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

JAIME ROBERTO ALVES MACEDO

PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM ÁUREA NO MUNICÍPIO DE VARGINHA, MINAS GERAIS

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2017

JAIME ROBERTO ALVES MACEDO

PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM ÁUREA NO MUNICÍPIO DE VARGINHA, MINAS GERAIS

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2017

JAIME ROBERTO ALVES MACEDO

PREVENÇÃO E CONTROLE DO DIABETES MELLITUS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA JARDIM ÁUREA NO MUNICÍPIO DE VARGINHA, MINAS GERAIS

Banca Examinadora

Profa. Ms. Daniela Coelho Zazá - orientadora

Profa. Dra. Maria Rizoneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 17/05/2017

AGRADECIMENTOS

Quero dedicar aos meus familiares mais esta etapa. Foram eles que tiveram seus momentos reduzidos de minha companhia, a paciência e o apoio que me foram dados para superar os momentos difíceis dos quais passei. Meus sinceros votos de amor para minha esposa Bianca, meus pais Cícero e Gilda, meus filhos Thalles, Gabriella, Marina, Arthur, Mariana e minha querida avó Olinda que nos deixou deste plano.

RESUMO

Após diagnóstico situacional da área de abrangência do Programa Saúde da Família Jardim Áurea no município de Varginha/MG observou-se elevado número de diabéticos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para prevenção e controle do diabetes mellitus na área de abrangência do Programa Saúde da Família Jardim Áurea. A metodologia foi executada em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos e estilos de vida inadequados e; processo de trabalho da equipe inadequado. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos "vida saudável" para modificar os hábitos e estilos de vida inadequados e "equipe em ação" para organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado. Espera-se com esse plano de ação incentivar mudanças nos hábitos e estilos de vida e melhorar a organização do processo de trabalho de forma a aumentar a satisfação dos usuários e melhorar a adesão dos mesmos às ações de prevenção e promoção.

Palavras chave: Diabetes. Prevenção. Atividade física, Alimentação.

ABSTRACT

After the situational diagnosis of the covered area of the Family Health Program Jardim Áurea in the city of Varginha/MG it was observed a high number of diabetics. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan to prevention and control of diabetes mellitus in the area of coverage of the Family Health Program Jardim Áurea. The methodology is carried out in three stages: situational diagnosis; literature review and action plan. In this study we selected the following critical node: habits and lifestyles inadequate and improper team work process. Based on these critical nodes were proposed the following actions in order to confront: Creation of “healthy life” project to change habits and inappropriate lifestyles, and “team in action” project in order to organize the work process to improve the effectiveness of care. This action plan is expected encourage changes in habits and lifestyles and improve the organization of the work process in order to increase user satisfaction and improve their adherence to prevention and promotion actions.

Keywords: Diabetes. Prevention. Physical activity, Food.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Número estimado de pessoas com DM no mundo e por regiões em 2015 e 2040 15

Quadro 1 Priorização dos problemas identificados na área de abrangência do PSF Jardim Áurea 10

Quadro 2 Descritores do problema selecionado 19

Quadro 3 Desenho das operações para os nós críticos selecionados 21

Quadro 4 Identificação dos recursos críticos 22

Quadro 5 Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos 22

Quadro 6 Elaboração do plano operativo 23

Quadro 7 Planilha de acompanhamento do projeto: Vida saudável 24

Quadro 8 Planilha de acompanhamento do projeto: Equipe em ação 24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 8
1.1 Aspectos gerais do município de Varginha, Minas Gerais 8
1.2 O sistema local de saúde 9
1.3 Definição dos problemas locais de saúde 10
1.4 Priorização dos problemas de saúde 10
2 JUSTIFICATIVA 11
3 OBJETIVO 12
4 METODOLOGIA..... 13
5 REVISÃO DE LITERATURA..... 14
5.1 Diabetes Mellitus 14
5.2 Prevenção e tratamento do diabetes 17
6 PLANO DE AÇÃO..... 19
6.1 Descrição do problema selecionado 19
6.2 Explicação do problema 19
6.3 Seleção dos nós críticos 20
6.4 Desenho das operações 20
6.5 Identificação dos recursos críticos 22
6.6 Análise da viabilidade do plano 22
6.7 Elaboração do plano operativo 23
6.8 Gestão do plano 24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 26
REFERÊNCIAS..... 27

