

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

YANELIS ZAYAS GARCIA

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORAR O
DESCONTROLE DA DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA HELENA 1 DO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS**

**GOVERNADOR VALADARES- MINAS GERAIS
2016
YANELIS ZAYAS GARCIA**

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORAR O
DESCONTROLE DA DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA HELENA 1 DO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Profa. Ms. Eulita Maria Barcelos.

GOVERNADOR VALADARES-MINAS GERAIS

2016

YANELIS ZAYAS GARCIA

**ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA MELHORAR O
DESCONTROLE DA DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA SANTA HELENA 1 DO MUNICÍPIO DE
GOVERNADOR VALADARES, MINAS GERAIS**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: _____

Prof. Ms. Eulita Maria Barcelos (UFMG)

Examinador 2: _____

Prof^a Margarete Pereira Cavalcante (UFAL)

Aprovado em Belo Horizonte em ____/____/____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais que com seu amor e carinho me impulsionaram ser cada dia uma ótima profissional, a meu sobrinho, a Deus, porque me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe pelo incentivo e apoio para eu continuar neste trabalho.

Agradeço a minha orientadora Eulita Maria Barcelos por sua paciência e orientações.

Aos meus colegas e a todos que contribuíram para fazer esse curso de excelente qualidade.

Ao Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família da UFMG.

A Equipe do PSF Santa Helena 1 pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

*“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu,
mais pensar o que ainda ninguém pensou sobre
aquilo que todo mundo vê.”*

Arthur Schopenhauer.

RESUMO

A Diabetes Mellitus 2 é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis de glicose no sangue. Na maior parte dos casos, não existe nenhum sintoma ou sinal, e este é o fator que faz com que grande parte dos pacientes tenha um diagnóstico tardio e abandonem o tratamento. Pelo aumento do número de pacientes com descontrole metabólico e com vários fatores de risco modificável, a equipe do Programa Saúde da Família Santa Helena 1 compreendeu a necessidade de elaborar um Projeto de Intervenção educativa para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos sobre os fatores que influenciam no descontrole da Diabetes Mellitus II e traçar uma estratégia para melhorar a qualidade de vida destes pacientes por meio de ações de promoção da saúde, utilizando saberes e práticas que visam sensibilizar a população sobre as responsabilidades com a saúde, motivar a adoção de hábitos saudáveis e comportamentos de prevenção. Inicialmente foi realizado o diagnóstico situacional, revisão narrativa da literatura sobre o tema e a elaboração do projeto. Foram utilizadas ações educativas que visaram aumentar o nível de conhecimentos dos pacientes diabéticos sobre a doença, assim como as formas de controle, com a prática de hábitos mais saudáveis, e consequentemente promover a saúde e estimular mudanças no estilo de vida entre os pacientes diabéticos. Foram realizadas pela equipe ações educativas como palestras, rodas de conversa sobre a doença, seus fatores de risco e como modificá-los, estimulação de alimentação saudável e prática de exercício físico. Para concretização destas atividades buscamos espaços como a consulta, visita domiciliar, salão da igreja e estacionamento. Junto com a fisioterapeuta, nutricionista e agentes comunitários de saúde estimulamos as atividades físicas, hábitos alimentares adequados mediante as conversas de conscientização de riscos e das doenças. Foram levantadas junto aos líderes comunitários áreas de lazer, para desenvolver as ações físicas. Identificamos os pacientes diabéticos e os fatores de risco modificáveis associados em consultas e visitas domiciliares e formamos o público alvo.

Palavras chave: Qualidade de vida. Fatores de risco. Controle. Prevenção de Saúde.

ABSTRACT

This work was carried out from educational activities that were aimed at increasing the level of knowledge of diabetics patients about the disease, as well as ways to control it, as the practice of healthier habits, and consequently that promote health and encourage changes in lifestyle among diabetics patients of the Family Health Team (FHT). Mellitus Diabetes is a disease characterized by elevated glucose levels in the blood. In most cases, there is no symptom or sign, and this is the factor which causes a large proportion of diabetics patients abandon the treatment. It is important to be alert to the fact that , even without signs , a person may have high level of glucose and then run some serious risks to your health .for increase in the number of patients with poor metabolic control in our area and with several risk factors modifiable staff understood the need to develop a strategy to improve the quality of life of patients on health promotion actions through knowledge and practices that aim to raise awareness about the responsibilities for the health and motivate the adoption of healthy habits and behaviors prevention. Was conducted by the staff educational activities as lecture, conversation circles about this disease, its risk factors and how to modify it, healthy eating practices and stimulation of physical exercise, to carry out these activities as we seek spaces in consultation, home visit, church hall and parking. By the physical therapist, nutritionist and community agent of health encourage physical activity, eating habits by the appropriate risk awareness talks and diseases were collected from the community leaders play areas, to monitor the physical actions. Identify patients with poor metabolic control and modifiable risk factors in home visits and visits and form the target audience.

