

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

CRISTIANA BORGES FORTES ARANHA

**DIABETE MELLITUS: O VÍNCULO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ALVORADA COM O TERRITÓRIO, COMO ESTRATÉGIA PARA AUMENTAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO**

Uberaba - MG

2016

Cristiana Borges Fortes Aranha

**DIABETE MELLITUS: O VÍNCULO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA COM O
TERRITÓRIO COMO ESTRATÉGIA PARA AUMENTAR A ADEÇÃO AO
TRATAMENTO**

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

Orientador: Prof.^a Isabel Aparecida Porcatti de
Walsh

Uberaba-MG
2016

Cristiana Borges Fortes Aranha

**DIABETE MELLITUS: O VÍNCULO DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
ALVORADA COM O TERRITÓRIO COMO ESTRATÉGIA PARA AUMENTAR A
ADESÃO AO TRATAMENTO**

Banca examinadora

Examinador 1: Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

Examinador 2: Zilda Cristina dos Santos, Universidade Federal do Triângulo Mineiro-UFTM

Aprovado em Uberaba, em de de 2016

RESUMO

A Diabetes Mellitus (DM) é uma síndrome com alta morbimortalidade e representa um impacto importante na qualidade de vida das pessoas. Estima-se que 1,7% da mortalidade geral do mundo seja consequência desta doença. O objetivo deste trabalho é propor um plano de intervenção capaz de qualificar a atenção à saúde da população com DM no território da Estratégia Saúde da Família Alvorada no município de Carmo do Paranaíba/ MG. Foi utilizada a Estimativa Rápida para o diagnóstico situacional e o Planejamento Estratégico para a elaboração do plano de ação. Como descritores para a revisão bibliográfica utilizou-se diabetes mellitus, terapêutica, adesão ao tratamento e atenção primária à saúde. A base de dados adotada é Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde(LILACS). A não adesão ao tratamento é um desafio para as equipes de atenção primária, que devem construir estratégias para mudar esta lógica. A discussão do modelo assistencial impulsionaria o fortalecimento do vínculo e aumentaria a adesão ao tratamento, garantindo a integralidade da atenção.

Palavras chave: Diabetes Mellitus, Terapêutica, Atenção Primária à Saúde, Adesão à medicação.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde

DM: Diabetes Mellitus

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS: Organização Mundial da Saúde

SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SMS: Secretaria Municipal de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
1.1 O município de Carmo do Paranaíba e a unidade de saúde Estratégia Saúde da Família Alvorada	6
1.2 O Diabetes Mellitus	7
1.3 Adesão ao tratamento	8
2. JUSTIFICATIVA	10
3. OBJETIVO	11
4.METODOLOGIA	12
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	13
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
7.REFERÊNCIAS	21

1. INTRODUÇÃO

1.1 O município de Carmo do Paranaíba e a unidade de saúde Estratégia Saúde da Família Alvorada

A unidade de saúde Estratégia Saúde da Família Alvorada encontra-se no município de Carmo do Paranaíba, no Cerrado Mineiro. Carmo do Paranaíba é um município com cerca de 30.000 habitantes, distante 60 Km de Patos de Minas e 360 Km de Belo Horizonte. (IBGE, 2010). A cidade tem economia basicamente agrícola, centrada na produção e comercialização do café do cerrado. A pecuária leiteira e de corte também representa um segmento importante economicamente. O comércio local é bastante diversificado e o setor terciário ainda é bem tímido. A construção da BR 354 e a instalação na região de cooperativas agrícolas, nos anos 70, tiveram um papel importante no aporte econômico da região (CÂMARA DOS VEREADORES, 2015).

Na área da saúde, o município adotou a Estratégia Saúde da Família para a reorganização da atenção básica e investiu na formação da Rede de Atenção à Saúde. Conta hoje com dez equipes de saúde da família, nove urbanas e uma rural, cobrindo 100% do município. A rotatividade dos profissionais e a fragilidade do conhecimento das equipes sobre modelo de atenção são os maiores entraves para o fortalecimento do serviço (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2013).