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Varginha, Minas Gerais

Varginha é um município brasileiro localizado na região sul de Minas Gerais. O município possui 395,40 Km² de extensão territorial (IBGE, 2016) e limita-se com cinco municípios: Elói Mendes, Três Pontas, Monsenhor Paulo, Três Corações e Carmo da Cachoeira. Está a aproximadamente 15 km da rodovia Fernão Dias e equidistante das capitais: Belo Horizonte (310 km), São Paulo (325 km) e Rio de Janeiro (345 km). O município contava em 2010 com uma população estimada de 123.081 habitantes. A estimativa para 2016 era de 133.384 habitantes (IBGE, 2016). Entre 2000 e 2010, a população de Varginha cresceu a uma taxa média anual de 1,22%, enquanto no Brasil foi de 1,17%, no mesmo período (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano de Varginha era de 0,778 em 2010, o que situava esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799). Varginha ocupa a 145ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros segundo o IDHM (ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013).

Varginha, inicialmente denominada Catanduvas, surgiu da busca de pedras preciosas, por bandeirantes e por tropeiros, viajantes que por aqui passavam. A extração de ouro nos córregos, embora de curta duração, iniciou a economia da região, substituída pela cana-de-açúcar e pelo café, que, a partir de 1885, teve muito boa acolhida (PREFEITURA DE VARGINHA, 2017).

No ano de 1785, muitos tropeiros que passavam pela cidade de Varginha construíram uma capela perto de onde é, atualmente, a Matriz do Divino Espírito Santo no centro da cidade (PREFEITURA DE VARGINHA, 2017).

A capela do Divino Espírito Santo das Catanduvas foi construída em 1806, influenciada pela religiosidade e pelos costumes portugueses. Neste mesmo ano ocorreu a doação de um terreno exigido para o patrimônio distrital. O povoado que ali se criou recebeu o nome de Catanduvas ou Catandubas. Esse povoado com

cerca de 1000 pessoas passou a ser chamado de Espírito Santo das Catanduvas, por causa do padroeiro da capela (PREFEITURA DE VARGINHA, 2017).

Em 1892, o desenvolvimento de Varginha marcou-se pelo funcionamento da linha férrea, quando passou a receber suas primeiras empresas, obras de calçamento e iluminação pública. Aos poucos o perfil da economia agrícula (café e cana de açúcar) vai cedendo espaço, ainda de forma tímida para a indústria (PREFEITURA DE VARGINHA, 2017).

Apesar de todas as dificuldades relacionadas atuamente à cafeicultura, o café sempre teve o reconhecimento de ser o propulsor da economia local, onde a indústria cafeeira (beneficiamento e exportação) ultrapassou a produção (lavoura). Na década de 70 inicia-se o processo moderno de industrialização da cidade e a era do ensino superior, tornando-se atualmente uma das principais praças de comércio de café do mundo (PREFEITURA DE VARGINHA, 2017).

1.2 O sistema local de saúde

Atualmente o município de Varginha constitui-se em um polo regional, principalmente nas áreas de educação e saúde; recebe clientes Sistema Único de Saúde (SUS) e particulares de toda a macrorregião sul de Minas Gerais ou mesmo de outras unidades do Estado. Dispõe dos mais variados tipos de serviços de saúde, privados e públicos, constituindo-se em um centro de especialidades médicas e de diversos serviços de tratamento complexo, dentre eles unidade de terapia intensiva, terapia renal substitutiva, oncologia, neurocirurgia e cirurgia cardíaca.