Key words: Quality of life. Risk factors. Control. Health prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde.
AVC	Acidente Vascular Encefálico.
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas.
CERSAM	Centro de Reabilitação de Saúde Mental.
CRASE	Centro de Referência de Atenção especial da Saúde.
CREDENP'S	Centro de Referência de Doença endêmica e programas especiais.
CVV	Centro Viva Vida.
DCNT	Doença Crônica não Transmissível.
DCV	Doença Cardiovascular.
FR	Fatores de Risco.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.
MS	Ministério de Saúde.
PES	Planejamento Estratégico Situacional.
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Quantidade de pacientes diabéticos da população total.	22
Gráfico 2- Composição racial dos diabéticos	23
Gráfico 3- Composição por escolaridade dos diabéticos	24
Gráfico 4- Conhecimento sobre o uso da dieta dos pacientes diabéticos, PSF. Santa Helena 1. Governador Valadares, 2014.....	25

LISTA DE TABELA

Tabela 1-Total de domicílios. Governador Valadares- 2014.....	14
Tabela 2- População urbana/rural. Governador Valadares-2014.....	14
Tabela 3- IDHM - Renda e Pobreza Governador Valadares-2014.....	15
Tabela 4- Distribuição por fatores de risco associados a Diabetes Mellitus. PSF Santa Helena 1. Governador Valadares-2014.....	24

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Aspectos demográficos do Município de Governador Valadares. 2014	16
Quadro 2- Ensino Educacional. Governador Valadares. 2014.....	17
Quadro 3- Representação da quantidade de pacientes diabéticos da população total. PSF Santa Helena 1-Governador Valadares, 2014.....	22
Quadro 4- Critérios para a presença de anormalidades da tolerância à glicose, segundo a ADA-2005	31
Quadro 5- Complicações da diabetes	31
Quadro 6- Priorização do problema segundo a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentamento pela equipe.....	35
Quadro 7- Desenho de operações para resolução dos nós críticos -2015.	39
Quadro 8- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos”. 2015.....	43
Quadro 9- Proposta de ações para a motivação dos atores-2015	43
Quadro 10- Plano operativo. 2015	44
Quadro 11- Gestão do plano.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA.....	26
3 OBJETIVO	27
3.1 Objetivo Geral	27
3.2 Objetivos Específicos	27
4 METODOLOGIA	28
5 REVISÃO DE LITERATURA	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	34
6.1 Definição dos problemas.....	34
6.2 Priorização do problema.....	35
6.3 Descrição do problema	35
6.4 Explicação do problema.....	37
6.5 Seleção dos “nós críticos”	38
6.6 Proposta de operações para resolução dos nós críticos.....	39
6.7 Identificação dos recursos críticos	42
6.8 Elaboração do plano operativo	44
6.9 Gestão de Plano.....	46
7 IMPLANTAÇÃO DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	49
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS.....	

1 INTRODUÇÃO

Governador Valadares é um município brasileiro, localizado ao leste do Estado de Minas Gerais, pertencente à Região Vale do Rio Doce, população estimada pelo IBGE (2013) de 275.568 habitantes. Sua população é predominantemente urbana. Distanto aproximadamente 320 km da capital do estado, Belo Horizonte, a maior parte do seu território situa-se a margem esquerda do Rio Doce.

A cidade é dotada de uma localização privilegiada, onde se entrecruzam três importantes rodovias, 116, 259, 381, que dá acesso ao nordeste do estado e do país, à capital mineira bem como a grandes centros como Vitória e Rio de Janeiro. O acesso à cidade também pode ser feito pela Estrada de Ferro Minas Vitória, que além de transporte de passageiros, realiza transporte de produtos, como os minerais, de exportações e importações, além da via aérea sendo Governador Valadares possuidora de aeroporto com voos diários para a capital mineira e outros estados. Devido ao desenvolvimento da região, foi criada a microrregião de Governador Valadares, por agregação de vários municípios. Possui uma área total de 11.327,403 km² (IBGE 2010).

Abreu e Espíndola em 2010 foram os organizadores do livro, “Território, sociedade e modernidade” abordaram que ao longo do tempo, com o crescimento populacional da cidade, houve a necessidade da expansão dos setores econômico e turístico de Governador Valadares. Em 02 de dezembro de 1999 é inaugurado o GV Shopping.

Descrevendo o município, Governador Valadares localiza-se a nordeste da capital do estado. Sua população estimada pelo IBGE em 2014 era de 276,995 habitantes, sendo assim o nono mais populoso do estado de Minas Gerais e o primeiro de sua mesorregião e microrregião. Ocupa uma área de 2348,1 km. Desse total, 24,3674 km² estão em perímetro urbano. O município é servido pela Estrada de Ferro Vitória Minas, da Companhia Vale do Rio Doce e pela rodovia Rio-Bahia (BR-116). Liga-se à capital do estado pela BR-381 (IBGE, 2014).

A cidade ainda se destaca em seu turismo. Em Governador Valadares está o Pico da Ibituruna (anexo), com 1123 metros de altitude, é um dos pontos mais altos do leste mineiro. É sede de uma das etapas do Campeonato Brasileiro de Voo.

Aspectos geográficos, a área total do município: 2357,07 km² com uma concentração habitacional: 111,83 hab/km² (IBGE, 2010).

Tabela 1-Total de domicílios. Governador Valadares- 2014.

Município	Domicílios particulares	Domicílios coletivos	Total
Governador Valadares	86063	93	96156
Por cento	99.9	0.1	100%

Fonte: IBGE, Censo demográfico IBGE (2010).

Em relação ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M), Governador Valadares é considerado médio pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) seu valor é de 0,772. Considerando apenas a educação o valor do índice é de 0,867, enquanto o do Brasil é 0,849, o índice da longevidade é de 0,720 (o brasileiro é 0,638) e o de renda é de 0,730 (o do Brasil é 0,723) (IBGE, 2010). A cidade possui a maioria dos indicadores médios segundo o PNUD.

A Taxa de alfabetização adulta é de 89,53%, a expectativa de vida é de 68,19 anos, o coeficiente de GINI, que mede a desigualdade social, é de 0,42%, sendo que 1,00 é o pior número 0,00 é o melhor. A incidência da pobreza é de 24,64%. A taxa de Urbanização de Governador Valadares é predominantemente urbana, tendo apenas 3,94% de pessoas vivendo no campo (IBGE, 2010).

