

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

MARÍLIA CAMPOS DA SILVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS
QUE INFLUEM NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES
DIABÉTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ SABINO DE
ASSIS LEITE EM UBAPORANGA.MINAS GERAIS**

IPATINGA/MINAS GERAIS

2016

MARÍLIA CAMPOS DA SILVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS
QUE INFLUEM NA QUALIDADE DE VIDA DOS
PACIENTES DIABÉTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ
SABINO DE ASSIS LEITE EM UBAPORANGA. MINAS GERAIS**

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

Orientador: Prof. Cristina Garcia Lopes Alves

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

2016

MARÍLIA CAMPOS DA SILVEIRA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAÇÃO DOS FATORES DE RISCOS
QUE INFLUEM NA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES
DIABÉTICOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JOSÉ SABINO DE
ASSIS LEITE EM UBAPORANGA. MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1- Prof. Cristina Garcia Lopes Alves.

Examinador 2-Prof. Ms Eulita Maria Barcelos (UFMG).

Aprovado em Belo Horizonte, de de 2016

RESUMO

Ubaporanga é um município brasileiro situado na região leste do Estado de Minas Gerais. A Unidade Básica de Saúde pesquisada é a José Sabino de Assis Leite, localizada no distrito de São Jose do Batatal, em área rural. O problema de maior relevância na equipe de saúde José Sabino de Assis Leite foi alta incidência de doenças cardiovasculares em pessoas idosas com maior ênfase em Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada. O objetivo desse trabalho é elaborar um plano de ação para modificação dos fatores de risco que influem na qualidade de vida dos pacientes com diabetes mellitus. Para a construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos e outros dados disponíveis na secretaria municipal de saúde de Ubaporanga. Foi disponibilizado horário na agenda de atendimentos para esse grupo de pacientes. Pretendeu-se aumentar o nível de informação dos pacientes sobre os principais fatores de risco em relação a sua doença. Para a realização desse projeto de intervenção foi preciso articular parceria entre unidade básica de saúde e secretaria de saúde do município. A pesquisa da qualidade de vida dos portadores de diabetes mellitus surge para orientar os serviços de saúde e com isso a prática clínica sendo assim se nota a fundamental relevância para o processo de tomada de decisão e determinação do benefício terapêutico. Com um melhor acompanhamento familiar e seguimento padronizado em consulta, torna-se possível se ter um controle satisfatório da doença e assim pode-se evitar agravos relacionados aos portadores de diabetes.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Diabetes. Hiperdia.

ABSTRACT

Ubaporanga is a Brazilian municipality located in the eastern region of Minas Gerais. The researched Basic Health Unit is José Sabino de Assis Leite, located in the district of São José do Batatal, in rural areas. The most relevant issue in the health team José Sabino de Assis Leite was a high incidence of cardiovascular disease in elderly people with greater emphasis on Diabetes and Hypertension decompensated. The aim of this work is to develop a plan of action for modification of risk factors that influence the quality of life of patients with diabetes mellitus. For the construction of this project were used scientific papers and other data available at the local health department of Ubaporanga. Time was released in attendance schedule for this group of patients. It was intended to increase the level of information to patients on main risk factors in relation to their disease. For the realization of this intervention project it was necessary to articulate partnership between primary care unit and county health department. The quality of research of life of patients with diabetes mellitus appears to guide health services and thus clinical practice and thus note the fundamental relevance to the decision-making process and determine the therapeutic benefit. With better family support and standardized follow-up consultation, it becomes possible to have satisfactory control of the disease and thus can prevent injuries related to people with diabetes.

Keywords: Primary health care. Diabetes. Hipertensão.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 JUSTIFICATIVA.....	10
3 OBJETIVO.....	12
4 MÉTODOLOGIA.....	13
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
5.1 Atenção Primária à Saúde (APS).....	15
5.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).....	15
5.3 Estratégia Saúde da Família (ESF).....	16
5.4 Diabetes Mellitus (DM).....	17
6 PLANOS DE AÇÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	34
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

Ubaporanga é um município brasileiro situado na região leste do Estado de Minas Gerais. Pertence a microrregião de Caratinga, na mesorregião do Vale do Rio Doce. O município faz limites com Inhapim, Caratinga, Piedade de Caratinga e Imbé de Minas, e, distante 290 km da capital, Belo Horizonte. A população total do município era de 16.400 de habitantes, de acordo com o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE (2010).

O município de Ubaporanga emancipou em 27 de abril de 1992. É constituído área total de 205,91 km², onde concentram 62% em área urbana e 48% em área rural (distritos e localidades). Ubaporanga possui três distritos e duas localidades. Os distritos são Ubaporanga (sede), São José do batatal e São Sebastião do Batatal. As localidades são Pau de folha e Santa Terezinha. As principais atividades econômicas são comércio, funcionário público e agricultura. O Índice de Desenvolvimento Humano do município (IDH) é de 0,741, segundo o Atlas de desenvolvimento Humano/PNUD (BRASIL, 2015).

