

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

EDNA ROSA ATHERTON REINOSO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR ACOMPANHAMENTO DOS
USUÁRIOS DIABÉTICOS E USUÁRIOS COM FATORES DE RISCO
PARA A DOENÇA NA ESF CELSO DIANA NO MUNICÍPIO DE SANTA
LUZIA**

LAGOA SANTA - MG

2015

EDNA ROSA ATHERTON REINOSO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR ACOMPANHAMENTO DOS
USUÁRIOS DIABÉTICOS E USUÁRIOS COM FATORES DE RISCO
PARA A DOENÇA NA ESF CELSO DIANA NO MUNICÍPIO DE SANTA
LUZIA**

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

Orientadora: Daniela Coelho Zazá

LAGOA SANTA - MG

2015

EDNA ROSA ATHERTON REINOSO

**PLANO DE AÇÃO PARA MELHOR ACOMPANHAMENTO DOS
USUÁRIOS DIABÉTICOS E USUÁRIOS COM FATORES DE RISCO
PARA A DOENÇA NA ESF CELSO DIANA NO MUNICÍPIO DE SANTA
LUZIA**

Banca Examinadora

Prof^a. Daniela Coelho Zazá (orientadora)

Prof^a. Maria Dolôres Soares Madureira (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: ____/____/____

AGRADECIMENTOS

À minha família, que é o apoio que eu preciso para viver cada dia. Agradeço a eles pelo amor e carinho dados a mim durante toda a minha vida. Obrigada

À minha orientadora Daniela Zazá pela paciência e apoio prestados durante o processo de finalização do trabalho.

RESUMO

Considerando o diagnóstico situacional da área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Celso Diana do município de Santa Luzia/MG observou-se elevada incidência e prevalência de diabetes. Sendo assim, este estudo teve como objetivo elaborar um plano de ação para melhor acompanhamento dos usuários diabéticos e usuários com fatores de risco para a doença. A metodologia foi dividida em três momentos: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação. Neste estudo foram selecionados os seguintes nós críticos: hábitos alimentares inadequados e sedentarismo; baixo nível de informação sobre a doença e; deficiência no processo de trabalho da equipe. Baseado nesses nós críticos foram propostas as seguintes ações de enfrentamento: criação dos projetos “mudança de hábitos” para conscientizar a população sobre alimentação adequada e importância da prática de atividade física; “+ informação” para aumentar o nível de informação sobre o diabetes entre os pacientes, familiares e população em geral e; “melhor acompanhamento” para estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.

Palavras chave: Diabetes, Fatores de risco, Processo de trabalho, Atenção básica.

ABSTRACT

Considering the situational diagnosis of the covered area by the Family Health Strategy Celso Diana in the municipality of Santa Luzia / MG was observed high incidence and prevalence of diabetes. Therefore, the purpose of this study was to develop an action plan for better monitoring of diabetics and users with risk factors for the disease. The methodology was divided in three phases: realization of situational diagnosis; literature review and the development of action plan. In this study we selected the following critical node: poor eating habits and sedentary lifestyle; low level of information about the disease and; deficiency in team work process. Based on these critical nodes were proposed the following actions to oppose: creation of projects "changing habits" in order to raise awareness about the importance of proper nutrition and physical activity; "+ information" to increase the level of information about diabetes among patients, families and the general population and; "better monitoring" to structure health services to improve the effectiveness of care.

Keywords: Diabetes, Risk factors, Work process, Primary care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1	Priorização dos problemas identificados na ESF Celso Diana	18
Quadro 2	Quantidade de diabéticos por microárea	20
Quadro 3	Desenho das operações para os “nós críticos” selecionados	21
Quadro 4	Recursos críticos de cada operação	22
Quadro 5	Ações para motivação dos atores	23
Quadro 6	Plano operativo	24
Quadro 7	Planilha de acompanhamento do projeto: Mudança de hábitos	25
Quadro 8	Planilha de acompanhamento do projeto: + Informação	26
Quadro 9	Planilha de acompanhamento do projeto: Melhor acompanhamento	26

