

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

**LEICY DEL TODO AVILA**

**A DIABETES MELLITUS TIPO II NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA SANTA EFIGÊNIA, GOVERNADOR VALADARES - MG:  
PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR OS FATORES INFLUENTES EM  
SEU DESCONTROLE**

**GOVERNADOR VALADARES - MINAS GERAIS**

**2016**

**LEICY DEL TODO AVILA**

**A DIABETES MELLITUS TIPO II NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA SANTA EFIGÊNIA, GOVERNADOR VALADARES - MG:  
PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR OS FATORES INFLUENTES EM  
SEU DESCONTROLE**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ms. Wânia Cristina da Silva.

**GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS**

**2016**

**LEICY DEL TODO AVILA**

**A DIABETES MELLITUS TIPO II NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA SANTA EFIGÊNIA, GOVERNADOR VALADARES - MG:  
PLANO DE AÇÃO PARA DIMINUIR OS FATORES INFLUENTES EM  
SEU DESCONTROLE.**

**Banca Examinadora**

Prof.<sup>a</sup> Ms. Wânia Cristina da Silva - UFMG

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro - UFMG

Aprovada em Belo Horizonte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

À minha filha, Liz Isabel,  
fonte de inspiração, para que este trabalho  
se constitua uma referência em seu futuro.

Aos meus pais, Orlando e Martha,  
sábios condutores da minha vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas aquelas pessoas que contribuíram para que o presente trabalho fosse realizado, em especial a Jose Luis Pacheco, quem contribuiu na construção das ideias e na materialização de cada linha desse trabalho;

À professora orientadora Ms.Wânia Cristina da Silva por seu apoio no enriquecimento deste trabalho.

A minha amiga e colega Yadira Cirera, por sua generosidade e estima sincera.

*“Sonha e serás livre de espírito... luta e serás livre na vida”.*

- Ernesto Che Guevara –

## RESUMO

A ESF Santa Efigênia localizada na zona urbana do município de Governador Valadares, Minas Gerais. A ESF Santa Efigênia consta de uma população estimada de 3.556 habitantes, sendo que destes 213 usuários são diabéticos tipo II. Este projeto tem como objetivo a construção de um plano de ação para diminuir os fatores que influenciam na falta de controle da diabetes mellitus. Para a consecução dos objetivos foi realizado um levantamento dos pacientes diabéticos, tipo II, uma revisão da literatura que procedeu a formulação do plano de ação, discussões com os usuários nos grupos de HIPERDIA e com a equipe de saúde. Na elaboração do plano de ação foi adotada a seguinte dinâmica: descrição da etapa a ser desenvolvida, seguindo o referencial teórico discutido na disciplina Planejamento e avaliação das ações em saúde, do Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, da Universidade Federal de Minas Gerais e especificidades da proposta de intervenção relacionada à etapa descrita. O plano de ação elaborado consta de: identificação dos nós críticos, desenho de operações para os nós críticos do problema, identificação de recursos críticos, análise de viabilidade do plano operativo. O plano de ação é uma ferramenta educativa que visa facilitar a intervenção no problema identificado. Concomitante à implantação do plano deverão ser corrigidas falhas que serão percebidas durante sua execução.

**Palavras Chaves:** Diabetes mellitus Tipo II. Participação comunitária. Equipe de saúde.

## ABSTRACT

The ESF Santa Efigênia located in the urban area of the municipality Governador Valadares, Minas Gerais. The ESF Santa Efigênia have an estimated population of 3,556 inhabitants, of them 213 patients are diabetics type II. This project aims to build an action plan to reduce the factors that influence the lack of control of diabetes mellitus. To achieve the goals we conducted a survey of diabetic patients, type II, a literature review that followed the formulation of the action plan, discussions with patients in groups of HIPERDIA and the health team. In preparing the action plan was adopted the following dynamics: description of the step being developed, following the theoretical framework discussed in course planning and evaluation of health actions, the Specialization Course Strategic Family Basic Health, the Federal University of Minas Gerais and specifics of the intervention proposal related to the described step. The elaborate action plan consists of: identification of critical nodes, operations design for the critical nodes of the problem, identification of critical resources, operational plan feasibility analysis. The plan of action and an educational tool that aims to facilitate referral to the identified problem. Competitor to plan implementation failures should be corrected to be perceived during its execution.

**Key words:** Diabetes mellitus type II. Community participation. Health team.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária de Saúde
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AVC</b>	Acidente Vascular Cerebral
<b>DIC</b>	Doença Isquêmica Coronária
<b>DM</b>	Diabetes Mellitus
<b>DM II</b>	Diabetes Mellitus Tipo II
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>HAS</b>	Hipertensão Arterial Sistêmica
<b>HIPERDIA</b>	Grupo de Hipertensos/Diabéticos
<b>HTA</b>	Hipertensão Arterial
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDHM</b>	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
<b>IC</b>	Insuficiência Cardíaca
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PAC</b>	Programa de Academia da Cidade
<b>SIAB</b>	Sistema de Informação de Atenção Básica
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Porcentual de população de cada Micro-área de saúde .....	13
Quadro 2 – Principais problemas em saúde da comunidade ESF Santa Efigênia, Governador Valadares/MG.....	25
Quadro 3 – Priorização dos problemas em saúde da comunidade ESF Santa Efigênia com justificativas, Governador Valadares/MG.....	26
Quadro 4 – Priorização dos principais problemas detectados na ESF Santa Efigênia de acordo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Governador Valadares/MG .....	27
Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 1 - Falta de conhecimento sobre a doença .....	29
Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 2 – Não adesão ao tratamento medicamentoso .....	31
Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico 3 - Hábitos de vida inadequados ....	32
Quadro 8 – Recursos críticos .....	33
Quadro 9 – Análise de viabilidade do plano estratégico.....	33
Quadro 10 – Elaboração do plano operativo .....	35
Quadro 11 – Gestão do plano .....	38

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
1.1 Descrições da Estratégia Saúde da Família Santa Efigênia.....	12
1.2 Análise Situacional.....	14
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVO GERAL</b> .....	<b>19</b>
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>20</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>24</b>
6.1 Identificação dos problemas .....	24
6.2 Priorização dos problemas .....	25
6.3 Descrição do problema .....	27
6.4 Explicação do problema.....	28
6.5 Seleção dos nós crítico.....	29
6.6 Desenhos das operações .....	29
6.7 Identificações dos recursos críticos .....	32
6.8 Análise de viabilidade do plano.....	33
6.9 Elaboração do plano operativo .....	34
6.10 Gestão do Plano.....	38
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>42</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus (DM) é considerada um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, em função, tanto do crescente número de pessoas atingidas quanto pela complexidade que constitui o processo de viver com essa doença. (BRASIL, 2002 apud FRANCIONE; SILVA, 2007). Conceitualmente e segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009).

A Diabetes Mellitus 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 (p.13).

A Diabetes Mellitus (DM) é uma condição clínica que se caracteriza pelo aumento da glicose plasmática, tendo como critério de diagnóstico sintomas de poliúria, polifagia, prurido, polidipsia e perda ponderal, acrescidos de glicemia casual "aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições" maior de 200 mg/dl, glicemia de jejum 126mg/dl e ou glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75g de glicose > 200 mg/dl. (BRASIL, 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Segundo Rossi (2005), a DM é um problema de saúde pública de grande magnitude, pois causa um grande impacto social, uma vez que está associada a complicações incapacitantes, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida, além de envolver altos custos de tratamento no âmbito familiar e individual, assim como do sistema público de saúde no Brasil e no mundo.