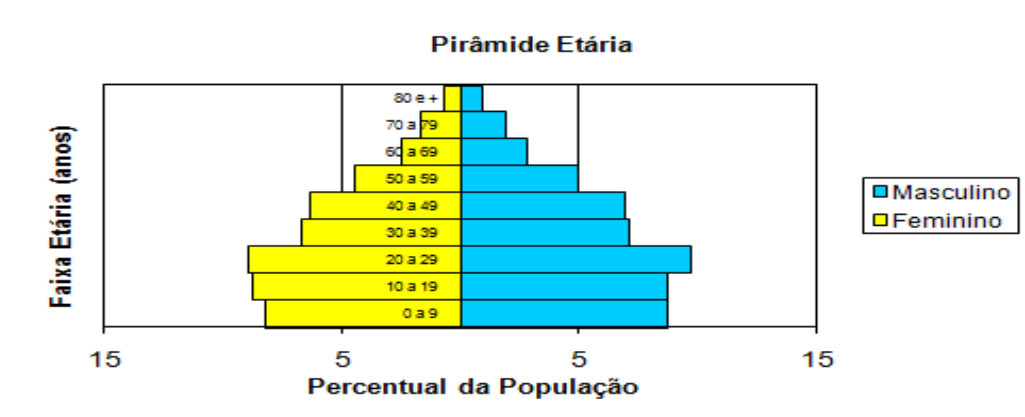
Aspectos demográficos de Ubaporanga em tabelas e gráficos:

Quadro 1 – População Residente por Faixa Etária e Sexo, 2009

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1	108	104	212
1 a 4	441	418	859
5 a 9	546	12	1.058
10 a 14	532	526	1.058
15 a 19	558	574	1.132
20 a 29	1.215	1.127	2.342
30 a 39	888	843	1.731
40 a 49	867	793	1.660
50 a 59	622	559	1.118
60 a 69	352	310	662
70 a 79	236	216	452
80 e +	113	92	205
Ignorada	-	-	-
Total	6.478	6.074	12.552

Fonte: Elaborada pela autora com base em IBGE/Censos Demográficos, 2009

Gráfico 1 – Porcentagem da População – segundo faixa etária e sexo - 2009



Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2009

Tabela 1 –Tipo de Abastecimento de Água em Ubaporanga. 2009

Abastecimento Água	1991	2000
Rede geral	-	44,9%
Poço ou nascente (na propriedade)	-	53,1%
Outra forma	-	2,0%

Fonte: Elaborada pela autora com base em IBGE/Censos Demográficos, 2009

Tabela 2 – Tipo de Instalação Sanitária em Ubaporanga.2009

Instalação Sanitária	1991	2000
Rede de esgoto ou pluvial	-	42,4%
Fossa séptica	-	2,2%
Fossa rudimentar	-	11,6%
Vala	-	4,35%
Rio, lago ou mar	-	32,9%
Outro escoadouro	-	2,3%
Não sabe o tipo de escoadouro	-	-
Não tem instalação sanitária	-	4,3%

Fonte: elaborada pela autora com base em IBGE/Censos Demográficos, 2009

O Programa Saúde Família (PSF) que constitui a rede Básica de Saúde possui uma taxa de cobertura de 100% em Ubaporanga, e o município conta com 06 centros de saúde, distribuídos na cidade e nos distritos pertencentes. As unidades básicas de saúde são responsáveis pelas ações voltadas para a população da área de abrangência, funcionam de

segunda à sexta-feira, e devem ser as primeiras a serem procuradas no caso de alguma necessidade de tratamento, informações ou cuidados básicos de saúde.

Os pontos de atenção primária no município são compostos por cinco equipes de saúde da família. Alguns pontos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) oferecem atendimento odontológico, outros encaminham pacientes para o atendimento odontológico no centro da cidade. Há também um centro de saúde onde se encontram serviços como assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicóloga, psiquiatra e outros médicos de apoio, pertencentes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Já as equipes de zoonoses do município (setor de epidemiologia local) são responsáveis por controlar as doenças transmitidas por mosquitos e outros animais.

Nas unidades, o usuário pode consultar e, com encaminhamento médico, agendar consultas especializadas, fazer pré-natal e acompanhamento de doenças crônicas, em algumas unidades vacinar, receber orientações sobre saúde em geral, além de outros serviços. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, encontram-se no município: 6 Centros de Saúde; 3 Academias da Cidade; 5 Equipes de Saúde da Família; 1 Equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF). O NASF foi implantado em 2013.

Existem em Ubaporanga cinco Programa de Saúde Familiar (PSF) e um Posto de Saúde. Em relação aos recursos humanos em Saúde, cada PSF possui um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, cirurgião-dentista generalista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. Cada profissional tem carga horária semanal de 40h. O NASF é composto por Psicólogo, Educador físico, Farmacêutico, Fisioterapeuta e Nutricionista. Os profissionais do NASF devem cumprir horário nunca inferior às 20h semanais.

O sistema local de saúde, conta com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), criado oficialmente em 22 de maio de 2001 sendo regulado pela Lei Municipal nº232/2001. O CMS funciona em caráter permanente, deliberativo e colegiado, com a função de atuar na formação de estratégias da política de saúde, controle da execução da política de saúde, inclusive seus aspectos econômicos e financeiros. Portanto, os conselhos fiscalizam e aprovam as contas da Secretaria Municipal de Saúde, representando a população na saúde pública. A representação dos segmentos do conselho é: 50% de usuários, 25% de trabalhadores da área da saúde - sindicatos gerais e sindicatos de categorias profissionais e 25% de governo e prestadores de serviços - gestores da saúde, prestadores públicos, filantrópicos, privados e formadores de recursos humanos. Em Ubaporanga são formados por 16 membros.

[...]O sistema de referência e contra referência é um modo de organização dos serviços, configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, que visa assegurar a atenção integral aos usuários através da hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos, reforçando vínculos em diferentes dimensões: intraequipes de saúde, interequipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2011, p.1)

Não obstante, tal serviço não funciona no município. Assim, os pacientes são encaminhados para o Consórcio (setor terceirizado), na cidade vizinha, para tratamento com especialista, e, ainda não foi possível colocar em ação o sistema de referência e contra referência. Logo, as redes de média e alta complexidade, procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, além de consultas médicas especializada, com intuito de possibilitar a população o alcance a serviços qualificados, integrando-os aos também aos outros níveis de atenção à saúde, é terceirizado no município.