O município possui 16 unidades do Programa Saúde da Família contendo 21 equipes de saúde, sendo que duas delas possuem equipes de saúde bucal.

O Programa Saúde da Família (PSF) Jardim Áurea conta com uma equipe de saúde da família que atende 684 famílias cadastradas com uma população de 2.354 habitantes. A equipe é composta por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um médico de saúde da família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem. Além disso, presta atendimento no PSF, a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família

(NASF) composta por um profissional de cada área: educação física, nutrição, fisioterapia, assistente social, psicólogo e fonoaudiólogo.

1.3 Definição dos problemas locais de saúde

Através de observação ativa, pesquisa com informantes-chaves e depoimentos da equipe, foi possível identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência do PSF Jardim Áurea. Os seguintes problemas foram identificados: deficiência na contra referência médica dos encaminhamentos na atenção secundária ou terciária, rede não interligada, poucas vagas para especialidades, problemas respiratórios, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade, elevado número de hipertensos e elevado número de diabéticos.

1.4 Priorização dos problemas de saúde

Após os problemas serem identificados, os mesmos foram priorizados (Quadro 1).

Quadro 1 - Priorização dos problemas identificados na área de abrangência do PSF Jardim Áurea.

Principais problemas	**Importância**	**Urgência (0-10)**	**Capacidade de enfrentamento**	**Seleção**
Elevado número de diabéticos	Alta	10	Parcial	1
Elevado número de hipertensos	Alta	9	Parcial	2
Obesidade	Alta	9	Parcial	2
Problemas Respiratórios	Alta	9	Parcial	3
Doenças sexualmente transmissíveis	Alta	8	Parcial	3
Contra referência	Média	6	Fora	4
Rede não Interligada	Média	6	Fora	4
Poucas vagas de especialidades	Baixa	4	Fora	2

Fonte: Autoria própria (2017)

2 JUSTIFICATIVA

O número de diabéticos está aumentando em função do crescimento e envelhecimento populacional, da maior urbanização, do aumento no número de obesos, do aumento do sedentarismo, além da maior sobrevida de pacientes com DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). Esse aumento tem sido verificado também no município de Varginha e na área de abrangência do PSF Jardim Áurea.

Entretanto, este trabalho se justifica não só pelo elevado número de diabéticos na área de abrangência do PSF Jardim Áurea, mas também pelo número crescente de novos casos observados no dia a dia da equipe.

A prevenção e o controle das complicações associadas ao DM envolvem, entre outros aspectos, educação alimentar e prática regular de atividade física (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Sendo assim, pretendemos com esse plano de ação criar estratégias para prevenção e controle do DM na população da área de abrangência do PSF Jardim Áurea.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para prevenção e controle do diabetes mellitus na área de abrangência do PSF Jardim Áurea no município de Varginha/MG.

4 METODOLOGIA

Foi realizado um diagnóstico situacional na área de abrangência do PSF Jardim Áurea no município de Varginha com o objetivo de identificar os principais problemas. O diagnóstico situacional foi baseado no método de estimativa rápida. Através de observação ativa, pesquisa com informantes-chaves e depoimentos da equipe, foi possível identificar os principais problemas de saúde da área de abrangência do PSF Jardim Áurea. O principal problema encontrado foi o elevado número de diabéticos.

Após a identificação do principal problema foi realizada uma revisão de literatura em base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a busca de literatura foram utilizados os seguintes descritores: diabetes, atividade física, alimentação, prevenção, etc.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para prevenção e controle do DM na área de abrangência do PSF do Jardim Áurea no município de Varginha/MG.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Diabetes Mellitus

O DM é “um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016, p. 7). Pode trazer sérios comprometimentos do coração, rins, olhos, nervos e vasos sanguíneos (BRASIL, 2006).

