família (ESF).

Para reconstrução das práticas de saúde que possam ser traduzidas como cuidado é exigido a ampliação dos horizontes da racionalidade científica que orienta as práticas (AYRES *et al.*, 2008).

Pressupõe a incorporação de “tecnologias leves” segundo Franco *et al.*, 2003, “que se materializam em práticas relacionais como: acolhimento, vínculo, responsabilização, autonomia, e qualidade da atenção, que conformam a integralidade do cuidado” (SOUZA *et al.*, 2012)

Sendo assim, propõe-se, através deste trabalho a avaliação de melhoras metabólicas e da qualidade de vida dessas pessoas, numa intencionalidade da integralidade do tratamento, na proposição de mudança da abordagem, ultrapassando a doença propriamente dita (diabetes mellitus) na intencionalidade de alcançar a essência (núcleo de adoecimento) dessas pessoas. Um olhar, através da integralidade, num trabalho criterioso e minucioso, como meta a diminuição das agravações e das complicações.

## **6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

### **6.1. Diagnóstico Situacional**

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

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

#### **6.1.1. Primeiro Passo: Identificação dos Problemas de Saúde**

Os integrantes da equipe de saúde e alguns membros do Conselho Local de Saúde, realizaram o levantamento das principais doenças que afetam os moradores da área de abrangência:

1. Hipertensão arterial
2. Diabetes mellitus
3. Consumo de álcool
4. Obesidade
5. Hipotireoidismo
6. Depressão
7. Maus hábitos dietéticos
8. Sedentarismo

#### **6.1.2 Priorização dos Problemas**

Em reunião da ESF com alguns líderes da comunidade realizou-se a priorização dos problemas, aplicando o método da Estimativa rápida, tendo como coordenadora da atividade a médica e como moderadora a enfermeira.

Como principais características dos problemas foram analisadas a importância, a urgência e a capacidade de enfrentamento. A identificação dos problemas da área de abrangência da ESF Leblon, conforme tabela 3, onde foi priorizado o Diabetes Mellitus como principal problema de saúde, para elaboração do diagnóstico situacional, ocorreu por meio da estimativa rápida.

A Técnica da Estimativa Rápida baseia-se em detectar um conjunto de problemas de uma determinada população em um curto período de tempo e sem grandes gastos, utilizando-se da percepção da

própria população. Essa técnica diz quais são os problemas, mas não tem como objetivo informar quantas pessoas são afetadas por eles. (ACÚRCIO, 1998)

**Tabela 3. Priorização dos Problemas de saúde. Leblon. 2014.**

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade enfrentamento	Seleção
<b>Diabetes mellitus</b>	<b>Alta</b>	<b>11</b>	<b>Parcial</b>	<b>1</b>
Alta incidência de Hipertensão arterial	Alta	9	Parcial	2
Obesidade.	Alta	4	Parcial	6
Consumo de álcool	Alta	6	Parcial	5
Maus hábitos dietéticos	Alta	7	Parcial	4
Hipotireodismo	Alta	3	Parcial	7
Depressão	Alta	8	Parcial	3
Sedentarismo	Alta	2	Parcial	8

### 6.1.3. Terceiro Passo: Descrição do Problema

A tabela 3 descreve os principais problemas de saúde identificados pela ESF onde se analisaram algumas características destes que faz que se priorizem, cada membro da equipe deu um valor a cada um dos problemas segundo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, sendo o Diabetes Mellitus o problema de maior valor obtido e priorizado

O problema escolhido para a análise foi a Diabetes Mellitus na área de abrangência da ESF Leblon. Este problema atinge 9,78% da população, e sua incidência está aumentando em um 0,25%, (BRASIL, 2014). O Diabetes Mellitus tem produzido muitas sequelas como retinopatias, nefropatias, doença arterial coronária e cerebrovascular.