Tabela 2- População urbana/rural. Governador Valadares-2014

População residente masculina	125.237	47,49%
População residente feminina	138.452	52,51%
População urbana	253.300	96,06%
População rural	10.389	3,94%
Taxa de Urbanização		96,06%
Total população (2010):	263.689 hab.	100%

Fonte: Pnud, Ipea e FJP (2014)

A população economicamente ativa na cidade de 18 anos ou mais é de 65%. Em 2010, das pessoas ocupadas na faixa etária de 18 anos ou mais, 4,69% trabalhavam no setor

agropecuário, 0,63% na indústria extrativa, 8,90% na indústria de transformação, 9,15% no setor de construção, 1,08% nos setores de utilidade pública, 21,33% no comércio e 48,74% no setor de serviços (IBGE, 2010).

A renda per capita da população, importante marcador do IDH, era de R\$678,74 em 2010. Vem aumentando nos últimos anos. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00 reais de agosto de 2010 passou de 11,03% em 1991 para 6,76% em 2000 e para 3,43% em 2014 (IBGE, 2010).

Tabela 3- IDHM - Renda e Pobreza Governador Valadares-2014

Renda per capita	678,74
Incidência de pobreza	24,64%
Incidência de pobreza subjetiva	16,90%

Fonte: IBG, Censo demográfico IBGE (2010)

Segundo a Confederação Nacional de Municípios (CMN). Infraestrutura - Abastecimento de Água, de Esgoto e Coleta de Lixo (2010) o abastecimento de água tratada, 94,45% dos domicílios eram atendidos pela rede geral de abastecimento de água, 82,15% das moradias possuíam coleta de lixo e 82,23% das residências possuíam escoadouro sanitário. Seu Índice de GINI é de 0,42.

As principais atividades econômicas: Produto Interno Bruto - PIB de Governador Valadares é o 153º maior do Brasil, destacando-se na área de prestação de serviços, já que o município não possui nenhuma indústria de grande porte implantada. Boa parte da renda da cidade vem do exterior, cujos números são impossíveis de se contabilizar por se tratar de imigrantes em situação ilegal. O PIB per Capita de R\$ 9 884,10 (PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

No setor primário a agricultura tem menor importância em Governador Valadares. De todo o PIB da cidade, R\$ 32.525 é o valor adicionado bruto da agropecuária. Destacam-se as culturas de arroz, feijão e milho (PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

A lavoura permanente da cidade produz principalmente banana (1.000 toneladas), Coco-da-baía (10.000 frutos por Hectare), laranja (300 toneladas) e maracujá (10 toneladas). Na lavoura temporária, são produzidos principalmente o arroz (30 toneladas), a batata-doce (39 toneladas) e a cana-de-açúcar (500 toneladas), sendo este último o principal produto agrícola do

Brasil, sendo cultivada desde a época da colonização do país (PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

No setor Secundário, o PIB total da cidade, R\$ 365.528,00 é da indústria (setor secundário). Grande parte do valor arrecadado pelas indústrias, do Distrito Industrial. Um forte Distrito Industrial/misto está instalado à Oeste do município, distanciando-se cerca de 6 km do Centro de Governador Valadares. É um distrito industrial/misto, pois possui empresas de pequeno e médio. Recentemente passou por uma reestruturação e atualmente é administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais - CODEMIG. Nele está o Aeroporto de Governador Valadares (PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

No setor terciário, R\$1.819.332,00 do PIB Valadarense são de prestações de serviços (terciário). O setor terciário atualmente é a principal fonte geradora do PIB valadarense. O GV Shopping, localizado no centro da cidade é um dos mais movimentados da região. Além de grandes lojas, possui pequenas e médias empresas com sede no próprio município ou na região. Assim como no resto do país o maior período de vendas é o natal (IBGE, 2012).

Quadro 1 - Aspectos demográficos do Município de Governador Valadares- 2014

Faixa etária (anos)										
Sexo	<1 ano	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-39	40-59	60 e +	Total
Masculino	1749	7.359	10.240	11.871	11.401	11.385	29.621	28.564	13.029	125.237
Feminino	1643	7304	9874	11.720	11.828	11.988	32.934	33.428	17699	138.452
Total	3392	14663	20114	23591	23229	23373	62555	61992	30728	263689

Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2010).

A Taxa de Crescimento Anual de Governador Valadares de 1909 (2000) a 2014 (276, 995) observa-se um grande desenvolvimento segundo IBGE (2014).

Quadro 2- Ensino Educacional. Governador Valadares- 2014

Educação de Governador Valadares em números			
Nível	Matrículas	Docentes	Escolas (Total)
Ensino pré-escolar	5.103	347	86
Ensino fundamental	44.962	2.592	126
Ensino médio	12.091	820	36
Ensino superior	8.489	525	3

Fonte: IBGE, Censo Demográfico (2010).

Governador Valadares, em 2008 contava com aproximadamente 62.156 matrículas, 3.759 docentes e 4007 escolas nas redes públicas e particulares. De acordo com estudos feitos pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) o índice de alfabetização de adultos é de 81,19% e a taxa bruta de frequência escolar na cidade é de 81,19% (PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

O município conta com um dos maiores polos educacional da região do Vale do Rio Doce. A Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE foi fundada em 1967. Atualmente mantém mais de 30 cursos de graduação. A Universidade está distribuída em duas áreas. Tem hoje uma área de quase 750 mil m². Possui duas bibliotecas: Doutor Geraldo Vianna Cruz e a Biblioteca Setorial, que reúnem ao todo cerca de 80 mil títulos e 113 mil exemplares (PREFEITURA DE GOVERNADOR VALADARES, 2014).

O sistema de saúde de Governador Valadares conta com o sistema de referência e contra referências que é o modelo de organização dos serviços configurados em redes consubstanciadas por critérios, fluxos e mecanismos de atuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários de acordo com Caderno Humaniza SUS (BRASIL, 2006). De acordo com Dias (2012) citando o Caderno Humaniza SUS aborda que para a compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e

assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra equipe de saúde, inter equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes. Este sistema ainda é falho devido à baixa adesão dos profissionais da atenção secundária.

