

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

JANAÍNA CRUZ MOREIRA

**PLANO DE AÇÃO: AGINDO NA PREVENÇÃO E TRAMENTO DO DIABETES
MELLITUS NA COMUNIDADE DE CANAFÍSTULA, GIRAUÍ DO POCIANO-
ALAGOAS**

**Maceió
2021**

JANAÍNA CRUZ MOREIRA

**PLANO DE AÇÃO: AGINDO NA PREVENÇÃO E TRAMENTO DO DIABETES
MELLITUS NA COMUNIDADE DE CANAFÍSTULA, GIRAU DO PORCIANO-
ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Maria Edna
Bezerra da Silva

**Maceió
2021**

JANAÍNA CRUZ MOREIRA

**PLANO DE AÇÃO: AGINDO NA PREVENÇÃO E TRAMENTO DO DIABETES
MELLITUS NA COMUNIDADE DE CANAFÍSTULA, GIRAU DO PORCIANO-
ALAGOAS**

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

Orientadora: Professora Ms. Maria Edna Bezerra da Silva

Banca examinadora

Professora Juliana Enders Lisboa, Pós Graduada, Universidade Federal de Alagoas.

Professora Maria Edna Bezerra da Silva, Mestre, Universidade Federal de Alagoas.

Aprovado em Maceió, em 31 de março de 2021.

RESUMO

Introdução: O Diabetes Mellitus (DM), de incidência mundial, é uma doença crônica, que tem sua prevalência associada ao envelhecimento da população. É considerado um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Muitas estratégias são elaboradas por parte da Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de que as necessidades da comunidade adstrita pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) sejam atendidas de maneira adequada e eficaz, reforçando e aperfeiçoando o processo de cuidado às pessoas com DM. **Objetivo:** Elaborar uma proposta de intervenção com ações complementares e preventivas na comunidade de Canafístula em relação ao DM. **Justificativa:** Este trabalho justifica-se pelo desafio demandado pela diabetes, em relação à prevenção e tratamento, que a ESF busca superar rotineiramente. **Metodologia:** Para a revisão de literatura, foram realizadas pesquisas em bases de dados eletrônicas, como: SciELO, LILACS, PUBMED, no qual foram utilizados os descritores: *diabetes mellitus*, *tratamento*, *prevenção* e *riscos*. Para cada palavra-chave foi aplicado o cruzamento de filtro, utilizando periódicos nacionais, limite (2010 a 2020) e tipo de documento (artigo). **Conclusão:** O projeto de intervenção para uma comunidade específica é fundamental para a obtenção de resultados positivos na área de abrangência da ESF, pois permite a construção de um plano de ação a partir da realidade da comunidade, em que se detectam os fatores de risco e que possibilita a oferta de orientação sobre riscos, complicações e tratamento da doença prevalente no território adstrito.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Tratamento do Diabetes; Prevenção e riscos a saúde.

ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus (DM), with worldwide incidence, is a chronic disease, whose prevalence is associated with an aging population. It is considered one of the main risk factors for cardiovascular diseases. Many strategies are developed by the Primary Health Care (PHC) so that the needs of the community assigned by the health team of the Basic Health Unit (UBS) are met in an appropriate and effective manner, reinforcing and perfecting the care process to people with DM. **Objective:** Develop an intervention proposal with complementary and preventive actions in the community of Canafístula in relation to DM. **Justification:** This work is justified by the challenge demanded by diabetes, in relation to prevention and treatment, which the FHS seeks to overcome routinely. **Methodology:** For the literature review, searches were conducted in electronic databases, such as: SciELO, LILACS, PUBMED, in which the descriptors were used: diabetes mellitus, treatment, prevention and risks. For each keyword, the filter crossover was applied, using national journals, limit (2010 to 2020) and type of document (article). **Conclusion:** The intervention project for a specific community is fundamental for obtaining positive results in the area covered by the FHS, as it allows the construction of an action plan based on the reality of the community, in which risk factors are detected and which provides guidance on risks, complications and treatment of the disease prevalent in the territory.

