

UNIVERSIDADE FEDERAL TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM ESTRATÉGIA
SAÚDE DA FAMÍLIA

HERNEST ALVES TEMPONI

EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
COM DIABETES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE JARDIM
AEROPORTO EM POÇOS DE CALDAS / MG

POÇOS DE CALDAS / MINAS GERAIS

2017

HERNEST ALVES TEMPONI

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
COM DIABETES NA UNIDADE DE SAÚDE JARDIM AEROPORTO
EM POÇOS DE CALDAS**

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: Professor (a) Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh

POÇOS DE CALDAS / MINAS GERAIS

2017

HERNEST ALVES TEMPONI

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES
COM DIABETES NA UNIDADE DE SAÚDE JARDIM AEROPORTO
EM POÇOS DE CALDAS**

Banca examinadora

Professor (a). Dra. Isabel Aparecida Porcatti de Walsh – Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Professor (a). Nome – Zilda Cristina dos Santos - Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM)

Aprovado em Belo Horizonte, em de 2017

DEDICATÓRIA

Dedico aos meus pais que me apoiaram
incondicionalmente em tudo que fiz.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus.

Aos meus pais por abrirem mão de seus sonhos para que eu realizasse os meus.

Aos meus irmãos Junia e Nicollas, pela paciência que tiveram comigo nessa longa jornada.

A todos os bons professores que já tive, com os quais continuo a aprender ao longo de minha vida.

Aos meus amigos e colegas que trabalham pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Aos que me acolheram para a realização dessa pesquisa.

A todos os que ajudaram de alguma forma, principalmente nos momentos finais, sempre os mais conturbados.

“Que vossos esforços desafiem as
impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes
coisas do homem foram conquistadas do que
parecia impossível.”

Charles Chaplin

RESUMO

A Estratégia de saúde da Família busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social e constitui importante pilar para a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde. A Diabetes Mellitus atinge em todo mundo grande número de pessoas, de qualquer condição social, representa um problema pessoal familiar e de saúde pública, com grandes proporções quanto a magnitude e a transcendência, sendo considerada hoje um problema mundial, uma doença epidêmica do ponto de vista da saúde pública. O objetivo deste trabalho é elaborar um Projeto de Intervenção sobre o cuidado em pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na equipe de Saúde da Família Jardim Aeroporto do Município de Poços de Caldas. Foi criado um plano de ação que será executado em três etapas: diagnóstico situacional; pequena revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. Este estudo contribui para a construção do conhecimento sobre estratégias que podem ser utilizadas para a realização de atividades educativas em saúde ao paciente portador de diabetes, e aponta como um dos desafios a sensibilização das pessoas para a prevenção do diabetes, o que deve ocorrer nos diferentes cenários de atenção à saúde e com diferentes grupos de trabalho, considerando sempre a cultura local e a individualização na prática das ações.

Palavras-chave: *Diabetes Mellitus; Programa de saúde da família; Educação em Saúde*

ABSTRACT

The Family Health Strategy seeks to achieve the principles of integrality, universality and social participation and constitutes an important pillar for expanding access, qualification and reorientation of health practices based on health promotion. Diabetes Mellitus affects a large number of people, from all walks of life, from all walks of life. It represents a personal and public health problem, with great proportions of magnitude and transcendence. Today it is considered a worldwide problem, an epidemic View of public health. The objective of this work is to elaborate a Project of Intervention on care in patients with Diabetes Mellitus type 2 in the Health team of the Family Garden Airport of the Municipality of Poços de Caldas. An action plan was created that will be executed in three stages: situational diagnosis; Small bibliographic review and elaboration of the action plan. This study contributes to the construction of knowledge about strategies that can be used to carry out educational activities in health to the patient with diabetes, and points out as one of the challenges the people's awareness for the prevention of diabetes, which should occur in different Health care settings and with different working groups, always considering the local culture and the individualization in the practice of actions.

Key words: *Diabetes Mellitus; Family health program; Health education*

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Pesquisa
NASF	Núcleo de apoio a Saúde da Família
NOAS	Norma operacional de assistência à Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de saúde
PES	Planejamento estratégico situacional
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da atenção básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Priorização dos Problemas	28
Quadro 2 - Descrição do Problema Selecionado	29
Quadro 3 - Desenho das operações para os nós críticos do problema acompanhamento deficiente dos Diabéticos inscritos na UBS Jardim Aeroporto Município Poços de Caldas Minas Gerais.....	33
Quadro 4 - Recursos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema acompanhamento deficiente dos portadores de diabetes	34
Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos autores	35
Quadro 6 - Plano Operativo.....	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	O MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS	12
1.2	HISTÓRIA DO JARDIM KENNEDY	13
1.3	O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE	14
1.4	PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE	16
2	JUSTIFICATIVA	18
3	OBJETIVO	19
3.1	OBJETIVO GERAL.....	19
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
4	METODOLOGIA	20
5	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
5.1	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, UM BREVE RESUMO.....	21
5.2	O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL	23
5.3	O DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA	24
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
6.1	DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS	27
6.2	PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS	28
6.3	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO.....	29
6.4	EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO.....	30
6.5	SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS.....	32
6.6	DESENHO DAS OPERAÇÕES	33
6.7	DEFINIÇÃO DAS OPERAÇÕES	34
6.8	MOTIVAÇÃO DOS AUTORES	35
6.9	PLANO OPERATIVO	36
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIAS	41

1 INTRODUÇÃO

Diagnóstico situacional é compreendido como um processo de coleta e análise de dados colhidos do local e grupo que se irá trabalhar para conhecer sua realidade.

A elaboração de um diagnóstico em Unidades Básicas de Saúde (UBS) é uma proposta que tem o intuito de proporcionar a ampliação do conhecimento e de experiências no que diz respeito ao seu funcionamento, bem como os serviços por metas ofertados através da análise de dados colhidos pela equipe em determinado período.

O diagnóstico situacional da UBS Jardim Aeroporto foi realizado com dados colhidos no período de junho a outubro de 2016.

Tendo em vista toda a evolução histórica no âmbito da saúde é válido ressaltar que em 1991 se iniciou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde PACS, com repercussão significativa, principalmente na região nordeste, sendo uma das bases, em 1994, para a concepção do Programa de Saúde da Família (PSF). Foi, então, no contexto nacional que experiências pioneiras que vinham sendo desenvolvidas em municípios brasileiros foram elaboradas as diretrizes nacionais para a implantação do PSF (ROSA & LABATE; 2006).

Entende-se que o PSF representa uma transformação do modelo de atenção à saúde do município, por diversos motivos, alguns como:

- ✓ Por criar novas oportunidades de acesso aos serviços às comunidades mais vulneráveis, isto é, mais expostas aos riscos de adoecer,
- ✓ Por estabelecer uma metodologia de organização do trabalho dos profissionais de saúde centrada no indivíduo, sua família e seu ambiente, estreitando os vínculos e permitindo um conhecimento mais apropriado da realidade em que vivem as pessoas e de quais são suas necessidades,
- ✓ Por traduzir, na prática, o conceito de responsabilidade sanitária, criando espaços de construção de cidadania,
- ✓ Por articular-se à rede de saúde, de forma hierarquizada e regionalizada, para garantir o acesso aos serviços de maior complexidade e, finalmente, por promover o estabelecimento de relações Inter setoriais que possam atender demandas relacionadas às condições de vida das pessoas e famílias residentes em um dado território, através de políticas públicas mais integradas (PEREIRA; 2007).