O bairro Alvorada se localiza próximo ao centro da cidade, as demais localidades que fazem parte do território são periféricas e zona rural. O diagnóstico de saúde do território evidencia uma população adscrita de 4000 pessoas, muito heterogênea, formada por comunidades fruto do êxodo rural, imigrantes do norte de Minas e da Bahia, pequenos produtores rurais, grandes produtores rurais, profissionais autônomos e trabalhadores rurais. É alto o número de usuários em subemprego ou desempregados, já que a grande maioria trabalha na colheita do café. As moradias são muito diversas, apresentando desde mansões até pequenas casas muito precárias. A estrutura de saneamento é razoável e a coleta de lixo acontece com regularidade. Na área de abrangência da unidade encontram-se instituições de grande interesse para o serviço de saúde: Asilo Vila Vicentina, APAE e Casa do Aconchego (orfanato e casa de passagem).

A unidade de saúde Alvorada abriga duas equipes de Saúde da Família, foi inaugurada em 1988 e está situada na rua principal do bairro. Ainda assim fica muito distante das comunidades periféricas que estão sob sua responsabilidade. A casa é antiga e se encontra mal conservada. O espaço é bem aproveitado, mas não tem local para as atividades em grupo. A

unidade é bem equipada e oferece condições para o desenvolvimento das atividades da equipe. O horário de funcionamento é das 7h às 17h. O tempo de trabalho está muito centrado no atendimento dentro do espaço físico da unidade de saúde. Não há nenhuma atividade que privilegie o espaço comunitário. De acordo com os relatos da equipe de saúde o fechamento do centro comunitário para reforma causou um esvaziamento das atividades educativas e de promoção à saúde e não houve articulação para recuperar este espaço.

Conforme as discussões realizadas nas reuniões de equipe, foram determinados os problemas enfrentados pela equipe. Após um olhar mais profundo, onde os mesmos foram classificados conforme sua importância, urgência e capacidade de enfrentá-los, e apoiados pela literatura sugerida decidiu-se que o problema prioritário para abordagem planejada seria o Diabetes Mellitus (DM). Através das informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) determinou-se o quantitativo de diabéticos diagnosticados e acompanhados pela nossa equipe (193), número este inferior ao esperado para o território. Aproximadamente metade dos indivíduos com DM tipo 2 não sabe que tem a doença e o diagnóstico oportuno poderia disponibilizar terapias comprovadamente eficazes na prevenção de complicações da doença(DUNCAN, 2004).

1.2 O Diabetes Mellitus

O DM do Tipo 2 tem alcançado proporções alarmantes, chegando a ser considerado uma epidemia. O número de adultos com diabetes no mundo subirá de 135 milhões, em 1995, para 300 milhões em 2025. Números da Organização Mundial da Saúde(OMS) estimam que, em todo o globo, 987.000 mortes no ano de 2002 ocorreram por conta da diabetes, representando 1,7% da mortalidade geral. Há uma perspectiva grande no aumento do número de portadores de DM tipo 2. A suscetibilidade genética não pode justificar isoladamente esse quadro, sendo indubitavelmente os fatores ambientais parte fundamental desse cenário(COSTA, 2011).

O DM é uma doença (ou síndrome) que apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. Mundialmente, os custos diretos para o seu atendimento variam de 2,5 a 15% dos gastos nacionais com saúde. Além dos custos financeiros esta doença acarreta outros custos associados à dor, ansiedade e menor qualidade de vida, afetando toda a família. Representa também carga adicional à sociedade, já que impõe perda de anos produtivos, aposentadoria precoce e mortalidade prematura. Por tudo isso, sua prevenção e suas complicações são hoje prioridade de saúde pública e compromisso das equipes de Estratégia Saúde da Família (DUNCAN, 2004).

A falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais de saúde. Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenção que visem minimizar essa situação (FARIA, 2014).

1.3 Adesão ao tratamento

Para melhor entender a necessidade de trabalhar a questão da adesão ao tratamento tem que se defini-la: “*A adesão ao tratamento é definida como a medida que o comportamento de uma pessoa: tomar medicamentos, seguir o plano alimentar ou adotar mudanças no estilo de vida- corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde*” (FARIA, 2014).

A fisiopatologia das doenças crônicas é complexa e deve levar em consideração aspectos sociais, econômicos e culturais. As ações de saúde não podem estar focadas somente no indivíduo. A não adesão ao tratamento, seja medicamentoso ou mudanças no estilo de vida, é responsável por 50% dos insucessos no controle da doença (COSTA, 2011).