De um total de 238 Diabéticos, 128 são do sexo feminino e 110 do sexo masculino. Os pacientes um alto nível de descompensação, produto de diversos fatores, como idade maior de 45 anos, Hipertensão Arterial Sistêmica, Doenças Cardíacas, obesidade central, falta de atividade física, altos níveis de triglicerídeos e falta de HDL, maus hábitos dietéticos. Do total de Diabéticos, 59 pacientes participam das atividades do grupo do HIPERDIA, conforme tabela 4. (BRASIL, 2014)

Dentre das atividades desenvolvidas no grupo do HIPERDIA se encontram: acompanhamento mensal onde se oferece atenção médica de qualidade, as medicações, informação sobre a doença e o paciente sai com melhor conhecimento sobre como cuidar da sua saúde, também com estas ações o usuário adquire maior responsabilidade com sua própria saúde, se ensina como mudar estilos de vida não saudáveis por hábitos saudáveis como prática de atividade física, alimentação adequada, diminuição do tabagismo, durante a prática da educação permanente se orienta aos pacientes no uso correto das medicações e sobre os efeitos colaterais.

**Tabela 4. Distribuição dos diabéticos por categorias. Leblon. 2014.**

ESF Leblón	Total de Diabéticos	Femininos	Masculinos	Controlados	No controlados	Adesão ao HIPERDIA	Não adesão ao tratamento
Microárea 1	37	21	16	20	17	12	13
Microárea 2	34	19	15	16	18	10	16
Microárea 3	33	17	16	14	19	12	9
Microárea 4	35	18	17	13	22	14	15
Microárea 5	36	19	17	15	21	11	13
Microárea 6	32	18	14	13	19	9	12
Microárea 7	31	16	15	12	19	10	13
Total	238	128	110	103	135	78	91

**Fonte:** Sistema de Informação da Atenção Básica, 2014

#### 6.1.4 Quarto Passo: Explicação do problema

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira do Diabetes Mellitus, 2009, esta é causa de micro e macroangiopatias, e está influenciado por fatores de risco que, em alguns casos, são preveníveis. Na área de abrangência da ESF Leblón se encontraram os seguintes fatores de risco:

- Sedentarismo
- Sobrepeso
- Distribuição central de gordura
- Dieta rica em gordura
- Hipertensão arterial
- Dislipidemia (alterações metabólicas lipídicas decorrentes de distúrbios em qualquer fase do metabolismo lipídico, que ocasionem repercussão nos níveis séricos das lipoproteínas).

AS complicações decorrentes do Diabetes mais frequentemente encontradas na área são:

- IRC
- Úlceras do pé diabético
- Retinopatias
- AVC

Outros problemas identificados com relação a esta doença, na área, é a baixa adesão ao tratamento, e esse fenômeno é recorrente quando se trata do tratamento de doenças crônicas, que exigem mudanças nos hábitos de vida.

#### 6.1.5. Quinto Passo: Identificação dos nós críticos

Um nó crítico é um tipo de causa de um problema, que quando “atacada” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo, também faz ideia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, está dentro do espaço de governabilidade. Ou então seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo autor que está planejando. (CAMPOS, FARIAS, SANTOS, 2010)

Na área de abrangência da ESF Leblón para o problema priorizado, Diabetes Mellitus, se identificaram os seguintes nós críticos:

- **Pouco conhecimento sobre a doença:** Dieta rica em gorduras  
Falta de atividade física.  
Sobrepeso
- **Não Adesão ao tratamento:** Descontrole e descompensação da doença  
Ocorrência de complicações
- **Não participação do usuário:** Não participação no grupo do HIPERDIA
- **Monitorização ineficiente:** Acompanhamento inadequado da ESF

Dentre os problemas elencados pela equipe, nas fases de definição e priorização optamos pelo Diabetes Mellitus, sobretudo o tipo 2, ineficazmente controlado, associada ou não, a síndrome Metabólica.

A elaboração do nosso plano de ação segue o raciocínio esmiuçado no desenho das operações com a identificação dos recursos críticos, a análise da viabilidade e o plano operativo do projeto de intervenção.

## 6.2. Plano de ação

No desenho das operações descrevem-se as soluções e estratégias para o enfrentamento dos problemas (“nós críticos”), a partir de um plano de ação direto e simples conforme a tabela 5.