Keywords: Diabetes Mellitus; Diabetes treatment; Prevention and health risks.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
SciELO	Scientific Electronic Library Online
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
PUBMED	Publicações Médicas
BIREME	Biblioteca Regional de Medicina
PNUD	Programa Nações Unidas para o Desenvolvimento
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

LISTA DE QUADROS

- P.12 Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Canafístula 6, Unidade Básica de Saúde Canafístula do Cipriano, município de Girau do Ponciano, Alagoas
- P.21 Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “Maus hábitos e estilo de vida inadequado” relacionado ao problema “Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canafístula 6, do município Girau do Ponciano, estado de Alagoas
- P.22 Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “Conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a doença” relacionado ao problema “Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canafístula 6, do município Girau do Ponciano, estado de Alagoas
- P.23 Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “Falta de integralidade de trabalho da equipe” relacionado ao problema “Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canafístula 6, do município Girau do Ponciano, estado de Alagoas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Aspectos gerais do município de Girau do Ponciano	8
1.2 O sistema municipal de saúde.....	9
1.3 Aspectos da comunidade	10
1.4 A Unidade Básica de Saúde Canafístula do Cipriano	10
1.5 A Equipe de Saúde da Família Canafístula 6 da Unidade Básica de Saúde Canafístula do Cipriano.....	11
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Canafístula 6.....	11
1.7 O dia a dia da equipe Canafístula 6.....	11
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade	12
1.9 Priorização dos problemas	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral	15
3.2 Objetivos específicos	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	17
5.1 O diabetes mellitus.....	17
5.2 A equipe de saúde da família na atenção ao diabetes mellitus.....	18
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	20
6.1 Descrição do problema selecionado	20
6.2 Explicação do problema selecionado	20
6.3 Seleção dos nós críticos.....	20
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico	20
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
8 REFERENCIAS	25

1 INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM), de incidência mundial, é uma doença crônica, que tem sua prevalência associada ao envelhecimento da população. É considerado um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares (FLOR, CAMPOS, 2017).

Muitas estratégias são elaboradas por parte da Atenção Primária à Saúde (APS) a fim de que as necessidades da comunidade adstrita pela equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde (UBS) sejam atendidas de maneira adequada e eficaz, reforçando e aperfeiçoando o processo de cuidado às pessoas com DM (MENDES, 2015).

O trabalho da equipe de saúde da UBS é essencial dentro do território adstrito, pois é a partir dos processos de trabalho determinados pela equipe que se traçam ações de saúde a serem desenvolvidas dentro da comunidade.

1.1 Aspectos gerais do município de Girau do Ponciano

Girau do Ponciano é um município brasileiro localizado no estado de Alagoas. Pertencente à Mesorregião do Agreste Alagoano e à Microrregião de Arapiraca, localiza-se a oeste da capital do estado. Segundo dados do IBGE do ano de 2018, estiam-se que há 40.588, crescimento de aproximadamente 10,6% em relação aos números do último censo, colocando o município na 15ª posição no Estado e o terceiro de sua microrregião.

Todo o Estado de Alagoas possui um alto índice de analfabetismo, refletindo inclusive neste município, onde mais de 50% de sua população não tinha nenhum grau de escolaridade no ano de 2000. Apesar disso, Girau é uma das poucas cidades alagoanas, se não a única, a ter escola de ensino médio na zona rural, a Escola José Enoque de Barros, nome do prefeito da cidade que construiu a unidade escolar. A escola foi, desde sua criação em 1986 até o ano de 2000, gerida pelo Município, até que passou para o controle do Estado de Alagoas. A Escola José Enoque de Barros tem servido já há muitos anos a estudantes de outros municípios, como Traipu, Lagoa da Canoa e Craíbas.

Segundo dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento

(SNIS), Girau do Ponciano, em 2006, possuía uma rede de abastecimento de água com extensão de 56,1 km. O município possuía uma das maiores redes entre os municípios do interior de Alagoas. Contudo, de janeiro de 2006 até dezembro de 2012, isto é, durante 7 anos, não houve crescimento da rede. Em verdade, nesse período, a expansão da rede de abastecimento tinha sido de apenas 30 metros. Ainda segundo o SNIS, de 2013 a 2016, ocorreu aumento de somente 2,26 km, e, em 2017, a rede cresceu na ordem de 1,01 km, conseqüentemente esse déficit de saneamento pode refletir nos indicadores de saúde.