A Estratégia Saúde da Família, como modelo de atenção à saúde preconizada para reorganização do sistema de saúde no Brasil a partir da Atenção Primária, deve direcionar esforços para melhor compreender a complexidade da adesão ao tratamento para o diabetes (FARIA, 2014). Um fator diretamente ligado à adesão ao tratamento é o fato deste somente prevenir complicações, não cura definitivamente a doença, o que muitas vezes desmotiva o paciente. O tratamento que é “para sempre” demanda tempo, recursos financeiros e, em muitas situações, ajuda de outras pessoas.

Um estudo sobre autocuidado no diabetes mostrou que as dificuldades na adesão ao tratamento destes pacientes podem ser minimizadas através da forma em que os profissionais de saúde se comunicam com os doentes, e que características pessoais dos mesmos devem ser levadas em conta. Isto difere da maneira tradicional de transmitir conhecimento e as ações coletivas se mostram como alternativas eficazes, capazes de produzir, trocar e utilizar conhecimentos em grupos que valorizam a participação do doente no seu tratamento (GROFF, 2011). Neste mesmo estudo somente 33% dos pacientes foram considerados aderentes ao tratamento proposto. Sabemos que este índice aponta para o agravamento da doença, surgimento de complicações incapacitantes e alto custo para os serviços de saúde. Não ter conhecimento sobre a doença e o tratamento prejudica o envolvimento do paciente com a doença.

O uso adequado dos medicamentos tem uma frequência mais satisfatória e deve-se levar em conta a política de distribuição gratuita de medicamentos e a crença no efeito

benéfico dos mesmos. Já não se pode dizer o mesmo das atitudes que modificam o estilo de vida. Estas tem um padrão multifatorial que deve considerar valores socioculturais, capacidade financeira, acesso e indicação adequada de exercícios físicos e uma rede de saúde organizada que ofereça nutricionista, educador físico e psicólogo.

2. JUSTIFICATIVA

Nas reuniões de equipe da Estratégia Saúde da família Alvorada há uma grande preocupação da comunidade com a DM. O crescente diagnóstico, a necessidade de privações alimentares, o uso de medicamentos, o contato direto com o serviço de saúde e o custo financeiro da doença são as questões mais referidas.

A organização da demanda segundo o diagnóstico de saúde da comunidade privilegia a promoção à saúde e é capaz de inverter a lógica dos serviços clássicos que são norteados pela demanda espontânea. Pode-se dizer que a promoção de saúde é a atuação nos determinantes da saúde, ou seja, um conjunto de ações assumidas pelos indivíduos, a comunidade e o Estado com o objetivo de criar condições favoráveis ao pleno desenvolvimento das potencialidades humanas. Essas condições favoráveis são criadas individualmente, por meio de atitudes e modos de vida saudáveis, coletivamente por ações conjuntas da comunidade ou ainda por intervenções dos vários setores do governo (DUNCAN, 2004).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a adoção de um estilo de vida adequado, com a prática regular de atividades físicas e a ingestão de dieta adequada, é praticamente duas vezes mais efetiva que o tratamento farmacológico no controle do diabetes (COSTA, 2011). A falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais de saúde. Assim, impõe-se buscar estratégias de intervenção que visem minimizar essa situação (FARIA, 2014).

A construção do calendário de consultas programadas segundo classificação de risco permitiu observar que mais de 60% dos diabéticos cadastrados não cumprem o calendário mínimo. Um olhar mais atento evidenciou que o controle da glicemia daqueles com consulta recente está muito aquém do preconizado e a adesão às atividades de apoio, realizadas pela equipe e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (grupos, fisioterapia, reeducação alimentar, hidroginástica, consulta psicoterápica, etc.) é inferior a 30%. Ficou evidenciado que o nó crítico é o vínculo com o território e consequentemente a não adesão ao tratamento.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral

Propor um plano de intervenção capaz de qualificar a atenção em saúde à população com DM.