O Sistema de Referência e Contra Referência é um mecanismo administrativo, onde os serviços estão organizados de forma a possibilitar o acesso a todos os serviços existentes no SUS pelas pessoas que procuram as unidades básicas de saúde. Essas unidades são, portanto, a porta de entrada para os serviços de maior complexidade, caso haja necessidade do usuário. Essas unidades de maior complexidade são chamadas “Unidades de Referência”. O usuário atendido na unidade básica, quando necessário, é “referenciado” (encaminhado) para uma unidade de maior complexidade a fim de receber o atendimento que necessita. Quando finalizado o atendimento dessa necessidade especializada, o mesmo deve ser “contra referenciado” (BRASIL, 2011).

Governador Valadares possui uma central de marcação de consultas para que os encaminhamentos da atenção primária sejam referenciados para atendimento de especialidades. A Secretaria Municipal de Saúde possui 41 especialidades no momento atendendo em seus centros de referência, conta com 10 centros de referência: Centro de Referência em atenção especial a Saúde (CRASE), Centro de Referência em Saúde Mental(CERSAM), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS-AD), Centro Viva Vida (CVV), Policlínica, Centro de Apoio ao Deficiente Físico (CADEF), Centro de Referência de Doenças Endêmicas e Programas Especiais (CREDENP’S), Centro de Referência Especializados em Saúde do trabalhador (CEREST), Centro de Referência em Oftalmologia Social (CROS), Centro de Convivência.

O município possui 151 estabelecimentos de saúde, sendo 78 deles privados e 73 municipais entre hospitais, pronto-socorro, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui 180 leitos para internação em estabelecimentos de saúde. Existem no total 14 hospitais entre públicos, filantrópicos e privados.

A rede de atenção básica do município possui 10 Unidades Básicas de Saúde tradicional e 42 Estratégias de Saúde de Família localizadas na área urbana e 03 na área rural. A cobertura do município atualmente é de 48,18% e quando todas as 45 equipes estiverem atestadas será de 52%.

Possui 04 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PAC’S) em funcionamento sendo 03 urbanos e 01 rural. A cobertura do PAC’S é de 17% da população, 04 equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) que possui os profissionais: farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, assistente social, nutricionista e psicólogo.

Passo a contextualizar a Unidade Básica de Saúde Santa Helena 1, situa-se na Rua Mariana nº 33, Bairro Santa Helena. O acesso a unidade por meio de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última a forma mais utilizada pelos usuários. A unidade está localizada num ponto alto do bairro, isso gera certa dificuldade para o acesso especialmente para os usuários de maior idade e para aqueles que apresentam alguma doença limitante e ou incapacitante.

A principal fonte de emprego é o comércio por conta própria, outros trabalham em empresas de serviços. A religião mais praticada é a evangélica cristã.

Na ESF Santa Helena 1 o horário de atendimento de 7:00 horas às 11:00 da manhã e de 13:00 as 17:00 horas de segunda a sexta. O atendimento é feito diariamente, por uma equipe multiprofissional composta por 01 médica, 01 dentistas, 01 enfermeiras, 01 técnicas em enfermagem, 01 técnicas em saúde bucal, 05 agentes comunitárias de saúde cada um dentro de sua especificidade. O psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, nutricionista e técnico em farmácia do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) comparecem à unidade uma vez por semana, esses por sua vez cumprem uma importante função de promoção e educação para a saúde.

A ESF Santa Helena 1 possui 975 famílias cadastradas, um total 3150 pessoas. São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde, avaliação de necessidade de transporte sanitário, entre outros.

As consultas são agendadas previamente e diariamente a equipe atende a demanda espontânea que passa por uma triagem onde é definida a conduta com cada paciente. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e os pacientes que não podem ir até a unidade, por alguma incapacidade, recebe visita domiciliar, pelo médico, enfermeiro, dentista, técnico em enfermagem. As visitas são agendadas previamente pelas agentes comunitárias de saúde que estão dia a dia na sua respectiva micro área realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde, de orientação ao usuário ou por qualquer outro profissional que em consulta sente a necessidade junto com usuário de realizar a visita domiciliar. A coleta de exames é feita semanalmente, facilitando a vida do usuário que não necessita deslocar-se até o centro da cidade para realizar exames básicos de rotina.

A Unidade conta com uma estrutura física regular, tem uma área de recepção com cadeiras, sala de vacinação, farmácia, sala de curativos, banheiros, consultórios médicos, de enfermagem e de odontologia. Os prontuários estão organizados por micro áreas e guardados em envelopes separados para cada família. A unidade tem grande parte de recursos necessários para uma atenção qualificada, ainda faltam alguns elementos básicos para maior resolutividade da demanda, como aparelhos de nebulização, oxigênio e algum medicamento que acaba antes da renovação do estoque.

A partir do diagnóstico situacional realizado pela equipe na área de abrangência ESF Santa Helena 1 foi possível identificar dentre outros problemas levantados o Diabetes Mellitus tipo 2 e seu descontrole como um problema significativo na população, partindo da premissa que a maioria dos pacientes com nessa doença tem cifras de mais de 140mg-dl, um número importante dos pacientes já se apresentaram em consulta, pelo menos em uma ocasião, com valores superiores a estes.

Nas consultas de grupo de diabéticos que são efetuadas uma vez por semana quase 90% dos pacientes atendidos tem valores glicêmicos maiores de 140mg-dl e casos que já apresentam complicações pelo descontrole tais como cataratas, insuficiência arterial e venosa periférica, úlceras, portanto o descontrole da Diabetes Mellitus constitui um problema muito importante.

