



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Isabela Bussolo

Plano de intervenção para sensibilização de pacientes diabéticos quanto a importância do controle glicêmico na Unidade de Saúde Antonio José Leopoldino, Lauro Müller - SC.

Florianópolis, Abril de 2017

Isabela Bussolo

Plano de intervenção para sensibilização de pacientes diabéticos quanto a importância do controle glicêmico na Unidade de Saúde Antonio José Leopoldino, Lauro Müller - SC.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Michelle Kuntz Durand
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Abril de 2017

Isabela Bussolo

Plano de intervenção para sensibilização de pacientes diabéticos quanto a importância do controle glicêmico na Unidade de Saúde Antonio José Leopoldino, Lauro Müller - SC.

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Michelle Kuntz Durand
Orientador do trabalho

Florianópolis, Abril de 2017

Resumo

Introdução: O Diabetes Mellitus é considerado um sério problema de saúde pública, decorrente do aumento e progresso na taxa de morbimortalidade. Estudos revelam que aproximadamente 6% dos óbitos mundiais estejam relacionados ao diabetes, tornando-o a quinta causa de morte. Cabe a equipe de saúde atuar na educação em saúde para os pacientes portadores de diabetes e trabalhar em ações que contribuam para o esperado impacto sobre a diminuição das complicações e conseqüentemente na morbimortalidade dessa doença. **Objetivo:** Propor um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento e autocuidado dos pacientes diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde Antônio José Leopoldino, município de Lauro Muller, estado de Santa Catarina. **Metodologia:** Em um primeiro momento serão consultados os prontuários de pacientes diabéticos cadastrados. Será verificada a data da última consulta médica, medicamentos que utiliza, entre outros dados relevantes, sendo convidados para coleta do exame de hemoglobina glicada, em data marcada, os pacientes que não tiverem realizado o exame nos últimos três meses. Avaliados os resultados, inicialmente serão agendadas consultas individuais para aqueles com hemoglobina glicosilada superior a 10%, e posteriormente para os pacientes que tiveram a última consulta com data superior a três meses, conforme cronograma. Serão questionados sobre hábitos de vida, práticas alimentares e atividade física, o conhecimento sobre a doença e quais tipos de cuidado realizam, uso das medicações, entre outros. Além do atendimento médico individual, serão convidados a participarem do grupo de diabéticos, que contará com palestras de profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: fisioterapeuta, nutricionista e psicólogo. **Resultados Esperados:** Espera-se com a realização desta intervenção uma maior conscientização desta população, com efetiva mudança no estilo de vida, alimentação saudável e prática de atividade física, resultando em melhores níveis glicêmicos e maior adesão ao tratamento, seja através da participação em grupo ou em consultas programadas.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde, Educação em Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

Data de 1841 a descoberta de jazidas carboníferas na região onde hoje se encontra a cidade de Lauro Muller, estado de Santa Catarina. Foram descobertas por tropeiros que estacionavam na região, procedentes da região serrana. Em 1874, com a concessão dada pelo governo para a construção da estrada de ferro Tereza Cristina, motivou-se a exploração da primeira mina de carvão na região.

A conclusão da estrada de ferro ligando a localidade ao porto de Imbituba fez com que muitas famílias da região, admirados com a possibilidade de empregos e transporte da produção agrícola, habitassem o local.

Em 1958 foi criado o distrito do Guatá, que nesta ocasião já dispunha de escola, comércio e exploração da mineração. Atualmente, é a maior localidade em número de habitantes da cidade de Lauro Muller.

Ainda hoje, a mineração é a responsável pela maior parte dos empregos gerados na comunidade, que possui uma mina subterrânea nas proximidades. Outra parcela da população trabalha em cidades vizinhas, visto que no município não existem outras indústrias, o que acaba gerando um alto índice de desempregados.

A população dispõe de uma escola pública e uma estadual, que oferecem ensino fundamental e médio, além de uma creche. Existem em torno de dez igrejas, sendo a católica a principal. Há poucos espaços de lazer, como uma academia ao ar livre e um centro comunitário. O conselho local de saúde foi extinto, existindo hoje apenas na esfera municipal.