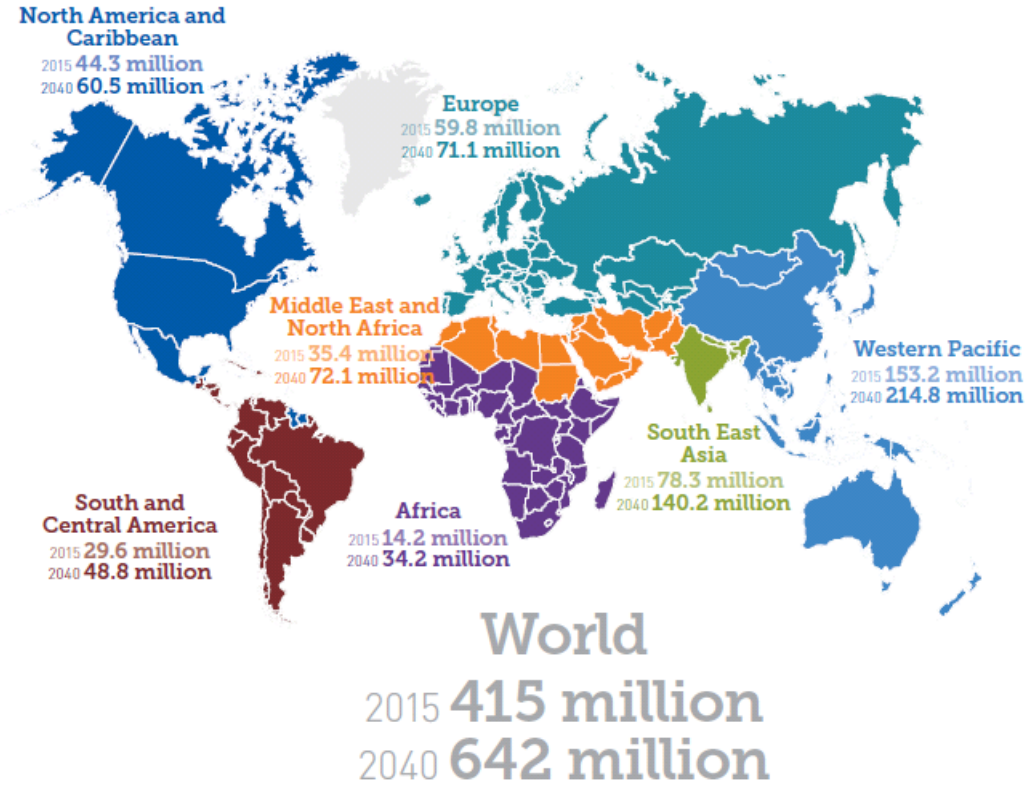
O DM já é considerado um problema de saúde pública mundial. E essa afirmação é feita independente do grau de desenvolvimento do país. Essa afirmação está relacionada ao número de pessoas afetadas, às incapacitações, à mortalidade prematura, assim como aos custos envolvidos com o controle e tratamento das complicações atribuídas ao DM (TORRES *et al*., 2009).

Diferentes fatores contribuem para o aumento no número de diabéticos, como por exemplo, o crescimento e envelhecimento populacional, a maior urbanização e também a crescente prevalência de obesidade e inatividade física (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

De acordo com a International Diabetes Federation (2015) um em cada 11 adultos tinha DM em 2015. A previsão para 2040 é que um em cada 10 adultos tenha DM. O número de diabéticos de acordo com a Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016) é de 422 milhões de adultos no mundo todo. O Brasil é o quarto país do mundo com maior número de adultos diabéticos (14,3 milhões) (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

A figura 1 mostra o número estimado de pessoas com DM no mundo e por regiões em 2015 e 2040.

Figura 1 - Número estimado de pessoas com DM no mundo e por regiões em 2015 e 2040.



Fonte: International Diabetes Federation (2015, p.13).

O DM e suas complicações são as principais causas de morte na maioria dos países (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

O DM é classificado DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), DM gestacional e outros tipos específicos de DM, pertencendo a essa última classificação formas menos comuns de DM (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016). No DM tipo 1, o traço clínico mais relevante é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. Já no DM tipo 2, um dos traços mais marcantes é a ocorrência em adulto com longa história de excesso de peso (BRASIL, 2006).

Poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso são considerados os sintomas clássicos do DM. Além desses sintomas, existem outros que também podem levar a suspeita clínica. Dentre eles pode-se citar a fadiga, a fraqueza, a letargia, as infecções de repetição, entre outros. O diagnóstico pode ser feito também a partir de complicações crônicas, como por exemplo, neuropatia e

retinopatia, mas vale ressaltar que em muitos casos o DM é assintomático (BRASIL, 2006).

Dentre os principais fatores de risco para o DM estão: idade >45 anos; sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25); obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres); antecedente familiar de DM (mãe ou pai); hipertensão arterial (> 140/90 mmHg); colesterol HDL menor que 35 mg/dL e/ou triglicerídeos maior que 150 mg/dL; história de diabetes gestacional; diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos; doença cardiovascular, entre outros (BRASIL, 2006).

No DM tipo 1 os principais fatores de risco são: histórico familiar, genética, infecções de repetição e outras influências ambientais. Já no DM tipo 2 pode-se citar o sobrepeso, sedentarismo, alimentação inadequada, genética, histórico familiar, antecedentes de DM gestacional e idade avançada (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

O início do DM tipo 1 é, normalmente, abrupto. Já no DM tipo 2, o início é, em geral, insidioso e com sintomas mais brandos, o que contribui para o diagnóstico tardio (BRASIL, 2006). De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003) em 2030, pelo menos 350 milhões de pessoas estarão com DM tipo 2 e somente metade dessas pessoas terão conhecimento dessa enfermidade, porque esse tipo de DM apresenta um longo período de latência que é assintomático. Fato alarmante é que quando a doença é diagnosticada a pessoa já apresenta complicações como proteinúria, retinopatia, catarata, neuropatia periférica, doença arteriosclerótica ou por infecções de repetição (BRASIL, 2013).

Em países de alta renda estima-se que entre 87% e 91% de todas as pessoas com DM têm DM tipo 2, entre 7% e 12% tem DM tipo 1 e entre 1% a 3% tem outros tipos de DM (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

O aumento da prevalência de DM, juntamente com a complexidade que envolve seu tratamento (restrições dietéticas, uso de medicamentos e complicações crônicas

associadas), reforça a necessidade de programas educativos eficazes e viáveis aos serviços públicos de saúde (TORRES *et al*., 2009).

5.2 Prevenção e tratamento do diabetes

O objetivo do tratamento do DM é manter o indivíduo com sua glicemia em níveis considerados normais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000). O nível glicêmico pode ser monitorado através da glicemia de jejum, pós-prandial, pré-prandial e também pela hemoglobina glicada (HbA1c) (BRASIL, 2013).

No caso do DM tipo 2, caso o uso de metformina em associação com uma sulfonilureia não for suficiente para alcançar o controle metabólico, considera-se a insulina como terceira medicação. Em indivíduos que apresentam DM tipo 1 ou DM tipo 2 em uso de insulina, o automonitoramento da glicemia deve ser feito três ou mais vezes ao dia (BRASIL, 2013).

Para o alcance de um bom controle metabólico, o diabético precisa introduzir mudanças em seus hábitos de vida. Entre essas mudanças pode-se citar o cuidado com a alimentação e a prática de atividade física (ESPÍRITO SANTO *et al*., 2012). Entretanto, de acordo com Santos *et al.* (2011) essa não é uma tarefa fácil, pois a mudança nos hábitos de vida está relacionada a questões comportamentais que sofrem influências interpessoais familiares e de pares.