Esses dados permitem que as equipes de saúde da família identifiquem a situação de saúde das comunidades e planejem o trabalho a ser feito, em consultório ou no domicílio,

visando resolução precisa e oportuna dos problemas, bem como um contato estreito que permita a compreensão das reais necessidades de saúde da população e a busca das alternativas mais adequadas para a superação dos problemas e promoção da saúde (PEREIRA; 2007).

O diagnóstico local é entendido como a conclusão de um processo de coleta e análise de dados originados da participação ativa das pessoas que atuam no local de estudo. Por tratar-se de uma pesquisa das reais condições de saúde e risco de uma determinada população, o diagnóstico pode ser considerado uma importante ferramenta de gestão, possibilitando o planejamento e a programação de novas ações (ROSA & LABATE; 2006).

1.1 O MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS

Poços de Caldas é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, no Sudeste do país. Está localizado na mesorregião do Sul e Sudoeste de Minas. Segundo estimativa do IBGE para 1º de julho de 2014, é o 15º município mais populoso do estado. Sua população em julho de 2015 foi estimada em 163677 habitantes. O município fica situado em uma região vulcânica já extinta, no sopé da Serra de São Domingos (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS; 2014).

Poços de Caldas começou a ser conhecida a partir da descoberta de suas primeiras fontes e nascentes, no século XVIII. As águas raras e com poder de cura foram responsáveis pela prosperidade da cidade. Quando o Senador Joaquim Floriano Godoy declarou de utilidade pública os terrenos junto aos poços de água sulfurosa, determinou também a desapropriação do local para criação das termas. O próprio capitão se encarregou de doar 96 hectares de suas terras para a fundação da cidade. O ato foi assinado no dia 6 de novembro de 1872, data em que se comemora o aniversário de Poços de Caldas (PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇOS; 2014).

Em 1995, iniciou-se o funcionamento da Rhodia Sther, primeira indústria a fabricar resina na América Latina, hoje adquirida pelo grupo italiano M&G. A atividade industrial representa hoje cerca de 57,26% da arrecadação municipal, contra 18% do setor primário e 18% do terciário. O parque industrial instalado no município conta ainda com as indústrias Lorenzetti S/A, Ferrero do Brasil, Companhia Brasileira de Alumínio (CBA), Yoorin /Estação Bauxita (da Mineração Curimbaba), Mineração Curimbaba, Togni S/A Materiais Refratários, entre outras. Hoje, cerca de 97% das empresas do município são de pequeno porte (até 29

funcionários). Entretanto, 27% dos empregos estão concentrados em 14 empresas de grande porte (mais de 250 funcionários) que representam apenas 0,3% do total (IBGE;2016)

Hoje, Poços de Caldas possui um dos melhores IDHs (Índice de Desenvolvimento Humano) do Estado e um fluxo maciço de turistas. O que faz com que o município não apresente grandes problemas, alguns poucos em bairros mais carentes. Mas, a prefeitura tem tentado contorná-los da melhor maneira possível.

1.2 HISTÓRIA DO JARDIM KENNEDY

O bairro Jardim Kennedy é um bairro com população de mais ou menos 6.837 pessoas, segundo informações colhidas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), estes dados são de 2013 visto que há (3) três anos não se faz nenhum levantamento de dados estatísticos para essa e outras regiões de Poços de Caldas.

As informações abaixo foram colhidas através de depoimentos de pessoas que residem no bairro desde sua fundação, outros depoimentos de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e equipe de servidores da UBS.

Sobre a criação do bairro, existem vários relatos desencontrados, alguns moradores dizem que o bairro foi criado junto com as instalações onde seria construído o aeroporto, outros falam que o bairro já existia e que com a possível criação do aeroporto várias pessoas aproveitaram para construir suas casas em áreas verdes.

Um aspecto importante no bairro é que reside lá há vários anos uma comunidade de ciganos, com população estimada de 14 quatorze famílias, ao todo 80 pessoas. São muito comunicativos e usam trajes típicos de sua etnia.

Sabe-se ao certo que o bairro Kennedy, conta com 1 uma escola que atende crianças de 3 três a 6 seis anos, uma escola que atende crianças da 1º primeira série básica até o 9º nono ano e uma escola de ensino médio. Contamos com 2 duas igrejas católicas e umas 10 dez igrejas evangélicas. O bairro possui vários bares, e mercearias pequenas, 1 um supermercado um pouco maior, onde a maioria da população faz suas compras porque esse estabelecimento aceita vale alimentação.

1.3 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE

1.3.1 *Atenção primária*

A Atenção primária envolve ações que se relacionam com aspectos coletivos e individuais e visa resolver os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Ela deve ser a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção (OLIVEIRA & PEREIRA; 2013).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é escolhida como reordenadora do modelo assistencial e vem, desde 1994, consolidando-se como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, e assim, firma-se como fundamental na estruturação das redes de atenção à saúde (OLIVEIRA & PEREIRA; 2013).

A ESF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social e constitui importante pilar para a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde (OLIVEIRA & PEREIRA; 2013).

No município de Poços de Caldas existem 33 (UBS) e 3 Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações da ESF são oferecidas por equipes multiprofissionais formadas por, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (ACS) e, preferencialmente, 1 cirurgião-dentista e 1 auxiliar e/ou 1 ou 2 técnicos (s) em Saúde Bucal da Família).

As unidades PSF contam com normas do Ministério da Saúde e também obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. Já as UBS contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico.

1.3.2 *Atenção secundária e terciária*

O sistema de saúde conta com vários hospitais e clínicas particulares, sendo esses os principais: Hospital Santa Casa de Misericórdia/UNIFENAS, Hospital Pedro Sanche, Hospital do Coração/Santa Lúcia, Hospital Unimed, Hospital Margarita Morales, Hospital Gilberto Mattos (Zona Leste), Hospital Climepe São Luiz, Hospital São Domingos, Hospital Regional do Câncer (em construção), Hospital AACD, Hemominas (Banco de

Sangue), Policlínica Dr. José Ayres de Paiva, DIMEN - Medicina Nuclear, Clínica Memorial de Radioterapia, Instituto Regional de Neurologia, Instituto Donato Oftalmologia, UNACON/CACON – Oncologia, ONCOGEN - Centro de Oncologia (IBGE; 2016). Além disso, a cidade possui inúmeras clínicas e institutos renomados e com alta tecnologia sendo referência em saúde no Sul de Minas e Leste Paulista.

1.3.3 A UBS Jardim Aeroporto

O Programa de saúde da Família (PSF) Jardim Kennedy I, foi criado no ano de 1999 junto com mais três unidades que são os mais antigos do município, contando com uma equipe básica de atenção. No ano de 2013 foi inaugurado mais uma unidade no mesmo bairro passando a ser chamada de UBS Jardim Aeroporto, com duas equipes distintas: Kennedy I e Jardim Aeroporto equipe da qual faço parte. Está situada na rua Pirita número 119.

A UBS Jardim Aeroporto atende em unidade própria, as instalações são novas, conta com quatro consultórios sendo um para atendimento médico, um para dentista, um para enfermeira e um da Pediatra que atende a cada quinze dias e mais um consultório usado pela equipe multiprofissional; dois banheiros públicos e dois para funcionários (masculino/feminino); uma sala de vacina; sala de triagem; sala de curativos; farmácia; sala de atividade educativas também usada para reuniões, cozinha; sala das ACS; sala de material de limpeza; almoxarifado; depósito de acondicionamento de lixo; recepção com sala de espera e garagem. Por ter entrada plana, não necessita acesso para portadores de necessidades especiais. Os banheiros possuem adaptação necessária.