Pelo fato da comunidade estar às margens da rodovia que liga a região à Serra do Rio do Rastro, há três casas de prostituição, além de um grande fluxo de veículos e turistas. Existem alguns pontos de tráfico de drogas, como o conjunto habitacional do bairro (COHAB).

A renda familiar gira em torno de dois salários mínimos, visto que boa parte da população é idosa e aposentada. Aproximadamente 5% das famílias recebe o “bolsa família”, número esse subestimado pois, segundo as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), muitos omitem a informação. A escolaridade predominante é o ensino fundamental incompleto.

A população é predominantemente adulta, com 1.985 pessoas entre 20 a 59 anos, 730 menores de 19 anos e 477 idosos. Segundo dados do mês de maio de 2016, a prevalência de hipertensão arterial é de 9,1% e a de diabetes mellitus de 3,6%. Não há, no momento, registro de casos de tuberculose e hanseníase na comunidade. Os pacientes diabéticos e hipertensos são acompanhados através das visitas mensais dos ACS e preenchimento das fichas correspondentes, sendo verificado o uso correto das medicações e orientados a agendar consulta médica quando necessário. Não temos um período determinado para atendimento somente desse grupo de pacientes. As consultas são, em sua maioria, por demanda espontânea, sendo um dia da semana reservado para retornos e atendimento

dos idosos.

A secretaria de saúde e a equipe local não dispõe das queixas mais comuns relatadas no último ano. Como o ESUS-AB foi implantado recentemente, os próximos dados serão mais fidedignos e a estratégia de ação para esses pacientes poderá ser planejada de forma mais eficaz.

A principal causa de morte no último ano foram as doenças do aparelho circulatório, seguido das neoplasias, causas externas e doenças respiratórias. Segundo dados do DATA-SUS, as cinco principais causas de internação de idosos do município foram: insuficiência cardíaca congestiva, pneumonia, doença pulmonar obstrutiva crônica, causas externas e complicações do diabetes.

Dentre os principais problemas encontrados pela equipe durante a atuação na unidade, destaco a má adesão e a falta de auto cuidado dos pacientes diabéticos.

O diabetes melitus se constitui como um dos principais problemas de saúde pública. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), uma epidemia de diabetes está em curso. Isto se dá em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência da obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida dos pacientes diabéticos (MILECH et al., 2015).

Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas mais jovens acometidas (FEDERATION, 2017).

Estima-se que aproximadamente 6% dos óbitos mundiais estejam relacionados ao diabetes, tornando-o a quinta causa de morte. Este número aumentaria em até seis vezes, caso fossem preenchidas corretamente as declarações de óbito (GOJKA et al., 2005).

O tratamento do diabetes consiste na educação e conhecimento do paciente em relação a doença, novos hábitos de vida, como prática de atividade física regular e alimentação balanceada, além de medicações e insulinoaterapia, quando indicados (MILECH et al., 2015).

Os pacientes diabéticos devem ser conscientizados sobre a cronicidade da doença, suas complicações, estratégias de prevenção e importância da adesão ao tratamento. Por ser muitas vezes uma doença assintomática, muitos pacientes acreditam que não precisam de tratamento ou o abandonam (SAÚDE, 2013).

Miller et al. (1997) conceitua adesão ao tratamento como um meio para se alcançar um fim, uma abordagem para a manutenção ou melhora da saúde, visando reduzir os sinais e sintomas de uma doença.

Com a educação dos pacientes diabéticos é possível conseguir redução importante das complicações relacionadas a doença, e conseqüente melhoria na qualidade de vida, além de redução da mortalidade. A educação em saúde é uma tarefa que requer conhecimento, persistência e dedicação, sendo responsabilidade de cada integrante das equipes (ORGA-

NIZATION, 1998).

Considerando a baixa adesão ao tratamento observada durante o processo de trabalho na Unidade de Saúde Antonio José Leopoldino e dada a importância do controle do diabetes, torna-se necessário a realização desse projeto.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Propor um projeto de intervenção para melhorar a adesão ao tratamento e autocuidado dos pacientes diabéticos atendidos na Unidade de Saúde Antonio José Leopoldino, município de Lauro Muller, SC.

