

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

**YAILIN CASTANEDA CASTILLO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE ESTILOS DE VIDA DOS  
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NA EQUIPE SANTA FE EM  
RIBEIRÃO DAS NEVES- MG.**

**BELO HORIZONTE- MG**

**2015**

**YAILIN CASTANEDA CASTILLO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE ESTILOS DE VIDA DOS  
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NA EQUIPE SANTA FE EM  
RIBEIRÃO DAS NEVES- MG.**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima

**BELO HORIZONTE- MG**

**2015**

**YAILIN CASTANEDA CASTILLO**

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE ESTILOS DE VIDA DOS  
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NA EQUIPE SANTA FE EM  
RIBEIRÃO DAS NEVES- MG.**

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

Banca Examinadora:

Prof.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima (orientadora)

Prof. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha tutora: Prof.<sup>a</sup> Virgiane Barbosa de Lima, pelo acolhimento, apoio, ajuda incondicional e pelo seu carinho e que sem ela seria impossível o entendimento e a realização do TCC.

Agradeço ao Programa Mais Médicos para o Brasil que me deu a oportunidade de conhecer o povo brasileiro e a possibilidade de contribuir e ajudá-los com o meu trabalho a melhorar a saúde no país.

Agradeço o apoio da minha família que ainda na distancia me dão forças para continuar.

## RESUM O

O acompanhamento e o tratamento do diabetes na atenção primária à saúde é importante devido à alta prevalência esta doença na população, Assim, este trabalho tem o objetivo principal de reduzir a morbidade e a mortalidade pelo diabetes, buscando qualificar a assistência à saúde na Equipe Santa Fé, no município de Ribeirão das Neves em Minas Gerais. A metodologia foi a elaboração de um plano de intervenção a partir do diagnóstico situacional da equipe, realizado durante o curso de especialização Estratégia em Saúde da Família e com revisão da bibliografia disponível sobre o tema, que foi realizada subsidiar e levantar as evidencias já existentes sobre o tema. O projeto de intervenção elaborado visa principalmente planejar e realizar ações educativas como forma de um instrumento de trabalho para melhorar a primeira causa de atendimentos médicos na unidade de saúde. Espera-se que a equipe seja beneficiada melhorando suas ações para alcançar metas estabelecidas e assim melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus. Prevenção.

## **ABSTRACT**

The monitoring and diabetes treatment in primary health care is important because of the high prevalence this disease in the population, This work has the main goal of reducing morbidity and mortality from diabetes, seeking to qualify the health care in the Team Santa Faith in Ribeirão das Neves in Minas Gerais. The methodology was the elaboration of an action plan from the situational team diagnosis, performed during the course of specialization strategy for Health and review of the available literature on the subject, which was held subsidize and raise the existing evidence on the theme. The elaborate intervention project aims primarily to plan and carry out educational activities as a form of a tool to improve the leading cause of medical care at the clinic. It is expected that the team is benefited by improving their actions to achieve established goals and thus improve the quality of life of patients.

**Keywords:** Primary Health Care. Diabetes Mellitus. Prevention.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVO.....	17
4 REVISÃO DE LITERATURA .....	18
5 MÉTODOS .....	23
6 PLANO DE AÇÃO .....	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS .....	35

## 1 INTRODUÇÃO

Ribeirão das Neves é um município de 322.659 habitantes que vivem numa área total de 157,41 km<sup>2</sup>, situado a 32 Km da capital Belo Horizonte. Fazendo parte da região metropolitana, seus municípios limítrofes são Esmeraldas, Contagem, Pedro Leopoldo, Vespasiano e São José da Lapa (IBGE, 2014).

Ainda conforme o instituto, a história do município inicia-se no século XVIII, o qual denominava-se "Matas de Bento Pires". No ano de 1745, o mestre de campo Jacintho Vieira da Costa obteve o título de sesmaria de uma porção de terra na região central, onde mais tarde, construiu-se a capela dedicada a Nossa Senhora das Neves, ao redor da qual posteriormente se formou a "Fazenda das Neves". Nos anos seguintes e com o crescimento da população passou a distrito de Venda Nova, ao lado do Ribeirão das Neves, que até o ano de 1916 encontrava-se registrado com o nome de Curral Del Rey. Em seguida, o município foi anexada ao distrito de Pindaíbas (Lei nº2.041 de 01/12/1873), atual Vera Cruz de Minas (Pedro Leopoldo) com a qual permaneceu até 1911, quando ambas foram anexadas ao recém município de Contagem. No ano de 1927, o Estado de Minas Gerais adquiriu as fazendas do Mato Grosso e parte da Fazenda de Neves para construção da Penitenciária agrícola que impulsionou o crescimento populacional, e em 1938, Contagem perde sua autonomia de município e é anexada à Betim junto de todos os seus distritos, incluindo Neves e Campanha. Neste mesmo ano, inaugurou-se a Penitenciária Agrícola de Neves. Por cinco anos, Neves pertenceu a Betim, quando foi, então, anexada ao município de Pedro Leopoldo, criado no ano de 1943. A mesma lei transferiu o distrito de Neves para Pedro Leopoldo, alterando seu nome para Ribeirão das Neves, que posteriormente se tornou município através da Lei nº1.039 de 12 de dezembro de 1953.

Ribeirão das Neves possui três macro-regionais conhecidas como distritos de Justinópolis, regional Centro e regional Veneza. A concentração habitacional do município é de 1931,92 hab./km<sup>2</sup>, vivendo em 94.791 domicílios e 85.239 famílias, onde o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,684 e a taxa de urbanização de 99,07%. A renda per capita média de Ribeirão das Neves foi de aproximadamente R\$500,0 ao ano. (IBGE, 2010).