A definição e coordenação dos sistemas de redes integradas de assistência de alta complexidade é atribuição do Ministério da Saúde. Apesar da atenção básica em saúde ser compreendida como o suporte orientador do sistema seus serviços não são o bastante para amparar as necessidades dos pacientes do SUS.

A Unidade Básica de Saúde pesquisada é a José Sabino de Assis Leite, fica no distrito de São José do Batatal a 9 km do centro de Ubaporanga, em área rural. Foi cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) no dia 1º de fevereiro de 2006.

Após a realização do diagnóstico situacional do território estudado foi possível identificar e definir os principais problemas encontrados nessa área de abrangência. Na análise situacional, foram levantados dados do Ministério da Saúde e da própria prefeitura de Ubaporanga.

O problema de maior relevância na equipe de saúde José Sabino de Assis Leite foi alta incidência de doenças crônicas sem pessoas idosas com maior ênfase em Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada. Estas doenças têm uma alta incidência nessa unidade de saúde, e os atendimentos por essas causas têm aumentado diariamente. Sabe-se que os fatores associados à maior prevalência do diabetes no Brasil são a obesidade, o envelhecimento populacional e história familiar de diabetes.

2 JUSTIFICATIVA

[...] Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis (por exemplo, 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 (2014-2015 DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

[...] Muitos indivíduos com diabetes são incapazes de continuar a trabalhar em decorrência de complicações crônicas ou permanecem com alguma limitação no seu desempenho profissional. Estimar o custo social dessa perda de produtividade não é fácil. Entretanto, em algumas situações nas quais se tem feito essa estimativa, tais custos representam uma importante parcela do total dos custos (2014-2015 DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Para a Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes, (2015) ao fazer uma análise das condições de saúde dos pacientes com diabetes tipo 2, percebeu que a maioria dos pacientes diabéticos apresenta também obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia. Neste sentido aponta que as intervenções devem abranger todas alterações metabólicas, o que significa que além de prevenir o aparecimento de diabetes, estaria também evitando doenças cardiovasculares e com certeza reduzindo a mortalidade (2014-2015 DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 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 a combater o excesso de peso em indivíduos com maior risco de desenvolver diabetes, particularmente nos com tolerância à glicose diminuída (2014-2015 DIRETRIZ DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) José Sabino de Assis Leite já existe um acompanhamento deste grupo de pessoas através do grupo operativo (Hiperdia); não obstante, este não tem conseguido transformações significativas no modo e estilo de vida dos usuários. Para isso é necessário elaborar um projeto de intervenção para garantir um atendimento e

acompanhamento integral dos pacientes diabéticos, criando-se um protocolo de atendimento que garanta o melhor seguimento e atenção de forma integral aos pacientes portadores da doença.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para modificação dos fatores de risco que influem na qualidade de vida dos pacientes portadores de diabetes, na Unidade Básica de Saúde José Sabino de Assis Leite em Ubaporanga/MG.

4 METODOLOGIA

Este trabalho se refere a um projeto de intervenção. O estudo foi realizado em 2016, na Unidade de Saúde José Sabino de Assis Leite, localizado na área rural de São José do Batatal em Ubaporanga/MG, utilizando o modelo preconizado pelo PES.

Após identificar o perfil dos pacientes diabéticos da unidade de saúde e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe, foram propostas algumas intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento aos pacientes portadores de diabetes.

Para a construção deste projeto foram utilizados trabalhos científicos encontrados nas bases de dados como: Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, SCIELO, dentre outros. Os artigos que se encontram nessas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância e coerência com o assunto proposto. Outros dados importantes utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Ubaporanga, dados do Ministério da Saúde e arquivos da ESF José Sabino Assis Leite.

Os descritores utilizados nesse trabalho foram: Diabetes, Qualidade de vida dos pacientes diabéticos, Atenção Primária à Saúde, Rede Hiperdia em MG. O trabalho contou com a participação dos profissionais de saúde da equipe multidisciplinar e população adscrita à Unidade Básica de Saúde José Sabino de Assis Leite.

Nesse plano de intervenção para melhorar a assistência do paciente portador de diabetes, foi cadastrado inicialmente um pequeno grupo de pacientes, aproximadamente trinta. Todos esses pacientes foram convidados a participar do projeto e foram incluídos no protocolo proposto para garantir melhor assistência e seguimento.

O trabalho foi feito com a equipe multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde ou trabalhador social, psicólogos, educador físico, nutricionistas, e agentes de saúde em parceria com a Secretária de Saúde do Município.

Foi disponibilizada na agenda de atendimentos uma tarde ou manhã específica para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. Para realização desta intervenção foram disponibilizados cadernos elaborados previamente pela equipe de trabalho em concordância com a temática investigada. Após o atendimento médico de cada paciente, foi necessário avaliar a particularidade de cada paciente para proceder à

inclusão no programa de protocolo de estudo. Os pacientes crônicos, que apenas fazem renovação de receitas, foram convidados para consulta com o médico.