**Tabela 5: Desenho das operações**

<b>Nós Críticos</b>	<b>Operação /Projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
<b>Pouco conhecimento sobre doença.</b>	<b>Educação a saúde.</b> -Fomentar a educação em saúde/doença; -Difundir o conhecimento.	População mais informada e interessada na própria saúde, mais ciente das complicações e participante do tratamento.	-Palestras informativas; -Grupos instrutivos, café com filosofia. -Consultas educativas.	Organizacional: Organização das logísticas das consultas. Político: Aceitação de que ESF não é PA. Cognitivo: ensinar um público de baixa escolaridade Financeiro: Lanches para as palestras.
<b>Não participação do usuário.</b>	<b>Diabético ativo</b> -Aumentar o interesse do usuário; -Estimular a auto prevenção.	Melhora da aceitação do usuário nas terapias não farmacológicas; Melhorar quórum nas Palestras e grupos. Redução no absenteísmo.	-Cobrança empática; -Teste de participação; -Valorização da compreensão do usuário sobre sua própria doença.	Organizacional/ Cognitivo; Difusão da atenção centrada do usuário; Aplicação do modelo centrado no cuidado. Adequação com o usuário.
<b>Não adesão ao tratamento.</b>	<b>O que achou do tratamento</b> -Melhorar o controle da doença crônica; -Aprimorar o tratamento; -Promover mudanças no estilo de vida.	Adesão completa ao tratamento em 90% dos casos; melhora na adesão da 70 % no paciente difícil.	Absorção da visão do usuário sobre o tratamento; -Palestras informativas; - Capacitação dos ACS (Agentes ativos, reais membros da equipe ).	Organizacional/Adequação as atividades dos ACS . Político: Liberação dos ACS para serem agentes ativos do processo da saúde(No de ACS). Financeiros: mais gastos com fármacos.
<b>Monitorização ineficiente</b>	<b>Acompanhar com carinho</b> -Aprimorar o acompanhamento; -Percepção de melhora	Adequada verificação dos resultados e eventuais modificações no tratamento com participação do usuário.	-Controle das consultas por prioridades. -Organização dos prontuários. -Desenhos gráficos adequados da doença(Análise acertada). - Aferição completa de os parâmetros (PA , FC	-Controle das consultas por prioridades. -Organização dos prontuários. -Desenhos gráficos adequados da doença(Análise acertada). - Aferição completa de os parâmetros ( PA ,



, CA, peso) e dos exames: GJ , GPP ,HbA1C, CR , AU, CT , HDL , TG, EAS (Relação albumina creatinina se necessário) e auto avaliação subjetiva do usuário.

Se identificaram os recursos que são indispensáveis mas não estão disponíveis sendo importante conhece-los e criar estratégias para viabilizá-los, conforme tabela 6.

**Tabela 6: Identificação dos recursos críticos.**

<b>Operação/ Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Educação e saúde</b>	Político: Aceitação de que ESF não é PA Financeiro: Lanches para as palestras
<b>Diabético ativo</b>	Organizacional/cognitivo: Difusão da atenção centrada no usuário; Aplicação do modelo centrado no cuidado. Adequação no trato do usuário.
<b>O que achou do tratamento?</b>	Organizacional: Adequação às atividades dos ACS Financeiros: Mais gastos com fármacos.
<b>Acompanhar com carinho</b>	Político: Aceitação dos gastos Cognitivo: Elaboração do projeto para comprovação, solicitação eficiente com manutenção da eficácia. Financeiros: Compra das fitas de glicemia, numero de exames.

Nesta etapa se identificaram os atores que controlam os recursos críticos e o grau de motivação desses atores em relação aos objetivos visados e as ações estratégicas para motivá-los.