Francioni e Silva afirmam que os estudos indicam que cerca de 8% da população têm o diagnóstico de diabetes, sendo que destas, poucas têm acesso ao tratamento ideal para o controle da DM, o que implica ter poucas possibilidades de controle das complicações dessa doença, especialmente as crônicas. (BRASIL, 2002 apud FRANCIONI; SILVA, 2007).

Na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que a DM aparece entre as principais causas, entre a quarta e a oitava posição (SCHMIDT et al., 2010). No Brasil, ocorreram, em 2009, 51.828 mortes por diabetes. Houve um aumento de 24%, entre 1991 e 2000 (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos), seguidos por um declínio de 8%, entre 2000 e 2009 (de 42/100.000 para 38/100.000). Em relação à prevalência é estimado

que o Brasil passe da 8ª posição, de 4,6%, em 2000, para a 6ª posição, com 11,3% da sua população portadora de DM, em 2030. (BRASIL, 2013).

Schmidt acrescenta ainda que a DM e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica, submetidas à diálise (ROSA; SCHMIDT, 2008; SCHMIDT et al., 2010).

Neste mesmo contexto, constata-se que no estado de Minas Gerais segundo dados estatísticos, 2.884 x cada 100.000 usuários relataram ser diabéticos. Superando a média nacional que contava com 2.276 por cada 100.000 habitantes. Tendo um total de 408.239 casos novos em 2013, em pacientes maiores de 15 anos, ou diabetes tipo II (SIAB, 2013).

O município de Governador Valadares, localizado ao noroeste do estado, no Vale do Rio Doce, tem uma população estimada em 278.363 habitantes, (segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde e do SIAB, 2014) apresenta um número de 22.927 pacientes diabéticos, sendo esta doença uma das principais causas de consulta médica nas Equipes de Saúde da Família, no hospital do município, assim como o Pronto Atendimento. A Diabetes Mellitus é uma das principais causas de morbi-mortalidade do município precedida pelas urgências hipertensivas, sendo também a dominante causa de óbitos da região.

### **1.1 Descrições da Estratégia Saúde da Família Santa Efigênia**

A ESF Santa Efigênia com uma extensão territorial de 0,129 km<sup>2</sup>, localizada na área urbana da cidade de Governador Valadares – MG, perfazendo uma distância de 2,5 km da unidade de saúde ao centro da cidade, tendo a Prefeitura Municipal como ponto de referência. Os bairros localizados na área de abrangência são Santa Efigênia (popularmente conhecido como Querosene), Monte Carmelo (também conhecido por Casinhas) e parte do bairro Santa Helena. A população está dividida em 05 micro-áreas para melhor atendimento. o percentual da população em cada microárea está no quadro a seguir:

**Quadro 1 – Porcentual de população de cada Micro-área de saúde**

<b>MICROÁREA</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	<b>20,33</b>
<b>2</b>	<b>19,26</b>
<b>3</b>	<b>22,60</b>
<b>4</b>	<b>17,65</b>
<b>5</b>	<b>20,16</b>

**Fonte:** Cadastro da área de abrangência, 2015.

A Equipe Saúde da Família é constituída por: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 técnico de enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde, 01 auxiliar administrativo, 01 auxiliar de serviço gerais, com horário de atendimento de segunda a sexta-feira, no horário de 07:00-11.00h e de 13 às 17:00h.

A ESF conta com 01 Equipe de Saúde Bucal ( a partir de maio/2009 ) com 01 dentista e 01 auxiliar de consultório dentário. Também atuam na ESF 01 psicólogo, 01 assistente social, 01 fisioterapeuta, 01 nutricionista e 01 técnico em farmácia, integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, que assistem à ESF em horários diversos duas vezes na semana

A ESF Santa Efigênia, conta com uma população de 3.556 pessoas distribuídas em 711 famílias cadastradas. Predomina o sexo feminino com uma população de 1.824 (51.3%) mulheres e 1.732 (48.7%) homens. Dentro da comunidade há escolas, farmácias e um comércio diversificado. A principal fonte da renda da população do bairro provém do trabalho no comércio e do trabalho autônomo, predominando a classe social mais carente. O número de pessoas cobertas com plano de saúde é de 151 para um 4.24 % e o número de pessoas em bolsa de família 38 para 5.3 %.

Em relação à morbidade, os principais problemas de saúde da população adulta adstrita são as doenças crônicas não transmissíveis entre elas a HAS e a diabetes mellitus, associados a elas os fatores de risco tais como dislipidemias, obesidade, sedentarismo, hipertensos 705 para um 32%, diabéticos 213 para um 6% dos pacientes maiores de 15 anos e asmáticos com 71 para um 2% da totalidade da população.

## 1.2 Análise Situacional

Na ESF Santa Efigênia, a DM não é a doença de maior prevalência, por isso representa uns dos principais motivos de consultas realizadas na unidade de 15 -17 % das consultas do mês. Por este motivo é dedicado um dia por semana para atendimento desses pacientes através da realização do grupo de HIPERDIA (Grupo de Hipertenso/Diabéticos), nas quais são oferecidas atividades de promoção e educação para saúde pelos diferentes profissionais da equipe e consultas individuais para avaliação e acompanhamento do usuário. Até o presente momento, há 213 pacientes diabéticos cadastrados, sendo eles maiores de 15 anos, na área de abrangência eles representam uns 6 % do total de pacientes cadastrados. Por meio de consulta aos prontuários, diálogo em consultas individuais, dados levantados pela Agente Comunitário de Saúde (ACS) e dados da própria unidade, identificou-se que em torno de 62, 4% dos pacientes diabéticos são mulheres e apenas 37, 5 % são homens, somando um total de 133 e 80 respectivamente, no qual 39 são maiores de 60 anos.

Verificou-se que 41 deles também são hipertensos, 15 fumantes com predomínio do sexo masculino, e 03 fazem uso abusivo de álcool. Ainda existe uma baixa adesão dos pacientes hipertensos ao grupo de HIPERDIA, pois apenas 117 participam do grupo (em torno de 55 % deles). Do total dos pacientes diabéticos 06 não estão sendo acompanhados pela unidade, pois não realizaram nenhum tipo de consulta há mais de um ano, mais se conhece pelas ACS que têm planos de saúde e assistem a consultas particulares. Do total dos pacientes que estão sendo acompanhados, 57 deles já se apresentaram em consulta com Glicemia maior de 200 mg/dl, no período estudado (2014) o que representa em torno de 26, 7 % de pacientes diabéticos descompensados.

Após análise do diagnóstico situacional percebe-se que as principais causas de morbimortalidade da população do ESF Santa Efigênia estão relacionadas a doenças não transmissíveis e agravos, doenças cardiovasculares (hipertensão arterial sistêmica), dislipidemias e endócrino-metabólicas (diabetes, hipo e hipertireoidismo). Em especial, a diabetes que é umas das principais causas de morbimortalidade do município. A partir da constatação deste fato surge a necessidade de elaborar um plano de intervenção que venha amenizar este

problema, possibilitando a manutenção dos níveis glicêmicos destes pacientes e prevenindo as possíveis complicações.



## 2 JUSTIFICATIVA

A Atenção Básica de Saúde deve ter como prioridade de trabalho o controle adequado dos pacientes com DM, assim como a identificação dos fatores que os influenciam na falta desse controle. Esse trabalho justifica-se pelo grande número de pacientes diabéticos com mau controle metabólico na comunidade, pela falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença, a falta de adesão ao tratamento, bem como as suas consequências na vida dos portadores, caso não seja bem tratada. Assim, a partir da abordagem multidisciplinar e da procura em levar a informação ao paciente de forma mais acessível e mais dinâmica, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida e ao uso correto da medicação. Segundo Rodriguez (2012).