Em relação ao desenho das operações pretendeu-se aumentar o nível de informação dos pacientes sobre os principais fatores de risco em relação a sua doença. Para isso foram criados grupos operativos específicos e desenvolvidas estratégias de comunicação para mobilização da população participante. Para a realização desse projeto de intervenção foi preciso articular parceria entre Unidade Básica de Saúde e Secretaria de Saúde do Município.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Atenção Primária à Saúde (APS)

A estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) avançou muito nos últimos anos, e a cada dia se intensificam as evidências da relevância da Atenção Primária à Saúde (APS) nesse processo. Os empenhos dos governos nas distintas esferas administrativas, da academia, dos trabalhadores e das instituições de saúde vêm em conformidade de que ter a APS como base dos sistemas de saúde é fundamental para um desempenho eficiente destes (BRASIL, 2007).

A APS considera o indivíduo em sua individualidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e procura a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a diminuição de danos ou de sofrimentos que prejudicam sua expectativa de vida (BRASIL, 2007).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, os fundamentos da APS são: tornar possível o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos de acordo com o princípio de equidade; executar a integralidade em vários aspectos; elaborar ações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população para garantir a continuidade das ações de saúde; valorizar os profissionais de saúde através de estímulo e acompanhamento constante de sua formação e capacitação; avaliar e acompanhar os resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007).

Segundo alguns estudos, a expansão da APS já causou impacto no Brasil estando fundamentada, sobretudo, na Estratégia de Saúde da Família (BRASIL, 2006; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

5.2 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

Criados pelo Ministério da Saúde em 2008 o Núcleo de Apoio a Saúde da Família tem o objetivo de colaborar com a consolidação da Atenção Básica no país, estendendo as

propostas de saúde na rede de serviços, como a resolutividade, o alcance e o alvo das ações (BRASIL, 2016b).

O NASF é regulamentado pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, é formado por equipes de diferentes profissionais que trabalham unidos com as equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família), as equipes de atenção básica para populações específicas e com o programa Academia da Saúde (BRASIL, 2016b).

Por trabalhar unidos há maior comunicação, o que possibilita discussões de casos clínicos, o atendimento compartilhado, desenvolvimento conjunto de projeto terapêutico de modo a aumentar e qualificar as intervenções no território e na saúde da população (BRASIL, 2016b).

5.3 Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem o objetivo de reorganizar a atenção básica no Brasil, em conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF é considerada pelo Ministério da Saúde e pelos gestores estaduais e municipais como um plano de crescimento, qualificação e consolidação da atenção básica por contribuir para uma reorientação do método de trabalho com maior competência de introduzir os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de aumentar a resolutividade e repercussão na situação de saúde das pessoas e coletividades, bem como assegurar uma significativa associação custo – efetividade (BRASIL, 2016a).

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família – ESF) onde tem-se no mínimo 1 médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou ainda um médico de Família e Comunidade; 2 enfermeiros generalista ou especialista em Saúde da Família, 3 auxiliares ou técnicos em enfermagem; e 4 agentes comunitários de saúde. Além desses profissionais podem também ser acrescentados a essa equipe profissionais de Saúde Bucal, como cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar/e ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2016a).

De acordo com o projeto inicial, cada ESF se responsabiliza por no máximo 4.000 pessoas, sendo que é recomendável 3.000 pessoas, visando sempre respeitar critérios e equidade para essa definição. É recomendado também que o número de pessoas por equipe

seja inversamente proporcional ao grau de vulnerabilidade das famílias do território abrangido (BRASIL, 2016a).

5.4 Diabetes Mellitus

[...] Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultado 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. Ainda há 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 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007, p.5)

A doença DM1 possui características peculiares, sendo mais frequente em jovens (com idade de início inferior a 30 anos, iniciando frequentemente entre a idade de 10 a 15 anos), sendo a origem relacionada em noventa por cento dos casos à doença autoimune, ou seja, possui anticorpos circulantes contra as células Beta do pâncreas, sendo atribuída, segundo alguns autores, aos vírus que provoca a doença Caxumba (parotidite infecciosa), a Rubéola, e, ao vírus *Coxsackie*, desde que tenha fatores genéticos predisponentes (OLIVEIRA, 2008; SALES *et al.*, 2009).

A diabetes gestacional é definida como qualquer grau de intolerância à glicose que tenha início na gestação, ou seja, reconhecido durante a gravidez, sendo que esta definição é independente do tratamento utilizado ou da continuidade da doença mesmo após o parto (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2008)

Os exames laboratoriais mais comuns e utilizados para diagnóstico, rastreamento e seguimento são: Glicemia de jejum, Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) e Hemoglobina Glicosilada. Em virtude das múltiplas complicações e da natureza debilitante do DM, cerca de 14,0% da população afetada é hospitalizada anualmente, com uma média de seis semanas para cada internação e com custos estimados em cerca de 200 milhões dólares por ano (LIMA, 2004; PITTA *et al.*, 2005).

O diagnóstico prévio do DM é muito importante por permitir o início imediato do tratamento e conseqüentemente retardar o aparecimento de agravantes. Pois de acordo com estudos o melhor controle da glicemia está relacionado com o retardo de complicações crônicas da doença (GROSS *et al.* 2002; LIMA, 2004).

Os sintomas provenientes da hiperglicemia são: “poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia, visão turva como também complicações agudas como cetoacidose diabética e síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica”. “Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição”. A hiperglicemia crônica está relacionada a dano, disfunção e falência de órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. “Entretanto o diabetes é assintomático em muitos casos sendo que a suspeita clínica ocorre a partir de fatores de risco para o diabetes” (GROSS *et al.* 2002; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.15).