Objetivos específicos

1. Organizar estratégias de diagnóstico de DM
2. Adotar o calendário rotativo por classificação de risco na organização da demanda programada
3. Privilegiar as ações de promoção da saúde
4. Definir protocolo de atendimento para os usuários com DM

4. METODOLOGIA

Em função da falta de tempo e recursos financeiros para operacionalizar um plano de ação, escolheu-se para trabalhar um método ágil e que aborda os aspectos qualitativos e quantitativos, a Estimativa Rápida, para realização do diagnóstico situacional. Utilizou-se o Planejamento Estratégico para a elaboração do plano de intervenção, levando em consideração os dez passos descritos em Campos (2010).

Como descritores para a revisão bibliográfica que subsidiará a elaboração do plano de intervenção foi utilizado: Diabetes Mellitus, Tratamento, Atenção Primária à Saúde, na base de dados LILACS - Literatura Latino Americana em Ciências da Saúde.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Na avaliação da equipe o problema da qualidade do tratamento da DM foi definido como muito urgente, estando dentro da capacidade de enfrentamento e tendo alto impacto sobre a resolutividade do trabalho desta.

Quadro 1: Descritores do problema

Descritores	Valores	Fonte
Diabéticos cadastrados	193	SIAB
Diabéticos acompanhados	193	SIAB
Diabéticos esperados	296	Estudos
Diabéticos compensados	92	Revisão dos prontuários
Diabéticos com acompanhamento em dia	115	Revisão dos prontuários
Diabéticos com risco estratificado	193	Equipe
Diabéticos em atividade de apoio	57	NASF
Internações por complicação do DM	4/mês	SIAB

Fonte: ARANHA, 2016

A equipe discutiu o carácter multifatorial da realidade e escolheu como nós críticos a fragilidade do vínculo desta com o território e a baixa adesão ao tratamento. Na história recente, houve uma perda dos espaços comunitários para o desenvolvimento dos trabalhos envolvendo equipe e usuários, que se deu após o fechamento do Centro Comunitário. Por falta de “espaço” e de articulação com outros aparelhos sociais a equipe viu o vínculo com o território se esvaziar e não se mobilizou para recuperar esta ferramenta de trabalho. Em relação à adesão ao tratamento percebeu-se que a falta da agenda programada e do protocolo de ação estavam comprometendo a qualidade do serviço prestado.

Quadro 2: Desenho das Operações

Nó crítico	Projeto	Resultados	Produtos	Recursos
Vínculo frágil com o território	APROXIMAÇÃO trabalhar o vínculo com território	Vínculo com o território estabelecido, rede de atenção articulada, população mais informada e educação permanente	Rodas de conversa	Políticos: apoio da prefeitura para reativação do Centro Comunitário Organizacional: Reajustar a agenda para assegurar horário para a atividade comunitária Cognitivos:

			<p>Articulação intersetorial</p> <p>Articulação com instituições sociais</p>	<p>conhecimento da equipe</p> <p>Financeiro: recursos para mobiliar o Centro Comunitário, material audiovisual, material escrito e insumos</p> <p>Político: apoio da Secretaria Municipal de Saúde(SMS) para mobilizar os setores da prefeitura</p> <p>Organizacional: reorganizar a agenda para garantir profissionais que estejam se reunindo com a secretária de saúde</p> <p>Financeiros: material audiovisual para apresentar o projeto nos diversos setores da prefeitura</p> <p>Políticos: apoio das lideranças da comunidade e da SMS</p> <p>Organizacional: reorganizar a agenda para disponibilizar profissionais com perfil para identificar lideranças e articular com elas</p> <p>Financeiros: material audiovisual para apresentar o</p>
--	--	--	--	--

			<p>Fortalecimento da rede</p> <p>Atualização em educação para a saúde e participação popular com controle social</p> <p>Sala de Espera</p>	<p>projeto</p> <p>Cognitivo: conhecimento técnico</p> <p>Político: apoio da SMS da Regional de Saúde</p> <p>Organizacional: reorganizar a agenda e disponibilizar profissional para repensar a rede com estas equipes políticas</p> <p>Financeiros: material audiovisual</p> <p>Cognitivos: Conhecimento técnico</p> <p>Político: apoio da SMS e das Instituições de Ensino</p> <p>Cognitivo: conhecimento técnico</p> <p>Organizacional: reorganizar a agenda</p> <p>Financeiro: material audiovisual, xerox, literatura atualizada</p> <p>Político: apoio da SMS e NASF</p> <p>Organizacionais: readequar o espaço da sala de espera</p> <p>Financeiros: Material audiovisual</p> <p>Cognitivos: preparo técnico da equipe e do NASF</p>
Adesão ao tratamento	CUIDAR MELHOR	Aumentar em 20% os	Calendário de aprazamento de	Político: vontade política da