2.2 Objetivos Específicos

- * Verificar o conhecimento dos diabéticos em relação a sua doença, complicações e estratégias de autocuidado antes e após a intervenção.
- * Promover palestras e ações educativas para o grupo em atendimento.
- * Oferecer atendimento multiprofissional.
- * Estimular mudanças efetivas no estilo de vida, com a criação de grupos para a prática de atividades físicas.
- * Criar estratégias que estimulem a adesão ao tratamento.

3 Revisão da Literatura

DIABETES MELLITUS

Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto, os termos “DM insulino dependente” e “DM insulino independente” devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), e aqui recomendada, inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (Quadro 1). Há ainda duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCV) (MILECH et al., 2015) .

Quadro 1 Classificação etiológica do Diabetes Mellitus:

DM1

- Autoimune
- Idiopático

DM2

Outros tipos específicos de DM

DM gestacional

Quadro adaptado conforme Sociedade Brasileira de Diabetes (MILECH et al., 2015)

O diabetes é considerado a principal causa de insuficiência renal e de cegueira do adulto, podendo resultar em amputações dos pododáctilos, pés e pernas. Além disso, convém ressaltar que, em média, dois terços das pessoas com diabetes apresentam formas leves a severas de lesão nervosa, resultando na diminuição da sensibilidade das mãos e dos pés, retardamento do esvaziamento gástrico e síndrome do túnel do carpo (NIEMAN, 1999).

Diabetes Mellitus tipo 1

O DM tipo 1 é caracterizado por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina, sendo subdividido em tipos 1A e 1B (MILECH et al., 2015).

Diabetes Mellitus tipo 2

O DM2 é a forma verificada em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o defeito na função das células beta estão presentes precocemente na fase pré-clínica da doença. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais. Nas últimas décadas, foi possível a identificação de numerosas variantes genéticas associ-

adas a DM2, mas ainda uma grande proporção da herdabilidade permanece inexplicada. Entre os fatores ambientais associados estão sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento. A maioria dos pacientes com esse tipo de DM apresenta sobrepeso ou obesidade e cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo, ocorrendo quando associada a outras condições, como infecções. O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos (MILECH et al., 2015).

Acomete pessoas com mais de 40 anos, frequentemente obesas, a taxa de insulina pode ser normal ou mesmo aumentada, porém ela não está ativa (deficiência). É rara a presença de anticorpos antiinsulina e há presença de hipoglicemia (DELIBERATO, 2002).

Outros tipos específicos de Diabetes Mellitus

Há uma terceira subclasse do DM em que estão incluídos alguns tipos adicionais de diabetes que possuem características não associadas diretamente ao estado diabético e fazem parte de outras doenças, como a feocromocitoma, acromegalia e síndrome de Cushing. Outros distúrbios incluídos nessa categoria são má nutrição, infecção, medicamentos ou substâncias químicas que induzem a hiperglicemia, defeitos nos receptores de insulina e certas síndromes genéticas (CLAYTON; STOCK, 2006).

Diabetes Mellitus gestacional

Trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Entretanto, aquelas pacientes de alto risco e que na consulta inicial de pré-natal, no primeiro trimestre de gestação, já preenchem os critérios para diabetes fora da gestação, serão classificadas não como diabetes gestacional, mas como Diabetes Mellitus tipo 2. Similar ao DM2, o DM gestacional associa-se tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta (A) (MILECH et al., 2015).

Classes intermediárias no grau de tolerância à glicose

Referem-se a estados intermediários entre a homeostase normal da glicose e o DM. A categoria glicemia de jejum alterada está relacionada às concentrações de glicemia de jejum inferiores ao critério diagnóstico para DM, contudo mais elevadas que o valor de referência normal. A tolerância à glicose diminuída representa uma anormalidade na regulação da glicose no estado pós-sobrecarga, diagnosticada por meio de teste oral de tolerância à glicose (TOTG), o qual inclui a determinação da glicemia de jejum e de 2 h após a sobrecarga com 75 g de glicose. A glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída são categorias de risco aumentado para o desenvolvimento do DM e o termo “pré-diabetes” também é utilizado para designar essas condições (MILECH et al., 2015).

CONTEXTUALIZAÇÃO SOCIAL E HISTÓRICA

Em termos históricos, considera-se que a primeira referência ao diabetes foi relatada por Aretaeus da Capadócia, em 250 d.C. quando escreveu sobre pessoas que apresentavam um suposto “derretimento da carne em urina” (DELIBERATO, 2002).