De acordo com o PNUD (2000), o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Girau do Ponciano, levando em conta a qualidade de vida da população e os investimentos públicos em saúde, é de 0,536, considerado baixo.

1.2 O sistema municipal de saúde

Para atender o modelo de atenção à saúde focado nos usuários, o trabalho desenvolvido na UBS, corroborando com o papel da Atenção Básica que é de organizar o sistema e coordenar o cuidado em saúde, busca promover, prevenir e tratar doenças crônicas e agudas, de modo a garantir serviços da Rede de Atenção à Saúde na comunidade, mais próximo da casa do usuário, olhando para os determinantes sociais no processo saúde-doença.

No que se refere à organização dos pontos de atenção à saúde, vemos que:

Experiências têm demonstrado que a organização de RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo apontadas como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (BRASIL, 2010, p.5).

Na comunidade de Canafístula, comunidade rural, os usuários são encaminhados para serviços em Girau do Ponciano quando a atenção básica não garante a resolutividade, logo mais se não for resolvido a situação se encaminha para a cidade polo de referência que é Arapiraca onde tem hospital de urgência e emergências, construindo uma linha de referência e contra referência.

A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Girau do Ponciano é de 100%, sendo que são 03 equipes de saúde da família que atendem a

zona urbana e 10 equipes que assistem a zona rural do município. O principal problema relacionado ao Sistema Municipal de Saúde é a falta de recursos. A partir desse problema outros são acarretados, como a mais importante que é a falta de profissionais de saúde, como médicos, técnicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS's). além disso, tem também a questão política da região, que fragiliza os vínculos de trabalho, com estratégias politiqueras.

1.3 Aspectos da comunidade

Canafístula do Cipriano é uma população de mais ou menos 3500 habitantes, localizada no município de Girau do Ponciano, que é formada basicamente pela zona rural, onde a maioria da população vive por conta do fumo, plantio de mandioca e feijão. Nesta comunidade tem um baixo nível cultural, o grau de instrução é pouco, 94,3% de pessoas com idade entre 6 e 14 anos possuem escolaridade.

Na comunidade tem algumas lideranças que são os que levam todas as demandas, necessidades e interesses da população aos gestores públicos na tentativa de buscar possíveis soluções que são responsabilidades do governo.

A infraestrutura da comunidade oferece água tratada pela rede pública a 272 famílias ou 29.40% da população e 70.59 % das famílias tem um abastecimento de água com poço ou nascente. O hipoclorito é comumente utilizado em caixas d'água e cisternas para tratamentos, porém, o tratamento de esgoto é oferecido somente para 81 famílias ou 8,75% da população

Na comunidade de Canafístula, cerca de 6,32%, o que corresponde à 198 das pessoas, são diabéticas, com algum tipo de comorbidade associada, devido a fatores relacionados à maus hábitos.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Canafístula do Cipriano

Segundo o Ministério da Saúde as Unidades Básicas de Saúde são as portas de entrada dos serviços de saúde ofertados pelo SUS, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade” (BRASIL, 2012, p.9).

A Unidade Básica de Saúde Canafístula do Cipriano, está montada atualmente numa casa alugada, e já foram iniciadas a construção de sua sede, infelizmente na atual casa não estamos com uma boa estrutura, não temos um a sala de espera para poder realizar ações educativas, ter conversas com os pacientes e as vezes falta algumas medicações e materiais.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Canafístula 6 da Unidade Básica de Saúde Canafístula do Cipriano

Somos compostos por: Uma médica, uma enfermeira, 6 agentes de saúde, uma técnica de enfermagem, zeladora e um vigia.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Canafístula 6

A Unidade de Saúde funciona das 7h:30min. às 16h:00min., contamos com ajudas dos agentes comunitários que estão sempre dando suportes com suas escalas diárias, para o acolhimentos, retirada de prontuários, sempre que o enfermeiro o técnicos estão presentes.