A morbidade decorrente do diabetes e de suas potenciais complicações não implica apenas custos econômicos como também custos desmedidos para os indivíduos, em termos de dor e sofrimento. Estimar adequadamente o "tamanho do problema", bem como os recursos públicos alocados para seu manejo no âmbito hospitalar, representa uma chance para aperfeiçoar as ações de vigilância em saúde e repensar a qualidade e adaptação das intervenções até então realizadas (p.11-12).

Levando em consideração a importância da concomitância da Diabetes Mellitus e a HAS no aumento do risco cardiovascular, é importante destacar que esta doença é a segunda de maior prevalência no município de Governador Valadares. (BRASIL, 2014).

Ao analisar esse problema, é preciso entender a realidade dessa população e voltarmos nossa atenção para as determinantes do processo saúde - doença (fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais envolvidos no surgimento de alguma doença, (BACKES, et al, 2009). Compreendendo que esse é um problema vivido pelo próprio usuário e que para resolvê-lo é preciso enfrentar os fatores intermediários que o provoca, uma vez que eles não têm percepção do risco, por isso devemos conhecer o território, as condições socioeconômicas, seus valores e cultura são fundamentais para entender as determinantes do processo saúde doença.

No nosso caso, que é diminuir os fatores que propiciam o descontrole da DM, o que podemos perceber é que essas condições estão diretamente vinculadas com a baixa adesão ao tratamento, a má alimentação, o sedentarismo, o analfabetismo, baixo nível de conhecimento sobre a doença, dentre outros. Após a

análise dos principais problemas, chegamos à conclusão que a prevalência da Diabetes Mellitus Tipo II, constitui uns dos principais problemas de saúde da ESF Santa Efigênia.

Em primeiro lugar, a falta de percepção do paciente sobre o risco da doença é muito significativo nessa população, muitos pacientes conhecem sua doença, seus pilares do tratamento, consequências e complicações, mas não fazem um adequado tratamento tanto não farmacológico como farmacológico.

O motivo é devido o analfabetismo. O analfabetismo primordial e a baixa escolaridade são significativos, fato que coincide com que o descontrole da doença seja maior nesse grupo, pois gera uma grande dificuldade do paciente em aderir ao tratamento. Além dessas condições citadas acima, observou-se também muitos pacientes que vivem sozinhos, e/ou com outro companheiro, e com filhos ou ainda com transtornos mentais, estas situações os impedem de identificar a medicação e de cumprir a posologia, levando-os ao descontrole e a dificuldade de ajuste das doses, sendo que a não adesão correta ao tratamento, se torna impossível para a equipe do ESF estabelecer um parâmetro de funcionamento da medicação.

Outra questão importante é a cultura alimentar, pois a alimentação deles é muito rica em carboidratos, sais, gorduras e refrigerantes, além disso, boa parte dessa população vive apenas de programas assistenciais do governo, impossibilitando uma dieta saudável que seria, com legumes, frutas, verduras, carne etc. Os pacientes em consulta, a maioria afirma que come o que está ao alcance de suas condições econômicas, quase todos mencionam ter uma dieta hipossódica, mas esse fator é muito subjetivo. Logo as transgressões dietéticas, uma das mais importantes razões da descompensação da doença, levam ao aparecimento de outros fatores de risco, tais como a hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hiperglicemia e obesidade.

Outro fator importante é o sedentarismo, a maior parte dos pacientes diabéticos não realiza nenhum tipo de atividade física, falta para eles à compreensão da importância dessa atividade, talvez pelo baixo nível educacional e pela pouca percepção do risco da doença, no entanto, para alguns a sobrecarga de trabalho é que não deixa tempo para exercer esta atividade. Existe uma adesão muito pequena aos grupos operacionais, desenvolvidos pelo NASF que são para realização de atividades físicas e redução de peso, além de pouca aceitação das atividades educativas nos grupos de HIPERDIA, geralmente os pacientes vão só

para consulta e renovam a receita. Estes acreditam que o papel principal no controle da doença é do médico, e, portanto, no dia da consulta não tomam o medicamento adequadamente para avaliar si a glicose esta controlada.

Finalmente, o baixo nível de conhecimento sobre a doença é um fator determinante para o seu descontrole. Os pacientes acreditam que quando a glicemia está em níveis adequados já não precisam usar a medicação. Eles desconhecem que a Diabetes Mellitus é uma doença crônica e que não tem cura e que necessita do uso da medicação regularmente para toda a vida.

A não associação com os demais pilares do tratamento dificulta o controle da doença e leva a um excesso de medicação, a maioria dos pacientes utiliza mais de um medicamento. Na maioria das vezes, os novos casos já se apresentam em estágio avançado da doença, impossibilitando o uso de monoterapia ou tratamento não farmacológico para seu controle.

A partir do exposto torna-se evidente e justificável a necessidade de elaborar um plano de ação para diminuir os fatores influentes no descontrole da Diabetes Mellitus na ESF Santa Efigênia.

### **3 OBJETIVO GERAL**

- Elaborar de um plano de ação para elevar o conhecimento dos pacientes diabéticos acerca dos fatores de risco que influenciam no descontrole da Diabetes Mellitus tipo II, ESF Santa Efigênia.

#### 4 METODOLOGIA

Para a construção desse projeto de pesquisa, foram levados em conta e consultados os textos fornecidos pela Plataforma Ágora e a participação nos encontros presenciais do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família.

Para a identificação dos problemas da ESF Santa Efigênia utilizou-se o método de estimativa rápida (TANCREDI *et al*,1998) que consistiu em obter as informações por meio de registros escritos, tanto de fontes primárias quanto de secundárias, como entrevistas com informantes-chave e observação de campo bem como a realização de reuniões programadas e de diálogos informais com diferentes profissionais da equipe multidisciplinar da ESF Santa Efigênia. Outro item utilizado foi a observação dos casos de descontrole de Diabetes Mellitus tipo II durante as consultas médicas.

Realizaram-se também entrevistas semi-estruturadas com os usuários diabéticos, discussão junto à equipe sobre a elaboração do projeto de intervenção. Leitura do Caderno de Atenção Básica N°16: Diabetes Mellitus, busca de informações no site do IBGE, consultas ao banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Governador Valadares.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional – PES, conforme Campos, Faria e Santos (2010).

A revisão de literatura foi feita com orientação tutorial, leitura de artigos e revistas sobre a diabetes mellitus, busca de artigos e obras de autores nas bases de dados eletrônicas: BVS - Bibliotecas Virtual em Saúde, na bases de dados do SciELO - *Scientific Eletronic Library Online* e BIREME - Biblioteca Regional de Medicina.

Os descritores: diabetes mellitus, planejamento em saúde, atenção primária à saúde nortearam a busca de dados e literatura.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

A Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que afeta aos 9% da população mundial maior de 18 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015), tornando-se um grande problema na saúde pública. Gastos relacionados ao diabetes em 2010, no mundo, foram estimados em 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). Segundo BRASIL (2009) é considerado como uma epidemia mundial, este fato é atribuído ao envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilo de vida pouco saudáveis como o sedentarismo, dieta inadequada e obesidade que são grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência em todo mundo, além de que Neto (2003) opina que se por um lado está associado ao envelhecimento e a longevidade, por outro, quando mal controlado, contribui para a redução da capacidade de trabalho, da expectativa de vida e o incremento do tratamento ambulatorial.