Outros recursos da comunidade, são representados pela Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de Justinópolis, que se localiza próximo ao território da equipe Santa



Fé, 03 clínicas privadas, 03 escolas, onde 01 é particular e 02 públicas, 04 creches, 15 igrejas e 03 escolas infantis.

Em relação à atividade econômica, no município existem pequenas cerâmicas espalhadas pela periferia da cidade, e a atividade hortifrutigranjeira que funciona como importante fonte de renda das famílias. O setor primário de Ribeirão das Neves baseia-se na extração de pedras britadas e ornamentais, basicamente o gnaisse. Outra atividade significativa no município é a fabricação de móveis, indústrias de fabricação de artigos de vestuário, têxteis, etiquetas e adesivos, tubos de PVC, aparelhos e materiais elétricos, etc. O setor terciário relativamente desenvolvido, representado por comércio de grande porte e algumas fábricas (Ricardo Eletro, Casas Bahia, Drogaria Araujo, Amigão calçados, supermercados Bretas, Apoio Mineiro, Maxi atacado, supermercados Epa, Vinagre Dicasa, Grupo Embrasil, entre outras), que fortalecem o crescimento do município. Já o comércio varejista é modesto, com destaque para os depósitos de material de construção, seguidos de pequeno comércio dos setores alimentício, vestuário, farmacêutico, serviços de reparo e conservação. Para fortalecer o crescimento econômico e municipal as fábricas são um comércio em ascensão e empregam boa parte pequena da população economicamente ativa. Além disso, a proximidade de Ribeirão das Neves com o Anel Rodoviário de BH (40 km) e com o Aeroporto Internacional Tancredo Neves, em Confins (25 km), a disponibilidade de grandes terrenos e mão de obra farta vem despertando o interesse de indústrias para se instalarem na região. Por outro lado, Ribeirão das Neves abriga um complexo penitenciário subsidiado pelo Estado de Minas Gerais, sendo que atualmente sua população carcerária chega a cerca de 6.586 detentos, distribuídos nas seis unidades prisionais existentes no município, além de um Centro Sócio Educativo, com população estimada de 83 adolescentes (Secretaria de Estado de Defesa Social – SEDS, 2013).

Ribeirão das Neves já foi considerada um município dormitório, pois grande parte de seus moradores trabalhavam em Belo Horizonte, ou nos municípios vizinhos que também fazem parte da sua Região Metropolitana. Atualmente, representando cerca de 7% das atividades produtivas no domicílio são comuns os ofícios de costureiro, comerciantes, cabeleireiro e manicure. Já em relação às demais ocupações no município, destacaram-se o ofício de pedreiro, empregada doméstica, vendedor e diarista, existindo uma fração significativa de desempregados.

Quanto ao saneamento básico, em Ribeirão das Neves aproximadamente 98 % dos

domicílios possui água encanada fornecida por rede pública, e cerca de 70% da população, é servida por recolhimento de esgoto por rede pública, sendo que o percentual de domicílios que utiliza fossas sépticas é de mais ou menos 20% e aproximadamente 5% dos domicílios descarta o lixo a céu aberto. Por outro lado, cerca de 100% da população vive em domicílio equipado com energia elétrica.

A população de Ribeirão das Neves é relativamente jovem, onde aproximadamente 2% vive abaixo da linha de pobreza e o número de analfabetos que vivem na área rural é maior que na zona urbana. Conforme os registros da equipe de saúde, aproximadamente 70% da população idosa é analfabeta e cerca de 90% da população maior de 06 anos é alfabetizada.

Em relação aos recursos para a saúde em Ribeirão das Neves aproximadamente 90% da população é usuária da assistência à saúde pelo Sistema Único de Saúde(SUS). Para permitir a transparência nas ações, o Conselho Municipal de Saúde(CMS) é paritário com 50% de usuários, 25% trabalhadores e trabalhadores do Sindicato e 25% de representantes do Governo e Prestadores de Serviço.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no ano de 1996, o município passou a trabalhar com 53 equipes de Saúde da Família, 06 equipes de Saúde Bucal, 03 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 01 Centro de Especialidades Odontológicas(CEO), 01 Centro de Atenção Psicossocial(CAPS), 05 Unidades Básicas de Referência(UBR), laboratórios de análises clínicas e clínicas de imagem sendo que os dois últimos funcionam de forma complementar aos serviços prestados pelo SUS. Para promover o cuidado nas situações urgentes, as redes de média e alta complexidade fornecem atendimento através de 02 Unidades de Pronto Atendimento (01 -Nível II e 01 – Nível III); Hospital São Judas Tadeu, sendo que os usuários que necessitam de cuidados referentes à alta complexidade são referenciados para Belo Horizonte. Como recursos humanos, em Ribeirão das Neves, 66 servidores são comissionados, 891 são concursados, 904 são contratados e 35 são médicos vinculados ao Programa Mais Médicos para o Brasil(PMMB), que trabalham em média 8 horas por dia.