Os alimentos têm grande importância e influência no controle glicêmico e também na prevenção de complicações agudas e crônicas. Por isso, os diabéticos (tipos 1 e 2) e seus familiares devem ser estimulados a aderirem a um plano alimentar que consiste nos princípios básicos de uma alimentação saudável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

A conduta nutricional preconizada baseia-se em uma alimentação variada e equilibrada. Ela deve atender às necessidades nutricionais, com prescrição que contenha concentrações adequadas de macronutrientes e micronutrientes e seja individualizada, considerando os objetivos do tratamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

A prática regular de atividade física também é um dos pilares do tratamento e é indicada a todos os pacientes com DM, pois, melhora o controle metabólico e diminui a necessidade de hipoglicemiantes (BRASIL, 2006). Entretanto, recomenda-se passar por uma avaliação médica a fim de identificar possíveis contraindicações a determinados tipos de exercício antes de iniciar o programa de treinamento (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Baseando-se nas informações acima, todos os diabéticos, independente dos níveis glicêmicos, deverão ser orientados a adotarem um estilo de vida saudável, pois essa é a base do tratamento da doença.

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

O Brasil é o quarto país do mundo com maior número de adultos diabéticos (14,3 milhões) e estima-se que em 2040 esse número aumente para 23,2 milhões (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2015).

A área de abrangência do PSF Jardim Áurea em Varginha tem 2.354 habitantes divididos em cinco microáreas. Cada microárea é acompanhada por uma Agente Comunitária de Saúde. O quadro 2 apresenta os descritores do problema selecionado.

Quadro 2 - Descritores do problema selecionado.

	Famílias	**Pessoas**	**Diabéticos**	**Insulina Dependente**
Microárea 1	133	469	17	02
Microárea 2	135	350	18	00
Microárea 3	148	468	17	01
Microárea 4	136	469	17	02
Microárea 5	132	598	18	01
Total	**684**	**2.354**	**87**	**06**

Fonte: Autoria própria (2017)

6.2 Explicação do problema

O objetivo desse passo é entender a gênese do problema a ser enfrentado a partir da identificação de suas causas (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Por se tratar de uma doença de causa multifatorial não podemos esquecer dos fatores genéticos e ambientais envolvidos, além de fatores culturais e comportamentais. Dentre as causas que podem estar relacionadas ao elevado número de diabéticos na área de abrangência do PSF Jardim Áurea em Varginha, Minas Gerais pode-se citar uma dieta desequilibrada, falta de atividade física regular, sobrepeso e obesidade e falta de programação eficiente das atividades de prevenção.

6.3 Seleção dos nós críticos

É importante realizar uma análise para identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas e que são capazes de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Após explicação do problema foram selecionados os seguintes "nós críticos" para ao elevado número de diabéticos na área de abrangência do PSF Jardim Áurea:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Processo de trabalho da equipe inadequado.

6.4 Desenho das operações

Através da realização do diagnóstico situacional na área de abrangência do PSF Jardim Áurea foi possível verificar que existe uma grande dificuldade dos diabéticos em controlar o nível glicêmico e aderirem às ações não farmacológicas propostas como essenciais ao tratamento.

Para abordagem dos pacientes diabéticos, a proposta inicial será a realização do cadastramento destes, que serão realizadas durante a procura pela unidade, seja para consulta, troca de receitas ou outros. Será usado como base para anotações o Diário do Diabetes com dados de identificação, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal), formas de tratamento e outros.

Serão realizadas entrevistas individuais com os pacientes levantando questões relacionadas à terapêutica não farmacológica. Essas entrevistas acontecerão semanalmente no dia do atendimento aos portadores de DM, com duração de 15 a 20 minutos, em cronograma semanal.

Após a realização das entrevistas com os pacientes serão realizadas reuniões com a equipe de Saúde da Família e também com a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), para análise das maiores necessidades apontadas pelos

próprios pacientes, assim como as necessidades das equipes, reavaliando nossas ações, na tentativa de aperfeiçoar a prática, com intuito de melhor atender aos pacientes portadores de DM.

No quadro 3 estão dispostos o desenho das operações para os nós críticos apresentados.

Quadro 3 - Desenho das operações para os nós críticos selecionados.