A história da DM é marcada pelo aparecimento de complicações crônicas, podendo ser classificadas em microvasculares - retinopatia, neuropatia e neuropatia, como macro-vasculares - doença arterial coronariana, doença cerebrovasculares e vascular periférica. Representa dessa forma alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida, tanto do paciente quanto para sua família (BRASIL, 2006).

A educação em saúde é uma das estratégias que pode contribuir para reduzir a alta prevalência de complicações em pessoas com DM (FUNNELL et al., 2008). Nesse sentido, a educação em saúde tem sido muito valorizada e é considerada parte integrante do tratamento das doenças crônicas (ALMEIDA et al, 1995). O diagnóstico da DM acarreta muitas vezes uma reação situacional para a pessoa, que não está preparada para conviver com as limitações decorrentes desta doença, pelo que, segundo Ferraz et al.(2000), a abordagem educativa deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam na adesão ao tratamento, indo além dos processos cognitivos; precisando um atendimento multiprofissional que requer a abordagem psicológica, para manter uma integridade biopsicossocial do paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, de modo a assegurar uma melhor qualidade de vida e bem-estar psicológico.

Todas as pessoas com DM devem ser educadas quanto à presença dos seguintes fatores de risco para a doença macro-vascular: tabagismo, dislipidemia, hipertensão, hiperglicemia e obesidade central. (SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, 2010). As consequências do excesso de peso e sedentarismo à saúde têm sido demonstradas em diversos trabalhos. A obesidade é fator de risco para hipertensão arterial, hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer. (GIGANTE et al., 1997). As mudanças na susceptibilidade genética para a doença não são os únicos fatores responsáveis pelo aumento da prevalência de DM, sendo incriminados, principalmente, os fatores ambientais. (NARAYAN et al., 2000).

Mais de 75% das pessoas com Diabetes Mellitus tipo II morrem por complicações macro-vasculares, segundo Davies et al.(2004), eles advogam, ademais que sua esperança de vida podem ser encurtada em até 15 anos, e que as melhores evidências para a prevenção do DM constituem-se de intervenções sobre o estilo de vida (prática de atividade física e mudanças no padrão dietético) tendo, como alvo, populações em maior risco.

O controle de alguns fatores de risco modificáveis, como o peso, consumo alimentar habitual, uso do tabaco e prática de atividades físicas mostrou possuir um potencial de redução de 88% no risco de desenvolver o DM em indivíduos com história familiar. (HU et al., 2001).

Em relação ao seguimento da terapêutica medicamentosa, as principais dificuldades se relacionam ao número de medicamentos utilizados, ao alto custo, mitos e crenças, ao grau de instrução dos pacientes, que limita o acesso a informações e à compreensão e o caráter assintomático da doença; que faz com que os pacientes, na maioria das vezes, não reconheçam a importância do tratamento medicamentoso (ZANETTI, 2006). Cabe ressaltar que além do esquema medicamentoso proposto, o paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida, mantendo peso adequado, praticar atividades físicas regularmente, suspender o hábito de fumar, diminuir o consumo de gorduras saturadas e de bebida alcoólica (BRASIL, 2001). Ter que mudar hábitos de vida que já estão consolidados e assumir uma rotina que envolve disciplina rigorosa do mencionado anteriormente e uso permanente e contínuo de medicamentos impõe a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes. Peres *et al.*, (2007) citam que o paciente pode cansar de viver com uma doença

crônica, pode-se dizer que o uso constante da medicação salienta a presença da enfermidade, ou seja, o fato de tomar o remédio, adequar-se a um novo estilo de vida, faz lembrar de sua condição crônica de saúde, podendo gerar ansiedade, medo e tristeza, o que os levam a evitar essa situação. É compreensível entender que a modificação do estilo de vida não se instala de um dia para outro, primeiro é necessário o entendimento e aceitação da doença e logo da importância na transformação no modo de viver e adaptá-lo ao seu projeto e expectativas de vida.

Fomentar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso continua sendo um desafio para os profissionais da atenção primária de saúde, e um fator essencial para o sucesso do tratamento na DM II A adesão é definida como o “grau em que o comportamento de uma pessoa coincide com as recomendações do profissional da saúde, em relação à tomada de medicamentos, seguimento de uma dieta ou mudanças no estilo de vida” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015).

Outra opinião segundo os Cadernos de Atenção Básica n<sup>o</sup> 16 (BRASIL, 2006), é reconhecido que o DM passa por estágios em seu desenvolvimento, sendo importante que os profissionais de saúde percebam os vários tipos de diabetes, e que esses podem progredir para o estágio avançado da doença, em que é necessário aderir a medidas terapêuticas como o uso dos medicamentos, quanto às mudanças no estilo de vida, para uma vida mais saudável e o controle glicêmico.

A adesão é muito mais que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde. A realidade é que, no processo de adesão, os pacientes têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos do processo de cura. Além dos diversos fatores que interferem negativamente na adesão ao tratamento, como problemas de baixa autoestima, estresse e controle aversivo do paciente para aderir ao tratamento, ausência de sintomas, mesmo com a síndrome já diagnosticada; também existem fatores que influenciam como facilitadores da adesão, entre eles estão o tratamento dos pacientes por médicos especialistas, maior tempo de diagnóstico, apoio social e familiar, escolaridade do paciente, tratamento flexível, simplificação das prescrições e objetivos claros, focalizando mudanças graduais (PONTIERI; BACHION, 2010).



## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A Diabetes Mellitus está presente em 6% da população na área de abrangência como já mencionado, constituindo um problema prioritário pela incidência e prevalência dos fatores que provocam um nível baixo do controle da doença.

Na realidade estudada o controle dos valores da glicemia nos pacientes com DM é uma meta primordial no direcionamento das ações da equipe de saúde. Assim, o planejamento estratégico situacional e seus passos são de emprego primordial para que esta intervenção seja efetivamente planejada.

Nas entrevistas com informantes-chave, observação de campo e nas reuniões programadas com os profissionais da equipe multidisciplinar da ESF Santa Efigênia, os problemas foram definidos (primeiro passo do PES), priorizados (segundo passo do PES) e descritos (terceiro passo do PES).

O quarto passo do PES: explicação do problema evidencia que a falta de adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso dos pacientes com Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família Santa Efigênia, são o foco dos passos seguintes, a serem seguidos.

### 6.1 Identificação dos problemas

Os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade da ESF Santa Efigênia e de fontes secundárias, entrevistas com informantes-chave e observação ativa da área. A principal fonte de dado foram os registros escritos. Os prontuários médicos foram revisados e catalogados nos diversos problemas identificados como mais relevantes e urgentes. Além disso, foram analisados dados do SIAB e do IBGE cerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região. Após a coleta de informações, o médico, juntamente com a equipe, definiu os principais problemas de saúde existentes na região (Quadro 2).

**Quadro 2 – Principais problemas em saúde da comunidade ESF Santa Efigênia, Governador Valadares/MG**

<b>Problemas</b>	<b>Registros</b>	<b>Entrevista</b>	<b>Observação</b>
<b>1- Alto índice de infecções de transmissão sexual em mulheres</b>	Prontuário médico	Sim	Sim
<b>2- Alto Índice de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo II descompensados (Com descontrolo)</b>	Prontuário médico SIAB	Sim	Sim
<b>3- Prevalências de doenças osteomioarticulares em mulheres</b>	Prontuário médico	Sim	Sim
<b>4- Alto consumo de drogas e estupefacientes em adolescentes</b>	Prontuário médico	Sim	Sim
<b>5 - Alto índice de violência social</b>	Prontuário médico	Sim	Sim

## **6.2 Priorização dos problemas**

Para a priorização dos problemas, conforme Cardoso *et al.* (2008) é necessária a seleção daqueles problemas a serem enfrentados (Quadro 5), os quais serão classificados de acordo a sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento dos mesmos. (Quadro 3).