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO.....	12
4	METODOLOGIA.....	13
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	14
5.1	Diabetes <i>mellitus</i>	14
5.2	Tratamento do diabetes <i>mellitus</i>	16
6	PLANO DE AÇÃO.....	18
6.1	Primeiro passo: definição dos problemas	18
6.2	Segundo passo: priorização de problemas	18
6.3	Terceiro passo: descrição do problema selecionado	19
6.4	Quarto passo: explicação do problema	20
6.5	Quinto passo: seleção dos “nós críticos”	20
6.6	Sexto passo: desenho das operações	21
6.7	Sétimo passo: identificação dos recursos críticos	22
6.8	Oitavo passo: análise da viabilidade do plano	23
6.9	Nono passo: elaboração do plano operativo	24
6.10	Décimo passo: gestão do plano	25
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	29

1 INTRODUÇÃO

Santa Luzia é uma município brasileiro do estado de Minas Gerais, pertencente à região metropolitana de Belo Horizonte. De acordo com dados do IBGE (2014) Santa Luzia tem uma população de aproximadamente 214.830 habitantes. O município possui uma área de 235,327 Km² e densidade demográfica de 862,38 hab/Km² (IBGE, 2014). Seu extenso território é dividido administrativamente em Sede e distrito de São Benedito (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013). Hoje, o município vem sendo administrado pelo prefeito Carlos Alberto Parrillo Calixto (IBGE, 2014).

O município de Santa Luzia está localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, a 25 km da capital, próximo aos aeroportos da Pampulha e Tancredo Neves (Confins) e do Centro Administrativo do Estado. A cidade é banhada pelo rio das velhas, dispõe de linha férrea e gasoduto subterrâneo (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

Santa Luzia floresceu mais em função do comércio do que da mineração. O município se afirmou ao longo do século XVIII e primeira metade do XIX como polo de abastecimento de gêneros alimentícios (PREFEITURA DE SANTA LUZIA, 2013).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Santa Luzia em 2010 era de 0,715, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799) (ADHB, 2013).

A renda per capita média de Santa Luzia cresceu 97,2% passando de R\$282,73, em 1991, para R\$386,67, em 2000, e para R\$557,62, em 2010 (ADHB, 2013).

Em 2010 98,7% da população recebia água encanada nos domicílios, 99,9% energia elétrica e 97,2% tinham coleta de lixo (ADHB, 2013).

Aproximadamente 89% dos usuários são dependentes do SUS. No município de Santa Luzia existem atualmente 23 equipes de Saúde da Família. Além disso, para o atendimento da população estão disponíveis também um Pronto Atendimento (PA) e um Hospital Geral, além de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), totalizando 658 profissionais atuando na assistência a saúde.

A cidade conta com 96 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Os usuários que consultam nos postos e precisam ser avaliados por outra especialidade são encaminhados mediante um modelo disponível nos postos para a

especialidade que precisa. No município contamos com algumas especialidades como, por exemplo, ginecologia, pediatria, neurologia, dermatologia, angiologia e cirurgia geral. Entretanto, dependendo da especialidade será necessário o encaminhamento para Belo Horizonte.

Atuo na Estratégia Saúde da Família (ESF) Celso Diana, localizada no bairro Palmital, desde 2013. A área de abrangência da ESF contém 25.518 pessoas cadastradas, agrupados em 15.789 famílias. O nível de alfabetização é de aproximadamente 79%.

O bairro Palmital é um bairro com presença de favela e alta atividade delitiva, sobretudo vinculada ao tráfico de drogas. A falta de segurança é um dos principais problemas na comunidade. Além disso, o desemprego, a falta de saneamento básico, a falta de espaços para lazer e cultura, entre outros, são outros problemas queixados pela comunidade. A principal causa de óbito são as doenças do sistema cardiovascular, mas também muitas mortes estão relacionadas com ações violentas vinculadas ao tráfico. No bairro encontram-se posto da polícia militar, comércios, farmácias, laboratórios, escolas, creches e igrejas.

A ESF tem boa localização, o que permite a chegada de muitos usuários, inclusive de bairros no entorno do Palmital. Conseqüentemente, ocorre uma sobrecarga do atendimento. O horário de funcionamento da ESF é de 08:00 às 17:00.

Em função do número de pessoas cadastradas na ESF Celso Diana deveríamos estar atuando com 05 equipes de saúde da família, entretanto a realidade é outra. Atualmente, contamos com um médico, duas enfermeiras, dois técnicos em enfermagem, seis agentes de zoonoses e oito agentes comunitários de saúde (ACS).