1.7 O dia a dia da equipe Canafístula 6

Os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família na comunidade Canafístula do Ponciano, entendem que:

“...o trabalho é um lugar de criação, invenção e ao mesmo tempo um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões” (BRASIL, 2010, p.9).

A partir dessa compreensão buscamos atender a comunidade da melhor maneira possível. Para tanto, temos o nosso acolhimento e a triagem. Temos uma agenda, que todos os dias é destinado agendamento de 15 pacientes pela manhã, e mais 7 pacientes pela tarde, essa quantidade agendada, logo depois fica disponibilizado as emergência, e as demandas que surgem. Fazemos uma triagem para ver se realmente é uma emergência.

Para que possamos alcançar resultados satisfatórios fazemos planejamentos regularmente, seguindo referenciais teóricos como o de Campos(2010)

“É preciso um método de planejamento que possibilite a compreensão e o **compartilhamento** de uma mesma “linguagem” (conceitos básicos, terminologia, instrumentos utilizados, etc.); que seja capaz de contribuir para o **diálogo** e para efetiva **participação** de todos aqueles envolvidos na formulação e na operacionalização de um plano” (CAMPOS, 2010, p.18).

Todo último dia útil do mês juntamos toda equipe para conversa e procurar solucionar problemas da comunidade, como informativos, palestras, tendo também as visitas domiciliares que nos ajudar a conhecer ainda mais o dia a dia e a realidade de cada família, pois cada família tem sua particularidade.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade

A UBS em que atuamos atende muitas demandas. Sendo assim, muitos problemas de saúde nos são apresentados. A partir do diagnóstico de saúde realizado pela equipe, identificamos 5 problemas mais comuns em nosso atendimento; são eles: Hipertensão, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Gripe, Obesidade e doenças diarreicas.

1.9 Priorização dos problemas

Com os dados em mãos, optamos por priorizar o problema Diabetes Mellitus devido o alto índice de pacientes acometidos por esta doença e, também, por termos, como ESF, maior capacidade de enfrentamento.

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Canafístula 6, Unidade Básica de Saúde Canafístula do Cipriano, município de Girau do Ponciano, Alagoas.

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Diabetes Mellitus	Alta	8	Total	1
Hipertensão Arterial	Alta	6	Parcial	2
Dislipidemia	Alta	6	Parcial	3
Gripe	Alta	6	Parcial	4
Obesidade	Alta	4	Fora	5

Fonte: autores

- *Alta, média ou baixa
 - ** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados
 - ***Total, parcial ou fora
 - ****Ordenar considerando os três itens
-

2 JUSTIFICATIVA

Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas, pelas chamadas células beta. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta, portanto, em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia (GROSS. et al, 2002).

A aquisição de hábitos saudáveis, tais como dieta balanceada, prática de exercício físico, sono regular, estimulam a adaptação do metabolismo.

Por ser uma doença que há muitas complicações associadas, como riscos de amputação, insuficiência renal e riscos microvasculares a relevância de uma intervenção em uma comunidade pequena como Canafístula é de suma importância, pois, fortalece a APS, os serviços de saúde e promove saúde e qualidade de vida.

Este trabalho justifica-se pelo desafio demandado pela diabetes, em relação à prevenção e tratamento, que a ESF busca superar rotineiramente. É um problema de saúde que requer atenção específica da ESF, por ser uma das condições crônicas mais sensíveis da Atenção Básica, exigindo acompanhamento e tratamento adequado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

- Elaborar um plano de intervenção que contribua para a prevenção e tratamento da Diabetes Mellitus na comunidade de Canafístula, município Girau do Ponciano/AL.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar fatores de risco dos pacientes com Diabetes Mellitus para a elaboração do plano de intervenção;
- Realizar ações de educação em saúde com o paciente e família, a fim de propiciar a prevenção;
- Incentivar a comunidade aos cuidados que favorecem a prevenção da doença.

4 METODOLOGIA

O primeiro passo para elaboração do plano de intervenção foi a realização da técnica de estimativa rápida, para identificar problemas prioritários a serem enfrentados. Essa etapa contou com a colaboração de toda a equipe de saúde da família. Para a descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, foi utilizado a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional-PES, tendo como referencial teórico Campos e Santos (2010).