Os serviços de urgência e emergência em Ribeirão das Neves é realizado por 02 unidades de pronto atendimento (UPA), denominadas UPA Joanico que localiza-se no

centro da cidade e UPA Acrizio Menezes, mais conhecida como UPA de Justinópolis. As duas unidades prestam serviço para as 05 regiões (I, II, III, IV, V), assim, a região I e II referenciam seus pacientes para a primeira e as regiões III, IV e V os direciona a última. A equipe Santa Fe encontra-se próximo da região de Justinópolis e pertencendo à região IV, os casos urgentes são encaminhados à UPA Acrizio Menezes, exceto se a paciente está gestante será encaminhada para o Hospital São Judas Tadeu. Quando o paciente entra na unidade necessitando de cuidados urgentes, a equipe toma as medidas pertinentes no posto de saúde visando estabilizar ao paciente conforme os recursos disponíveis, posteriormente realiza-se o traslado do paciente através das ambulâncias do Serviço de Atendimento Móvel Urbano(SAMU).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Santa Fé localiza-se à Rua Paquetá, nº 415, no bairro Vila Santa Branca, com horário de funcionamento de 08:00 da manhã às 17:00 horas. Já a Unidade Básica de Referência (UBR) Jardim de Ala funciona das 07:00 às 19:00 horas e presta apoio ao trabalho da UBS, sendo esta responsável por 4144 usuários agrupados em 1159 famílias cadastradas. Para este atendimento, trabalham na equipe 05 ACS, 01 enfermeiro, 01 técnica em enfermagem e 01 médico. A cada mês a equipe se reúne entre 03 e 04 vezes, para discutir, planejar ações e também para discutir problemas existentes no posto de saúde. Assim, diariamente na unidade de saúde, o serviço é organizado, através do agendamento das consultas para todos os pacientes que procuram a equipe, sendo reservado um espaço prioritário para as situações urgentes e demanda espontânea, e ainda a triagem realizada pelo enfermeiro. Além disso, os exames clínicos como sorologia para dengue e escarro(BAAR) são encaminhados para epidemiologia via malote) que são coletados na unidade e encaminhados para laboratórios de referencia ou mesmo para o laboratório do município, porém os exames que demandam maior urgência são liberados imediatamente.

Um fator dificultador do processo de trabalho e que pode ser observado na rotina da equipe Santa Fé está relacionado à falta de medicamentos em algumas épocas; Falta do prontuário eletrônico e internet, número insuficiente de ACS e à infraestrutura da unidade que não está adequada para o funcionamento de uma unidade de saúde. Embora seja uma casa em boas condições, a edificação é pequena e destina-se a atender duas equipes de saúde, que são as equipes São José e Santa Fé, sendo esta o motivo deste trabalho. O local,

possui uma sala usada como recepção, outra onde é feito o acolhimento, sala de aplicação de vacinas e injeções. 01 sala para farmácia, 02 salas para consultas médicas, 01 cozinha e 02 banheiros. Além disso, existe um quintal com 01 banheiro adaptado para os pacientes, sendo este espaço utilizado como sala de espera para os pacientes.

Outro dificuldade enfrentada é a falta de veículo para as visitas domiciliares, além disso, o excesso de demanda espontânea, onde frequentemente determinados usuários ficam sem atendimento dentro do horário e nesse caso se a situação é urgente a equipe o faz após o turno de trabalho. Quando o número de pacientes é relativamente grande em relação à agenda programada, faz-se necessário proporcionar consultas mais rápidas podendo comprometer perder a qualidade do cuidado prestado. Além disso, a unidade de saúde localiza-se fora do território e próximo à UPA Justinópolis e por este motivo, é comum os usuários adscritos procurarem atendimento na UPA, que os encaminha para serem atendidos na equipe Santa Fé, onde este usuário acaba somando-se a outros, sobrecarregando a equipe e aumentando a demanda. A falta do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para auxiliar nas ações dos grupos operativos, ou mesmo auxiliar na orientação nutricional e física dos usuários. O sistema de referência e contra referência também é um fator dificultador do processo de trabalho, pois, a equipe não recebe contra-referência por parte dos especialistas além disso, existe uma longa fila de espera além da demora significativa de uma resposta da coordenação em relação aos encaminhamentos solicitados para serviços de maior complexidade e outras especialidades, falta reciprocidade entre os diferentes serviços.

Como fatores facilitadores do processo de trabalho, podem ser citados o fácil acesso dos usuários à unidade de saúde, que, embora encontre-se situada distante da população, é bem adaptada para receber os idosos, cadeirantes dentre outros; o processo de escuta qualificada desenvolvida pelos ACS, técnico em enfermagem e enfermeiro sobre os problemas dos pacientes, no sentido de encaminhá-los dentro da unidade e ao serviço procurado, auxiliando com informações importantes como o território onde vive o paciente, doenças notificadas anteriormente, dentre outras; A classificação de risco pois, nem todos os membros da equipe conhecem sinais de alerta ou de gravidade para avaliar as condições de urgência, ficando estes casos limitados à fila de espera. Os exames clínicos mais urgentes que são feitos no mesmo dia contribuindo com uma rápida confirmação do diagnóstico, o horário pré - estabelecido para atendimento à demanda espontânea; o trabalho dos ACS que se dividem entre o trabalho na unidade de saúde e as visitas

domiciliares, além de serem portadores de dados, dúvidas e problemas relacionados aos pacientes firmando um elo entre a equipe e os usuários e os grupos operativos de tabagismo, hipertensão e de diabetes com utilização do programa HIPERDIA.

Após a realização do diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe Santa Fé, foi possível identificar e definir os principais problemas enfrentados pela população daquela área. Para isto, foram observados dados do Ministério da Saúde, da prefeitura de Ribeirão das Neves, secretaria de saúde e da equipe, além da observação ativa da área de abrangência. As principais causas de morte no território da equipe Santa Fé são as doenças crônicas principalmente as de origem cardiovascular e a violência causada por armas de fogo, síndromes ansiosas e depressivas, transtornos de nutrição (obesidade) e dislipidemias.