	Melhorar a eficácia do tratamento	diabéticos acompanhados conforme o protocolo e em 30% aqueles com controle positivo Aumentar o diagnóstico de diabéticos	consultas conforme o risco Protocolo de Atendimento	equipe e apoio da SMS Organizacional: reorganização da agenda para garantir a atividade Financeiro: material gráfico e exames Cognitivo: conhecimento técnico Político: apoio da SMS Organizacional: reorganizar a agenda da equipe, pactuar consultas de referência, reserva de exames para atividades programadas, local para atividades de grupo Financeiros: exames complementares, transporte para outros municípios, mobiliário, material audiovisual, medicamentos Cognitivo: conhecimento técnico
--	-----------------------------------	---	--	--

Fonte: ARANHA, 2016

Para a realização das atividades propostas foram identificados os recursos necessários e o grau de dificuldade para operacionalizar estas ações. Os recursos críticos de cada ação são colocados a seguir.

Quadro 3: Recursos críticos

Projeto/Operação	
Aproximação	Financeiro: material educativo, audiovisual e insumos. Material para equipar o Centro Comunitário Político: apoio da Prefeitura, SMS, lideranças comunitárias, NASF e

	instituições de ensino Organizacional: reorganização da agenda da equipe
Cuidar Melhor	Político: vontade política da equipe e apoio da gestão Financeiro: recursos para exames, medicamentos, transporte, material gráfico, mobiliário e material educativo. Organizacional: reorganizar a agenda da equipe, readequar a pactuação, redimensionar os exames complementares e definir local para as atividades coletivas.

Fonte: ARANHA, 2016

Levando em consideração que a equipe não tem domínio sobre tudo, foi necessário analisar a disponibilidade dos demais setores de investir na idéia. Segue a tabela que identifica a motivação dos demais atores dos projetos.

Quadro 4: Motivação dos atores envolvidos

Projeto	Recurso crítico	Ator que controla	Motivação	Ação estratégica
Aproximação	Financeiro	SMS	Favorável	Desnecessária
	Político	Presidentes das associações comunitárias	Indiferente	Apresentar o projeto
	Organizacional	Prefeito municipal Equipe, Secretária de saúde e usuários	Contrária	Sensibilizar para a mudança do modelo assistencial
Cuidar Melhor	Político	SMS	Favorável	Desnecessária
	Organizacional	Equipe, Secretária de saúde e usuários	Contrária	Sensibilizar para a mudança do Modelo Assistencial
	Financeiro	Gestores da SMS e da Regional da Saúde e Prefeito	Indiferente	Apresentar o projeto

Fonte: ARANHA, 2016

Para garantir a operacionalização das atividades escolhidas foi necessário definir os responsáveis e o tempo necessário para cada ação. Determinou-se o seguinte plano operativo:

Quadro 5: Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Estratégia	Resp.	Prazo
Aproximação	Trabalho vínculo da equipe com o	Grupos operativos Sala de	Apresentar o projeto para a comunidade e	Ivone (recep.) Fernanda(Início das atividades em

	território	Espera Mobilização social Mobilização da rede	explicitar sua importância Sensibilizar equipe, SMS e comunidade para a mudança de modelo assistencial	enf.)	Julho/15
Cuidar Melhor	Aumentar em 20% os diabéticos com acompanhamento em dia e em 30% os diabéticos compensados Diminuir em 50% as internações por complicações da DM sensíveis à ação da ESF	Agenda programada conforme o risco Grupos operativos Conduta clínica conforme Linha Guia da SES Educação Permanente Campanha para diagnóstico	Sensibilizar equipe, SMS e comunidade para a mudança do modelo assistencial	Cristiana (médica) e Virgínia (auxiliar adm.)	Já em andamento com reavaliação em 12 meses

Fonte: ARANHA, 2016

Após determinar-se e qualificar-se o plano de ação foi necessário atentar-se para a necessidade de acompanhá-lo e redimensioná-lo, se necessário.