Atende em sua grande maioria uma população SUS dependente, atendendo também paciente/clientes que possuem plano de saúde, por ser um bairro misto entre classe média e média baixa. Nessa unidade funciona um grupo de atividade física promovida por um fisioterapeuta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Estamos para implantar um grupo de tabagismo, mas por falta de apoio da coordenação ainda estamos dando os primeiros passos.

A população abraça o trabalho da equipe, o que nos motiva a trabalhar com prazer. Atendemos no período das 07 às 17:00 horas, com exceção do médico que não trabalha às sextas porque faz curso de pós-graduação em saúde da Família.

A agenda da unidade funciona a partir de consultas pré-agendadas pela recepção sendo que são possíveis 4 quatro encaixes durante todo o dia. A UBS não funciona com atendimento espontâneo.

1.3.4 Problemas relacionados a Estrutura e Funcionamento da Unidade

A UBS Jardim Aeroporto, é uma unidade de construção nova com ótima infraestrutura, não a nada a reclamar. Quanto ao funcionamento da mesma há muito o que melhorar, principalmente quanto ao número de atendimentos que são agendados para o dia. Tenho uma agenda lotada até o mês de novembro, o que não me deixa tempo nem para tentar uma mudança na rotina de trabalho. Hoje estamos com o problema da falta de funcionários, o que tumultua mais ainda os atendimentos.

A falta de anotação de dados faz com que fiquemos perdidos na realização de trabalhos dedicados a uma população alvo.

Um dos maiores problemas enfrentados pela equipe é a desmotivação da enfermeira que não se dispõe a participar de nenhuma atividade proposta pelo restante da equipe.

1.4 PROBLEMAS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO E DA COMUNIDADE

O município de Poços de Caldas organiza seu sistema de saúde em uma rede horizontal e poliárquica, na qual os serviços se diferenciam por suas densidades tecnológicas, porém apresentando igual importância para o funcionamento da rede. A Atenção Primária à Saúde (APS) encontra-se no centro da rede de atenção à saúde, exercendo a função de coordenação dos fluxos e contra fluxos entre os diferentes pontos de atenção.

Para que uma UBS, exerça com eficácia seu papel de centro de comunicação, ela deve ser: resolutiva (resolver a maioria dos problemas de saúde da sua população); organizadora (coordenar o fluxo e contra fluxos dos usuários nos diversos pontos de atenção) é corresponsável pela saúde dos indivíduos em qualquer ponto em que estejam sendo atendidos.

A Unidade Básica de Saúde do Jardim aeroporto do Bairro Jardim Kennedy conta com atendimento dividido em cinco micro áreas; atendendo uma população de 6.837 habitantes e 596 famílias. Na UBS são prestados serviços tais como, acolhimento, atendimento de enfermagem, atendimento médico, prevenção e tratamento de doenças

(hipertensão arterial e diabetes, dentre outras), curativos, exame cito patológico do colo do útero, administração de medicamentos sob prescrição médica, nebulização, pré-natal e puericultura com a pediatra que atende a cada quinze dias. São realizados atendimentos médicos e de enfermagem em domicílio; as ACS realizam atividades do programa que cabe a elas.

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades. Vamos trabalhar com o processo que caracteriza o PES (Planejamento Estratégico Situacional); passos de um a cinco.

Quando realizamos o diagnóstico nos deparamos com vários tipos de problemas, desde os mais simples aos mais complexos. Esses problemas identificados produzem consequências graves ao nosso atendimento porque são vividos no cotidiano do nosso trabalho.

Nesse momento busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas. Para elaborar esse projeto foram coletados dados disponibilizados na Unidade Jardim Aeroporto, nos prontuários de pacientes, fichas de acompanhamento das ACS, e dados referentes as consultas medicas de pacientes hipertensos e diabéticos; e não podemos descartar as informações colhidas dos relatos das ACS.

Foi possível identificar, numa estimativa rápida, os principais problemas da área de abrangência. Grande parte da população é composta por adultos jovens, com propensão as doenças crônicas, sendo um motivo visível para isso a falta de consultas medicas por motivos específicos a essas doenças. O percentual de analfabetos está na categoria dos idosos.

Pode-se observar que os principais problemas de saúde apresentados são: acompanhamento deficiente de pacientes portadores de doenças crônicas como o diabetes; falta de dados registrados no sistema de informação referentes aos atendimentos e os procedimentos não condizem com a realidade. A gestão não acompanha os trabalhos da UBS; a enfermeira não gosta de trabalhos em equipe.

2 JUSTIFICATIVA

A doença Diabetes Mellitus (DM), atinge em todo mundo grande número de pessoas, de qualquer condição social, representa um problema pessoal familiar e de saúde pública, com grandes proporções quanto a magnitude e a transcendência, sendo considerada hoje um problema mundial, uma doença epidêmica do ponto de vista da saúde pública. O DM entra na lista das doenças que são consideradas um dos grandes desafios para o século XXI (GONZALES; 2015).

Seu impacto inclui elevada prevalência, importante morbidade decorrente de complicações agudas e crônicas e alta taxa de hospitalizações e de mortalidade, gerando significativos danos socioeconomicos. No país, o número total de casos de DM é estimado por meio de inquéritos de saúde, os quais, em sua maioria, utilizam medidas auto referidas devido à dificuldade de realizar medidas bioquímicas em âmbito populacional. A morbimortalidade por complicações agudas da doença, quase sempre são preveníveis pelo pronto atendimento, que mostra uma taxa de 2,45 óbitos por 100 mil habitantes em 2010, (SCHIMIDT *et al*; 2009).

A partir do diagnóstico situacional da UBS Jardim Aeroporto, onde observou-se a alta incidência de pacientes com DM, que está relacionada com alguns fatores de risco que interferem na qualidade de vida desses pacientes.

No entanto, o acompanhamento dado a esses pacientes é o mesmo dado a qualquer outro, tornando-se necessário a elaboração de um projeto que visa intervir no acompanhamento desses, de modo a garantir um atendimento de qualidade e acompanhamento integral, para conseguir mudanças do estilo de vida.

3 OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um Projeto Intervenção sobre o cuidado em pacientes portadores de DM 2, na equipe de Saúde da Família Jardim Aeroporto do Município de Poços de Caldas

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar na literatura quais os fatores facilitadores e dificultadores para o desenvolvimento das práticas educativas em Diabetes Mellitus na Atenção primária.

Identificar na literatura como a educação em saúde pode contribuir para o controle do Diabetes Mellitus.

Propor um plano de intervenção para realizar práticas de ações educativas aos pacientes cadastrados na UBS Jardim Aeroporto no bairro jardim Kennedy.

Integrar a equipe multidisciplinar do NASF, para trabalhar coletivamente com a equipe da UBS

4 METODOLOGIA

Para a elaboração do projeto na UBS Jardim Aeroporto criaremos um plano de ação para o acompanhamento de pacientes com DM, inscritos na UBS. Esse plano será executado em três etapas: diagnóstico situacional; pequena revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

Os estudos selecionados e reuniões com a equipe serviram para referência e discussão do trabalho até aqui realizado. Foram feitas buscas em livros, revistas, guias de cuidados do SUS e base de dados SCIELO na internet.