**Tabela 7: Análise de viabilidade do projeto**

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recurso Crítico</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação Estratégica</b>
<b>Educação e saúde</b>	Político: Aceitação de que ESF não é PA Financeiro: Lanches para as palestras	Secretaria de saúde Secretaria de saúde	Indiferente Favorável	Apresentar projeto Apresentar projeto
<b>Diabético ativo</b>	Organizacional/cognitivo: Difusão da atenção centrada no usuário; Aplicação do modelo centrado no cuidado. Adequação no trato do usuário.	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário
<b>O que achou do tratamento?</b>	Organizacional: Adequação às atividades dos ACS Financeiros: Mais gastos com	Equipe de saúde	Favorável	Não é necessário

	fármacos.	Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar projeto
<b>Acompanhar com carinho</b>	Político: Aceitação dos gastos Cognitivo: Elaboração do projeto para comprovação, solicitação eficiente com manutenção da eficácia. Financeiros: Compra das fitas de glicemia, número de exames.	Secretaria de saúde	Indiferente	Apresentar projeto
		Secretaria de saúde	Indiferente	Apresentar projeto

Após analisarmos os dados anteriores e estabelecidos os gerentes das ações (responsáveis) e os prazos para a execução das operações temos o plano de operação. Segue a tabela (8) de síntesis do mesmo.

**Tabela 8: Plano operativo**

Operação	Resultados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
<b>Educação e saúde</b>	População mais informada	Palestras; grupos instrutivos; consultas educativas	Apresentar projeto Apresentar projeto	Medico/ Enfermeira	Imediato: Palestras consultas 01 mês: Grupo
<b>Diabético ativo</b>	Participação, interesse	Cobrança empática; Acolhimento	Não é necessário	Enfermeira/ Téc. Enfermagem	Imediato
<b>O que achou do tratamento?</b>	Adesão completa 90%. Melhora 70%: difícil	Idiossincrasia; Palestras; Capacitação ACS	Não é necessário Apresentar projeto	Medico/ Enfermeira ACS	03 meses para todos os diabéticos
<b>Acompanhar com carinho</b>	Monitorar participação do usuário	Prontuário organizado; Laboratório antropométrico, auto avaliação subjetiva.	Apresentar projeto Apresentar projeto	Medico/ Enfermeira	Imediato: Prontuários, antropometria 03 meses exames laboratoriais

Após começada a execução do plano operativo se realiza o monitoramento e avaliação do desenvolvimento do plano e cumprimento os prazos propostos.

**Tabela 9: gestão do plano**

<b>Operação: Educação e saúde</b>					
<b>Coordenação: Isabel Luisa López Cabrera. Avaliação após 6 meses do inicio do projeto</b>					
Produto	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo

-Palestras informativas; -Grupos instrutivos, café com filosofia. -Consultas educativas	Médica Enfermeira Téc. Enfermagem	Imediato: Palestras consultas 01 mês: Grupo
---	--	---

**Operação: Diabético ativo****Coordenação: Isabel Luisa López Cabrera. Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produto	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
-Cobrança empática; -Teste de participação; -Valorização da compreensão do usuário sobre sua própria doença.	Enfermeira Téc. Enfermagem ACS	Imediato			

**Operação: O que achou do tratamento?****Coordenação: Isabel Luisa López Cabrera. Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produto	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Idiosincrasia; Palestras; Capacitação ACS.	Médica	03 meses para todos os diabéticos			

**Operação: Acompanhar com carinho****Coordenação: Isabel Luisa López Cabrera. Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produto	Responsáveis	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
Prontuário organizado; Laboratório antropométrico, auto avaliação subjetiva.	Médico/ Enfermeira	Imediato: Prontuários, antropometria. 03, meses exames laboratoriais			

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir do desenvolvimento deste plano de ação se permitira identificar que considerando a grande magnitude nacional e mundial do Diabetes Mellitus, as ações de prevenção primária são fundamentais, porém necessita de constante avaliação para medir os impactos gerados na população.