Em relação ao espaço físico a ESF apresenta boa estrutura. Contamos com uma recepção onde ficam todos os prontuários, quatro consultórios, uma sala para ECG, sala de vacinas, sala de curativos, almoxarifado, dois banheiros, sala de reuniões, uma sala de zoonoses, cozinha, entre outros.

Após a realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Celso Diana selecionou-se como principal problema a “elevada incidência e prevalência de diabetes *mellitus* (DM)”.

“O DM é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos,

especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos” (BRASIL, 2006, p.9).

O DM faz parte do grupo das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias (MIRANZI *et al.*, 2008; BRASIL, 2006).

2 JUSTIFICATIVA

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

Nas consultas semanais observamos uma quantidade significativa de usuários diabéticos, além de usuários que apresentam fatores de risco para a doença, como por exemplo, sedentarismo, hipertensão e obesidade.

Por meio de ações comunitárias e individuais, a ESF pode informar a comunidade sobre como prevenir a doença, identificar grupos de risco, fazer o diagnóstico precoce e a abordagem terapêutica, manter o cuidado continuado, educar e preparar portadores e famílias a terem autonomia no autocuidado, monitorar o controle, prevenir complicações e gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população (BRASIL, 2006).

Sendo assim, pretendemos com esse projeto implementar ações para melhor controle dessa situação atual observada na ESF através do diagnóstico precoce, acompanhamento dos usuários, melhor controle metabólico, diminuição das complicações, etc.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de ação para melhor acompanhamento dos usuários diabéticos e usuários com fatores de risco para a doença na ESF Celso Diana no município de Santa Luzia.

4 METODOLOGIA

A metodologia foi dividida em três momentos: realização do diagnóstico situacional; revisão de literatura e desenvolvimento de um plano de ação.

O método utilizado para atingir os objetivos propostos foi baseado no planejamento estratégico situacional (PES) (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Celso Diana no município de Santa Luzia através da estimativa rápida (ER). Depois que os problemas foram listados a equipe priorizou a “elevada incidência e prevalência de diabetes *mellitus* (DM)”.

Além disso, foi realizada uma revisão de literatura narrativa sobre diabetes mellitus. A busca de literatura foi realizada em bases de dados eletrônicas (PubMed, Lilacs) utilizando os seguintes descritores: diabetes *mellitus*, fatores de risco, tratamento, atenção básica à saúde.

Com as informações do diagnóstico situacional e da revisão de literatura foi proposto um plano de ação para melhor acompanhamento dos usuários diabéticos e usuários com fatores de risco para a doença na ESF Celso Diana.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Diabetes *mellitus*

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal problema de saúde pública em todo o mundo. Duas em cada três mortes por ano, em todo o mundo, já podem ser atribuídas às DCNT (GOULART, 2011).

De acordo com estimativas da Organização Mundial de Saúde as DCNT são responsáveis por aproximadamente 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo (BRASIL, 2011).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é a mais frequente das DCNT, entretanto a prevalência do diabetes *mellitus* (DM) vem crescendo mundialmente, configurando-se como uma epidemia (SCHMIDT *et al.*, 2009).

De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) um indicador macroeconômico a ser considerado é que o DM cresce de forma mais rápida em países pobres e em desenvolvimento e isso gera um impacto negativo devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, além de onerar a previdência social.

Segundo a SBD (2009) a estimativa de adultos com DM no mundo em 1985 era de 30 milhões. Esse número cresceu para 135 milhões em 1995 e atingiu 173 milhões em 2002. E a previsão para 2035 é que o número de pessoas com DM chegue a 592 milhões (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

O DM “não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambos” (SBD, 2009, p.13).

A classificação do DM proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela *American Diabetes Association* (ADA) inclui quatro categorias: DM tipo 1, DM tipo 2, outros tipos e diabete gestacional (SBD, 2009).

Os sintomas clássicos do DM são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (conhecido como os “4 Ps”). Além deles, outros sintomas podem levar a suspeita clínica, como por exemplo, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição (BRASIL, 2006).