Por se tratar de uma doença progressiva, com o passar do tempo os pacientes com diabetes tendem a agravar seu quadro clínico, aparecendo às complicações decorrentes de um mau controle glicêmico. Essa situação pode determinar um declínio da qualidade de vida desses indivíduos, pois se incide em seus diferentes aspectos, como fragilidade do estado físico, dano da capacidade funcional, dor em membros inferiores, supressão de vitalidade, dificuldades no relacionamento social, volubilidade emocional, entre outros (FARIA *et al.* 2013; MARASCHIN, 2010).

Entre os agentes medicamentosos disponíveis para a terapia do diabetes estão incluídos a insulina e os hipoglicemiantes orais. O auto monitoramento, acompanhado de dieta, exercícios físicos e aderência em programas e atividades voltadas para o bem-estar do paciente diabético está inteiramente ligado ao controle desta patologia, auxiliando na adesão ao tratamento (BORRÉ; OLIVEIRA, 2010).

Os mais importantes fatores causais do diabetes incluem o excesso de peso, sedentarismo, consumo excessivo de carboidrato e glicose na dieta, atividade física reduzida, consumo inadequado de frutas e verduras, ingestão de álcool e complemento inadequado do tratamento (GROSS *et al.* 2002).

O DM acomete aproximadamente 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos. Por volta de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico. De acordo com estudos, acredita-se que após 15 anos da manifestação do DM cerca de 2% dos pacientes acometidos sofrerão cegueira, 10% dificuldades visuais graves, 30% a 45% algum grau de retinopatia, 10% a 20% nefropatia e 10% a 25% doenças cardiovasculares (HAMMERSCHMIDT, 2007).

Além de aumentar significativamente os custos para o atendimento ao paciente com DM esses problemas de saúde provocam queda na qualidade de vida (FARIA *et al.* 2013; GROSS *et al.* 2002).

Uma epidemia de DM está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O número de indivíduos com DM está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevida de pacientes com DM. Quantificar a prevalência atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois permite planejar e alocar recursos de forma racional. Dados brasileiros de 2011 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) são de 30,1 para a população geral, 27,2 nos homens e 32,9 nas mulheres, com acentuado aumento com o progredir da idade, que varia de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 223,8 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente de 448 vezes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Ao analisar a importância do DM como carga de doença, ou seja, o impacto da mortalidade e dos problemas de saúde que afetam a qualidade de vida de seus portadores, por meio do *Disability Adjusted Life of Years* (DALY), verifica-se que em 1999 o DM apresentava taxa de 12 por mil habitantes, ocupando a oitava posição, sendo superado pelo grupo das doenças infecciosas e parasitárias, neuropsiquiátricas, cardiovasculares, respiratórias crônicas, do aparelho digestivo, neoplasias malignas e doenças musculoesqueléticas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

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 (ALMEIDA *et al.*, 2013).

Os danos no estado físico dos pacientes com diabetes implicam em complicações de curto e longo prazo; além dos sintomas, há também mudanças no estilo de vida em prol do tratamento e/ou decorrentes dos efeitos colaterais das medicações. Muitas vezes os pacientes sentem-se frustrados, com baixa autoestima, ansiedade, depressão e sem esperança pelo caráter crônico da doença e seus agravantes (ALMEIDA *et al.*, 2013; FERRAZ *et al.*, 2000; MARQUES, 2013).

As tabelas 5 e 6 trazem dados da prevalência estimada de Diabetes em 2011 no Brasil, avaliada pelo estudo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) de acordo com a idade, escolaridade e sexo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2011).

Tabela 3 - Prevalência do Diabetes por idade e gênero no Brasil em 2011.

Idade	Geral (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
18 a 24	0,6	0,5	0,7
25 a 34	1,1	1,3	1,0
35 a 44	3,4	2,4	4,2
45 a 54	8,9	9,7	8,3
55 a 64	15,2	14,6	15,8
65 e mais	21,6	23,0	20,7

Fonte: Elaborada pela autora com base em VIGITEL 2011 disponível em Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2011.

Tabela 4 – Prevalência do diabetes por escolaridade no Brasil em 2011.

Anos de escolaridade	Geral (%)	Masculino (%)	Feminino (%)
0 a 8	7,5	6,4	8,6
9 a 11	3,3	3,3	3,3
12 e mais	3,7	5,0	2,6
Total - Brasil	5,6	5,2	6,0

Fonte: Elaborada pela autora com base em VIGITEL 2011 disponível em Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2011.

6 PLANO DE AÇÃO

Ao fazer a análise situacional do território da equipe de saúde de José Sabino de Assis Leite, foi identificado um grupo de problemas que afetam a população e que interferem em seu estado de saúde, direta e/ou indiretamente.

Os principais problemas identificados foram os seguintes:

- 1- Alta incidência de pacientes Diabéticos descompensados.
- 2- Alta incidência de pacientes Hipertensos descompensados.
- 3- Aumento de enfermidades cardiovasculares.
- 4- Alto consumo de álcool e substância proibida.
- 5- Baixa resolutividade no nível da atenção primária em geral.

A análise e seleção quanto à prioridade foram pautadas segundo os critérios: importância, capacidade de enfrentamento, urgência e a seleção numérica na ordem de prioridade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Para elaborar a ordem dos problemas, utilizou-se como método os critérios de priorização, a fim de fazer análise da situação de saúde, onde foi alcançado consenso de prioridade dos problemas observados no quadro 1 (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 2 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde, Unidade Básica de Saúde, município de Ubaporanga, estado de MG

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de pacientes Diabéticos descompensados	Alta	8	Parcial	1
Alta incidência de pacientes hipertensos descompensados	Alta	8	Parcial	2
Aumento de enfermidades cardiovasculares	Alta	8	Parcial	2
Alto consumo de álcool e substância proibida	Alta	7	Parcial	3
Baixa resolutividade no nível da atenção primária em geral	Alta	5	Parcial	3

Fonte: elaborado pela autora.