Em se tratando do Diabetes pode-se dizer que existe uma considerável distância entre o potencial benéfico no controle dessa doença, pois mesmo que já existam informações e evidências científicas suficientes para prevenir ou retardar o seu aparecimento e suas complicações, não é ainda acessível para todos, ou supomos que falta desenvolvê-lo de maneira efetiva e com acompanhamento contínuo. Podemos afirmar que o maior custo recai sobre os portadores, suas famílias, e a comunidade, porque percebemos o ônus económico que atinge toda a população.

Com este Plano de Intervenção pretende-se avaliar melhoras metabólicas e na qualidade de vida dos pacientes atuantes no projeto por meio de exames laboratoriais, além de monitorização da pressão arterial, pulsos periféricos, peso e a circunferência abdominal. Este programa permitirá conhecer as necessidades dos indivíduos e as condições para o aprimoramento do processo educativo, além da melhoria na qualidade do atendimento prestado a esta população com a mudança do foco de atenção para o paciente.

## REFERÊNCIAS

- ACÚRCIO, F. A. et al. Aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: MENDES, E. V. (Org). **A organização da saúde no nível local**. 1 a ed. São Paulo: Hucitec: 1998. p. 87–110.
- AYRES, M. M. et al. **Fisiologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- BARNETT, A. H., DODSON, M. **Hypertension and diabetes**. London: Science Press; 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças cardiovasculares**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/cardio.htm>. Acessado em 08/Ago/2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2002
- BRASIL, Ministério da Saúde, Programa Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde. **Rev Saúde Pública** 2000, n.34, p.316-9.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS**. Atenção Primária e Promoção da Saúde. Brasília, 2007. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec\\_proggestores\\_livro8.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_proggestores_livro8.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2014.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=317010&idtema=67&search=minas-gerais|uberaba|censo-demografico-2010:-resultados-do-universo-caracteristicas-da-populacao-e-dos-domicilios>>. Acesso em: 02 maio 2014.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Cidades**. Disponível em:<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317010>>. Acesso em: 07 maio 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. 2012. Disponível em:<[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php)>. Acesso em: 28 maio. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação da Atenção Básica-SIAB**. Disponível em:<<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 16 jun. 2014.
- CAMPOS, F. C. C. ; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família . 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p

CENTRO OPERACIONAL DE DESENVOLVIMENTO E SANEAMENTO DE UBERABA – CODAU. **História.** Disponível em: <<http://www.codau.com.br/historia.php> 2014>. Acesso em: 5 maio. 2014.

FALCÃO, I. M. et al. **Estudo da prevalência de Diabetes Mellitus e da suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo da rede Médicos- Sentinela.**

GARCIA-ORTIZ L., et al. Efectividad de una intervención de mejora de calidad en la reducción del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. **Rev Esp Cardiol** 2004, n.57, p.644-51

MOREIRA R.O et al. Diabetes Mellitus: Neuropatia. **Projeto de Diretrizes / Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.** fev. 2005. 10 p.

NABUT, Jorge Alberto, coordenador, **Desemboque Documentário Histórico e Cultural**, Uberaba, 1986.

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

SAMPAIO, Antônio Borges. **Uberaba; História Fatos e Homens**, Editora A. L T Mineiro, Uberaba, 1971.

SILVA, E. M. S. **A prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 em homens de 30 a 59 anos da polícia militar de Teresina, Piauí.** Rio de Janeiro: s,n: 2008. 47.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira do Diabetes 2009.** 3. ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009

SOUZA, C. F. et al. Pré-diabetes: Avaliação de Complicações Crônicas e Tratamento. **Arq Bras Endocrinol Metab**, Porto Alegre, v. 56, n. 6, p. 275-284, jul. 2012

UBERABA. Prefeitura Municipal. **Localização.** Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/conteudo,709> >. Acesso em: 13 mar. 2014a.

UBERABA. Prefeitura Municipal. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Disponível em: <[http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano\\_municipal\\_saude.pdf](http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf)>. Acesso em: 25 mar. 2014b.

UBERABA. Prefeitura Municipal. **Plano Plurianual de Assistência Social: 2010-2013.** Disponível em: <<http://www.uberaba.mg.gov.br/portal/acervo/cmas/arquivos/PPAS2010.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2014.