Uma epidemia de diabetes Mellitus está em curso (MILECH et al., 2015). As doenças crônicas não transmissíveis, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), são

atualmente a principal causa de mortalidade no mundo (MANTON, 1998).

O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM (MILECH et al., 2015).

Outros aspectos a destacar são as repercussões de mudanças no estilo de vida, em curto período de tempo, em grupos de migrantes. No Brasil, um estudo realizado na comunidade nipo-brasileira mostrou aumento vertiginoso na prevalência de DM, cuja taxa passou de 18,3%, em 1993, para 34,9%, em 2000, o que comprova o impacto de alterações no estilo de vida, em particular do padrão alimentar, interagindo com provável suscetibilidade genética (MILECH et al., 2015).

Frequentemente, na declaração de óbito, não se menciona DM pelo fato de serem suas complicações, particularmente as cardiovasculares e cerebrovasculares, as causas da morte. No início do século 21, estimou-se que se atribuíram 5,2% de todos os óbitos no mundo ao diabetes, o que torna essa doença a quinta principal causa de morte. Parcela importante desses óbitos é prematura, ocorrendo quando ainda os indivíduos contribuem economicamente para a sociedade (MILECH et al., 2015).

DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Segundo relatório BRASIL: Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil de 2005, “as DNTs possuem vários determinantes alguns distais e alguns mais proximais, alguns modificáveis e outros não. Mais de três-quartos da carga de diabetes pode ser atribuída ao sobrepeso”(MUNDIAL, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde (SAÚDE, 2015) em parceria com o IBGE, a Pesquisa Nacional de Saúde mostra que o diabetes atinge 9 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta. As mulheres (7%) apresentaram maior proporção da doença do que os homens (5,4%) – 5,4 milhões de mulheres contra 3,6 milhões de homens. Os percentuais de prevalência da doença por faixa etária são: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6%.

Os custos crescentes para os sistemas de saúde em relação ao impacto das complicações relacionadas aos agravos não-transmissíveis merecem destaque. Aproximadamente 40%-60% das amputações não traumáticas em membros inferiores são realizadas em pacientes com diabetes (FEDERAL, 2001).

Importante ainda destacar entre as complicações associadas ao diabetes a Insuficiência Renal Crônica (IRC), a qual acomete um elevado número de pessoas (BRUNO; GROSS, 2000).

POLÍTICAS PÚBLICAS EXISTENTES

Para tratar o diabetes, o Ministério da Saúde oferece medicamentos pelo programa “Farmácia Popular”. São seis medicamentos financiados pelo Ministério da Saúde e liberados nas farmácias credenciadas. Desde fevereiro de 2011, início da gratuidade para os

medicamentos do diabetes.

Além dos medicamentos o governo lançou diversas políticas públicas para atividade física, para alimentação saudável, interferindo assim no enfrentamento do diabetes.

Há evidências de que alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, associam-se ao acentuado incremento na prevalência de DM2. Os programas de prevenção primária do DM2 baseiam-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída (MILECH et al., 2015).

Neste sentido, o relatório supra-citado BRASIL:Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil afirma que "a educação é um importante fator para melhorar o controle do diabetes. Em um estudo, o planejamento e o desenvolvimento de intervenções relacionadas à educação nutricional foram baseados em uma avaliação biopsicosocial de mulheres com diabetes tipo 2 e apresentaram um impacto sobre a redução do peso e o controle dos níveis de glicose e colesterol" (MUNDIAL, 2005).

Reforça-se ainda que o manejo do DM deve ser feito dentro de um sistema de saúde organizado em rede, em que a equipe deve atuar de maneira integrada, tendo como alicerce do cuidado o nível primário de atenção à saúde (a "porta de entrada" para o sistema de saúde) (SAÚDE, 2006).

RELEVÂNCIA DA INTERVENÇÃO

Sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde (MILECH et al., 2015).

Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis (p. ex., dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar (MILECH et al., 2015).

Os gastos diretos com DM variam entre 2,5 e 15% do orçamento anual da saúde de um país, dependendo de sua prevalência e do grau de complexidade do tratamento disponível (MILECH et al., 2015).