Dentre os problemas de saúde encontrados no território o que foi considerado de maior relevância e urgência para a equipe de saúde Santa Fé foi o elevado número de usuários diabéticos descontrolados. A equipe percebeu a alta incidência da doença na rotina do serviço e durante os atendimentos médicos, além do número ser significativo nos registros da equipe. Além disso, a rotina dos profissionais da equipe conforme descrito anteriormente é alterada em decorrência de significativa demanda espontânea, pois, parte significativa dos atendimentos prestados, está relacionada ao descontrole glicêmico. Durante as consultas de enfermagem, consultas médicas, reuniões do grupo operativo e glicemia de jejum (e Hemoglobina glicada) alterada os profissionais da equipe perceberam a irregularidade do cumprimento da dieta, interrupção do uso de hipoglicemiantes ou por pouca informação sobre a doença e risco associados, embora recebam atendimento na equipe Santa Fé. Além de alterar a rotina de trabalho, a prática dos usuários de procurar consulta médica em períodos indeterminados, muitas vezes resulta em nova solicitação de exames clínicos, pois os pacientes normalmente não tem o hábito de portar exames anteriores, gerando certa demanda no laboratório de análises clínicas.

Através do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), iniciei meu trabalho como médico estrangeiro, de nacionalidade cubana, na equipe Santa Fé em janeiro do ano 2014, através da portaria interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do PMMB, fui matriculada no Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família (CEESF), oferecido pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com a finalidade de aperfeiçoar médicos nas políticas públicas de saúde, bem como atuar

na organização e funcionamento do SUS do Brasil.(BRASIL, 2013). No CEESF, os profissionais cursam a disciplina de Planejamento e avaliação das ações em saúde, onde aprendem a realizar a análise situacional através o método da estimativa rápida, bem como aplicar os princípios do Planejamento Estratégico Situacional(PES) para procurar resolver os problemas encontrados durante a realização do diagnóstico situacional. A proposta de intervenção é realizada observando-se a devida análise de governabilidade e a viabilidade do plano proposto , além dos nós críticos que impedem o andamento das situações.(CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010).

Diante dos problemas observados na análise situacional, foi elaborado um plano de ação visando modificar alguns hábitos praticados pelos pacientes diabéticos, pois, neste momento a equipe tem governabilidade suficiente para aplicar novas abordagens aproveitando o grupo de hipertensos e diabéticos que funciona na unidade para iniciar a modificação dos hábitos alimentares, e orientação sobre a importância de tomar remédio para manter os níveis séricos da droga ideais e que por ser crônica também demanda cuidados. A outra parte da intervenção será no consultório médico, onde irá abrir agenda específica para atendimento de pacientes diabéticos e finalmente, os ACS durante as visitas domiciliares levarão um resumo das maiores necessidades e o levará para o domicílio do usuário.

## **2 JUSTIFICATIVA**

A escolha do problema selecionado neste trabalho justifica-se pelo elevado número de pacientes com diabetes mellitus, que embora diagnosticados procuram os serviços em saúde da equipe Santa Fé em busca de consulta médica para resolver problemas relacionados à doença pela conseqüente falta de efetividade do tratamento medicamentoso, descontrole glicêmico e desconhecimento sobre a doença, na tentativa de enfrentar o problema que altera o processo de trabalho da equipe Santa Fé, localizada no município de Ribeirão das Neves/MG.

### **3 OBJETIVO**

Elaborar um plano de intervenção para garantir assistência e seguimento aos pacientes com Diabetes Mellitus, aumentando a qualidade de vida deste grupo de usuários adscritos à ESF Santa Fé em Ribeirão das Neves.



#### 4 REVISÃO DE LITERATURA

O diabetes mellitus (Neste trabalho foi usado este termo para o descritor diabetes mellitus tipo 2) é um problema de saúde responsável pela quarta causa de morte no Brasil por incapacidade e mortalidade.(PACE, NUNES, OCHOA-VIGO, 2003).O aumento da prevalência da doença vem adquirindo características epidêmicas principalmente nos países em desenvolvimento como o Brasil.(SARTORELLI, FRANCO, 2003). Além disso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) estima que a metade da população com diabetes desconhece ser portador da doença e muitas vezes somente são diagnosticados quando são evidenciadas os sinais de complicações.

A doença representa ainda custos financeiros elevados, resulta em situações de dor, ansiedade, inconveniência, perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce, mortalidade prematura e conseqüentemente menor qualidade de vida acometendo doentes e seus familiares.(BRASIL, 2006).

De acordo com Chacra (2001) apud Maia, Campos (2005, p. 209),

[...]Diabetes mellitus é um distúrbio metabólico determinado geneticamente, associado com deficiência absoluta ou relativa de insulina e que na sua manifestação clínica completa é caracterizado por alterações metabólicas, complicações vasculares e neuropáticas. O principal objetivo do tratamento do paciente diabético é a prevenção das complicações crônicas, pois a doença não é curável e sim controlável. No Brasil é bastante elevada a incidência de complicações crônicas do diabetes. Estima-se que existam cinco milhões de indivíduos portadores de diabetes, sendo que metade desconhece o diagnóstico. Em grande número de indivíduos, principalmente em crianças e adolescentes, o diagnóstico do diabetes é realizado em vigência de complicações, principalmente infecções.

Os tipos mais comuns de diabetes, são o diabetes tipo 1, diabetes tipo 2 correspondendo a aproximadamente 90% de todos os casos, e o diabetes gestacional, encontrado no rastreamento pré-natal. Além disso, outros tipos específicos de diabetes mais incomuns são os "derivados de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes".(BRASIL, 2006, p. 12).

O Diabetes mellitus é uma doença metabólica, caracterizada por hiperglicemia e que se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva. Podendo ainda se manifestar por complicações agudas, causando riscos à vida por cetoacidose diabética ou por síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. Já a hiperglicemia crônica relaciona-se a dano, disfunção e falência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos.(GROSS, et. al., 2002). Assim, os testes de rastreamento, embora sem comprovação clínica, são indicados para indivíduos que embora assintomáticos, apresentem risco de desenvolver a doença.(BRASIL, 2006). Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, os fatores indicativos de maior risco são:

- [...]Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL.
- História de macrosomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.(BRASIL, 2006, p. 14).