Nó Crítico	**Operações / Projetos**	**Resultados Esperados**	**Produtos Esperados**	**Recursos Necessários**
Hábitos e estilos de vida inadequados	**Vida saudável** Modificar os hábitos e estilos de vida inadequados	Usuários informados sobre a importância de realizar atividade física de forma regular, ter uma alimentação saudável e manter o peso ideal.	Ampliação de ofertas de atividades físicas Incentivo a mudanças de hábitos alimentares através de palestras e grupos operativos Aumento do vínculo entre profissionais e usuários	**Organizacional:** para organizar as atividades físicas, palestras e grupos operativos. **Cognitivo:** informação sobre o tema. **Financeiro:** para aquisição de recursos. **Político:** Articulações entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Processo de trabalho da equipe inadequado	**Equipe em ação** Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Transformação das práticas cotidianas e do processo de trabalho Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com diabetes Implantação da linha de cuidado para o usuário diabético	Recursos humanos capacitados Linha de cuidado para usuário diabético implantada Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada Satisfação dos usuários e melhor adesão	**Organizacional:** envolvimento de todos os profissionais **Cognitivo:** informação sobre o tema. **Financeiro:** para aquisição de recursos. **Político:** Articulações entre os setores da saúde

Fonte: Autoria própria (2017)

6.5 Identificação dos Recursos Críticos

Os recursos críticos são indispensáveis para a execução de uma operação, entretanto não estão disponíveis (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 4 apresenta os recursos críticos para a execução das operações.

Quadro 4 – Identificação dos recursos críticos.

Operações / Projetos	Recursos Críticos
Vida saudável Modificar os hábitos e estilos de vida inadequados	**Financeiro:** para aquisição de recursos. **Político:** Articulações entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.
Equipe em ação Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	**Financeiro:** para aquisição de recursos. **Político:** Articulações entre os setores da saúde

Fonte: Autoria própria (2017)

6.6 Análise da Viabilidade do Plano

Este é o momento de identificar os atores que controlam os recursos críticos para definir as operações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010). O quadro 5 apresenta a proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos profissionais envolvidos.

Operações / Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação Estratégica
		Quem Controla	Motivação	
Vida saudável Modificar os hábitos e estilos de vida inadequados	**Financeiro:** para aquisição de recursos. **Político:** Articulações entre os setores da saúde e adesão dos profissionais.	Secretário de Saúde Coordenador do PSF e Secretário de Saúde	Indiferente Favorável	Apresentar projeto
Equipe em ação Organizar o processo de trabalho para melhorar a	**Financeiro:** para aquisição de recursos. **Político:** Articulações entre os setores da saúde	Secretário de Saúde Coordenador do PSF e Secretário de	Indiferente Favorável	Apresentar projeto

efetividade do cuidado		Saúde		

Fonte: Autoria própria (2017)

6.7 Elaboração do Plano Operativo

No plano operativo deve-se designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. O quadro 6 apresenta a elaboração do plano operativo.

Quadro 6 - Elaboração do plano operativo.

Operações / Projetos	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Responsável	Prazo
Vida saudável Modificar os hábitos e estilos de vida inadequados	Usuários informados sobre a importância de realizar atividade física de forma regular, ter uma alimentação saudável e manter o peso ideal.	Ampliação de ofertas de atividades físicas Incentivo a mudanças de hábitos alimentares através de palestras e grupos operativos Aumento do vínculo entre profissionais e usuários	Equipe do NASF Médico Enfermeira	6 meses para início das atividades
Equipe em ação Organizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado	Transformação das práticas cotidianas e do processo de trabalho Implantar um sistema de acolhimento e busca ativa dos usuários com diabetes Implantação da linha de cuidado para o usuário diabético	Recursos humanos capacitados Linha de cuidado para usuário diabético implantada Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada Satisfação dos usuários e	Equipe de saúde da família	6 meses para início das atividades

		melhor adesão		

Fonte: Autoria própria (2017)

6.8 Gestão do Plano

Os quadros 7 e 8 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: Vida saudável.