“Cerca de 50% da população com DM não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações” (BRASIL, 2006, p.14). Por isso, são indicados os testes de rastreamento em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença. O rastreamento deve ser considerado em todos adultos com IMC \geq 25 com um ou mais dos seguintes fatores de risco (BELO HORIZONTE, 2011):

- Sedentarismo.
- Parente de primeiro grau portador de diabetes.
- Membros de grupos étnicos de alto risco (afros descendentes, latinos, indígenas, asiáticos).
- Mulheres com história de parto de criança com mais de 4 kg ou de diabetes gestacional.
- Hipertensão arterial.
- Colesterol HDL $<$ 35 mg/dl ou triglicérides $>$ 250 mg/dl.
- Mulheres com síndrome de ovários policísticos.
- Pré-diabetes em exame anterior.
- Outras condições associadas à resistência insulínica (obesidade grave).
- História de doenças cardiovasculares.

Os critérios de rastreamento citados acima podem auxiliar na detecção do pré-diabetes ou do DM tipo 2, pois no caso do DM tipo 1 a manifestação inicial é súbita e marcada por hiperglicemia grave e/ou cetose. Desse modo, são diagnosticados logo após o início da moléstia. Isso faz com que a identificação de pacientes com risco de desenvolver a doença não se justifique (BELO HORIZONTE, 2011).

A história natural do DM é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, classificadas como microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (BRASIL, 2006). Os mecanismos do aparecimento destas complicações ainda não estão totalmente esclarecidos, mas a duração do DM e seu controle interagem com outros fatores de risco, como HAS, fumo e dislipidemia determinando o curso da micro e macroangiopatia (BRASIL, 2006). Por isso, a adesão ao tratamento é fundamental para redução das complicações e melhor controle do DM (FAJARDO, 2006).

5.2 Tratamento do diabetes *mellitus*

O DM não tem cura, exceto pelo transplante de pâncreas. Sendo assim, os objetivos do tratamento são dirigidos para se obter uma glicemia normal e controlar as alterações metabólicas associadas, sendo diferente para cada paciente. A prioridade no tratamento do DM é devolver ao paciente seu equilíbrio metabólico e mantê-lo assim, propiciando um estado o mais próximo possível da fisiologia normal do organismo (LOPES *et al.*, 2012).

O tratamento do DM é “muito complexo e envolve mudanças, principalmente, no estilo de vida dos pacientes” (RAMOS; FERREIRA, 2011, p.868). Mudança no estilo de vida é uma tarefa difícil de ser obtida, mas pode ocorrer se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento (SBD, 2000).

Para manter os níveis glicêmicos estabilizados e, conseqüentemente, prevenir as complicações crônicas é importante manter a automonitoração da glicemia, a prática regular de atividade física, a administração de medicamentos (antidiabéticos orais e/ou insulina) e a adoção de uma alimentação saudável (RAMOS; FERREIRA, 2011).

A educação alimentar é um dos pontos fundamentais no tratamento do DM. Não é possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada (SBD, 2000). Portadores de DM tipos 1 e 2 e seus familiares devem ser inseridos em programa de educação nutricional. Estratégias educacionais incluem atividades em grupos operativos, oficinas e palestras (SBD, 2014).

A manutenção de uma alimentação saudável tem como objetivos: contribuir para a normalização da glicemia, diminuir os fatores de risco cardiovascular e prevenir complicações agudas e crônicas do DM (ADA, 1999 *apud* SBD, 2000).

Existem evidências consistentes dos efeitos benéficos do exercício físico na prevenção e no tratamento do DM (SBD, 2014). O exercício físico atua sobre o controle glicêmico e sobre outros fatores de comorbidade, como a HAS e a dislipidemia, e reduzindo o risco cardiovascular (SBD, 2014).

Qualquer atividade física, recreativa, laborativa ou esportiva pode ser feita pelos diabéticos, mas deve-se atentar às possíveis complicações e limitações impostas pelo comprometimento sistêmico do DM (SBD, 2014).

Os medicamentos antidiabéticos devem ser empregados quando não se tiver atingido os níveis glicêmicos desejáveis após o uso das medidas dietéticas e do exercício (SBD, 2000).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

A análise da situação de saúde do território de abrangência é considerada um instrumento muito valioso, pois mediante esta análise é possível orientar e planejar a estratégia de trabalho. Ela permite a identificação dos principais problemas apresentados pela população do território de abrangência.