Para confirmar o diagnóstico do diabetes mellitus são necessários alguns requisitos, pois quando se trata de uma pessoa com sintomas de hiperglicemia grave detectada em condições de infecções agudas, traumáticas, esforço circulatório ou outro pode se tratar de uma situação transitória não devendo, ser tratado por si só como diagnóstico de diabetes. Já em pessoas com a doença de forma assintomática, devem ser realizados exames de glicose pelo menos dois tempos, observando os valores anormais da glicemia.(WHO, 1999). Porém para o diagnóstico seguro, são observadas as alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral, sendo que a glico-hemoglobina que anteriormente era citada como a que não apresentava acurácia diagnóstica adequada para o diagnóstico de diabetes, atualmente já é contemplada como alternativa para o diagnóstico do diabetes além de ser útil no acompanhamento, é um marcador da glicemia crônica porque reflete a exposição glicêmica dos últimos dois a três meses anteriores à coleta do sangue.(GROSS, et. al.; 2002 MAGALHÃES, et. al., 2012, p. 361).

De acordo com o manual Métodos e critérios para o diagnóstico do diabetes mellitus, são três os critérios utilizados para o diagnóstico com utilização da glicemia:

- sintomas de poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso sem causa aparente, acrescidos de glicemia casual acima de 200 mg/dl.
- glicemia jejum  $\geq 126$  mg/dl.
- glicemia de 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose anidra(dextrosol) acima de 200 mg/dl.

Os critérios acima são válidos quando as dosagens são repetidas e confirmadas em um dia diferente.

Teste de glicemia plasmática em jejum: A glicose é doseada no plasma sanguíneo com pelo menos 8 horas de jejum. O teste é usado para detectar diabetes ou pré-diabetes.

Glicemia em jejum entre 100 mg/dl e 125 mg/dl, confirma o pré-diabetes, significando que o indivíduo está mais propenso a desenvolver o diabetes tipo 2. Já a glicemia em jejum igual ou superior a 126 mg/dl, confirmada por repetição do teste em outro dia, é diagnóstico de diabetes, mesmo assim deve ser confirmada por TTG.

Teste oral de tolerância à glicose(TTG): este tipo de exame mede a glicose no sangue em dois momentos: após pelo menos 8 horas de jejum e após 2 horas da ingestão de um líquido com quantidade conhecida de glicose (75 g de dextrosol). Este teste também é usado para detectar diabetes ou pré-diabetes.

Glicemia entre 140 mg/dl e 199 mg/dl no TTG confirma o pré-diabetes, também chamado de intolerância à glicose, significando que o indivíduo está propenso a desenvolver o diabetes tipo 2.(DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013/2014, p.9).

A doença arterial coronariana possui como um dos seus principais fatores de risco a hipertensão arterial sistêmica, tabagismo, dislipidemias, obesidade, sedentarismo, antecedentes familiares e o Diabetes mellitus. Uma vez, conhecendo a prevalência dos mesmos, através de programas de prevenção primária e secundária é possível reduzir estes fatores para promover a saúde (GUS, FISCHMANN, MEDINA, 2002). Assim, os profissionais de saúde devem atentar para a identificação das pessoas com risco para o diabetes mellitus, envolvendo ações para promover o controle dos pacientes diagnosticados, contando para isto com a participação da família.(PACE, NUNES, OCHOA-VIGO, 2003).

Como doença crônica, o diabetes acarreta grande impacto econômico para as nações, e para minimizá-lo é necessário reduzir a incidência da doença, evitando seu aparecimento através de medidas preventivas, sobretudo em indivíduos que apresentam alto risco, como é o caso dos portadores de tolerância diminuída à glicose (TDG) e de glicemia de jejum alterada (GJA). Dentre as complicações crônicas causadas esta alteração, está o pé diabético, que parte significativa da população diabética evolui para amputação, sendo assim denominado para descrever lesões nos pés dos portadores de Diabetes mellitus resultado da combinação da neuropatia sensitivo-motora e autonômica periférica crônica, da doença vascular periférica, alterações biomecânicas que resultam em pressão plantar anormal que podem surgir e piorar o quadro (COELHO, SILVA, PADILHA, 2009). Assim, são necessárias intervenções sobre o comportamento associadas à terapia farmacológica que podem modificar estilos de vida, através do controle da dieta, prática sistemática de exercícios físicos, e a utilização de antidiabéticos orais. Os fatores de risco não modificáveis para Diabetes mellitus, estão relacionados à idade, histórico familiar, dentre outros, já os fatores de risco modificáveis são representados pela obesidade, fatores dietoterápicos, sedentarismo, tabagismo, stress psicossocial e transtorno depressivo maior, podem ser transformados, pois, são passíveis de intervenções.(LYRA et. al., 2006). Após o insucesso do tratamento do diabetes pela falta de atividades preventivas adequadas, num segundo momento, são utilizados agentes medicamentosos para a terapia do diabetes que são a insulina e os hipoglicemiantes orais principalmente as biguanidas e as sulfoniluréias.(ASSUNÇÃO, SANTOS, COSTA, 2002).

A Atenção Primária mesmo antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), representa o ponto de partida para a organização dos serviços de saúde onde a principal proposta resultaria na mudança do modelo assistencial(GIL, 2006). Posteriormente, houve a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que de acordo com Rosa e Labate(2005, p. 1028),

[...]surge no Brasil como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Acredita-se que a busca de novos modelos de assistência decorre de um momento histórico social, onde o modelo tecnicista/hospitalocêntrico não atende mais à emergência das mudanças do mundo moderno e, conseqüentemente, às necessidades de saúde das pessoas. Assim, o PSF se apresenta como uma nova maneira de trabalhar a saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente, introduzindo nova visão no processo de intervenção em saúde na medida em que não espera a

população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção.