Pode-se detectar que o DM é um problema prioritário, urgente na Unidade Básica de Saúde pesquisada e que as causas mais frequentes são:

- Educação insuficiente sobre a diabetes.
- Uso incorreto de medicamentos.
- Ausência de um tratamento higiênico dietético e hábitos alimentares inadequados.
- Falta de conhecimento sobre a doença.
- Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema.

Na reunião de equipe foi discutido o problema “alta incidência de pacientes diabéticos descompensados identificados na comunidade”, todos concordaram como quatro principais nós críticos, a seguir:

Nós críticos e suas justificativas

- 1- Hábitos alimentares inadequados.

Com grupos educativos a equipe consegue, aos poucos, uma boa mudança nos hábitos alimentares incluindo atividade física e melhorando a qualidade de vida do diabético.

- 2- Falta de conhecimento da doença e educação insuficiente sobre Diabetes:

Deve ser realizado um trabalho educativo onde esse paciente deve ser inserido, sendo informado sobre o que é o diabetes e seus fatores de risco, visando aumentar o nível de aprendizagem do paciente sobre a doença.

3 - Uso incorreto das medicações. A equipe precisa orientar sempre o paciente quanto à necessidade do uso correto das medicações, seja por meio de consulta médica e/ou visitas domiciliares dos agentes de saúde.

4 - Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema

Deve-se organizar mais o trabalho em equipe e dar ênfase aos principais problemas de forma ordenada e contínua, dando-lhes capacitação para o enfrentamento da doença.

Quadro 3 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema “Alta incidência de pacientes Diabéticos descompensados”

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados	Vida saudável -Modificar hábitos e estilos de vida a partir de informação.	-Diminuir em 15% o número de sedentários, tabagistas e obesos . -População mais informada aumenta anos de vida e adesão as atividades físicas e sem medicamentos. -Equipe capacitada melhora o atendimento da população	- Programa de caminhada - Campanha educativa na rádio local e comunidade. Dinâmicas de grupos com a nutricionista sobre dietas saudáveis.	<u>Organizacional:</u> para organizar as caminhadas e exercícios. <u>Cognitivo:</u> informação sobre o tema e estratégias de comunicação. <u>Político:</u> conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino. <u>Financeiro:</u> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Falta de conhecimento da doença e baixo nível de informação	Saber para Viver -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença. -Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos dos	-Inclusão do grupo familiar nas palestras e no acompanhamento dos diabéticos. ACS com mais conhecimento conseqüentemente melhoria no atendimento.	Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente diabético. -Avaliação do nível de informação da população sobre diabetes. - Campanha educativa na rádio local. - Programa de Saúde Escolar. - Capacitação dos	<u>Organizacionais:</u> auxiliar a equipe na divulgação dos grupos. <u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre o tema, e, sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; <u>Políticos:</u> parceria, mobilização social, disponibilização

	<p>indivíduos com diabetes. - capacitar os ACS e cuidadores</p>		ACS e de cuidadores.	de materiais. Articulação Intersetorial (parceria com o setor educação) e mobilização social.
Uso incorreto das medicações	<p>Medidas que salvam</p> <p>-Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações. - monitorar por meio de visitas domiciliares ou consultas o uso dos medicamento</p>	paciente com mais consciência sobre o uso dos medicamentos e o familiar mais interessado quanto à necessidade de disciplina no uso da medicação.	-Pacientes e familiares Conscientizados sobre a importância da medicação. - Pacientes com glicemia controlada.	<p><u>Organizacionais:</u> auxiliar a equipe na divulgação dos grupos.</p> <p><u>Cognitivos:</u> Conhecimento sobre o tema.</p> <p><u>Políticos:</u> parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais e ações</p>
Processo de trabalho da ESF inadequado para enfrentar o problema	<p>Cuidar Melhor</p> <p>-Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de diabetes.</p> <p>-Implantar a linha de cuidado para diabéticos, incluindo os mecanismos de referência e contra referências.</p>	- disponibilidade de medicamentos e exames previstos para 80% dos diabéticos.	<p>-Empenho junto a Secretaria de Saúde para A contratação de compra de exames e consultas especializadas, além de aquisição de medicamentos.</p> <p>-Linha de cuidado para diabéticos Implantada.</p> <p>- Implantar protocolos e capacitar recursos humanos. - Implantar a gestão da linha de cuidado dos pacientes</p>	<p><u>Organizacionais:</u> adequação de fluxos (referência e contra referências).</p> <p><u>Cognitivos:</u> elaboração do projeto de adequação.</p> <p><u>Políticos:</u> decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço.</p> <p><u>Financeiros:</u> aumento da oferta de exames, consultas e medicamentos.</p>

			diabéticos.	
--	--	--	-------------	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos “Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados”

Operação/Projeto	Recursos críticos
Vida saudável	70 Político: conseguir o espaço na rádio local; Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Saber para viver	Cognitivo: Conhecimento sobre o tema Político: Parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: Auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos educativos
Medidas que salvam	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: Parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: Auxiliar a equipe na divulgação dos grupos.
Cuidar Melhor	Político: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro: Recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 – Análise e viabilidade do plano “Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados”

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Vida saudável -Modificar hábitos e estilos de vida a partir de informação.	Político: conseguir o espaço na rádio local. Financeiro: Para aquisição de recursos Audiovisuais, folhetos educativos, etc.;	-Secretário de Saúde -Equipe de saúde Nutricionista	Favorável	Não é necessário
Saber para Viver -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença. -Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos dos indivíduos com diabetes. - capacitar os ACS e cuidadores	Político: articulação com a Secretaria de Educação e Comunicação	-Secretaria de Educação e Comunicação	Favorável	Não é necessário
Medidas que salvam -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações. - monitorar por meio de visitas domiciliares ou consultas o uso dos medicamento	Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: parceria da equipe de saúde, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: auxiliar a equipe nas divulgações dos grupos.	- Secretaria Municipal de Saúde. -Equipe de Saúde.	Favorável.	Não é Necessário.
Cuidar Melhor -Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de diabetes.	Político: decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiros: recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio	-Prefeito Municipal -Secretário de Saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede.