Após realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Celso Diana no município de Santa Luzia foi possível identificar diferentes problemas, como por exemplo: elevada incidência e prevalência de diabetes *mellitus* (DM), elevada incidência e prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS), elevada incidência de gravidez na adolescência, alto grau de marginalidade com atividade delitiva, dificuldade na gestão da entrega dos medicamentos aos pacientes em função dos atrasos da prefeitura, demora na entrega dos resultados dos exames feitos no laboratório do SUS, alto índice de desemprego, baixo nível de escolaridade, falta de saneamento básico e falta de espaço para lazer, cultura e educação.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

Após identificação dos problemas na área de abrangência da ESF Celso Diana no município de Santa Luzia, a equipe se reuniu para estabelecer uma ordem de prioridade para os mesmos. O quadro 1 apresenta a priorização dos problemas identificados na ESF.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados na ESF Celso Diana.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada incidência e prevalência de DM	Alta	8	Parcial	1
Elevada incidência e prevalência de HAS	Alta	7	Parcial	2
Elevada incidência de gravidez na adolescência	Alta	6	Parcial	2
Alto grau de marginalidade	Alta	6	Fora	3

com atividade delitiva				
Dificuldade na gestão da entrega dos medicamentos aos pacientes	Alta	5	Parcial	3
Demora na entrega dos resultados dos exames feitos no laboratório do SUS	Alta	4	Fora	3
Alto índice de desemprego	Alta	3	Fora	4
Baixo nível de escolaridade	Alta	3	Fora	4
Falta de saneamento básico	Alta	3	Fora	4
Falta de espaço para lazer, cultura e educação	Alta	3	Parcial	5

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O cenário epidemiológico brasileiro passou por uma transição significativa, pois as doenças infecciosas que respondiam por 46% das mortes em 1930, foram responsáveis por apenas 5% da mortalidade em 2003, dando lugar às doenças crônicas (BARBOSA *et al.*, 2003 *apud* MALTA *et al.*, 2006).

Na América Latina, no ano de 2001, o DM esteve entre as 10 principais causas de morte (OLIVEIRA; VALENTE; LEITE, 2010). De acordo com Schneider *et al.* (2009) existem estudos que demonstram que o DM tem sido subnotificado como causa de morte, sendo citado em apenas 32 a 50% das declarações de óbito com diagnóstico comprovado de DM, pois os diabéticos normalmente morrem em função das complicações crônicas da doença, e estas é que figuram como causa do óbito.

A equipe de saúde da família da ESF Celso Diana está preocupada não só com o elevado número de diabéticos na área de abrangência da ESF, mas também com o número crescente de novos casos. Por isso, este problema foi priorizado pela equipe.

No quadro 2 está apresentada a quantidade de diabéticos por microárea.

Quadro 2 - Quantidade de diabéticos por microárea.

Microárea	Quantidade de diabéticos	Fonte
1	99	Registros da equipe
2	88	Registros da equipe
3	102	Registros da equipe
4	91	Registros da equipe
5	90	Registros da equipe
Total	470	

6.4 Quarto passo: explicação do problema

Nas consultas semanais da ESF tem-se observado uma quantidade significativa de usuários diabéticos. O DM é uma das doenças crônicas mais frequentes nas consultas de acompanhamento dos usuários com doenças crônicas. Ela tem uma alta prevalência na comunidade e atinge igualmente homens e mulheres. Outro fator importante é que em muitos indivíduos a doença só é diagnosticada pelo aparecimento de uma de suas complicações.

Acreditamos que diversos fatores podem estar contribuindo para a elevada incidência e prevalência de DM na ESF Celso Diana. Entretanto, os fatores considerados mais relevantes foram: sedentarismo, obesidade, alimentação inadequada, baixo nível de informação sobre a doença e deficiência no processo de trabalho da equipe.

6.5 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” relacionados à elevada incidência e prevalência de DM na ESF Celso Diana.

- Hábitos alimentares inadequados e sedentarismo;
- Baixo nível de informação sobre a doença;
- Deficiência no processo de trabalho da equipe.

6.6 Sexto passo: desenho das operações

“Com o problema bem explicado e identificadas as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para o enfrentamento do problema” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.66). No quadro 3 estão apresentadas as operações para os “nós críticos” selecionados.