Coordenação: Jaime Roberto Alves Macedo					
Produtos esperados	**Responsável**	**Prazo**	**Situação atual**	**Justificativa**	**Novo prazo**
Ampliação de ofertas de atividades físicas Incentivo a mudanças de hábitos alimentares através de palestras e grupos operativos Aumento do vínculo entre profissionais e usuários	Equipe do NASF Médico Enfermeira	6 meses para início das atividades	Aguardando implantação		

Fonte: Autoria Própria (2017)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: Equipe em ação.

Coordenação: Jaime Roberto Alves Macedo					
Produtos esperados	**Responsável**	**Prazo**	**Situação atual**	**Justificativa**	**Novo prazo**
Recursos humanos capacitados Linha de cuidado para usuário diabético implantada Atividades sendo realizadas de forma planejada e organizada Satisfação dos	Equipe de saúde da família	6 meses para início das atividades	Aguardando implantação		

usuários e melhor adesão					

Fonte: Autoria Própria (2017)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta sugestão de plano de intervenção é completamente viável de ser aplicado e pode impactar positivamente no processo de trabalho da equipe de profissionais do programa de saúde da família do jardim áurea proporcionando uma mudança de estilos de vida de sua população adstrita, contribuindo um aumento da qualidade de vida dos mesmos. Além disso, o plano apresentado fundamenta-se nos pilares da Atenção Básica em Saúde, porta de entrada do Sistema Única de Saúde (SUS).

Os profissionais que trabalham no programa de saúde da família do jardim áurea com atendimento aos diabetes necessitam aprimorar os métodos de orientação e educação desses pacientes. Assim, conseguirão individualizar seus atendimentos para atingir as necessidades de cada um. Estes profissionais também devem se preocupar em trabalhar em conjunto com os profissionais do núcleo de apoio da saúde da família de forma interdisciplinares para que juntos consigam atingir um número maior de pacientes.

Com o trabalho em equipe, organização e execução do plano de ação proposto é possível alcançar resultados com a população diabética na área de abrangência. Nesse contexto a equipe de saúde da família tem a responsabilidade de fazer o resgate de um padrão de vida mais saudável, em que o individuo possa se responsabilizar por sua saúde e desenvolver o que se denomina como autocuidado. Para tanto, são esperadas ações sensibilizadoras que gerem a construção de uma consciência focada no cuidado à saúde, onde profissionais e comunidade façam uma interação permanente com bases sólidas, promovendo melhorar a efetividade do cuidado.

REFERÊNCIAS

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL, 2013. **Perfil Municipal – Varginha /MG**. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/varginha_mg, Acesso em 12/01/17.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 64 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013, 160 p.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2010.

ESPÍRITO SANTO, M.B. *et al*. Adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na atenção primária à saúde. **Enfermagem Rev.** v. 15, n. 1, p. 88-101, jan/abr, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-cidades. **Varginha, Minas Gerais**. Disponível em http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=317070&search=||infogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas. Acesso em 12/01/17.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes Atlas 2015**. Disponível em http://www.diabetesatlas.org/. Acesso em 01/317.

PREFEITURA DE VARGINHA. **História.** Disponível em: http://www.varginha.mg.gov.br/a-cidade/historia, Acesso em 01/02/17.

SANTOS, E.C.B. *et al.* Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. **Rev Bras Enferm**,v.64, n.5, p.952-957, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, **Consenso brasileiro sobre diabetes**. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. 60p., 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015**. Sociedade Brasileira de Diabetes; São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016.** Sociedade Brasileira de Diabetes; São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

TORRES, H.C. *et al.* Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública,** v.43, n.2, p.291-298, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global report on diabetes**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/global-report/en/>. Acesso em: 03 de fev. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Screening for type 2 diabetes:** report of a World Health Organization and International Diabetes Federation meeting. Geneva: Department of Noncommunicable Disease Management, 2003.