Os autores ainda descrevem que o PSF foi considerado um programa, onde as intervenções ocorrem paralelas às atividades dos serviços de saúde. Por esta razão deixa de ser programa, configurando-se como estratégia pois, permite a integração, promoção e organização das atividades para um território definido a fim de enfrentar e resolver os problemas identificados(ROSA & LABATE,2005).

## 5 MÉTODOS

Este trabalho é um projeto de intervenção voltado para o tema atenção e seguimento integral do pacientes Diabéticos na Atenção Básica. O estudo foi realizado no ano de 2014 o centro de saúde Santa Fé localizado na região de Justinópolis em Ribeirão das Neves/Minas Gerais, cujas ações serão voltadas para a população adscrita à unidade.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o referido território, foi observado os principais problemas enfrentados por essa equipe. A proposta é, planejar intervenções que garantam melhoria no atendimento dos pacientes com Diabetes Mellitus, baseado no planejamento estratégico situacional (PES) conforme módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010).

Na construção desse projeto foram utilizados trabalhos científicos disponíveis nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, incluindo artigos, publicações em livros e revistas médicas, serão selecionados conforme sua relevância. Outros dados importantes que serão utilizados são encontrados na secretaria municipal de saúde de Ribeirão das Neves, dados do Ministério da Saúde e arquivos da própria unidade de saúde.

Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Atenção Primária à Saúde, diabetes Mellitus, Prevenção.

## 6 PLANO DE AÇÃO

### 1º Passo: Definição dos problemas

De acordo com Campos; Faria; Santos (2010), problema é um obstáculo que impede um indivíduo de alcançar seus objetivos. Assim, durante o período de trabalhos na Unidade Básica de Saúde Santa Fé em Ribeirão das Neves, foi possível verificar os principais problemas enfrentados pela população daquela área de abrangência. Com a realização do diagnóstico situacional do território, os maiores problemas enfrentados pelo usuário foram o alto índice de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica; Uso indiscriminado de psicofármacos; Incidência de doenças cardiovasculares; Alto índice de obesidade e dislipidemias; Baixo nível de escolaridade; Falta de vínculo entre equipe de saúde e usuários e Elevada incidência e prevalência de pacientes diabéticos descontrolados sendo este o que mais chamou a atenção da equipe.

### 2º Passo: Priorização dos problemas

Embora todos os problemas encontrados no território da equipe Santa Fé além de importantes, necessitem de atenção, neste momento, dificilmente seria possível a equipe resolver todos ao mesmo tempo, pois, envolve recursos financeiros, recursos humanos, educação permanente, materiais e equipamentos na unidade e à disposição da equipe. Assim, construiu-se um quadro com os problemas identificados analisados e posteriormente selecionados quanto à prioridade.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacitação de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência e prevalência de pacientes diabéticos descontrolados	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de HAS/ doenças cardiovasculares	Alta	8	Parcial	1
Uso indiscriminado de psicofármacos	Alta	7	Parcial	2
Falta de vínculo entre equipe e usuário	Alta	7	Parcial	2
Baixo nível de escolaridade	Alta	7	Fora	3

### **3º Passo: Descrição do problema**

Dentre os problemas de saúde encontrados no território da equipe Santa Fé, o de maior relevância e urgência para a equipe foi o elevado número de usuários diabéticos descontrolados. A equipe percebeu a alta incidência da doença na rotina do serviço e durante os atendimentos médicos e nos registros da equipe. Além disso, a rotina dos profissionais é alterada em decorrência de significativa demanda espontânea, pois, grande quantidade dos atendimentos prestados, está relacionada ao descontrole glicêmico. Durante as consultas de enfermagem, consultas médicas, reuniões do grupo operativo e glicemia de jejum (e Hemoglobina glicada) observou-se as alterações com o irregularidade do cumprimento da dieta, interrupção do uso de hipoglicemiantes ou por pouca informação sobre a doença e risco associados, embora recebam atendimento na equipe Santa Fé. Além de alterar a rotina de trabalho, a prática dos usuários de procurar consulta médica em períodos indeterminados, muitas vezes resulta em nova solicitação de exames clínicos, pois os pacientes normalmente não tem o hábito de portar exames anteriores, gerando certa demanda no laboratório de análises clínicas.

### **4º Passo: explicação do problema**

Em reunião entre os profissionais da equipe Santa Fé e pela observação da análise situacional da sua área de abrangência, foi possível conhecer e em seguida priorizar os problemas de saúde relacionados àquele território. Assim, observou-se a relevância, capacidade de enfrentamento do problema e a governabilidade da equipe sobre o problema escolhido para intensificar o cuidado que foi a alta prevalência de pacientes diabéticos residentes no território sob responsabilidade da equipe Santa Fé , principalmente porque embora devidamente diagnosticados e com os medicamentos prescritos, frequentemente retornam à demanda da equipe em busca de nova consulta médica. Assim, pela falta do núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF) para auxiliar nas ações dos grupos operativos, ou mesmo na orientação nutricional e física dos usuários, esta proposta procura resolver o problema, levando maior conhecimento em relação à doença pelo usuário, aproveitar o espaço do HIPERDIA para disseminar a importância da modificação dos hábitos



alimentares, uso regular de medicamentos, sedentarismo, bem como capacitando a equipe para lidar com o problema e prestar melhor serviço em saúde para esta população.

### 5º Passo: seleção dos “nós críticos”

Os principais nós críticos que impedem o controle da doença são:

- Conhecimentos insuficiente sobre o Diabetes;
- Uso incorreto dos medicamentos;
- Falta de hábitos alimentares corretos e sedentarismo;
- Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.