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

Nó Crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos alimentares inadequados e sedentarismo	<p>Mudança de hábitos</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida da população</p> <p>Conscientizar a população sobre alimentação adequada e importância da prática de atividade física</p>	<p>Diminuir número de sedentários e obesos</p> <p>Melhorar hábitos alimentares</p> <p>Melhorar a qualidade de vida dos pacientes</p>	<p>Grupos operativos com foco na alimentação</p> <p>Programa de caminhada orientada</p> <p>Grupos de atividade física em praças e campos de futebol</p> <p>Campanha educativa no posto e na comunidade</p>	<p>Organizacional: Para organizar o programa de caminhada, os grupos operativos e de atividade física</p> <p>Cognitivo: Informação sobre o tema</p> <p>Político: Mobilização social e articulação intersetorial</p> <p>Financeiro: Para adquirir folhetos e produtos audiovisuais</p>
Baixo nível de informação sobre a doença	<p>+ Informação</p> <p>Aumentar o nível de informação sobre o DM entre os pacientes, familiares e população em geral</p>	<p>População mais informada sobre o DM e suas complicações</p> <p>Prevenir as complicações associadas ao DM</p> <p>Aumentar a participação familiar no controle do DM</p>	<p>Avaliação do nível de informação sobre a doença</p> <p>Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente diabético</p>	<p>Organizacional: Para organizar os grupos operativos</p> <p>Cognitivo: Informação sobre o tema</p> <p>Político: Articulação intersetorial</p> <p>Financeiro: Para adquirir folhetos e produtos audiovisuais</p>
Deficiência no processo de trabalho da equipe	<p>Melhor acompanhamento</p> <p>Implantar protocolos para o adequado</p>	<p>Maior controle da população com DM</p> <p>Diminuição das complicações</p>	<p>Protocolos implantados</p> <p>Recursos humanos capacitados</p>	<p>Cognitivo: Elaboração de protocolos</p> <p>Político: Articulação entre os setores da</p>

	acompanhamento dos pacientes com DM incluindo o sistema de referência e contra referência Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Diminuição da incidência de DM mediante pesquisa ativa	Solicitação periódica de exames a pacientes com fatores de risco e diabéticos Interconsultas com outras especialidades segundo necessidade	saúde e adesão dos profissionais Financeiro: Garantir contratação de especialistas (oftalmologista, nefrologista, endocrinologista, cardiologista) Garantir laboratórios com recursos necessários para a realização de exames complementares
--	---	--	---	--

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.7 Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

“O processo de transformação da realidade sempre consome, com mais ou com menos intensidade, algum tipo de recurso” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p.69). Os recursos críticos são indispensáveis para a execução do projeto, entretanto não estão disponíveis, então devemos criar estratégias para viabilizá-los. O quadro 4 apresenta os recursos críticos de cada operação.

Quadro 4 - Recursos críticos de cada operação.

Operação	Recursos críticos
Mudança de hábitos Modificar hábitos e estilo de vida da população Conscientizar a população sobre alimentação adequada e importância da prática de atividade física	Político: Mobilização social e articulação intersetorial Financeiro: Para adquirir folhetos e produtos audiovisuais
+ Informação Aumentar o nível de informação sobre o DM entre os pacientes, familiares e população em geral	Político: Articulação intersetorial Financeiro: Para adquirir folhetos e produtos audiovisuais
Melhor acompanhamento Implantar protocolos para o adequado acompanhamento dos pacientes com DM incluindo o sistema de referência e contra referência	Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Financeiro: Garantir contratação de especialistas (oftalmologista, nefrologista, endocrinologista, cardiologista)

Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Garantir laboratórios com recursos necessários para a realização de exames complementares
--	---

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.8 Oitavo passo: análise da viabilidade do plano

Esse passo apresenta os seguintes objetivos: identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários; analisar a motivação desses atores e; traçar ações estratégicas para motivá-los construir a viabilidade da operação (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 5 apresenta as propostas de ação para motivação dos atores.

Quadro 5 - Ações para motivação dos atores.