As etapas para a elaboração da proposta de intervenção foram baseadas no Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Todo planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como sequencia logica das ações ou atividades. CAMPOS *et al*, 2010, identifica dez passos que caracterizam o processo PES.

O momento explicativo (passos de 1 a 5) busca conhecer a situação atual, identificando para priorizar e analisar seus problemas. Para a elaboração desse passo buscamos dados na UBS Jardim Aeroporto, alguns no ESUS, outros na Secretaria de Saúde. Para isso contei com a ajuda das ACS que disponibilizaram o prontuário dos pacientes e também busquei informações no meu controle de consultas.

Os descritores utilizados foram: Diabetes Mellitus; Programa de saúde da família; Educação em Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, UM BREVE RESUMO

A implantação do SUS no Brasil ocorreu na década de noventa, mais precisamente em 1990, representou um importante avanço no padrão historicamente consolidado de organização dos serviços de saúde no Brasil. Financiado com recursos fiscais, o SUS fundamentou-se em três grandes pilares: i) universalidade do acesso aos serviços em todos os níveis de assistência para todos os cidadãos brasileiros, independentemente de renda, classe social, etnia, ocupação e contribuição; ii) descentralização em direção aos estados e municípios, com redefinição das atribuições e responsabilidades dos três níveis de governo; e iii) participação popular na definição da política de saúde em cada nível de governo, bem como no acompanhamento de sua execução (PAIM; 2002).

Na segunda metade da década, o processo de implantação do SUS adotou uma série de medidas governamentais voltadas para o fortalecimento da atenção básica de saúde, entendida pelo Ministério da Saúde como “um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL; 1998).

Após décadas de privilégio à atenção hospitalar os esforços, programas e investimentos públicos passaram a se concentrar na atenção básica, com a adoção do PSF, por meio de incentivos financeiros específicos e da criação de mecanismos de transferência de recursos federais calculados com base no número de habitantes de cada município (PEREIRA, 2007).

Surgido em 1994 e inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade. A implantação do PSF é um marco na incorporação da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira e passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com vistas a reorientar o modelo assistencial e imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SCOREL *et al*; 2007)

A ESF incorpora os princípios do SUS e se aproxima dos pressupostos da atenção primária em saúde (primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades), buscando romper com a noção de uma atenção de baixo custo simplificada. O modelo preconiza uma equipe de saúde da família de caráter multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente

comunitário de saúde) que trabalha com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área (LAVRAS, 2011).

Ao longo dos anos, diversas pesquisas indicaram que UBSs, funcionando adequadamente, de forma resolutiva, oportuna e humanizada, são capazes de resolver, com qualidade, cerca de 85% dos problemas de saúde da população. O restante precisará, em parte, de atendimento em ambulatórios de especialidades e apenas um pequeno número necessitará de atendimento hospitalar (LAVRAS, 2011).

O PSF então passa a não ser uma peça isolada do sistema de saúde, mas um componente articulado com todos os níveis. Dessa forma, pelo melhor conhecimento da clientela e pelo acompanhamento detido dos casos, o programa permite ordenar os encaminhamentos e racionalizar o uso da tecnologia e dos recursos terapêuticos mais caros. O PSF não isola a alta complexidade, mas a coloca articuladamente a disposição de todos. Racionalizar o uso, nesse sentido, é democratizar o acesso (ESCOREL, *et al*; 2007).

A estratégia do PSF propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis e complexidade assistencial. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população, na unidade de saúde e no domicílio, sempre de acordo com as suas reais necessidades – além disso, identifica os fatores de risco aos quais ela está exposta, neles intervindo de forma apropriada (STARFIELD, 2002).

Configura, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional. Um dos principais objetivos é gerar novas práticas de saúde, nas quais haja integração das ações clínicas e de saúde coletiva. Para que essa nova prática se concretize, faz-se necessária a presença de um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, família e comunidade, um profissional capaz de atuar com criatividade e senso crítico, mediante uma prática humanizada (STARFIELD, 2002).

Para Oliveira (2010), a participação do PSF é de fundamental relevância na orientação e educação da população quanto as mudanças de velhos hábitos e estilo de vida não saudáveis. Com o aumento do sedentarismo, a grande modificação nos padrões alimentares, a própria evolução da faixa etária da população proporcionado pela disponibilidade de novas tecnologias no cotidiano, são apontados como as principais causas do aumento do diabetes na população. Esses fatores precisam ser modificados, para isso

torna-se necessário projetos factíveis de cumprimento para a as populações, isto deve ser feito por meio de políticas públicas de saúde específicas, na busca pela introdução de hábitos alimentares saudáveis e mudanças básicas no estilo de vida.

A porta de entrada dos serviços de saúde, o PSF, é de fundamental importância, na identificação precoce de doenças crônicas preveníveis, assumindo diversas formas de prevenir suas complicações. Para que isso ocorra de maneira completa, torna-se necessário uma combinação de diversas ações, que busquem a orientação de toda a população, principalmente a prevenção específica para as populações em maior risco. Temos dever moral de tratar os pacientes visando o controle da doença a redução ou o retardo de suas complicações (OLIVEIRA, 2010)

O desafio que se impõe pela complexidade do perfil epidemiológico atual exige mudanças das políticas públicas em relação às ações de promoção à saúde e prevenção dos fatores de risco associados ao grupo das doenças crônicas não transmissíveis. O SUS passou por recentes transformações na sua lógica norteadora com repercussões na organização da atenção à saúde para a população. Essas modificações incorporaram as mais diversas facetas do quadro epidemiológico para promover atenção universal e de qualidade, sendo a saúde considerada um direito de toda a população (SCOREL *et al*, 2007).

5.2 O PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NO BRASIL

O perfil epidemiológico no Brasil assim como em todo país se modificou nas últimas décadas de forma considerável. É nesse caótico cenário que as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) assumem um papel notório entre as maiores causas de morbimortalidade (SCOREL *et al*, 2007).

O DM tornou-se hoje um surto de grande proporção no mundo, e se transformou em um dos maiores desafios para os sistemas de saúde do Brasil e do mundo. O envelhecimento populacional, a modernização e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pela elevada incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo (OLIVEIRA, 2010).

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (OLIVEIRA, 2010).

Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa

devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social. Esse impacto econômico ocorre notavelmente nos serviços de saúde, com consequência de crescentes custos no tratamento da doença e, sobretudo de suas complicações. O maior custo e complicador, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na diminuição da expectativa e qualidade de vida é considerável (OLIVEIRA, 2010).

Para enfrentamento dos problemas com as doenças crônicas torna-se necessário uma nova estruturação no setor de saúde pública, para melhor atender as diversas realidades de um país que apresenta grande desnível entre suas camadas sociais. A Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 2001) criou bases sólidas para a formação de um sistema universal com forte caráter democrático e humanista, o SUS.

A atenção básica, dentro desse novo contexto de descentralizar a saúde e hierarquizar suas ações, se destacou, configurando a ESF como eixo reorganizador do modelo de atenção à saúde no país. Essa nova estratégia tem como foco principal assegurar qualidade, integralidade e efetividade ao primeiro nível de atenção, tendo como pilar central a atuação sob o território adscrito de forma de sistematizar seus serviços, em ações de promoção, proteção e recuperação da saúde incorporando as mais diversas formas neste complicado quadro epidemiológico brasileiro (BRASIL, 1998).