A ordem dos problemas de saúde, depois de identificados e priorizados em conjunto com a equipe de saúde foi:

**Quadro 3 – Priorização dos problemas em saúde da comunidade ESF Santa Efigênia com justificativas, Governador Valadares/MG**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>JUSTIFICATIVAS</b>
<b>-Alto índice de infecções de transmissão sexual em mulheres</b>	Temos alto índice de infecções de transmissão sexual em mulheres de 15 a 45 anos ao início da atividade sexual a temporã idade ao não uso de anticoncepcionais, promiscuidade, desconhecimento de complicações das doenças de transmissão sexual, condições econômicas inadequadas.
<b>- Alto Índice de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo II descompensados (com descontrole)</b>	Em nossa população temos um grande número de pacientes diabéticos com mau controle metabólico na comunidade devido aos hábitos e estilos de vida inadequados como uso de bebidas alcoólicas, tabaquismo, obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de café, alimentação pouco saudável e não adesão ao tratamento médico.
<b>Prevalência de doenças osteomioarticulares em mulheres</b>	Temos alto índice de doenças de osteomioarticulares fundamentalmente em mulheres pós-menopáusicas como: a Osteopenia, Osteoporoses, Artroses, etc., devido à alimentação inadequada, trabalho pesado, obesidade, sedentarismo, consumo de tabaco, álcool e consumo inadequados de alguns medicamentos como esteroides.
<b>Alto consumo de drogas e estupefacientes em adolescentes</b>	Temos em nossa população um grande número de pacientes geralmente adolescentes que fazem uso excessivo de drogas e estupefaciente sócio a maus condições socioeconômicas, pobreza, carências sociais, comunitárias, familiares e disponibilidade das substâncias.
<b>Alto índice de violência</b>	Em nossa comunidade temos um alto índice de

<b>social</b>	violência social, maus condições sócias econômicas, alto índice delitivo sócio à venda e consumo de drogas.
---------------	---

**Quadro 4 – Priorização dos principais problemas detectados na ESF Santa Efigênia de acordo a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, Governador Valadares/MG**

<b>Principais problemas</b>	<b>Importância</b>	<b>Urgência</b>	<b>Capacidade de enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
<b>Alto Índice de pacientes com Diabetes Mellitus Tipo II descompensados (Com descontrole)</b>	Alta	7	Parcial	1
<b>Alto índice de infecções de transmissão sexual em mulheres</b>	Alta	5	Parcial	2
<b>Prevalência de doenças osteomioarticulares em mulheres</b>	Meia	5	Parcial	3
<b>Alto consumo de drogas e estupefacientes em adolescentes</b>	Meia	4	Parcial	4
<b>Alto índice de violência social</b>	Meia	3	Fora	5

### **6.3 Descrição do problema**

Após a priorização dos problemas, é necessário que caracterize e descreva o mesmo para que haja uma melhor definição das intervenções (CARDOSO *et al.*, 2008).

Buscando elaborar uma proposta de intervenção mais condizente com a realidade da Equipe de Santa Efigênia, com o objetivo de caracterizar nosso

problema, foram analisados dados como do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município Governador Valadares, onde a Diabetes Mellitus foi selecionado como tópico de abordagem de saúde pública mais abrangente porque predomina como doença crônica em nossa população, para um total de 213 caso, ou seja, o 6 % do total da população; ademais, dessa totalidade de diabéticos, um 26.7 % já apresentaram signos de descompensação durante o período em estudo.

Foi um fato que chamo atenção da equipe e determinamos seja fruto de um estudo mais profundo o qual achamos muito interessante porque poderia trazer grandes mudanças no estilo de vida e grandes benefícios à saúde da comunidade que é nossa maior aspiração. Considerou-se necessária a realização de uma investigação que aborde esta situação e refletir como se comporta a hipertensão nos pacientes desta população e assim conhecer os fatores determinantes de sua qualidade de vida e projetar estratégias que permitam sua melhoria.

#### **6.4 Explicação do problema**

Essa etapa tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas.

##### ***Causas relacionadas ao paciente:***

- ✓ Escolaridade.
- ✓ Baixo nível de informação sobre a doença.
- ✓ Baixo nível sócio econômico.
- ✓ Sedentarismo.
- ✓ Baixa adesão ao tratamento medicamentoso.
- ✓ Alcoolismo.
- ✓ Dificuldade de seguir as orientações.
- ✓ Alimentação não saudável.
- ✓ Resistência para mudança do estilo de vida.
- ✓ Traços culturais persistentes.
- ✓ Outras.

### ***Causas relacionadas ao processo de trabalho da equipe:***

- Sistema de saúde voltado apenas para curativismo. São realizadas poucas atividades educativas de promoção e prevenção de doenças dirigidas aos portadores de doenças crônicas.

A identificação das causas é fundamental porque, para enfrentar um problema, devem-se atacar suas causas. É necessário fazer uma análise capaz de identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. O “nó crítico” é a causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

#### **6.5 Seleção dos nós crítico**

Resumindo foram considerados como nós críticos do Problema De Descontrole de Pacientes com Diabetes Mellitus Tipo II:

- ✓ NC1: Falta de conhecimento sobre a doença (Falta de percepção de risco).
- ✓ NC2: Hábitos de vida inadequados
- ✓ NC3: Não adesão ao tratamento medicamentoso

#### **6.6 Desenhos das operações**

Neste passo buscamos descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida; identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

#### **Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico 1 - Falta de conhecimento sobre a doença**

<b>Nó crítico 1</b>	Falta de conhecimento sobre a doença (Falta de percepção de risco).
---------------------	---

<b>Operação</b>	<b>Saber Mais</b>
<b>Projeto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar materiais educativos sobre a doença.</li> <li>-Educação sobre a doença a familiares responsabilizados com pacientes diabéticos.</li> <li>-Campanha para estimular a participação dos pacientes diabéticos nos grupos HIPERDIA, interiorizando a doença.</li> </ul>
<b>Resultados Esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Que o usuário compreenda melhor como deve fazer o tratamento e a doses a seguir.</li> <li>-Aumentar a percepção do risco sobre as complicações que pode ter um usuário com descompensação da diabetes.</li> <li>-Familiars sensibilizados e responsáveis pelos pacientes a sua resguarda.</li> </ul>
<b>Produtos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Usuários com DM capacitados, ações de promoção e prevenção da doença (Palestras no grupo de HIPERDIA).</li> <li>-Distribuição de folhetos sobre a DM.</li> <li>-Discutir plano terapêutico com os familiares.</li> <li>-Recursos Humanos Capacitados.</li> <li>-Material Didático elaborado.</li> </ul>
<b>Recursos críticos</b>	<p><b>Cognitivo:</b> Informação e conhecimentos sobre o tema, Sensibilização da equipe.</p> <p><b>Político:</b> Mobilização do pessoal em torno das questões; recursos para estruturar o serviço.</p> <p><b>Financeiro:</b> Recursos áudio visuais panfletos e materiais para capacitação, folhas, canetas, computador, impressora</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Apresentação do projeto para que avalie as oportunidades Realização de Palestras na comunidade e posto de saúde.</p> <p>Presentação de Material audiovisual sobre Diabetes Mellitus nos Grupos de HIPERDIA.</p>
<b>Responsáveis:</b>	<p>Médico, Enfermagem.</p> <p>Agente comunitário de saúde</p>
<b>Cronograma / Prazo</b>	A Partir de Janeiro 2016.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	<p>Médico e Enfermagem da ESF.</p> <p>Participação de todos envolvidos incluídos os usuários e familiares.</p> <p>Avaliação mensal em reunião de equipe de saúde</p>

### Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico 2 – Não adesão ao tratamento medicamentoso

<b>Nó crítico 2</b>	Hábitos de vida inadequados.
<b>Operação</b>	<b>Cuidar Melhor</b>
<b>Projeto</b>	Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente. Alimentação e atividade física e também o auto
<b>Resultados Esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diminuição do número de usuários sedentários.</li> <li>-Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis, Reeducação alimentar.</li> <li>-Estimular a colaboração entre os serviços públicos de saúde e de esportes.</li> </ul>
<b>Produtos esperados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Programação de caminhada orientada e ginástica.</li> <li>-Programa de, substituição de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis de mesmo ou menor valor financeiro e para a redução do sal da dieta; ênfase na diminuição tabagismo e alcoolismo.</li> <li>-Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.</li> <li>-Acompanha-mento com educador físico e fisioterapeuta na realização de atividades físicas.</li> </ul>
<b>Recursos críticos</b>	<p><b>Organizacional:</b> Planejar a agenda de atividades.</p> <p><b>Financeiro:</b> Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, folhas, canetas, computador, impressora.</p> <p><b>Político:</b> Espaço local</p>
<b>Ação estratégica de motivação</b>	<p>Capacitação dos técnicos de enfermagem e agentes comunitárias de saúde.</p> <p>Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com a comunidade.</p> <p>Estabelecer junto à equipe estratégias que possam favorecer a adesão dos pacientes a terapia.</p> <p>Apresentar o Projeto para a Secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica.</p> <p>Discutir e implantar junto a equipe ações de monitoramento dos pacientes Diabéticos: visitas domiciliares, consultas de enfermagem e medica e avaliação das entregas de medicamentos.</p>
<b>Responsáveis:</b>	Medico e Farmacêutico
<b>Cronograma / Prazo</b>	A partir de Janeiro – Fevereiro 2016
<b>Gestão, acompanhamento e</b>	<p>Médico, Farmacêutico e Enfermagem da ESF.</p> <p>Avaliação integral dos membros da equipe.</p> <p>Reunião integral com os membros da Coordenação Primária de</p>



avaliação	Saúde.
-----------	--------

### Quaro 7 – Operações sobre o nó crítico 3 - Hábitos de vida inadequados

<b>Nó crítico 3</b>	Não adesão ao tratamento medicamentoso
<b>Operação</b>	<b>Mais Saúde:</b>
<b>Projeto</b>	- Realizar atividade educativa com os familiares, compartilhar responsabilização sobre o plano terapêutico
<b>Resultados Esperados</b>	-Conscientizar aos usuários sobre as complicações da doença para que assim sintam a importância de fazer corretamente o tratamento. - Elevar a participação dos usuários e familiares no grupo HIPERDIA e assim compreendam a importância da adesão correta ao tratamento
<b>Produtos esperados</b>	-Interação na população doente e aumento dos conhecimentos sobre a doença
<b>Recursos críticos</b>	<b>Político:</b> Mobilização Social em Torno das questões. <b>Cognitivo:</b> Elaboração de projeto da linha de trabalho. <b>Organizacional:</b> Planejar a agenda de atividades.
<b>Ação estratégica de motivação</b>	Realização de Palestras e outras ações educativas em comunidades e posto de saúde. Reprodução de Material audiovisual de Diabetes Mellitus e alimentação saudável, cardápios com diferentes pratos.  Linha de cuidado para usuários com Diabetes Mellitus.  Recursos humanos capacitados. Gestão de linha de cuidado implantada.
<b>Responsáveis:</b>	Médico e Enfermeiro da ESF e ACS.
<b>Cronograma / Prazo</b>	De Janeiro a Março 2016
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Médico e Enfermagem da ESF. Avaliação integral dos usuários e familiares em consultas e visitas programadas bimestrais  Avaliação mensal em reunião de equipe de saúde.

### 6.7 Identificações dos recursos críticos

São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha clareza de quais são esses recursos, para criar estratégias para que se possa viabilizá-los.

### Quadro 8 – Recursos críticos

<b>Operação/Projeto</b>	
Saber Mais	<b>Cognitivo:</b> Informação e conhecimentos sobre o tema, sensibilização da equipe. <b>Político:</b> Mobilização do pessoal em torno das questões; recursos para estruturar o serviço. <b>Financeiro:</b> Recursos áudio visuais panfletos e materiais para capacitação, folhas, canetas, computador, impressora
Cuidar Melhor	<b>Organizacional:</b> Planejar a agenda de atividades. <b>Financeiro:</b> Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, folhas, canetas, computador, impressora. <b>Político:</b> Espaço local.
Mais Saúde	<b>Político:</b> Mobilização Social em Torno das questões. <b>Cognitivo:</b> Elaboração de projeto da linha de trabalho. <b>Organizacional:</b> Planejar a agenda de atividades.

### 6.8 Análise de viabilidade do plano

Os objetivos da viabilidade do plano é identificar os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação; fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano; desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação. Tendo em conta os seguintes princípios:

Motivação favorável: O ator que controla determinado recurso crítico para execução do plano coloca-o à disposição, como que “transfere” o controle do recurso para o ator que está planejando.

Motivação indiferente: Pressupõe que o apoio do ator que controla o recurso crítico ainda não está garantido, assim como não está claro se ele, ativamente, fará oposição à utilização desse recurso crítico para execução do plano.

Motivação contrária: Caracteriza-se por uma oposição ativa à utilização do recurso, ou seja, pode-se também considerá-la uma oposição ativa ao plano.

### Quadro 9 – Análise de viabilidade do plano estratégico

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>	<b>Ator que controla</b>	<b>Motivação</b>	<b>Ação Estratégica</b>
Saber Mais	<b>Cognitivo:</b> Informação e conhecimentos sobre o tema, sensibilização da equipe.	Médico, Enfermagem  Agente	Favorável	Não Precisa

	<p><b>Político:</b> Mobilização do pessoal em torno das questões; recursos para estruturar o serviço.</p> <p><b>Financeiro:</b> Recursos áudio visuais panfletos e materiais para capacitação, folhas, canetas, computador, impressora.</p>	<p>comunitário de saúde</p> <p>Técnica de enfermagem</p>	<p>Indiferente</p> <p>Favorável</p>	<p>Apresentação do projeto para que avalie as oportunidades.</p> <p>Não Precisa</p>
Cuidar Melhor	<p><b>Organizacional</b> Planejar a agenda de atividades.</p> <p><b>Financeiro:</b> Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativo, folhas, canetas, computador, impressora.</p> <p><b>Político:</b> Espaço local</p>	<p>Equipe de Saúde completo, incluindo o NASF.</p> <p>Médico</p> <p>Agentes Comunitários de Saúde.</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não Precisa</p> <p>Apresentar o projeto a Secretária Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal.</p> <p>Não Precisa.</p>
Mais Saúde	<p><b>Político:</b> Mobilização social em torno das questões</p> <p><b>Cognitivo:</b> Elaboração de projeto da linha de trabalho</p> <p><b>Organizacional</b> Planejar a agenda de atividades.</p>	<p>Médico, Enfermagem</p> <p>Médico.</p> <p>Médico</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Favorável</p>	<p>Não Precisa</p> <p>Não Precisa</p> <p>Não Precisa</p>