### 6º Passo: desenho das operações

<b>Desenho de operações para os nós críticos do problema “ Alta prevalência de pacientes Diabéticos descompensados”</b>				
<b>No crítico</b>	<b>Operação/projeto</b>	<b>Resultados esperados</b>	<b>Produtos esperados</b>	<b>Recursos necessários</b>
Conhecimentos insuficiente sobre o Diabetes	<b>Juntos para vencer o diabetes</b>	População informada do porque de praticar e aderir às atividades físicas Utilização de medicamentos, edulcorantes e alimentos hipocalóricos  Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.	"Programa dos pontos": Troca de receitas e informações, receitas diet e ligh nas reuniões propostas pela equipe;  Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente	Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Lanche ligh para as reuniões  Organizacional →Recrutar grupos para as atividades
Uso incorreto dos medicamentos	<b>Dose certa</b>	Usuários que conseguem repetir para o grupo de apoio o nome do seu medicamento e o horário que tomou, bem como a regularidade das tomadas	"Projeto escala do sucesso": construção de escala, com a glicemia do trimestre(quem conseguir melhor controle glicêmico é o paciente homenageado no	Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Cognitivo→Recrutar o paciente para responsabilizar-se pelo seu

			mês.)	problema
Falta de hábitos alimentares corretos e sedentarismo	<b>Novo hábito</b>	Modificar hábitos e estilos de vida Diminuir o número de sedentários, tabagistas e obesos .	1. "Programa legal": caminhada e prática em academias da cidade Orientada; "Programa Alimento verde" :estimular a comunidade a produzir verduras para todos os que participam do projeto.	Organizacional → para organizar o programa legal(Caminhadas e exercícios); Organização da horta do programa Alimento verde" Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço para plantar as verduras, mobilização social e articulação Intersetorial com a prefeitura; Financeiro → para aquisição de sementes e adubo para as plantas.
Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema	<b>Meu paciente</b>	Capacitação da equipe para lidar com o diabetes com incentivo à formação do vínculo e comunicação ideal entre a equipe e o usuário	Equipe que se coloca no lugar do outro, conhece os problemas do paciente e o conduz a melhorar sua atitudes frente à doença.	Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.  Organizacional →Recrutar os profissionais para as atividades.

### 7º Passo: Identificação dos recursos críticos

<b>Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento do problema "Alta prevalência de pacientes Diabéticos descompensados"</b>	
<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos críticos</b>
<b>Juntos para vencer o diabetes</b>	Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Lanche light para as reuniões  Organizacional → Recrutar grupos para as atividades
<b>Dose certa</b>	Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Cognitivo → Recrutar o paciente para responsabilizar-se pelo seu problema
<b>Novo hábito</b>	Organizacional → para organizar o programa legal (Caminhadas e exercícios); Organização da horta do programa Alimento verde" Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político → conseguir o espaço para plantar as verduras, mobilização social e articulação Intersetorial com a prefeitura; Financeiro → para aquisição de sementes e adubo para as plantas.
<b>Meu paciente</b>	Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.  Organizacional → Recrutar os profissionais para as atividades.

#### 8º Passo: análise de viabilidade do plano

<b>Análise da viabilidade do plano para o problema "Alta prevalência de pacientes Diabéticos descompensados"</b>				
<b>Operações/ Projetos</b>	<b>Recursos críticos</b>	<b>Controle dos recursos críticos</b>		<b>Ação estratégica</b>
		<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	
<b>Juntos para vencer o diabetes</b>	Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Lanche light para as reuniões  Organizacional → Recrutar grupos	Coordenador da atenção básica	Favorável	Apresentar o projeto. Apoio dos moradores.
		Representante da população	Favorável	

	para as atividades			
<b>Dose certa</b>	<p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Cognitivo → Recrutar o paciente para responsabilizar-se pelo seu problema</p>	Médico e enfermeiro	Favorável	Apresentar o projeto
<b>Novo hábito</b>	<p>Organizacional → para organizar o programa legal (Caminhadas e exercícios); Organização da horta do programa "Alimento verde"</p> <p>Cognitivo → informação sobre o tema e estratégias de comunicação;</p> <p>Político → conseguir o espaço para plantar as verduras, mobilização social e articulação Intersetorial com a prefeitura;</p> <p>Financeiro → para aquisição de sementes e adubo para as plantas.</p>	Enfermeiro e ACS	Favorável	Apresentar o projeto
<b>Meu paciente</b>	<p>Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.</p> <p>Organizacional → Recrutar os profissionais para as atividades.</p>	Equipe de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto

### 9º Passo: elaboração do plano operativo

<b>Plano Operativo para o problema "Alta prevalência de pacientes Diabéticos descompensados"</b>					
<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
<b>Juntos para vencer o diabetes</b>	População informada do porque de praticar e aderir às atividades físicas Utilização de medicamentos, edulcorantes e alimentos hipocalóricos  Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.	"Programa dos pontos": Troca de receitas e informações, receitas diet e ligh nas reuniões propostas pela equipe;  Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente	Apresentar o projeto para Coordenador da atenção básica	Médico	Três meses para o início das atividades
<b>Dose certa</b>	Usuários que conseguem repetir para o grupo de apoio o nome do seu medicamento e o horário que tomou, bem como a regularidade das tomadas	"Projeto escala do sucesso": construção de escala, com a glicemia do trimestre (quem conseguir melhor controle glicêmico é o paciente homenageado no mês.)	Apresentar o projeto para a equipe e farmacêutico da prefeitura	Médico	Início: três meses
<b>Novo hábito</b>	Modificar hábitos e estilos de vida Diminuir o número de sedentários, tabagistas e obesos	Programa legal": caminhada e prática em academias da cidade Orientada; "Programa Alimento verde" :estimular a comunidade a produzir verduras para	Apresentar o projeto para a equipe	Enfermeiro	Início em quatro meses e

		todos os que participam do projeto.			
<b>Meu paciente</b>	Capacitação da equipe para lidar com o diabetes com incentivo à formação do vínculo e comunicação ideal entre a equipe e o usuário	Equipe que se coloca no lugar do outro, conhece os problemas do paciente e o conduz a melhorar sua atitudes frente à doença.	Apresentar o projeto para a equipe	ACS	Início: três meses.