-Implantar a linha de cuidado para diabéticos, incluindo os mecanismos de referência e contra referencias.	(medicamentos, exames e consultas especializadas).			
--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6 – Plano Operativo “Alta incidência de pacientes Diabéticos descompensados”

Operação/	Resultados	Produtos	Ações	Responsável	Prazo
-----------	------------	----------	-------	-------------	-------

projeto	esperados	esperados	estratégicas		
Vida saudável -Modificar hábitos e estilos de vida a partir de informação.	-Diminuir em 15% o número de sedentários, tabagistas e obesos . -População mais informada aumenta anos de vida e adesão as atividades físicas e sem medicamentos. -Equipe capacitada melhora o atendimento da população	- Programa de caminhada - Campanha educativa na rádio local e comunidade. Dinâmicas de grupos com a nutricionista sobre dietas saudáveis.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.	Secretario de saúde do município.	Três meses para o início das atividades.
Saber para Viver -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença. -Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos dos indivíduos com diabetes. - capacitar os ACS e cuidadores	-Inclusão do grupo familiar nas palestras e no acompanhamento dos diabéticos. ACS com mais conhecimento consequentemente melhoria no atendimento.	Maior número de familiares participando e acompanhando do paciente diabético. -Avaliação do nível de informação da população sobre diabetes. Campanha educativa na rádio local. Programa de Saúde Escolar. - Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.	- Coordenador (a) da Atenção Primária. -Médico.	Início em quatro meses.
Medidas que salvam -Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e	Paciente com mais consciência sobre o uso dos medicamentos e o familiar mais	-Pacientes e familiares conscientizados sobre a importância da medicação. -	-Apresentar o projeto para Secretaria Municipal de saúde.	-Coordenador (a) da Atenção Primária.	Início: três meses.

familiares sobre o uso correto das medicações. - monitorar por meio de visitas domiciliares ou consultas o uso dos medicamento	interessado quanto à necessidade de disciplina no uso da medicação.	Pacientes com glicemia controlada.			
Cuidar Melhor -Melhorar a estrutura do serviço para o atendimento dos portadores de diabetes. -Implantar a linha de cuidado para diabéticos, incluindo os mecanismos de referência e contra referencias.	Disponibilidade de medicamentos e exames previstos para 80% dos diabéticos.	-Empenho junto a Secretaria de Saúde para A contratação de compra de exames e consultas especializadas, além de Aquisição de medicamentos. -Linha de cuidado para diabéticos Implantada. - Implantar protocolos e capacitar recursos humanos. - Implantar a gestão da linha de cuidado dos pacientes diabéticos.	- Apresentar projeto de estruturação da rede de cuidados para o paciente diabético	-Coordenador de Atenção primária.	Quatro meses para Apresentação do projeto.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 7 – Acompanhamento das operações/ projeto “Alta incidência de pacientes Diabéticos descompensados”

Operação ‘Vida saudável’
Coordenação: -

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de caminhada - Campanha educativa na rádio local e comunidade. Dinâmicas de grupos com a nutricionista sobre dietas saudáveis.	Educador físico Médica e enfermeira Nutricionista	3 meses.	Está em fase de planejamento		
Operação “Saber para viver”					
Coordenação: –					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Maior número de familiares participando e acompanhando do paciente diabético. -Avaliação do nível de informação da população sobre diabetes. - Campanha educativa na rádio local. - Programa de Saúde Escolar. - Capacitação dos ACS e de cuidadores.	Médica e enfermeira	9 meses	Implantar o programa		
Operação -Medidas que salvam					
Coordenação:					
. Pacientes e familiares Conscientiza-	Equipe de saúde	3 meses.	Identificar e sensibilizar parceiros.	.	1 mês.

dos sobre a importância da medicação. - Pacientes com glicemia controlada.					
.					
Produtos	Responsável		Prazo Situação atual	Justificativa	Novo prazo
<p>Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente diabético.</p> <p>-Avaliação do nível de informação da população sobre diabetes. - Campanha educativa na rádio local. - Programa de Saúde Escolar. - Capacitação dos ACS e de cuidadores.</p>	Médica e enfermeira	Início: três meses.	Vai ser implantado	.	
Operação “Cuidar Melhor”					
Coordenação:–					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
-Empenho junto a Secretaria de Saúde para a contratação de compra de exames e consultas especializadas, Aquisição de medicamentos.	Secretário de Saúde Médico e enfermeira	12 meses			

<p>-Linha de cuidado para diabéticos Implantada.</p> <p>- Implantar protocolos e capacitar recursos humanos.</p> <p>- Implantar a gestão da linha de cuidado dos pacientes diabéticos.</p> <p>.</p>					
---	--	--	--	--	--