Identificamos que os pacientes diabéticos são principalmente idosos, grande parte deles são analfabetos e o descontrole da doença é maior nesse grupo, gera uma grande dificuldade de adesão ao tratamento, muitos pacientes vivem sozinhos ou com outro companheiro também idoso, logo não sabem identificar a medicação e cumprir a posologia, levando ao descontrole e dificuldade de ajuste das doses, já que não é possível estabelecer um parâmetro de funcionamento da medicação.

Outra questão importante é a cultura alimentar, pois a alimentação deles é muito rica em açúcares e carboidratos, além disso, boa parte dessa população vive apenas de programas assistenciais do governo impossibilitando uma dieta saudável, 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 baixa em açúcares, mais esse fator é muito subjetivo. Logo as transgressões dietéticas é uma das mais importantes razões da descompensação da doença que leva ao aparecimento de outros fatores de risco, tais como a obesidade.

Outro fator importante é o sedentarismo, a maior parte dos pacientes diabéticos não realiza nenhum tipo de atividade física, falta compreensão da importância dos mesmos, talvez

pelo baixo nível educacional e pouca percepção do risco da doença, outros pela sobrecarga de trabalho que não deixa tempo para a atividade. Existe uma adesão mediana aos grupos operativos desenvolvidos pelo NASF para realização de atividades físicas e redução de peso, além de mediana aceitação das atividades educativas nos grupos de Hipertensão-Diabetes(HIPERDIA), geralmente vão para passar em consulta e renovar a receita, acreditando que o papel principal no controle da doença é o médico e a medicação.

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

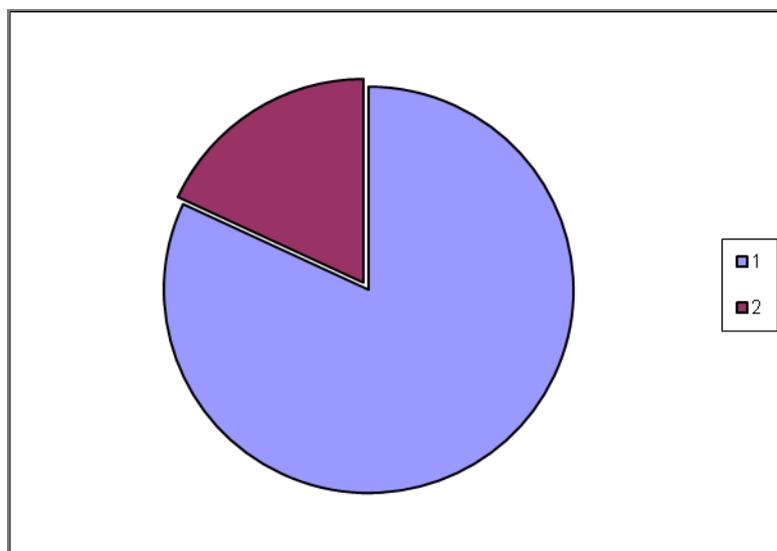
Finalmente a não associação com os demais pilares do tratamento dificulta o controle da doença e leva a um excesso de medicamentos, a maioria dos pacientes utilizam dois ou mais medicamentos e tratamento com insulina mesmo assim continuam descompensados.

Após análise do diagnóstico situacional, percebe-se que as principais causas de morbimortalidade da população da ESF Santa Helena do município Governador Valadares estão relacionadas às doenças não transmissíveis endocrinometabólicas (diabetes, hipo e hipertireoidismo). A partir da constatação deste fato surge a necessidade de elaborar estratégia de educação em saúde para melhorar o descontrole da Diabetes Mellitus.

Para trabalhar com dados fidedignos foi realizado um estudo para conhecer melhor a população de diabéticos. São 110 pacientes diabéticos inseridos no Programa do HIPERDIA e assistidos pela equipe multiprofissional do PSF Santa Helena¹, da zona urbana do município Governador Valadares.

Os dados foram coletados a partir do histórico de saúde da família dos pacientes e com a revisão de documentos.

Gráfico 1- Representação da quantidade de pacientes diabéticos da população total. PSF Santa Helena 1-Governador Valadares, 2014.



Fonte: Dados pesquisados pelo autor (do SIAB e fichas individuais)

- 1- Habitantes não hipertensos: 3150
- 2- Habitantes diabéticos: 250

O gráfico representa a quantidade de pacientes diabéticos cadastrados em nossa área representando quase um quinto da população total que é de 12.42%. A prevalência da Diabetes mellitus de nossa área se encontra abaixo da média do Brasil, fato que pode ser por sub-registro e algumas áreas descobertas que não estão cadastradas.

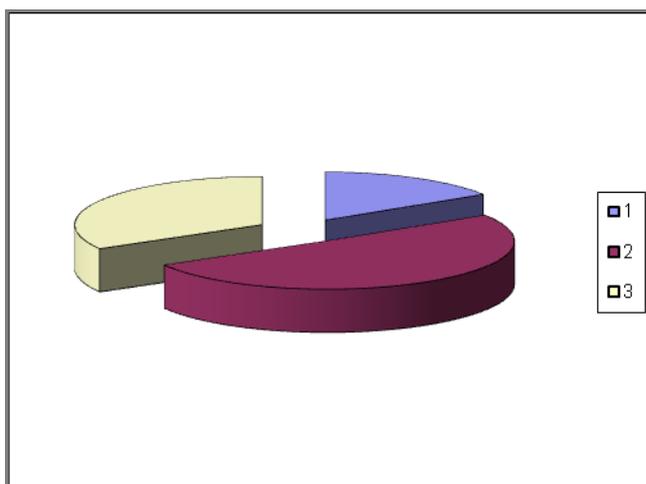
Quadro 3- Composição por sexo e idade dos pacientes diabéticos. ESF Santa Helena 1. Governador Valadares. 2014.