### 10º Passo: Gestão do plano

<b>Planilha de acompanhamento das operações/projeto do problema "Alta prevalência de pacientes Diabéticos descompensados"</b>					
<b>Operação "Juntos para vencer o diabetes"</b>					
<b>Coordenação: Enfermeiro</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
"Programa dos pontos": Troca de receitas e informações, receitas diet e ligh nas reuniões propostas pela equipe;  Maior número de familiares participando e acompanhando	Educador físico da prefeitura	3 meses	Programa a ser implantado e		

o paciente					
<b>Operação "Dose certa".</b>					
<b>Coordenação: Médico</b>					
"Projeto escala do sucesso": construção de escala, com a glicemia do trimestre (quem conseguir melhor controle glicêmico é o paciente homenageado no mês.)	Coordenador (a) da Atenção Primária,	Início: três meses.	Projeto ainda em discussão com a Coordenação	.	Um mês.
<b>Operação "Novo hábito"</b>					
<b>Coordenação: Enfermeiro</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>
Programa legal": caminhada e prática em academias da cidade Orientada; "Programa Alimento verde" :estimular a comunidade a produzir verduras para todos os que participam do projeto.	ACS	9 meses	Programa a ser implantado		
<b>Operação : "Meu paciente"</b>					
<b>Coordenação: Enfermeiro</b>					
<b>Produtos</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>	<b>Prazo Situação atual</b>	<b>Justificativa</b>	<b>Novo prazo</b>

Equipe que se coloca no lugar do outro, conhece os problemas do paciente e o conduz a melhorar sua atitudes frente à doença.	ACS	Início: três meses.	Projeto apresentado		
--	-----	---------------------	---------------------	--	--



## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A realização da análise situacional, identificação, priorização dos problemas e a construção do plano de ação foram etapas fundamentais para construir este plano de ação envolvendo a equipe Santa Fé em Ribeirão das Neves. Sendo uma forma de enfrentar o problema selecionado para nesta intervenção esta ferramenta utiliza mecanismos de monitoramento e avaliação de todas as etapas acompanhando os passos e resultados das ações implementadas, com as devidas correções de rumo se necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho.

Para o sucesso desta proposta é necessário o apoio e empenho da equipe multidisciplinar e dos profissionais de saúde que trabalham na ESF Santa Fé na tentativa de proporcionar atendimento aos pacientes diabéticos que através deste plano de intervenção proporciona melhor assistência orientação medicamentosa, alimentação regular aos usuários que residem no território da equipe. Com este plano de ação aplicado espera-se reduzir o número da prevalência do diabetes na área de abrangência resultando em melhoria da qualidade de vida para este grupo de pacientes.

## REFERÊNCIAS

ASSUNCAO, Maria Cecília Formoso; SANTOS, Iná da Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 1, p. 205-211, Fev. 2002 .

BRASIL, Ministério da Saúde, Portal da Saúde. Brasília, DF; 2013. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizartexto.cfm?dtx=36873&janela>. Acesso em maio/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasil. 2006.

CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**, 2ª ed. Diagnóstico situacional em saúde. Seção 2. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

COELHO, M. S. , SILVA, M. G. V. PADILHA, M. I. S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com diabetes mellitus tipo 2, **Rev. Esc. Enferm. USP**. v.43, n. 1, p.65-71 . **2009**

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo. 2014.

Gil, C., R., R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1171-1181, jun. 2006.

GROSS, Jorge L. et al . Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arq. Bras Endocrinol. Metab.**, São Paulo , v. 46, n. 1, p. 16-26, Fev. 2002 .

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalência dos Fatores de Risco da Doença Arterial Coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 78, n. 5, p. 478-83. 2002

LYRA, Ruy et al . Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 50, n. 2, p. 239-249, Apr. 2006 .

MAGALHÃES, G. L., et. al. .Atualização dos critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus utilizando a A1C. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 3, p. 361-367, jul./set. 2012.

MAIA, Clícia Adriana S.; CAMPOS, Carlos Alberto H. de. Diabetes Mellitus como causa de perda auditiva. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 71, n. 2, p. 208-214, Abr. 2005 .

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção a Saúde do Adulto: **Hipertensão e Diabetes**. Belo Horizonte. 2007.198p.

<http://www.cidade-brasil.com.br/municipio-ribeirao-das-neves.html>. 10 de março de 2014.

PACE, A. E.; NUNES, P. D.; OCHOA-VIGO, k. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do Portador de diabetes mellitus. **Rev Latino-am. Enfermagem** , v. 11. n. 3. p. 312. 2003

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO DAS NEVES. Autor do Histórico: Gladston Policarpo.

ROSA, W., A., G.; LABATE, R. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 1027-34, nov./dez. 2005 .

SARTORELLI, Daniela Saes; FRANCO, Laércio Joel. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 1, p. S29-S36, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus para o Sistema Único de Saúde. Brasil. 2006. 58p.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. **Banco de dados**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/siab.php>> .Acesso em 18 de dezembro de 2015.

World Health Organization(1999). Department of noncommunicable disease surveillance. **Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications**. Geneva.