5.3 O DIABETES MELLITUS COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

O DM é uma síndrome decorrente de vários motivos, podendo ser pela falta de insulina ou da capacidade de essa trabalhar adequadamente para exercer seus efeitos. Sua principal característica é hiperglicemia crônica, caracterizada pela elevação dos índices glicêmicos no sangue, quase sempre acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003; PEREIRA; 2007). A principal função da insulina é impulsionar a entrada de glicose nas células do organismo fazendo com que ela possa ser aproveitada para as variadas atividades celulares.

Hoje a classificação da doença baseia-se em conceitos já determinados, e distingue: diabetes tipo 1, e diabetes tipo 2. O tipo 1 resulta da morte das células beta pancreáticas, acontece principalmente em crianças e jovens e; diabetes tipo 2, resulta de vários graus de resistência à insulina e relativa deficiência de sua secreção. O DM tipo 2 abrange cerca de 85 a 90% dos casos de diabetes, atinge principalmente a faixa etária maior que 40 anos.

Recentemente tem havido um crescimento nas faixas-etárias mais precoces associado há um grande aumento da obesidade mundial. A classificação do DM contempla ainda outras categorias e várias formas decorrentes de alterações genéticas e metabólicas, ou o uso de fármacos e o diabetes gestacional que aparece pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir na puérpera (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003. PEREIRA; 2007).

Alguns autores mostram que o diabetes representa um grande risco no crescimento de doenças cardiovasculares. Isso porque a ocorrência dos distúrbios no nosso metabolismo é capaz de provocar alterações arteriais ocorrendo a hiperglicemia crônica que caracteriza o diabetes (OLIVEIRA, 2010). Essas questões dentre outras remetem a uma velha discussão sobre a necessidade do diagnóstico precoce dessas alterações, e a capacidade dos laboratórios de acertarem com eficiência os exames e diagnósticos por eles utilizados.

No Brasil e em outros países subdesenvolvidos tem-se demonstrado uma tendência mais perversa no aumento do índice de DM, devido ao aumento de obesidade nas classes mais desfavorecidas, pela facilidade de acesso a alimentos saturados de gorduras trans. e açúcares mais baratos por serem muito processados (OLIVEIRA, 2010).

Outro impacto do DM no aumento da morbimortalidade está diretamente ligado às complicações vindas de um processo crônico de hiperglicemia. Complicações essas que podem ser determinadas como macro e microvasculares. As macrovasculares se caracterizam principalmente pela cardiopatia isquêmica, o acidente vascular cerebral e a doença vascular periférica. As microvasculares se manifestam por lesões na retina com grandes quadros de evolução para cegueira definitiva; nos rins pela neuropatia sensitiva distal, favorecendo grande número de amputações de membros inferiores (ARAÚJO *et al*, 2008).

A atenção ao DM e as doenças crônicas obriga uma intervenção interssetorial pois o crescimento dessas doenças está relacionado a fatores muito complexos, incluindo os aspectos sociais e comportamentais e exigem uma abordagem totalmente integradas dos setores básicos de saúde. As diferentes formas de acesso aos níveis mais complexos do sistema de saúde com o acompanhamento sistêmico é de crucial sucesso no controle dos níveis da glicemia e na diminuição de intercorrências ou complicações da patologia (BRASIL, 2001).

As DCNT, necessitam de identificação rápida para tratamento e controle, prevenindo assim as co-morbidades e, sobretudo a mortalidade precoce. Para evitar o surgimento de situações de complicações no quadro dessas patologias, o acompanhamento adequado no controle da hipertensão e do diabetes pelas UBSs, torna-se necessário pois, evitar o aumento

das expectativas de internações hospitalares e a mortalidade por doenças decorrentes dessas patologias, cardiovasculares e do diabetes.

Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001) as responsabilidades mínimas e ações estratégicas da atenção básica ao diabetes incluem: maior número em diagnóstico e casos, pela investigação de usuários com fatores de risco; cadastramento dos portadores; busca ativa de casos; tratamento dos casos, no acompanhamento ambulatorial e domiciliar e na educação terapêutica; fornecimento de medicamentos e curativos; monitoramento dos níveis de glicose dos pacientes; diagnóstico precoce prevenindo as complicações; primeiro atendimento de urgência; encaminhamento de casos graves; medidas preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Em 2001, a Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, juntamente com outras secretarias, lançou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus com o objetivo de estabelecer diretrizes e metas para a atenção aos portadores desses agravos no SUS. Essa reorganização se daria mediante a reestruturação e ampliação do atendimento básico voltado para a hipertensão e o diabetes, com ênfase na prevenção primária (BRASIL, 2001).

O Plano partiu de um diagnóstico realizado em todo país onde o vínculo entre os portadores de diabetes e as unidades de saúde da atenção básica se davam de forma extremamente precária, ocorrendo de modo não continuado nos serviços de urgência e emergência, sem a garantia da identificação de lesões em órgãos alvo e do tratamento adequado, bem como, não eram realizadas, de forma sistemática, atividades de promoção da saúde ou buscando a redução de fatores de risco (BRASIL, 2001).

Apesar de toda a mobilização, nas atividades que vão desde campanhas para o rastreamento da população diabética até a formulação de programas de capacitação para profissionais da atenção básica, estudos demonstraram alguns problemas relacionados à estratégia utilizada como: a dificuldade de confirmação diagnóstica dos casos suspeitos, baixa vinculação dos casos diagnosticados às unidades básicas de saúde (OLIVEIRA, 2010).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Na realização do diagnóstico situacional da UBS Jardim Aeroporto, foram consideradas três fontes descritas do método: registros escritos ou fontes secundárias, ajuda das ACS e observação ativa da área.

A proposta de intervenção da UBS Jardim Aeroporto está seguindo os dez passos do PES muito embora até agora tenhamos realizado o trabalho somente até o passo seis.

6.1 DEFINIÇÃO DOS PROBLEMAS

Todo método de planejamento apresenta, no seu desenvolvimento, passos ou etapas como uma sequência lógica de ações ou atividades. Vamos trabalhar com o processo que caracteriza o Planejamento Estratégico Situacional (PES), passos de um a cinco.

Quando realizamos o diagnóstico nos deparamos com vários tipos de problemas, desde os mais simples aos mais complexos. Esses problemas identificados produzem consequências graves ao nosso atendimento porque são vividos no cotidiano do nosso trabalho.

Nessa etapa busca-se conhecer a situação atual, procurando identificar, priorizar e analisar os problemas. Para elaborar esse projeto foram coletados dados disponibilizados na Unidade Jardim aeroporto nos prontuários de pacientes, fichas de acompanhamento das ACS, e dados referentes as consultas medicas de pacientes hipertensos e diabéticos; e não podemos descartar as informações colhidas dos relatos das ACS.

Foi possível identificar numa estimativa rápida os principais problemas da área de abrangência, a grande parte da população é o adulto jovem com propensão as doenças crônicas, um motivo visível para isso é a falta de consultas medicas por motivos específicos a essas doenças, o percentual de analfabetos está na categoria dos idosos.

Pode-se observar que os principais problemas de saúde apresentados são: acompanhamento deficiente de pacientes portadores de doenças crônicas como o diabetes; falta de dados registrados no sistema de informação referentes aos atendimentos e os procedimentos não condizem com a realidade. A gestão não acompanha os trabalhos da UBS; a enfermeira não gosta de trabalhos em equipe.