Idade	15-29 anos	30-49 anos	50-59 anos	+ 60 anos	Total
Feminino	4	12	33	20	69
Masculino	2	8	21	10	41
Total	6	20	54	30	110

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (do SIAB e fichas individuais)

O quadro 3 mostra a composição por sexo e idade dos diabéticos observa-se que o sexo mais prevalente é o feminino na faixa etária entre 50 e 59 anos, seguido do masculino. Quanto as composições raciais são brancos (19), mestiços (54) e negros (37) representados no gráfico 2.

Gráfico 2- Composição racial dos pacientes diabéticos. ESF Santa Helena 1. Governador Valadares - 2014.

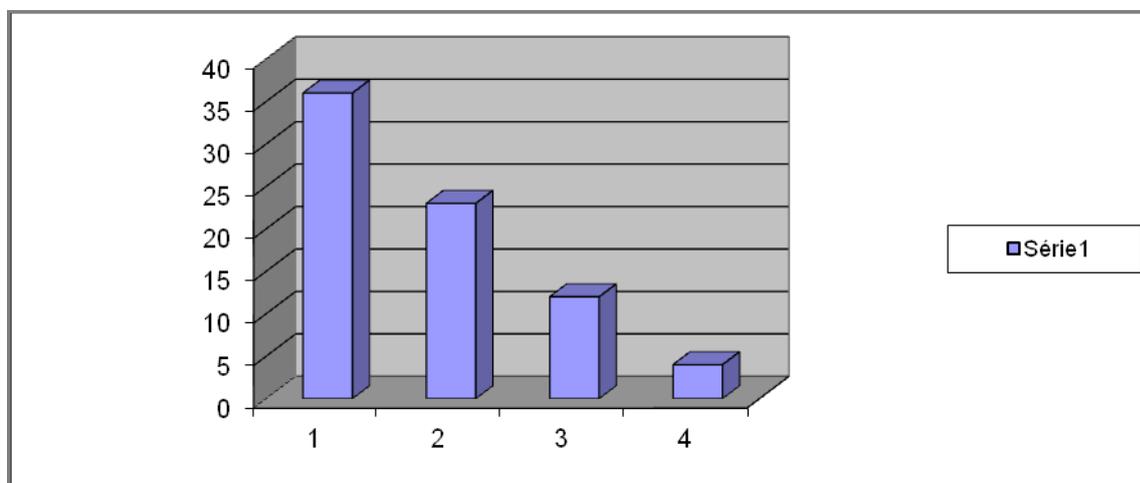


Fonte: Dados pesquisados pelo autor (do SIAB e fichas individuais)

Mostra-se nesse gráfico a composição racial dos pacientes diabéticos sendo que o número maior de pacientes mestiços em primeiro lugar, seguido dos negros em segundo lugar e brancos em terceiro lugar.

Foi verificado também o nível de escolaridade dos pacientes diabéticos sendo encontrado: analfabetos funcionais (64), analfabetos totais (52), nível básico (23), nível superior (11)

Gráfico 3-Composição por escolaridade dos pacientes diabéticos. ESF Santa Helena 1. Governador Valadares, 2014.



Fonte: Dados pesquisados pelo autor (do SIAB e fichas individuais)

Observe-se no gráfico 3 a composição por escolaridade dos pacientes diabéticos sendo o maior número os analfabetos funcionais, seguido dos analfabetos totais, ficando em terceiro lugar os de nível básico e o menor número o nível superior. A informação oferecida por este gráfico é muito importante para este projeto, pelo nível escolaridade deve haver uma adequação da linguagem utilizada nas palestras e outras ações de saúde para facilitar a compreensão dos usuários.

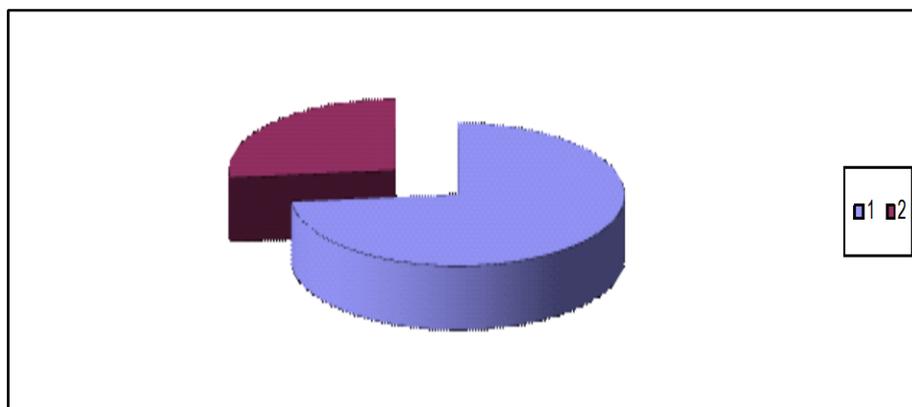
Tabela 4- Distribuição por fatores de risco associados a Diabetes Mellitus. ESF Santa Helena 1. Governador Valadares- 2014.

Fatores de risco	Feminino	%	Masculino	%
Obesidade	15	13.6	8	7.27
Hábitos alimentares inadequados	35	31.8	22	20.0
Stress	8	7.27	13	15.5
Antecedentes familiares.	39	35.4	29	26.3
Nível pressórico elevado.	6	5.45	9	8.18
Sedentarismo.	28	25.4	19	17.2

Fonte: Dados pesquisados pelo autor (do SIAB e fichas individuais)

Nesta tabela observa-se o comportamento dos fatores de risco por sexo, onde podemos confirmar a maior prevalência de antecedentes familiares, hábitos alimentares inadequados para ambos os sexos. O sedentarismo e a inadequação dos hábitos alimentares são maiores no sexo feminino, acreditando que seja por motivo de serem donas de casa, e fazendo as tarefas domésticas se alimentam de maneira demasiada. Os homens estão mais expostos ao stress.