Operação	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p>Mudança de hábitos</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida da população</p> <p>Conscientizar a população sobre alimentação adequada e importância da prática de atividade física</p>	<p>Político: Mobilização social e articulação intersetorial</p> <p>Financeiro: Para adquirir folhetos e produtos audiovisuais</p>	<p>Secretaria municipal de saúde (SMS); Equipe;</p> <p>Secretaria municipal da educação;</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p>+ Informação</p> <p>Aumentar o nível de informação sobre o DM entre os pacientes, familiares e população em geral</p>	<p>Político: Articulação intersetorial</p> <p>Financeiro: Para adquirir folhetos e produtos audiovisuais</p>	<p>Secretaria municipal de saúde (SMS); Equipe;</p> <p>Secretaria municipal da educação;</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não é necessário</p>
<p>Melhor acompanhamento</p> <p>Implantar protocolos para o adequado acompanhamento dos pacientes com</p>	<p>Político: Articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais</p> <p>Financeiro: Garantir</p>	<p>Equipe;</p> <p>Prefeito Municipal</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentar o projeto</p>

DM incluindo o sistema de referência e contra referência	contratação de especialistas (oftalmologista, nefrologista, endocrinologista, cardiologista)	Secretário de Saúde		
Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Garantir laboratórios com recursos necessários para a realização de exames complementares			

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.9 Nono passo: elaboração do plano operativo

Este passo irá designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). O quadro 6 define o plano operativo.

Quadro 6 - Plano operativo.

Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
Mudança de hábitos Modificar hábitos e estilo de vida da população Conscientizar a população sobre alimentação adequada e importância da prática de atividade física	Diminuir número de sedentários e obesos Melhorar hábitos alimentares Melhorar a qualidade de vida dos pacientes	Grupos operativos com foco na alimentação Programa de caminhada orientada Grupos de atividade física em praças e campos de futebol Campanha educativa no posto e na comunidade	Não é necessário	Dra Edna Rosa Enfermeira Barbara Mayla ACS Alexandra	4 meses para o início das atividades
+ Informação Aumentar o nível de informação sobre o DM	População mais informada sobre o DM e suas complicações	Avaliação do nível de informação sobre a doença	Não é necessário	Enfermeira Barbara Mayla ACS Alexandra	4 meses para o início das atividades

entre os pacientes, familiares e população em geral	Prevenir as complicações associadas ao DM Aumentar a participação familiar no controle do DM	Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente diabético			
Melhor acompanhamento Implantar protocolos para o adequado acompanhamento dos pacientes com DM incluindo o sistema de referência e contra referência Estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado	Maior controle da população com DM Diminuição das complicações Diminuição da incidência de DM mediante pesquisa ativa	Protocolos implantados Recursos humanos capacitados Solicitação periódica de exames a pacientes com fatores de risco e diabéticos Interconsultas com outras especialidades segundo necessidade	Apresentar o projeto	Dra Edna Rosa Enfermeira Barbara Mayla	4 meses para apresentar o projeto e iniciar as ações realizadas no posto Início de outras ações: sem data

Fonte: Autoria Própria (2015)

6.10 Décimo passo: gestão do plano

Esta etapa corresponde ao acompanhamento do plano. Os quadros 7 a 9 apresentam a situação atual das operações e os campos a serem preenchidos durante o acompanhamento das mesmas.

Quadro 7 - Planilha de acompanhamento do projeto: Mudança de hábitos.

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Grupos operativos com foco na alimentação	Dra Edna Rosa Enfermeira Barbara Mayla	4 meses	Implantado e em andamento no momento		
Programa de	ACS	4 meses	Programa implantado		

caminhada orientada	Alexandra		e implementado		
Grupos de atividade física em praças e campos de futebol	ACS Alexandra	4 meses	Programa implantado e implementado		
Campanha educativa no posto e na comunidade	Dra Edna Enfermeira Barbara ACS Alexandra	4 meses	Programa implantado e implementado Produtos audiovisuais definidos		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 8 - Planilha de acompanhamento do projeto: + Informação.

Produtos	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
Avaliação do nível de informação sobre a doença	Dra Edna	4 meses	Projeto de avaliação elaborado		
Maior número de familiares participando e acompanhando o paciente diabético	Enfermeira Barbara	4 meses	Programa de capacitação elaborado		

Fonte: Autoria Própria (2015)

Quadro 9 - Planilha de acompanhamento do projeto: Melhor acompanhamento.