6.2 PRIORIZAÇÃO DOS PROBLEMAS

Para priorização dos problemas e seleção dos nos críticos, priorizamos apenas os que mais preocupam a realidade significativa na comunidade e equipe. Para definir as prioridades foram citados todos os problemas levantados, suas causas e consequências. Após olhamos o grau de importância, urgência e capacidade de enfrentamento. Para a elaboração da planilha foram relacionados.

Quadro 1 - Priorização dos Problemas

PRINCIPAIS PROBLEMAS	IMPORTÂNCIA	URGÊNCIA	CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO	SELEÇÃO
Falta de colaboração da gestão	Alta	5	2	6
Não participação da enfermeira no projeto	Alta	8	2	5
Falta de contra referência de pacientes com doenças crônicas (Diabetes)	Alta	7	3	4
Acompanhamento deficiente a pacientes com doenças crônicas (Diabetes) pela UBS	Alta	9	9	1
Desinteresse da população pelo cuidado consigo mesmo.	Alta	8	6	2
Falta de registros nos sistemas de dados	Alta	8	5	3

Fonte: Autoria própria (2017)

Dados da tabela/ legenda

Importância do problema: baixa, média e alta.

Urgência: pontos de 1 a 9 (sendo valor 9 o mais urgente e 1 o menos urgente)

Capacidade de enfrentamento: dentro, fora ou capacidade dentro da capacidade de enfrentamento da equipe. O que realmente a UBS pode intervir.

Seleção: pontos de 1 a 6 (sendo valor 1 o mais urgente e 6, o menos).

6.3 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

Um dos maiores problemas de relevância para a população, detectados pela equipe de saúde que participou da reunião para elaboração desse plano de ação, foi a alta incidência de pacientes com DM.

Essa doença tem se destacado em números de atendimentos realizados por mim; médico da unidade, a cada 80 oitenta consultas semanais em média atendo 20 ou 30 pacientes apresentando sintomas do Diabetes e, em sua maioria, descompensados.

Quadro 2 - Descrição do Problema Seleccionado

INDICADORES	VALORES	FONTES
Diabéticos esperados	414	Planilha das ACS
Diabéticos cadastrados	108	SIAB/ ESUS
Diabéticos confirmados	-	-
Diabéticos acompanhados por outras causas	165	Registro de equipe
Diabéticos acompanhados por consultas médicas por complicações	60	Registro médico
Diabéticos internados por complicações	3	Registro das ACS
Óbitos por complicações do Diabetes	-	-
Curativos realizados por complicações no diabetes	8	Registro das técnicas da equipe

FONTE: Autoria própria (2017)

A seleção foi feita a partir da análise dos pontos obtidos com os critérios anteriores. Na discussão com a parte da equipe que participou e pelos pontos obtidos, a equipe achou por bem tentarmos intervir de alguma forma no acompanhamento dos pacientes diabéticos.

6.4 EXPLICAÇÃO DO PROBLEMA SELECIONADO

Considerando-se a atual transição demográfica-epidemiológica que o mundo vem enfrentando, não apenas falando de países subdesenvolvidos e desenvolvidos. O DM, ao lado de outras doenças crônicas, é apresentado como um problema de saúde pública.

Segundo história natural da doença, o estágio em que se encontra determinado agravo à saúde está diretamente ligado a níveis de intervenção, segundo conhecimentos e tecnologias disponíveis para atuação em âmbitos individuais e coletivos. Estes precisam estar articulados e integrados em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde, garantindo serviços com melhor relação custo-efetividade e melhor desempenho do sistema de saúde (Campos, 2003).

Campos (2003), ainda sugere quatro pontos fundamentais para redução dos custos e um melhor cuidado do DM, sendo eles: prevenção primária, rastreamento e diagnóstico precoce (prevenção secundária), garantia de acesso e utilização do serviço de saúde e qualidade do cuidado prestado. O manejo de doenças crônicas como hipertensão e diabetes devem ser feitos dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário, que se denomina “porta de entrada”. Na prestação de serviços apropriados para os pacientes, é preciso levar em conta os principais componentes do sistema de saúde, especialmente a determinação das necessidades e dos recursos locais, o consenso sobre as normas de atenção, os mecanismos para aplicar os últimos avanços das investigações, a educação e a utilização de todos os profissionais de saúde e a contínua avaliação da efetividade e da qualidade do tratamento.

Vários autores referem que as melhores evidências para prevenção do diabetes mellitus constituem-se de intervenções sobre o estilo de vida (prática constante de atividade física e mudanças no padrão dietético) tendo, como alvo, populações em maior risco. A relevância de intervenções sobre o estilo de vida, em indivíduos portadores de tolerância diminuída à glicose e glicemia de jejum alterada também é reconhecida por (CAMPOS, 2003).

Os pacientes estáveis e com controle satisfatório podem ser avaliados pela equipe multidisciplinar a cada três ou quatro meses. A pesquisa das complicações crônicas deve ser feita anualmente. Pacientes instáveis e com controle inadequado devem ser avaliados mais frequentemente, de acordo com a necessidade. Recomenda-se: a cada 3 meses: verificar peso, pressão arterial, exame do pé, glicemia de jejum e glicohemoglobina a cada ano: pesquisar

microalbuminúria, triglicerídeos, colesterol total e frações, ECG (Eletrocardiograma) e fundo-de-olho (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Como podemos ver no Quadro 2, a Unidade Jardim Aeroporto não tem praticamente nenhum controle sobre quem ou quantos são os pacientes em controle do diabetes. Esse problema é da UBS, mas também da gestão que não disponibiliza dados para uma intervenção mais efetiva da equipe.

Em relação aos serviços públicos, os governos e dirigentes discutem a questão do abastecimento de medicamentos e as estratégias de financiamento, mas poucos reconhecem que os medicamentos são apenas um instrumento da prestação de um serviço e, geralmente, não se preocupam com a estruturação e a organização deste.

A maioria das farmácias das Unidades Básicas de Assistência ao diabetes no SUS: não conta com a presença do profissional farmacêutico que poderia prestar melhor assistência ao usuário de saúde, apresenta espaço físico reduzido em sua maioria funciona como local de armazenamento e entrega de medicamentos não existindo interação farmacêutico-usuário (ARAÚJO et al., 2008).

Como é de conhecimento público o diabetes é uma doença facilmente previsível e a equipe de saúde que trabalha bem, sincronizados com a gestão, poderá antecipar o cuidado para que ela não venha a ser um problema tão predominante em uma população e ao mesmo tempo tão deixada de lado pelos que deveriam cuidar para que ela não fosse um caso de tão grande preocupação e proporção.

Com toda essa referência ainda temos problemas que estão mais perto de nossa realidade diária.

Causas relacionadas aos pacientes: baixa adesão aos serviços de saúde (pode estar diretamente ligado ao horário de trabalho e funcionamento da UBS) não participam de grupos operativos, baixo nível educacional, evolução assintomática da doença.

Cultura local: desinformação dos profissionais quanto a melhor forma de abordar o paciente; acolhimento ineficaz.

Fatores relacionados aos processos de trabalho: falta de trabalhar em cima dos protocolos de atenção e saúde; falta de atualização das fichas dos diabéticos; falta de programação eficaz.

Causas relacionadas a gestão: desinteresse quanto ao trabalho realizado na UBS; não utilização dos protocolos clínicos do serviço de diabetes; demora na marcação de exames, consultas e falta de contra referência dos pacientes encaminhados pela UBS.