Fonte: Elaborado pela autora.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa da qualidade de vida dos portadores de DM surge para orientar os serviços de saúde e, com isso, a prática clínica; sendo assim, se nota a fundamental relevância para o processo de tomada de decisão e determinação do benefício terapêutico. Durante a intervenção, foi realizado um seguimento contínuo todas as semanas, com análises semanais e mensais dos resultados obtidos, a fim de avaliar o impacto da estratégia. Em função da avaliação contínua, foi possível fazer alguma transformação durante o tempo que perdurou a intervenção, tendo em vista que todas as intervenções têm o objetivo de transformar o modo e estilo de vida dos pacientes alvos e, assim, alterar os fatores risco que influem na qualidade de vida dos pacientes diabéticos da Unidade Básica de Saúde José Sabino de Assis Leite. Com um melhor acompanhamento familiar e seguimento padronizado em consulta, torna-se possível se ter um controle satisfatório da doença e, assim, podem ser evitados agravos relacionados aos portadores de diabetes.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sérgio Aguinaldo de *et al* . Avaliação da qualidade de vida em pacientes com diabetes mellitus e pé ulcerado. **Rev. Bras. Cir. Plást.**, São Paulo , v. 28, n. 1, p. 142-146, Mar. 2013 . Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 Jun. 2016.

BORRÉ, Taciana; OLIVEIRA, Tiago Bittencourt de. Perfil farmacoterapêutico dos pacientes diabéticos atendidos em um programa de estratégia de saúde da família (esf) no município de são luizgonzaga - RS. **Infarma - Ciências Farmacêuticas**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 132-137, sep. 2013. ISSN 2318-9312. Disponível em:
<<http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=492>>. Acesso em: 23 Jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em :<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/collec_progestores_livro8.pdf>. Acesso em: 05 Jul. 2016.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa. Minas Gerais. **Ubaporanga**. 2015. Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317005&search=minas-gerais|ubaporanga|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 15 Mai. 2016.

_____. Portal da Saúde. Saúde Mais Perto de Você. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**.2016a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php>. Acesso em: 05 Jul. 2016.

_____. Portal da Saúde. Saúde Mais Perto de Você. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**. 2016b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_nasf.php>. Acesso em: 05 Jul. 2016.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA Horácio Pereira de; SANTOS. Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em:
<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>>. Acesso em: 18 de Mai.2016.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes *et al*. Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 47, n. 2, p. 348-354, abr. 2013 . Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

FERRAZ, Ana Emilia P. *et al.* Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. **Medicina (Ribeirao Preto. Online)**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 170-175, jun 2000. ISSN 2176-7262. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/7684>>. Acesso em: 10 Mai. 2016.

FERREIRA, Juliana Mota *et al.* Perfil audiológico de pacientes com diabetes mellitus tipo II. **Rev. soc. bras. fonoaudiol.**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 292-297, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-80342007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 Mai. 2016.

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, Feb. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida. **O cuidado gerontológico de enfermagem subsidiando o empoderamento do idoso com diabetes mellitus**. 2007. Dissertação (Mestrado – Programa de Pós Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Paraná, 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/euler/Downloads/Disserta--o%20Mestrado%20em%20Enfermagem%20HAMMERSCHMIDT,%20K.%20S.%20de%20A..pdf>>. Acesso em: 07 Jul. 2016.

LIMA, Keite Azevedo. **Análise do processo de construção do conhecimento dietoterápico de pacientes diabéticos atendidos no programa saúde da família do município de Araras-SP**. 2004. Dissertação (Mestrado em alimentos e nutrição) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araraquara, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www2.fcfar.unesp.br/Home/Pos-graduacao/AlimentoseNutricao/Keite_Azevedo_Lima.pdf>. Acesso em: 24 Jun. 2016

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2465542/>>. Acesso em: 05 Jul. de 2016.

MARASCHIN, Jorge de Faria *et al.* Classificação do diabete melito. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 95, n. 2, p. 40-46, Aug. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001200025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

MARQUES, Marília Braga *et al.* Avaliação da competência de idosos diabéticos para o autocuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 415-420, abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jun. 2016.

OLIVEIRA, Edilberto Antonio Souza de. **Insulina e fármacos hipoglicemiantes orais**. Farmacologia. 2008. Disponível em: <<http://www.easo.com.br/Downloads/Insulina%20e%20Hipoglicemiantes%20orais.pdf>>. Acesso em: 30 Mai. 2016.

PITTA, Guilherme Benjamim Brandão *et al.* Perfil dos pacientes portadores de pé diabéticos atendidos no Hospital Escola José Carneiro e na Unidade de Emergência Armando Lages. **Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascul**. Alagoas, V.4, 2005; Disponível em: <<http://jvascbras.com.br/pdf/05-04-01/05-04-01-05/05-04-01-05.pdf>>. Acesso em: 30 Mai. 2016.

SALES, MARILIA DUARTE. **Nutrição e Diabetes Mellitus**. Monografia, apresentado à Universidade de São Paulo Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto Hospital das Clínicas Curso de Especialização em Nutrição. Ribeirão Preto, 2008.

SALES, Catarina Aparecida *et al.* O cuidar de uma criança com diabetes mellitus tipo 1: concepções dos cuidadores informais. **Rev. Eletr. Enf.** V. 11(3): P.563-72, 2009. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a13.pdf>. Acesso em: 25 Mai. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016)**. 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>>. Acesso em 10 Jan. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Diabetes mellitus gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 477-480, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000600006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Jul. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Notícias. **VIGITEL 2011: Diabetes**. 2011. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/vigitel-2011-diabetes/>>. Acesso em: 25 Mai. 2016.