Gráfico 4- Conhecimento sobre o uso da dieta dos pacientes diabéticos, ESF. Santa Helena 1. Governador Valadares, 2014.



Fonte: Dados pesquisados pelo autor (do SIAB e fichas individuais)

1- Conhecem a importância da dieta: 69

2- Não conhecem a importância da dieta: 41 pacientes.

Observam-se nesse gráfico os conhecimentos sobre o uso da dieta que 69 pacientes conheciam a importância da dieta, e 41 pacientes não tinham conhecimento da mesma.

O conhecimento dos pacientes diabéticos apresentados anteriormente facilitou o planejamento das ações de saúde que foram desenvolvidas de acordo com o PES (Planejamento Estratégico Situacional) abordado no Módulo Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde (2010).

2 JUSTIFICATIVA

Dados de 2005 da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2005 *apud* KATZER, 2007), anunciaram que uma em cada vinte mortes que acontecem podem ser atribuídas ao diabetes, cerca de 8.700 mortes por dia, seis mortes por minuto e ainda pelo menos uma de dez mortes nos adultos com idade entre 35 e 64 anos são atribuídas ao diabetes.

Estudo epidemiológico brasileiro realizado em nove capitais brasileiras, verificou prevalência de 7,6% de diabetes na população urbana entre 30 e 69 anos de idade (MATHIAS; JORGE, 2004).

Devido a sua alta prevalência e morbidade, faz-se necessário uma maior atenção à prevenção, a fim de evitar o desenvolvimento de novos casos ou que os existentes evoluam para quadros mais graves (BRASIL, 2010). É por isso que a equipe pretende fazer um plano de ação para o controle dos fatores de riscos modificáveis, diminuir agravos e complicações e melhorar condições de vida da comunidade.

Na área de abrangência de ESF Santa Helena 1 não é diferente, existe uma alta prevalência de Diabetes Mellitus II e seu descontrole é muito significativo, quase 10 de 12 pacientes que vão as consultas que são feitas uma vez por semana apresentam cifras de glicemia mais de 140 mg-dl constituindo-se em um dos principais problemas de saúde. O trabalho proposto tem relevância à medida que procuramos sensibilizar a comunidade da importância de modificar os fatores de riscos da diabetes, por meio de ações de saúde onde a equipe de saúde é a principal gestora.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Propor um plano de intervenção educativa para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos sobre os fatores que influenciam no descontrole da Diabetes Mellitus II em ESF Santa Helena 1 -2015.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e priorizar os principais pacientes diabéticos com descontrole da nossa área de abrangência;
- Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada por meio de uma minuciosa revisão literária;
- Avaliar a extensão e as consequências do problema existente;
- Determinar o nível de conhecimento que tem a população estudada sobre os fatores de risco da Diabetes Mellitus não controlada;
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade do Bairro Santa Helena 1 de forma a controlar e prevenir as complicações da Diabetes Mellitus não controlada.

4 METODOLOGIA

Este trabalho foi elaborado em três momentos: diagnóstico situacional, revisão de literatura sobre o tema proposto e a elaboração do plano de intervenção. Para a identificação dos principais problemas de saúde foram realizadas reuniões na ESF com ACS e com a participação de atores, gestores, técnicos, profissionais e algumas lideranças da comunidade onde se expuseram os diferentes critérios e onde realizaram exposição, discussão e priorização dos principais problemas de saúde que afetam nossa comunidade. Também foram coletados dados utilizando o banco de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do Programa HIPERDIA e das agendas de trabalhos da equipe de Saúde da Família.

Para a priorização do principal problema detectado na ESF Santa Helena 1 foram utilizados os critérios preconizados por Campos; Faria; Santos (2010): a importância para a comunidade, o nível de urgência e a capacidade de enfrentamento da ESF aos problemas identificados. Para fundamentação teórica utilizou-se a revisão de literatura narrativa sobre os fatores de risco e as complicações da DM por meio de pesquisa às bases de dados da Scientific Eletrônico Library Online (SCIELO) e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) entre outras fontes: Estudo dos textos fornecidos pela plataforma Ágora, leitura do caderno de Atenção Básica N°16: Diabetes Mellitus, busca de informação no site do IBGE, realização de reuniões programadas e de diálogos informais com diferentes profissionais da equipe multidisciplinar da ESF Santa Helena 1, observação dos casos de descontrole da Diabetes Mellitus durante as consultas médicas, consultas ao banco de dados do SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica do município de Governador Valadares.

O último momento foi a elaboração do projeto de intervenção seguindo o modelo do Planejamento Estratégico Simplificado (PES) segundo Campos; Faria e Santos (2010).

5. REVISÃO DE LITERATURA

“Em termos mundiais, cerca de 240 milhões de indivíduos apresentam DM, com uma projeção de 366 milhões para o ano de 2030, dos quais dois terços serão habitantes de países em desenvolvimento.” Infelizmente, cerca de metade das pessoas com DM não tem conhecimento que são portadores desta condição e não podem, dessa forma, prevenir suas complicações. “No Brasil, o número estimado de portadores de DM é de aproximadamente 16 milhões de pessoas” (GRILLO; GORINI, 2007, p.49).

O diabetes pode ser classificado como 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, é uma condição na qual o pâncreas deixa de produzir insulina ou as células param de responder à insulina que é produzida, fazendo com que a glicose sanguínea não seja absorvida pelas células do organismo e causando o aumento dos seus níveis na corrente sanguínea. (BRASIL, 2006, p.9).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabéticos (2008) *apud* Tenório (2009, p.2) “cerca de 50% desconhecem o diagnóstico, a prevalência está na faixa etária de 30-69 anos e as pessoas que residem na região urbana é de 7,6% de diabéticos”.