Concomitantemente a essa etapa, para a formação teórica sobre o tema, iniciamos a revisão de literatura e análise preliminar sobre o tema da pesquisa, em bases de dados eletrônicas como a BVS, SciELO, LILACS, PUBMED e BIREME. Usando os seguintes descritores: Diabetes Méllitus, prevenção do diabetes, educação em saúde. A revisão de literatura sobre o tema permitiu atualização e ampliação do conhecimento sobre a Diabetes Mellitus

Para tanto, elaborou-se um diagnóstico situacional com base na Unidade de Atenção Primária da Saúde - UAPS, por meio do método da Estimativa Rápida, o qual permitiu identificar os nós críticos e as ações a serem realizadas; em seguida foi realizada uma e por fim foi realizada a elaboração de um plano de intervenção com propostas simples e objetivas para a promoção da saúde das pessoas doentes, mas, também, para toda a comunidade.

Após a discussão com a equipe de saúde para o diagnóstico de saúde, a identificação e a priorização dos principais problemas encontrados; pela ordem de prioridade foram:

- Alta incidência das doenças crônicas não transmissíveis por inadequados hábitos nutricionais na população, principalmente o Diabetes Méllitus.
- Alta incidência de hipertensão arterial.
- Obesidade.
- Doenças diarreicas
- Falta de abastecimento para toda a população.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 O diabetes mellitus

Torres et al (2009) afirmam que o diabetes mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde pública que afeta a população mundial independente do nível de desenvolvimento do país. O DM é uma das doenças crônicas com mais frequências no mundo e com graves complicações.

O DM, de acordo com Dallaqua e Damasceno (2011), se classifica em diabetes tipo 1(DM1), que é resultante da destruição das células pancreáticas por mecanismo mediado por células, é a forma autoimune. Diabetes tipo 2 (DM2), que é a resistência à insulina em combinação com deficiência relativa da secreção de insulina. E a diabetes gestacional, que tem primeira identificação na gravidez e é caracterizado pela intolerância à glicose, podendo persistir após o parto, evoluindo para DM2.

Dados do Ministério da Saúde (2006) apontam que a expectativa de vida para pessoas com DM1 é reduzida, em média, em 15 anos. Para pessoas com DM2 a expectativa de vida é ainda menor, em média, de 5 a 7 anos. Complicações cardiovasculares e acidente vascular cerebral tem a probabilidade de ocorrer entre 2 a 4 vezes mais em adultos diabéticos. O DM também é a principal causa de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Especificamente em mulheres, é responsável por alto índice de partos prematuros e mortalidade materna.

O DM ocorre quando há dificuldade ou inexistência da produção de insulina que é necessária para o organismo.

Autores como Gross et al (2002) destacam que o diabetes mellitus engloba um conjunto de doenças metabólicas que se manifestam por meio de sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou ainda complicações agudas que colocam a vida em risco como a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. Todos esses sintomas caracterizam a hiperglicemia.

De acordo com Barbosa e Camboim (2016) a hiperglicemia está associada à disfunção fisiológica de vários órgãos, em especial olhos e rins.

O DM vem aumentando a cada dia trazendo prejuízos para a população, com perda significativa na qualidade de vida.

Os fatores de risco recorrentes em pacientes que apresentam DM são: excesso de peso, sedentarismo, hábitos tóxicos (consumo de bebida alcoólica e nicotina). Além disso, idade maior de 40 anos, histórico familiar e presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos também são fatores comuns em pessoas com diabetes (BRASIL, 2012).

De acordo Cancelliéri (1999) o exercício físico é uma excelente estratégia reguladora da quantidade de açúcar no sangue devido os músculos consumirem mais este carboidrato. O efeito do exercício pode se prolongar por horas ou dias. Além disso, diminui a pressão arterial, melhora o funcionamento cardiovascular, aumenta a massa muscular e promove qualidade de vida.