De acordo com o Relatório BRASIL Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil, "as taxas de predomínio para diabetes e hipertensão no Brasil são altas, e elas contribuem para a taxa relativamente alta de ataques do coração e de coronariopatias. Embora a realização de verificações de existência dessas doenças pareça ser boa, sua administração irá colocar uma carga cada vez maior sobre o sistema de saúde do Brasil. Um maior controle dessas doenças por meio de um acompanhamento melhor na atenção básica irá exigir um investimento considerável em recursos humanos, treinamento e tratamento. Juntamente com o câncer e as doenças crônicas dos pulmões, caso não sejam prevenidos e bem administrados, o diabetes e a hipertensão exigirão caros cuidados

hospitalares” (MUNDIAL, 2005).

Ainda, segundo este relatório, “a crescente carga de doenças não transmissíveis (DNT) está cada vez exercendo mais pressão sobre o sistema de saúde do Brasil. Uma vez que se desenvolvem, as DNTs geralmente não têm cura e a maioria torna-se crônica”. O acompanhamento médico contínuo para tratar DNTs apresenta custos substanciais para o sistema de saúde e também para o indivíduo e sua família (MUNDIAL, 2005).

A prevenção primária protege indivíduos suscetíveis de desenvolver DM, tendo impacto por reduzir ou retardar tanto a necessidade de atenção à saúde como a de tratar as complicações da doença (MILECH et al., 2015).

Há evidências de que alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e na redução da atividade física, associam-se a acentuado incremento na prevalência de DM2. Os programas de prevenção primária do DM2 baseiam-se em intervenções na dieta e na prática de atividades físicas, visando combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída (MILECH et al., 2015).

4 Metodologia

O trabalho compreende a elaboração de um plano de intervenção para sensibilização dos pacientes diabéticos cadastrados no sistema de saúde do município de Lauro Müller, essa pesquisa será realizada com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Equipe de Saúde da Família Guatá – Lauro Müller/SC.

O plano de intervenção será desenvolvido em dois momentos:

1º MOMENTO

Será realizada consulta aos prontuários de todos os pacientes diabéticos cadastrados. Serão verificados os seguintes itens: data da última consulta médica, medicamentos que utiliza, entre outros dados que tiverem relevância no prontuário do paciente.

Com o quantitativo de pacientes diabéticos, será realizado convite para coleta de sangue do exame de hemoglobina glicada em data marcada para todos os pacientes que não tiverem realizado o exame nos últimos três meses.

Após os resultados dos exames será realizado o segundo momento.

2º MOMENTO

Primeiramente serão agendadas consultas para os pacientes que tiverem HbA1c acima de 10.

Após isso, os pacientes que tiveram a última consulta com data superior a três meses, serão agendados nova consulta, conforme cronograma. Serão questionados sobre hábitos de vida – práticas alimentares e atividade física, se os familiares sabem sobre a doença e quais tipos de cuidado realizam, uso das medicações, se tem carência assistencial para saúde – como para realização de exames e/ou compra de medicamentos.

Sabe-se que hoje em dia a dosagem de glicose no sangue não é parâmetro para avaliação do controle de glicemia. Por isso a importância da HbA1c, pois ela mostra um índice retrospectivo da glicose plasmática, estando relacionada com as complicações em pacientes com diabetes tipo 1 e 2.

A proposta será desenvolvida na instituição de saúde citada que atende toda a população abrangente daquela área. O local do grupo será realizado no centro comunitário do bairro, pois apresenta maior espaço para abrigar a todos. As consultas individuais serão realizadas na unidade de saúde.

O planejamento e coordenação dos dois momentos do plano de intervenção serão de responsabilidade da autora, conjuntamente a equipe de saúde da família e a equipe de Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF). Sendo os profissionais envolvidos: médica ESF, enfermeira ESF, psicóloga NASF, nutricionista NASF, fisioterapeuta NASF e os agentes comunitários de saúde.