## 6.9 Elaboração do plano operativo

O objetivo desse passo é designar os responsáveis por cada operação e definir os prazos para a execução das operações. O responsável de uma



Aplicar uma estratégia de intervenção comunitária para aumentar o conhecimento sobre a doença; educar sobre hábitos e estilo de vida adequado; melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.	-Aulas aos grupos de Diabéticos por micro área selecionada (20 pacientes)	Médico	Resto do equipe incluindo o NASF.	A partir de Março até Maio 2016 as aulas e manter em educação permanente, mais o resto das atividades.	Computador. Projetor, Folhas. Caneta, salão de reunião	Humanos
	-Distribuir materiais educativos a pacientes e seus familiares em visitas domiciliar, salão de aulas e consultas medicas	Enfermagem	Resto do equipe incluindo o NASF.		Material educativo elaborado pelo equipe.	Humanos
	- Realizar atividade educativa com os familiares, compartilhar responsabilização sobre o plano terapêutico. (grupo HIPERDIA)	Médico	Resto do equipe		Humanos	
	-Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.	Nutricionista				
	-Acompanhamento com educador físico e fisioterapeuta na realização de atividades físicas, programação de caminhada orientada e ginástica.	Educador Físico.				

A educação em saúde é uma das estratégias que pode contribuir para reduzir a alta prevalência de complicações, produto do descontrole em pessoas com Diabetes Mellitus, elevando o conhecimento dos pacientes sobre sua doença; o controle e auto-cuidado podem ter papel fundamental no incentivo e apoio para assumirem a responsabilidade no controle da sua condição.

Portanto, a proposta interventiva “Saber mais” tem como objetivo elevar o nível de conhecimento sobre a doença aos pacientes e, assim, motivá-los a cumprir a posologia dos remédios e alcançar valores glicêmicos dentro das metas preconizadas pelo Ministério de Saúde. Outra ação que está sendo proposta nesse projeto é o compartilhamento das responsabilidades entre a equipe básica de saúde e os familiares dos pacientes diabéticos, realizando junto a estes discussões do plano terapêutico e atividades educativas. A mobilização dos familiares foi identificada como recurso crítico, mas com motivação favorável por parte desses atores, o que torna viável este projeto.

Considera-se que a adesão ao tratamento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é fundamental para que o paciente tenha melhor qualidade de vida e menor risco de complicações cardiovasculares. Em decorrência, entende-se que manter os valores glicêmicos sob controle constitui-se num indicador do cumprimento das orientações e prescrições recomendadas pelo médico e equipe de saúde, seguindo os pilares do tratamento.

Uma alimentação saudável é o fator determinante para se alcançar o controle adequado da HAS, além do tratamento medicamentoso. Durante a realização desse estudo, identificou-se que os pacientes diabéticos da ESF Santa Efigênia não seguem uma dieta adequada. Há uma série de fatores que influenciam para que isso aconteça, dentre eles estão os fatores culturais como: crença de que nos dias de festa para comer e beber álcool a vontade não deve tomar o remédio; socioeconômicos ; falta de conhecimento sobre a doença sem esquecer que o sedentarismo, a obesidade e o hábito de fumar estão presentes na maioria dos pacientes, coincidindo todos em alguns deles.

O objetivo do Projeto é educar os diabéticos e familiares sobre o tipo de alimentação que devem consumir e as atividades físicas que podem realizar, levando em consideração as condições econômicas deles, pois a problemática relacionada à adesão ao tratamento é de extrema complexidade e também estão relacionados aos fatores associados ao paciente (sexo, idade, etnia, fatores culturais, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico), além de fatores relacionados à doença (cronicidade, ausência de sintomas e de complicações).

## 6.10 Gestão do Plano

Nessa etapa é realizado a exposição da gestão do plano. Os objetivos é desenhar um modelo de gestão do plano de ação e discutir e definir o processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos (Quadro 11).

**Quadro 11 – Gestão do plano**

Operação	Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
<b>Saber Mais</b> - Elaborar materiais educativos sobre a doença. -Educação sobre a doença a familiares responsabilizados com pacientes hipertensos. - Campanha para estimular a participação dos pacientes hipertensos nos grupos HIPERDIA, interiorizando a doença	-Pacientes com DM capacitados, ações de promoção e prevenção da doença (Palestras no grupo de HIPERDIA). -Distribuição de folhetos sobre a DM. -Discutir plano terapêutico com os familiares. -Recursos Humanos Capacitados. -Material Didático elaborado	Medico.	Janeiro 2016.	-A comunidade não conhece as doenças crônicas e suas possíveis complicações. -Mortalidade relacionada às doenças não transmissíveis e agravos, complicações Diabetes Mellitus.	Necessidade de orientar, sensibilizar e capacitar à população e equipe sobre o cuidado prestado ao portador de Diabetes Mellitus e das complicações conseqüentes da diabetes descompensada.	4 meses subsequentes.

<p><b>Cuidar Melhor</b></p> <p>Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente. alimentação e atividade física e também o auto cuidado</p>	<p>-Programação de caminhada orientada e ginástica.</p> <p>-Programa de, substituição de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis de mesmo ou menor valor financeiro e para a redução do sal da dieta; ênfase na diminuição tabagismo e alcoolismo.</p> <p>-Consultas para orientação alimentar com a nutricionista.</p> <p>-Acompanhamento com educador físico e fisioterapeuta na realização de atividades físicas.</p>	<p>Medico.</p>	<p>Janeiro-Fevereiro 2016.</p>	<p>A comunidade não pratica atividades físicas e em sua maioria não possui hábitos alimentares saudáveis.</p>	<p>Faz-se necessário:</p> <p>Estimular a modificação dos hábitos e estilos de vida da população, principalmente alimentação e atividade física e também o auto cuidado.</p> <p>Conscientizar a população importância de hábitos saudáveis.</p> <p>Estimular a colaboração entre os serviços públicos de saúde e de esportes.</p>	<p>4 meses subsequentes.</p>
---	--	----------------	--------------------------------	---	--	------------------------------



<p><b>Mais Saúde:</b></p> <p>- Realizar atividade educativa com os familiares, compartilhar responsabilidade sobre o plano terapêutico.</p>	<p>-Interação na população doente e aumento dos conhecimentos sobre a doença.</p>	<p>Medico.</p>	<p>Entre Janeiro- Março- 2016.</p>	<p>Insuficiente aplicação das novas diretrizes de atendimento aos pacientes diabéticos com fatores de risco de complicações.pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso.</p>	<p>Necessidade de implementar medidas de atendimento mais eficientes para um atendimento focado no incremento da adesão ao tratamento medicamentoso e assim a prevenção de complicações em pacientes diabéticos descompensados.</p>	<p>4 meses subsequentes.</p>
---	---	----------------	------------------------------------	--	---	------------------------------

Muitos fatores de risco para a Diabetes Mellitus e de seu descontrole são modificáveis, o que torna a doença como controlável, por isso os pacientes afetados, assim como a comunidade em geral, devem ser informadas e educadas quanto a esses fatores. Faz-se necessário que todos saibam como os fatores de risco podem desencadear o descontrole e as complicações, para que possam optar conscientemente por uma vida mais saudável, pois além dos medicamentos são necessárias mudanças de hábitos que nem sempre são bem aceitas. Infelizmente, o número de diabéticos tratados ainda é pequeno diante da dimensão da doença.