A adesão ao tratamento por parte do paciente é fundamental para que se obtenha resultados positivos. Neste sentido, Faria et al (2014) dizem que a adesão ao tratamento do DM é definido pelo paciente, quando este corresponde às recomendações que são determinadas por um profissional de saúde. Normalmente as recomendações englobam: uso de medicamentos, reeducação alimentar e 80% de mudança no estilo de vida.

Gimenes, Zanetti e Haas (2009) apontam os fatores responsáveis pela não adesão ao tratamento: falta de acesso ao medicamento, não aceitação da doença, falta de sintomas no início da doença, características socioculturais dos pacientes, má relação entre pacientes e profissional de saúde, posologia difícil, efeitos colaterais das medicações e falta de conhecimento sobre a doença.

Enfim, é a partir do diagnóstico precoce e correto do diabetes mellitus que a equipe saúde da família pode traçar medidas terapêuticas que podem evitar o surgimento da doença na comunidade adstrita e também que os riscos relacionados à doença sejam monitorados e tratados por meio de medidas de controle rigorosos e relativamente simples que resultam na promoção de saúde e na conseqüente qualidade de vida do indivíduo diabético, para tanto o êxito no tratamento do diabetes tem como base a mudança do estilo de vida.

5.2 A equipe de saúde da família na atenção ao diabetes mellitus

De acordo com Vecchia (2012) a Atenção Básica (AB) apresenta um conjunto de ações que devem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde, levando em conta as necessidades do território em que a Unidade Básica de Saúde (UBS) é implantada, assumindo, desse modo, uma responsabilidade sanitária. As ações envolvem: promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção.

Silva, Giovanella e Mainbourg (2014) dizem que uma das características da AB é uma atenção voltada para as necessidades individuais ou grupais. Por isso, a importância de conhecer todo o contexto familiar e do território adstrito para que seja possível identificar as causas de adoecimento e doenças de maior relevância. Desse modo, é relevante o envolvimento da família na atenção prestada.

Segundo o Ministério da Saúde, em seus cadernos da atenção básica, a equipe de saúde da família deve criar laços com a comunidade para ter um relacionamento que facilite a adesão do tratamento e que as recomendações dadas pelos profissionais sejam absorvidas pelo paciente de modo que pratique o autocuidado corretamente. Dessa forma, é possível prevenir, tratar e reduzir o índice de morbimortalidade ligada ao DM (BRASIL, 2006).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas, pelas chamadas células beta. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta, portanto, em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia.

6.2 Explicação do problema selecionado

A partir de dados coletados, verificamos que a diabetes é uma doença de alta prevalência, que está associada a fatores de risco, que também são incidência em nossa comunidade, tais como: obesidade, sedentarismo, alimentação inadequada, tabagismo e hipertensão.

6.3 Seleção dos nós críticos

Considerado o problema priorizado, selecionamos como “nós críticos”:

- Maus hábitos e estilo de vida inadequado;
- Conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a doença;
- Falta de integralidade de trabalho da equipe.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “Maus hábitos e estilo de vida inadequado” relacionado ao problema “Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canafístula 6, do município Girau do Ponciano, estado de Alagoas

Nó crítico 1	Maus Hábitos e estilo de vida inadequado.
6º passo: operação (operações)	Buscar promover o melhoramento dos hábitos dos indivíduos, de modo que eles adquiram um estilo de vida saudável.
6º passo: projeto	Projeto Bem Estar
6º passo: resultados esperados	*Diminuir o sedentarismo em 40%. *Diminuir os hábitos que promovam riscos à saúde em 30%
6º passo: produtos esperados	*Exercício coletivo, seja uma caminhada ou dança aeróbica, em grupos organizados. *Educação permanente com o objetivo de orientar o maior número de pessoas. *Campanhas educativas utilizando meios de comunicação
6º passo: recursos necessários	Organizacional: organizar grupos para a prática de exercícios e estímulo para aquisição de um estilo de vida adequado. Cognitiva: informar sobre o tema discutido, priorizando a participação da comunidade na execução do projeto. Político: utilizar de espaços, como praças, para a realização de exercício físico e de meios de comunicação para a divulgação dos grupos. Financeiro: adquirir recursos audiovisuais, panfletos e carro de som.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: organizar grupos para a prática de exercícios e estímulo para aquisição de um estilo de vida adequado. Cognitiva: informar sobre o tema discutido, priorizando a participação da comunidade na execução do projeto. Político: utilizar de espaços, como praças, para a realização de exercício físico e de meios de comunicação para a divulgação dos grupos. Financeiro: adquirir recursos audiovisuais, panfletos e carro de som.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	(responsável, motivação e ações de estímulos) 1. Secretaria de Saúde. 2. ESF. 3. NASF 4. Organização *Todos favoráveis. *Todos os atores estão envolvidos, o que não exige operação estratégica.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	1. NASF; 2. Enfermeira; 3. Secretaria de Saúde. 1. 3 meses para início; 2. 2 meses para início; 3. 1 mês para início
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A partir da implantação do projeto já vai sendo avaliado pela ESF, que se perceber a necessidade de alteração dos prazos indicará aos responsáveis.