Ano 2017						
Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto	Setembro
Coleta do total de diabéticos com os ACS.	Grupo para todos os diabéticos, com psicóloga do NASF.	Agendamento de consultas para pacientes da microárea 1, 2.	Grupo para todos os diabéticos, com nutricionista do NASF.	Agendamento de consultas para pacientes da microárea 6 e 7.	Agendamento de consultas para pacientes da microárea 8, 9 e 10.	Grupo para todos os diabéticos, com fisioterapeuta NASF.
Separar e avaliar os prontuários dos pacientes.	Agendamento de consultas para pacientes em que a hemoglobina glicosilada for superior a 10.		Agendamento de consultas para pacientes da microárea 3 e 4.			Coleta de sangue para hemoglobina glicosilada e Avaliação do valor da hemoglobina glicosilada.
	Orientações para atividade física.	Orientações para atividade física.	Orientações para atividade física.	Orientações para atividade física.	Orientações para atividade física.	Atendimento individual com nutricionista, psicóloga ou médica se necessário
						Orientações para atividade física.

5 Resultados Esperados

Considerando os autores pesquisados, fica clara a importância de se exercer educação em saúde na atenção primária, em especial no controle do diabetes. Ao buscar verificar o conhecimento dos diabéticos em relação a sua doença, complicações e estratégias de autocuidado percebemos que grande parte deles desconhecem a doença e o impacto dela sobre sua saúde, resultando em longos períodos sem avaliação médica e laboratorial.

Sendo assim, com a implantação do projeto de intervenção, espera-se que haja uma maior conscientização dos pacientes diabéticos através da promoção de palestras e ações educativas. Pretende-se ainda a efetivação de mudanças no estilo de vida, alimentação saudável e prática de atividade física, resultando em melhores níveis glicêmicos e maior adesão ao tratamento, seja através da participação em grupos ou em consultas programadas.

Referências

- BRUNO, R. M.; GROSS, J. L. *Prognostic factors in Brazilian diabetic patients starting dialysis - A 3,6-year follow-up study*. Porto Alegre: Journal of Diabetes and its Complications, 2000. Citado na página 17.
- CLAYTON, B. D.; STOCK, Y. N. *Farmacologia na Prática de Enfermagem*. São Paulo: Elsevier, 2006. Citado na página 16.
- DELIBERATO, P. C. P. *Fisioterapia preventiva: Fundamentos e aplicações*. São Paulo: Manole, 2002. Citado na página 16.
- FEDERAL, S. de Estado de Saúde do D. *Consenso Internacional sobre Pé Diabético*. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001. Citado na página 17.
- FEDERATION, I. D. *IDF Diabetes Atlas*. 2017. Disponível em: <<http://www.diabetesatlas.org>>. Acesso em: 11 Jan. 2017. Citado na página 10.
- GOJKA, R. et al. The burden of mortality attributable to diabetes: realistic estimates for the year 2000. *Diabetes Care*, p. 2130–2135, 2005. Citado na página 10.
- MANTON, K. The global impact of noncommunicable diseases: estimates and projections. *World Health Statistics Quarterly*, p. 255–266, 1998. Citado na página 16.
- MILECH, A. et al. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)*. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2015. Citado 6 vezes nas páginas 10, 15, 16, 17, 18 e 19.
- MILLER, N. H. et al. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action: A statement for health care professionals. *Circulation*, p. 1085–1090, 1997. Citado na página 10.
- MUNDIAL, B. *BRASIL Enfrentando o Desafio das Doenças Não Transmissíveis no Brasil*: Unidade de gerenciamento do brasil unidade de gestão do setor de desenvolvimento humano região da américa latina e do caribe. 2005. 86 páginas. Disponível em: <http://cve.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-cronicas-nao-transmissiveis/observatorio-promocao-a-saude/doc/bmundial_relatorio_port.pdf>. Acesso em: 12 Jan. 2017. Citado 3 vezes nas páginas 17, 18 e 19.
- NIEMAN, D. C. *Exercício e saúde: como se prevenir de doenças usando o exercício como seu medicamento*. São Paulo: Manole, 1999. Citado na página 15.
- ORGANIZATION, W. H. *Therapeutic Patient Education*. Genebra: WHO Working Group, 1998. Citado na página 10.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Diabetes Mellitus*. Brasília (DF):: Ministério da Saúde, 2006. Citado na página 18.
- SAÚDE, B. Ministério da. *Diabetes atinge 9 milhões de brasileiros*. 2015. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>>. Acesso em: 10 Jan. 2017. Citado na página 17.

SAÚDE, M. da. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus*.: Cadernos de atenção básica, n. 36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Citado na página 10.