Quadro 6: Gestão do Plano

OPERAÇÃO APROXIMAÇÃO					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Sala de espera	Equipe em rodízio	Jul/2015	Não iniciada		
Rodas de Conversa	Enfermeira	Jul/2015	Não iniciada		
Articulação com instituições sociais	Recepcionista	Jul/2015	Agendado reunião para 09/07/15		
Fortalecimento da rede	Enfermeira e médico	Jul/2015	Reunião com representantes da rede agendada para 18/06/15		
Articulação intersetorial	Médica	Jul/2015	Agendada reunião com		

			setores da prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde para 16/07/15		
Educação permanente	Médica e Enfermeira	Jul/2015	Início agendado para 02/07/15		
OPERAÇÃO CUIDAR MELHOR					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Agenda Programada conforme classificação de risco	Médico e ACS	Finalizado	100% dos diabéticos com classificação de risco		
Adoção do Protocolo da SES	Médico e Enfermeira	Finalizado	Atendimento de acordo com protocolo da Secretaria Estadual de Saúde para Diabéticos		

Fonte: ARANHA, 2016

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O impacto das doenças crônicas na população e a complexidade de seus tratamentos preocupam os gestores e profissionais responsáveis pelo atendimento do adulto. Sabemos que a diabetes está relacionada ao sedentarismo e falta de controle na dieta bem como a falta de condições adequadas de tratamento e monitoramento das complicações. Desta forma o diagnóstico precoce e o vínculo com as equipes de ESF são elementos indispensáveis para reverter o quadro atual. Em contrapartida, sabemos que o rastreamento só se justifica no momento em que o sistema de saúde esteja preparado para oferecer o tratamento que se faz necessário para os casos novos. Um princípio ético do rastreamento é ser capaz de induzir um prognóstico melhor do que se o diagnóstico precoce não tivesse sido feito. A vinculação com as equipe de saúde proporcionaria um atendimento de qualidade e diferenciado oferecendo um olhar multidisciplinar na unidade de saúde e nos domicílios. Nesse modelo de atenção o princípio da integralidade se daria em toda a sua plenitude garantindo vigilância à saúde, comprometimento pessoal, comunitário e familiar, acolhimento e garantia de referência aos níveis de maior complexidade. Dentro desta proposta, encontra-se o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que estabelece as diretrizes e metas para o SUS. Entretanto, a rápida expansão da ESF no Brasil tem comprometido o avanço no tocante à mudança do modelo assistencial.

Espera-se que a implementação da proposta de intervenção aqui realizada possa ampliar o número de diabéticos cadastrados que não cumprem o calendário mínimo e controlar a glicemia, bem como a adesão às atividades de apoio, realizadas pela equipe e pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (grupos, fisioterapia, reeducação alimentar, hidroginástica, consulta psicoterápica, etc.).

7. REFERÊNCIAS

- DUNCAN, B.B. et al. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.** 3 ed. Porto Alegre: ARTMED, 2004.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família.** Belo Horizonte: Nescon /UFMG, 2010. 110p.
- COSTA, J. A. et all. **Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 16(3): 2001-2009, 2011
- FARIA, H. T. G. etall. **Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, 48(2): 257-63, 2014
- GROFF, D. P. etall. **Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro.** Arquivos Catarinenses de Medicina. Vol. 40, nº3, 2011.
- MALFATTI, C.R.M. e ASSUNÇÃO, A.N. **Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia Saúde da família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família.** Ciência & Saúde Coletiva, vol. 16, suplemento 1. Rio de Janeiro, 2001
- World Health Organization(WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: WHO; 2003.
- Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes.** 2 ed. Belo Horizonte. SAS/MG, 2007, 198p.
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2013-2014.** Disponível em: <http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>. Acesso em out/2015.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **CENSO 2010.** Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em out/2015.
- Câmara dos Vereadores. **História da cidade.** Carmo do Paranaíba. Disponível em: www.carmodoparanaiba.mg.leg.br. Acesso em out/2015.
- Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** 2013. Disponível em: <http://www.carmodoparanaiba.mg.gov.br/secretarias/secretaria-municipal-de-saude.html>. Acesso em out/2015.