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “Conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a doença” relacionado ao problema “Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canafístula 6, do município Girau do Ponciano, estado de Alagoas

Nó crítico 2	Conhecimento insuficiente dos pacientes sobre a doença.
6º passo: operação (operações)	Ofertar atendimento ao diabético, entre as atividades assistenciais, empregando estratégias educacionais, visando esclarecer os conhecimentos necessários para a vida do diabético.
6º passo: projeto	Saber sempre é o melhor remédio
6º passo: resultados esperados	*Ampliar o conhecimento relativo à doença em 80%. *Diminuir o número de pacientes acometidos por diabetes.
6º passo: produtos esperados	Que cada membro das equipes envolvidas cumpram com sua função. *Que os ACS tenham acesso à informação sobre os riscos da diabetes
6º passo: recursos necessários	* Organizacional: organizar com as equipes NASF e ESF os exercícios adequados para cada grupo. Utilizar panfletos, banners, carro de som para divulgação. * Cognitivo: preparação das equipes envolvidas no processo. * Financeiro: aquisição de materiais audiovisuais (panfletos, banners e som).
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: organizar palestras que estimulem o diabético a ampliar e/ou melhorar o conhecimento sobre a doença. Cognitiva: educação permanente, promovendo a mudança de hábitos que prejudiquem o controle glicêmico. Político: Financeiro: adquirir recursos audiovisuais, panfletos e carro de som.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	(responsável, motivação e ações de estímulos) 1. Secretaria de Saúde. 2. ESF. 3. NASF 4. Organização *Todos favoráveis. *Todos os atores estão envolvidos, o que não exige operação estratégica.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	1. NASF; 2. Enfermeira; 3. Secretaria de Saúde. 1. 3 meses para início; 2. 2 meses para início; 3. 1 mês para início
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A partir da implantação do projeto já vai sendo avaliado pela ESF, que se perceber a necessidade de alteração dos prazos indicará aos responsáveis.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “Falta de integralidade de trabalho da equipe” relacionado ao problema “Diabetes”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Canafístula 6, do município Girau do Ponciano, estado de Alagoas

Nó crítico 3	Falta de integralidade de trabalho da equipe.
6º passo: operação (operações)	Visando a linha de cuidado é importante promover estratégias que permitam apreender as percepções e vivências dos profissionais quanto ao trabalho em equipe para que possam articular e integrar as ações e, assim, proporcionar uma atenção qualificada.
6º passo: projeto	Cuidando com consciência
6º passo: resultados esperados	Diminuir o número de pacientes acometidos por diabetes.
6º passo: produtos esperados	Que cada membro das equipes envolvidas cumpram com sua função. *Que os ACS tenham acesso à informação sobre os riscos da diabetes.
6º passo: recursos necessários	*Organizacional: organizar, mensalmente, o cronograma de trabalho. *Cognitivo: organizar educação permanente que permita aos membros das equipes uma participação ativa nos debates. *Financeiro: aquisição de materiais audiovisuais (panfletos, banners e som).
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Organizacional: organizar mensalmente o cronograma de trabalho. Cognitiva: educação permanente aos membros das equipes envolvidas. Político: utilizar de espaços para a realização das oficinas e palestras destinadas aos profissionais de saúde envolvidos no processo. Financeiro: adquirir recursos audiovisuais, panfletos e carro de som.
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	(responsável, motivação e ações de estímulos) 1. Secretaria de Saúde. 2. ESF. 3. NASF 4. Organização *Todos favoráveis. *Todos os atores estão envolvidos, o que não exige operação estratégica.
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	1. NASF; 2. Enfermeira; 3. Secretaria de Saúde. 1. 3 meses para início; 2. 2 meses para início; 3. 1 mês para início
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	A partir da implantação do projeto já vai sendo avaliado pela ESF, que se perceber a necessidade de alteração dos prazos indicará aos responsáveis.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o objetivo de elaborar uma proposta de intervenção com ações complementares e preventivas na comunidade de Canafístula em relação ao DM a fim de orientar a comunidade quanto aos riscos, complicações e tratamento do DM, melhorar a qualidade de vida do paciente diabético residente no território adstrito e monitorar e controlar do DM na comunidade de Canafístula, o presente projeto de intervenção considera intervir de maneira eficaz, a partir do acompanhamento e monitoramento da adesão ao tratamento, estratégia basilar para a melhora global do paciente.