Produto	Responsáveis	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Protocolos implantados	Dra Edna	4 meses	Proposta discutida com Secretário de Saúde	Atrasado	12 meses
Recursos humanos capacitados	Enfermeira Barbara	3 meses	Programa de capacitação elaborado; capacitação com início para 3 meses.		
Solicitação periódica de exames a pacientes com fatores de risco e diabéticos	Dra Edna Enfermeira Barbara	4 meses	Em desenvolvimento		

Interconsultas com outras especialidades segundo necessidade	Dra Edna	4 meses	Projeção de demanda e estimativa de custos realizada	Atrasado	9 meses
--	----------	---------	--	----------	---------

Fonte: Autoria Própria (2015)

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização do diagnóstico situacional na área de abrangência da ESF Celso Diana, a equipe selecionou como problema principal a elevada incidência e prevalência de DM. Sendo assim, este trabalho buscou desenvolver um plano de ação para melhor acompanhamento dos usuários diabéticos e usuários com fatores de risco para a doença.

Os projetos têm como objetivos modificar hábitos e estilo de vida da população, aumentar o nível de informação sobre o DM não só entre os pacientes e familiares, mas também entre a população em geral, e também estruturar os serviços de saúde para melhorar a efetividade do cuidado.

Acreditamos que os projetos poderão aumentar o conhecimento a respeito do DM e conseqüentemente, transformar o modo e estilo de vida da população reduzindo assim os principais fatores de risco.

A equipe espera como principal resultado, um controle satisfatório da doença e redução dos novos casos de DM dentro da área de abrangência.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition Recommendations and Principles for People with Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. v.22, suppl.1, p. 42-45, 1999 *Apud* SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. Consenso Brasileiro sobre Diabetes, 2000.

ADHB – Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Perfil Municipal – **Santa Luzia/MG**. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santa-luzia_mg. Acesso em 17/03/15.

BARBOSA, J.B. *et al.* Doenças e agravos não transmissíveis: bases epidemiológicas. In: ROUQUAYROL, M.Z. *Epidemiologia & Saúde*. 6ªed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003. p.289-311 *Apud* MALTA, D.C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v.15, n.1, p.47-65, 2006.

BELO HORIZONTE. **Protocolos de Diabetes Mellitus e atendimento em angiologia e cirurgia vascular**. Prefeitura de Belo Horizonte, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Coordenação nacional de hipertensão e diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, F.C.; FARIA, H.P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

FAJARDO, C. A importância do cuidado com o pé diabético: ações de prevenção e abordagem clínica. **Rev Bras Med Fam e Com**. v.2, n.5, p.43-58, 2006.

GOULART, F.A.A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

IBGE-cidades. **Santa Luzia, Minas Gerais.** Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=315780&search=minas-gerais|santa-luzia>. Acesso em 17/03/15.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes Atlas.** 6ª ed., 2013. Disponível em: www.idf.org/diabetesatlas Acesso em: 10/04/15.

LOPES, D.S.A. *et al.* A produção de insulina artificial através da tecnologia do DNA recombinante para o tratamento de diabetes mellitus. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde.** v.10, n.1, p.234-245, 2012.

MIRANZI, S.S.C. *et al.* Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 672-679, out/dez, 2008.

OLIVEIRA, A.F.; VALENTE, J.G.; LEITE, I.C. Fração da carga global do diabetes mellitus atribuível ao excesso de peso e à obesidade no Brasil. **Revista Panam Salud Publica.** v.27, n.5, p.338-344, 2010.

PREFEITURA DE SANTA LUZIA. Plano Municipal de Cultura, 2013. Disponível em: <http://www.santaluzia.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/PMC-Santa-Luzia-MG-Vers%C3%A3o-Final-2.pdf-oficial.pdf>. Acesso em 17/03/15.

RAMOS, L.; FERREIRA, E.A.P. Fatores emocionais, qualidade de vida e adesão ao tratamento em adultos com diabetes tipo 2. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** v.21, n.3, p.864-877, 2011.

SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009.** 3ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400p.

SBD, Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2.** Consenso Brasileiro sobre Diabetes, 2000.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014** / Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

SCHMIDT, M.I. *et al.* Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública.** v.43, Supl.2, p.74-82, 2009.

SCHNEIDER, C. *et al.* Taxa de Mortalidade e Morbidade por Diabetes Mellitus. **RBAC.** v.41, n.4, p.287-288, 2009.