Um marco importante para diminuir a falta de percepção do risco que os pacientes têm sobre a doença é o grupo HIPERDIA, nele abordam-se dissimiles temas que são, pré-definidos com as sugestões muitas vezes dos próprios pacientes, (como os de dieta saudável, a importância da realização de atividade física, os pilares do tratamento, as alternativas de atividades diárias, a importância de união familiar e do apoio aos pacientes diabéticos, dentre outros). É um momento fundamental no qual os pacientes compartilham suas experiências pessoais, interagindo e aprendendo uns dos outros, e da equipe que compartilha o tema, permitindo assim que se trabalhe sobre a saúde e não sobre a doença somente, na qual se motiva às mudanças de modo e estilo de vida.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A diabetes mellitus está presente em mais de 200 pacientes da população da área de abrangência e pode estar associada a outras doenças também prevalentes, como Hipertensão Arterial Sistêmica e a Arteriosclerose que oferecem alto risco de morbidade e mortalidade cardiovascular, renal, entre outros.

Para a ESF Santa Efigênia promover ações de promoção e prevenção em saúde é uma tarefa primordial para lograr mudanças de estilo de vida, uma adesão adequada ao tratamento, a estimulação à participação deles nos grupos operacionais, e a sensibilização dos familiares no assunto, da forma que os pacientes diabéticos sintam-se seu apoio e aprendam a conviver com a doença e elevem-se a percepção do risco de complicações.

Espera-se que o plano de ação gerado com o presente estudo, possa contribuir para o desenvolvimento de novas estratégias que possibilitem programar condutas de acompanhamento para os pacientes diabéticos, e, ao mesmo tempo constituir-se como parte de uma política pública para a saúde no município de Governador Valadares e assim estimular a participação comunitária.

## REFERENCIAS

ALMEIDA; H.G.G.; TAKAHASHI, O.C.; HADDAD, M. C.L.; GUARIENTE, M. H. D. M.; OLIVEIRA, M.L. Avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar. **Rev Latino Am. Enfermagem**, v.3, n. 2, p. 145-64, jul., 1995.

BACKES, M. T. S.; ROSA L. M.; FERNANDES, G. C. M.; BECKER, S. G.; MEIRELLES, B. H.S.; SANTOS, S. M. A. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 111-7, jan/mar, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Informes Técnicos institucionais - **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, D.F. 2001, 26p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n° 16**. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Dia Mundial do Diabetes. Dados estatísticos no Brasil [internet] 2009. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1457](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1457)> Acesso em: 15 set.2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia nacional para educação em saúde para o autocuidado em Diabetes Mellitus**. Florianópolis, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Sistema de Informação SIAB**, 2014. Disponível em: <<http://tabnetdatasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>..Acesso em: 22 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013. 28-32 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Acesso em: 10 Jan, 2015. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)

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

CARDOSO, F.C. *et al.* **Organização do processo de trabalho na atenção básica à saúde**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON/UFMG, 2008.

DAVIES, M. J. et al. Prevention of type 2 diabetes mellitus: a review of the evidence and its application in a UK setting. **Diabet Med**, v. 21, n. 5, p. 403-414, maio, 2004.

FERRAZ, A.M.; ZANETTI, M. L.; BRANDÃO, E.C.M.; ROMEU L.C, FOSS M.C PACCOLA G.M.G.F; PAULA F.J.A; GOUVEIA L.M.F.B; MONTENEGRO JUNIOR, R. Atendimento multiprofissional ao paciente com Diabetes Mellitus no ambulatório de diabetes do HCFMRP-USP. **Medicina**, v. 33, p. 70-75, abril-junho, 2000

FRANCIONE, F.F.; SILVA, D. G. V. O processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 1, mar., 2007.

FUNNELL, M. M. et al. National standards for Diabetes self-management education. **Diabetes Care**,v. 31, Supl. 1, p. S97-S104,Jan. 2008. Disponível em:[http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement\\_1/S97.full.pdf+html](http://care.diabetesjournals.org/content/31/Supplement_1/S97.full.pdf+html) Acesso em: data set. 2015.

GIGANTE, D. P. et al. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 236-246, jun.1997. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v31n3/2254.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

HU, F. B. et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. **The New England Journal of Medicine**, v. 345, n. 11, p. 790-797, set. 2001. Disponível em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa010492> -t=article Acesso em: 18 set. 2015.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF Diabetes atlas: fact sheets**. 6. ed. Brussels: IDF, 2013. Disponível em: <[http://www.idf.org/sites/default/files/DA6\\_Regional\\_factsheets\\_0.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/DA6_Regional_factsheets_0.pdf)>. Acesso em: 20 ago.2015.

NARAYAN, K. M. et al. Diabetes: a common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. **Diabetes Res Clin Pract**, v.50, n. 2, p.S77-S84, out. 2000.

NETO, R. C. M. **Vivendo com Diabetes Mellitus: a experiência de sujeitos atendidos em uma unidade pública de Saúde do Rio de Janeiro**. 2003. 87f. Dissertação (Mestrado em ciências na área de Saúde Pública), Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4663>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

PERES, D.S.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L.; FERRONATO, A. A. Dificuldade dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.06, nov./dez. 2007. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/pt_07.pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2015.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Revista de Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.01, Jan. 2010. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000100021](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000100021)>. Acesso em: 22 out. 2015.

RODRIGUES, I.K.C. **Diabetes Mellitus: aspectos clínicos, farmacológicos e o papel da atenção farmacêutica ao paciente hospitalizado.** Centro de consultoria educacional, Recife, 2012, p. 11-12. Disponível em: <<http://www.ccecurso.com.br/img/resumos/farmacia/02.pdf>>. Acesso: data nov. 2015.

ROSA, R. S.; SCHMIDT, M. I. Diabetes Mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil, 1999–2001. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 17, n. 2, p. 131–134, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v17n2/v17n2a09.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2015.

ROSSI, V. E. C. **Suporte social familiar no cuidado de pessoas adultas com Diabetes Mellitus tipo II.** 2005. 146 f. Tese (Doutorado)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-21092005-094720/pt-br.php>>. Acesso: 22 out. 2015.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, London, p. 61-74, maio 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2014

SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). **Management of diabetes: a national clinical guideline.** Edinburgh: SIGN, 2010. Disponível em: <<http://www.sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf>>. Acesso em: data jul. 2015.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde. 2013. Disponível em: <<http://www.deepask.com/goes?page=minas-gerais-Confira-o-numero-de-pessoas-com-diabetes-no-seu-estado>>. Acesso em: 10 out. 2014.

SIAB. Sistema de Informação da Atenção Básica do Ministério da Saúde. 2014. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes de sociedade brasileira de diabetes. In: Sociedade Brasileira de DM. **Tratamento e acompanhamento de DM.** 2009, p.13

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Métodos e critérios para o diagnóstico do diabetes mellitus. In: \_\_\_\_\_. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2012-2013.** 2. ed. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2013.

TANCREDI, F.B; BARRIOS, S.R.L; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/ Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **What is diabetes?** 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>>. Acesso em: 20 out. 2015.

ZANETTI, M. L.; OTERO, L.M.; FREITAS, M.C.F.; SANTOS, M. A.; GUIMARÃES, F.P.M.; COURI, C.E.B.; PÉRES, D.S.; FERRONATO, A.A.; DAL SASSO, K.; BARBIERI, A.S. Atendimento ao paciente diabético utilizando o protocolo Staged Diabetes Management: relato de experiência. **RBPS**, v.19, n.4, p. 253-60, 2006