O projeto de intervenção para uma comunidade específica é fundamental para a obtenção de resultados positivos na área de abrangência da ESF, pois permite a construção de um plano de ação a partir da realidade da comunidade, em que se detectam os fatores de risco e que possibilita a oferta de orientação sobre riscos, complicações e tratamento da doença prevalente no território adstrito.

Por fim, evidencia-se que a equipe de saúde da família deve criar um vínculo e manter uma boa relação com a comunidade e orientar sobre a doença, estimulando-os sempre para a adesão do tratamento e assim possa obter resultados satisfatórios e qualidade de vida.

8 REFERENCIAS

BARBOSA, S. A. CAMBOIM, F.E.F. Diabetes mellitus: cuidados de enfermagem para controle e prevenção de complicações. **Temas em Saúde**, vol. 16, nº 3, p.404-417, João Pessoa, 2016. Disponível em: < <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2016/09/16324.pdf>>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus**. – Cadernos de Atenção Básica, nº16, série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2006.

BRASIL. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília, 2012.

CANCELLIÉRI, C. **Diabetes & Atividade Física**. São Paulo: Fontoura, 1999.

CAMPOS, F.C.C ; FARIA, H.P; SANTOS, M.A . **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DALLAQUA, B. DAMASCENO, D.C. Comprovação do efeito antioxidante de plantas medicinais utilizadas no tratamento do *Diabetes mellitus* em animais: artigo de atualização. **Revista brasileira plantas medicinais**. [online]. 2011, vol.13, n.3, pp.366-373. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-05722011000300017>>

FARIA, H.T.G. et al. Adesão ao tratamento em diabetes mellitus em unidades da Estratégia Saúde da Família. **Revista Escola Enfermagem**, USP, vol.48, nº. 2, São Paulo, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000200257&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>

FLOR, L.S. CAMPOS, M.R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2017; 20(1): 16-29. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n1/1980-5497-rbepid-20-01-00016.pdf>>

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002.

GIMENES,H.T.; ZANETTI, M.L.; HAAS, V.J. Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americana Enfermagem** [online]. 2009, vol.17, n.1, pp.46-51. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100008&script=sci_abstract&tlng=pt>

GROSS, J. L. et al. Diabetes Melito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia** [online]. 2002, vol.46, n.1, pp.16-26. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0004-27302002000100004>>

MENDES, E.V. A **Construção Social da Atenção Primária à Saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.

SILVA, N. C.; GIOVANELLA, L.; MAINBOURG, E. M. T. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira Enfermagem** [online]. 2014, vol.67, n.2, pp.274-281. ISSN 0034-7167. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140037>>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diagnóstico e Classificação do Diabetes Mellitus e Tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2**. Conselho Brasileiro sobre Diabetes, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf>

TORRES, H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Revista Saúde Pública** [online]. 2009, vol.43, n.2, pp.291-298, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009005000001&script=sci_abstract&tIng=pt>

VECCHIA, D.M. **Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: fundamentos histórico-políticos**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012. 127p.