Consequências: baixa cobertura para consultas especializadas, auto índice de renovação de receitas sem consulta médica e consequente automedicação; registro do HIPERDIA não corresponde à realidade; agravamento do quadro clínico do paciente; possíveis sequelas; baixa adesão do paciente ao acompanhamento da doença; aumento da no serviço de pronto atendimento; deficiência da equipe em organizar um atendimento de qualidade; com isso aumento progressivo dos gastos com saúde e procedimentos de alta complexidade.

6.5 SELEÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Para se chegar até aqui foi necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que realmente podemos enfrenta-las. Para realizarmos essa análise utilizamos o conceito de “Nó Crítico” proposto pelo PES.

É um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando (CAMPOS et al, 2010).

De acordo com o texto proposto por Campos (2010) citaremos os nós do problema priorizado pela UBS Jardim aeroporto.

- ✓ Ausência de conhecimento sobre a doença;
- ✓ Hábitos e estilo de vida inadequados;
- ✓ Falta de conhecimento do grupo familiar dos portadores de Diabetes;
- ✓ Desestruturação dos serviços de saúde;

6.6 DESENHO DAS OPERAÇÕES

A partir da definição dos nós críticos a equipe se reuniu uma vez para tentar definir as operações/projetos necessários à solução do problema, assim como os produtos e resultados esperados dessas operações. Achamos por bem modificar alguns “Nós Críticos” por serem muito trabalhosos e precisaríamos contar não só com o apoio da equipe e pacientes, mas com a gestão e até capital financeiro. E como estamos em período de transição optamos por esses. Os recursos necessários para execução da operação também foram levantados.

O Quadro 3, apresentado a seguir, especifica essas considerações.

Quadro 3 - Desenho das operações para os nós críticos do problema acompanhamento deficiente dos Diabéticos inscritos na UBS Jardim Aeroporto Município Poços de Caldas Minas Gerais

Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultado Esperado	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Ausência de conhecimento sobre a doença	Construindo e Ampliando o saber: melhorar o nível de informação da população a respeito do Diabetes.	Melhoria aumento do conhecimento sobre o Diabetes através de um meio de informação mais popular, cartazes, cartilhas, salas de bate papo.	População informada sobre o Diabetes e aumento da adesão ao tratamento.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Político: parceria, mobilização social; Financeiro: materiais educativos relacionados ao Diabetes.
Falta de conhecimento do grupo familiar dos portadores de Diabetes	Cuidar Com Você: aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento do Diabetes.	Inclusão do grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos diabéticos.	Maior número de familiares participando do acompanhamento e do tratamento do paciente.	Cognitivo: conhecimento sobre o tema; Político: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais; Organizacional: organização da agenda médica e de enfermagem.
Desestruturação dos serviços de saúde	Protocolos em Ação: adotar as linhas guias disponibilizadas pelo Ministério da saúde.	Condutas padronizadas e processos de trabalho organizado.	Protocolo elaborado e implantado conforme o Programa Saúde em Ação.	Cognitivo: informação sobre os temas a serem apresentados no grupo operativo; Organizacional: escala de participação; Financeiro: aquisição de recursos áudio visuais, folhetos e folders.

Hábitos e estilo de vida inadequados	Viva Melhor: modificar hábitos e estilo de vida da população.	Diminuição do número de pessoas sedentárias em até 50%; Alteração dos hábitos alimentares em até 50% da população.	Participação no programa caminhada orientada; Programa alimentação saudável.	Organizacional: para organizar as caminhadas. Cognitivo: informações sobre o tema; Político: conseguir espaço, local e articulação Inter setorial; Financeiro: folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados a alimentação.
---	--	---	---	---

Fonte: Autoria própria (2017)

6.7 DEFINIÇÃO DAS OPERAÇÕES

O sétimo passo foi identificar os recursos críticos que devem ser consumidos em cada operação, de acordo com o quadro apresentado a baixo:

Quadro 4 - Recursos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema acompanhamento deficiente dos portadores de diabetes

OPERAÇÃO/ PROJETO	
Construindo o Saber	Político: parceria; mobilização social; disponibilidade de materiais. Organizacional: organização da agenda
Viva Melhor	Financeiro: folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação e práticas de caminhadas. Político: conseguir espaço e um horário na rádio local. Organizacional: organizar caminhadas
Cuidar Com Você	Políticos: parceria e mobilização social. Financeiro: disponibilização de materiais educativos sobre cuidados com o paciente diabético.
Protocolos em Ação	Financeiro: confecção de recursos áudio visuais

Adotar as linhas guias: Saúde do Adulto e Guia do Hiperdia como referência	e folhetos. Político: aprovação do projeto pela Secretaria Municipal de Saúde.
Melhor cuidado	Financeiro: recursos para confecção de fichários dos pacientes em acompanhamento.

Fonte: Autoria própria (2017)

6.8 MOTIVAÇÃO DOS AUTORES

Esse é o momento estratégico onde foi realizada a viabilidade do plano. A ideia - Análise de Viabilidade - que rege este passo, e de que o ator que está planejando as ações não controla todos os recursos necessários para a execução do projeto. Portanto ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra forma, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Quadro 5 - Proposta de ação para motivação dos autores

OPERAÇÃO/PROJETO	RECURSOS CRÍTICOS CONTROLE DOS RECURSOS CRÍTICOS AÇÕES ESTRATÉGICAS	
	AUTOR QUE CONTROLA	MOTIVAÇÃO
Construindo o Saber Melhorar o nível de informação da população a respeito do diabetes.	Político: parceria, mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacional: organização da agenda	Secretaria Municipal de Educação e Cultura Favorável Não é necessária
Viva Melhor Modificar hábitos e estilo de vida da população	Financeiro: folhetos educativos, recursos áudio visuais relacionados à alimentação e práticas de caminhadas. Político: conseguir espaço	Secretaria Municipal de Esporte e Saúde Favorável Não é necessária

	e um horário na rádio local. Organizacional: organizar caminhadas			
Cuidar Com Você Aumentar o nível de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento do Diabetes.	Político: parceria e mobilização social. Financeiro: disponibilização de materiais educativos sobre cuidados com o paciente diabético.	Secretaria Municipal de assistência Social e Associação de Bairro.	Favorável	Apresentar o projeto a associação de bairro
Protocolos em ação Adotar as linhas guias: Saúde do Adulto e Guia do Hipertensão como referência	Financeiro: financiamento para confecção das agendas; Político: aprovação do projeto pela coordenação da Atenção Primária e adesão dos profissionais à agenda programada. Financeiro: para as aquisições de materiais áudio visuais e folhetos.	Secretaria Municipal de saúde	Favorável	Não é necessária
Melhor Cuidado Implantar sistema de acolhimento e busca ativa de pacientes diabéticos	Político: aprovação do projeto pelo Secretário Municipal de Saúde.	Secretaria Municipal de saúde	Favorável	Não é necessária

Fonte: Autoria própria (2017)

6.9 PLANO OPERATIVO

No nono passo continua o momento estratégico onde foi elaborado o plano operativo. A principal finalidade agora foi a designação dos responsáveis pelos projetos e operações estratégicas além de estabelecer prazos para o cumprimento das ações. O principal papel foi

garantir que as ações sejam executadas de forma sincronizadas e coerentes, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano. O plano operativo está apresentado no quadro a seguir:

Quadro 6 - Plano Operativo

OPERAÇÕES	RESULTADOS	PRÓ ENDEMIAS E EPIDEMIAS	RESPONSÁVEL	PRAZO
CONSTRUINDO O SABER Melhorar o nível de informação da população sobre o diabetes.	Aumento de informações sobre o diabetes, e adesão ao tratamento proposto.	Programa Saúde na Escola	Cristina guerra	Início em quatro meses e termino em seis meses
Viva Melhor Modificar hábitos e estilos de vida da população	Programa de caminhada orientada; Programa Alimentação Saudável.	Programa de caminhada orientada	Juliane Alves, Luciana silva e Marcos Pereira	Apresentar o projeto em dois meses e inicia-lo em dois meses.
Cuidar Com Você Aumentar o número de conhecimento dos familiares sobre a importância da adesão ao tratamento.	Familiares participando e acompanhando o tratamento dos pacientes com diabetes.	Projeto em grupo	Luciana Guerra	Início em três meses e termino em seis meses
Protocolos em Ação Adotar a linha guia do adulto-HIPERDIA como referência.	Protocolo elaborado e implementado, conforme o Programa Saúde em Ação	Projeto de estruturação da rede	Coordenação da Atenção Primária a Saúde e Hernest Temponi	Início em três meses e termino em seis meses
Melhor Cuidado Implantar sistema de acolhimento e busca ativa de portadores de diabetes	Acolhimento Implantado: Acolher todos os pacientes que solicitarem atendimento na UBS. Os usuários são atendidos pelo enfermeiro e agendados de acordo com a gravidade do	Avaliação do conhecimento da equipe sobre acolhimento	Hernest Temponi	Início em três meses e termino em seis meses

	<p>caso. Monitoramento da consulta médica implantada: Criar fichários novos com as novas prescrições medicas. Implantação Busca Ativa: Fazer acompanhamento dos pacientes por meio de visitas domiciliares com os Agentes de Saúde.</p>			
--	---	--	--	--

Fonte: Aatoria própria (2017)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após uma década do início da implantação do PSF no Brasil, observa-se um processo ainda em curso de mudança incremental do modelo assistencial da atenção básica. Estudos sobre a implementação do PSF revelam avanços na incorporação de novas práticas profissionais, na atenção primária e na criação de vínculos entre a equipe de saúde da família e as famílias adscritas. No entanto, sua expansão nos grandes centros urbanos enfrenta uma série de obstáculos. A garantia da integralidade permanece como um importante nó crítico a ser equacionado.

Outra importante dificuldade foi a substituição de práticas tradicionais e a adequada articulação entre as atividades clínicas e de saúde coletiva. A programação de atividades para grupos de risco e a oferta organizada confrontam-se com as demandas individuais por assistência, o que dificulta o acesso e o estabelecimento da unidade de saúde da família como porta de entrada ao sistema.

A integralidade do cuidado na saúde, o trabalho da equipe multiprofissional possibilita com ações educativas planejadas integralmente, considerando a socialização de saberes dos diferentes profissionais da área da saúde e a individualidade das pessoas, implica na responsabilização com as diretrizes do Sistema Único em Saúde. As atividades em grupo possibilitam o diálogo, a reflexão, a troca de saberes e a corresponsabilização dos portadores de Diabetes Mellitus com a sua saúde, o que contribui para a melhoria das condições de vida.

A participação da família é fundamental no tratamento, pois o familiar é quem conhece a singularidade do portador. Estabelecer e estimular o diálogo possibilita a reflexão, auxilia no desenvolvimento do pensamento crítico e amplia a busca conjunta por estratégias educativas para promover a qualidade de vida do portador de Diabetes Mellitus.

A prevenção das complicações nos diabéticos deve focar nos fatores de risco, nos quais a equipe multidisciplinar deve atuar para eliminá-los ou reduzi-los. É possível realizá-la por intermédio de ações educativas, podendo abranger a comunidade, gestores e toda uma parceria voltada para educação em saúde. Ressalta-se que para iniciar o processo educativo é primordial observar, olhar e questionar a realidade concreta, planejando o que se deseja realizar.

Este estudo contribui para a construção do conhecimento sobre estratégias que podem ser utilizadas para a realização de atividades educativas em saúde ao paciente portador de diabetes, e aponta como um dos desafios a sensibilização das pessoas para a prevenção do diabetes, o que deve ocorrer nos diferentes cenários de atenção à saúde e com diferentes

grupos de trabalho, considerando sempre a cultura local e a individualização na prática das ações.

REFERÊNCIAS

A cidade de poços de caldas. Demografia; IDH; Perfil; Educação; Acesso em: 12 set. 2016. Disponível em: <http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br/site/?page_id=9259>

ARAÚJO, A.L.A.; PEREIRA, L.R.L.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* v.13, supl. p.611-617, 2008.

ARAÚJO, R.B. et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Revista de Saúde Pública, São Paulo*, v. 33, n. 1, p. 24-32, 1999.

BRASIL. Constituição Federal de 1988, Título VIII Da Ordem Social, Seção II Da Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde. Leis, normas e portarias atuais. Brasil, p. 13-14; 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo/ Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, v,7; p. 62 a 63, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorganização do modelo assistencial. Brasília, 1998.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.* v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciênc. Saúde Colet.*; v.8, n.2, p.569-584, 2003.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 05 nov. 2016.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; SENNA M. C. M.; Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J. Public Health* v.21, n.2, 2007.

GONZALES, K. B. Plano de Intervenção para realização Educativa aos Pacientes Diabéticos cadastrados na UBS Dr. Gentil Alves costa, de Rio Piracicaba - MG. 2015. 40 f. TCC (Graduação) – Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, UFMG, Piracicaba, 2015.

LAVRAS, Carmen. Primary health care and the organization of regional health care networks in Brazil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.

OLIVEIRA, Juliana Pereira de. **Portadores de Diabetes Mellitus Tipo II: Mudanças de Hábitos para Adesão ao Tratamento.** 2010. 65 f. Monografia (Especialização) - Curso de Enfermagem, Faculdade Tecsoma, Paracatú, Mg, 2010. Disponível em: <[http://www.tecsoma.br/trabalhos_conclusao_curso/2010/2/Juliane Diabetes II.pdf](http://www.tecsoma.br/trabalhos_conclusao_curso/2010/2/Juliane%20Diabetes%20II.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2016.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. , p.158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar 2017.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2002. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175)

PEREIRA, J. M. Manual de Gestão Pública Contemporânea. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2007. 197 p.

Poços de Caldas. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso em: 03 set. 2016. Disponível em: <<http://www.pocosdecaldas.mg.gov.br/site/?p=2535>>.

Programa de Saúde da Família. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34; n 3; p 316-19; 2000.

ROSA, W.; A.; G.; LABATE, R.; C.; PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE UM NOVO MODELO DE ASSISTÊNCIA. Rev Latino-am Enfermagem 2005 novembro-dezembro. 13(6):1027-34. Acesso em: 07 out. 2016. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlaehttp://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>.

SCHMIDT, M. I. DUNCAN, B.B. HOFFMANN, J. F. MOURA, L. MALTA, D. C. CARVALHO, R. M. Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. Rev Saúde Publica. 2009 nov. 43 Supl. 2:74-82.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Revista da sociedade brasileira de hipertensão, v. 7, n. 4, p. 126 – 158, São Paulo, 2003.

STARFIELD B.; Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.