De acordo com o Ministério da Saúde,

Os tipos de Diabetes mais frequentes são o Diabetes Tipo 1, anteriormente conhecido como Diabetes juvenil, que corresponde cerca de 10% do total de casos, e o Diabetes Tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% dos casos. Outros tipos de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia não está esclarecida é o diabete gestacional (BRASIL, 2006, p.12)

Existem dois tipos principais da doença. O diabetes tipo 1 (DM1) e o tipo 2 (DM2). O DM2 é considerado uma das grandes epidemias do século XXI e afeta quase 90% das pessoas que têm diabetes, sendo o tipo mais comum. Diabetes Mellitus tipo 2, ocorrem vários mecanismos de resistência à ação da insulina, quando produz suficientemente a insulina pelo pâncreas “ou porque o corpo se torna menos sensível à ação da insulina que é produzida a chamada resistência à insulina” (BRASIL, 2001, p. 14).

A insulina é um hormônio produzido pelo pâncreas, que controla o nível de glicose no sangue ao regular a sua produção e armazenamento. Em portadores de DM, as células podem parar de responder à insulina ou o pâncreas pode parar totalmente de produzi-la. Isso leva a hiperglicemia, que pode resultar em complicações agudas, como cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar não-cetótica (BRUNNER *et al.*, 2002).

O estilo de vida moderno tem papel fundamental no desenvolvimento do diabetes, quando consiste em hábitos que levam ao acúmulo de gordura principalmente na região

abdominal. Tipo de distribuição de gordura que é mais relacionado ao aumento do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Os sintomas do aumento da glicemia são: sede excessiva, aumento do volume urinário e do número de micções, hábito de urinar durante a noite, fadiga, fraqueza, tonturas, visão borrada, aumento de apetite e perda de peso, estes sintomas clássicos do diabetes muitas vezes passam despercebidos ou não são valorizados pelos portadores desta condição (PICINATO, 2003 *apud* TENÓRIO, 2009, p. 8-9).

Estes sintomas tendem a ir se agravando e podem levar a complicações severas e agudas como a cetoacidose diabética (no DM1) e o coma hiperosmolar (no DM2), caso a doença não seja diagnosticada, nem tratada (SILVA *et al.*, 2006).

Os sintomas das complicações que ocorrem em longo prazo, ou seja, aquelas decorrentes da hiperglicemia mantida ao longo dos anos envolvem alterações visuais, circulatórias, digestivas, renais, urinárias, neurológicas, dermatológicas, ortopédicas e problemas cardíaco (MACHADO *et al.*, 2007).

Além dos sintomas e sinais clássicos da doença, que podem não estar presentes precocemente, o diagnóstico laboratorial do Diabetes Mellitus é estabelecido pela medida da glicemia no soro ou plasma, após um jejum de 8 a 12 horas e também pela dosagem da glicemia 2 horas após sobrecarga com glicose (glicemia 2 horas após sobrecarga). O diagnóstico sempre deve ser confirmado com uma segunda medida (GONZÁLEZ PÉREZ, 2011).

Silva *et al.* (2006, p.298), afirmam que “a doença não tem cura, mas que pode ser controlada, fazendo mudanças no estilo de vida, com adaptações de rotinas, as pessoas precisam ter limites e novas obrigações”.

Para realizar o diagnóstico de diabetes alguns parâmetros são utilizados como demonstrado no quadro 4.

Quadro 4- Critérios para a presença de anormalidades da tolerância à glicose, segundo a ADA-2005

Categoria	Glicemia de Jejum	Glicemia 2h pós-sobrecarga
Normal	<100 mg/dl	<140 mg/dl
Glicemia de jejum alterada (GJA)	100-125 mg/dl	-
Tolerância à glicose diminuída (TGD)	-	140-199 mg/dl
Diabetes*	≥126 mg/dl	≥200 mg/dl

Fonte: Brasil (2006).

Quando ambos os exames são realizados (glicemia de jejum e TOTG de 2 horas), GJA ou TGD podem ser diferenciados.

O diagnóstico de diabetes requer confirmação em outra coleta. (Adaptado da American Diabetes Association – ADA, 2005).

O desenvolvimento das complicações crônicas está relacionado ao tempo de exposição à hiperglicemia.

Quadro 5- Complicações da diabetes

	SINTOMAS
GRUPO 1 elevação brusca da glicose no sangue, hiperglicemia	Urinar excessivamente, sentir muita sede, emagrecer, desidratar e até perder a consciência, chegando ao coma diabético, mais frequente em pessoas com DM1.
GRUPO 2	Glicemia aumentada e mantida durante meses ou anos, podendo levar a alterações vasculares no coração, nos olhos (retinopatia), nos rins (nefropatia) e nos nervos (neuropatia). Essas situações acontecem, principalmente, nos pacientes com o tipo 2 do diabetes

Fonte: Brasil (2013).

A doença cardiovascular é a primeira causa de mortalidade nos indivíduos com DM2, a retinopatia a principal causa de cegueira adquirida, a nefropatia uma das maiores responsáveis pelo ingresso em programas de diálise e o pé diabético importante causa de amputações de membros inferiores. Por tratar-se de uma doença evolutiva, os pacientes desta síndrome, requerem mudanças positivas no estilo de vida (hábitos alimentares e de atividade física) associado com tratamento farmacológico, muitos deles com insulina, pois as células betas do pâncreas tendem a progredir para um estado de falência parcial ou total ao longo dos anos (BRASIL, 2006).

A atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação, divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sadia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2011).

Em relação à educação em saúde os inúmeros estudos realizados a nível mundial tem um resultado satisfatório na mudança de hábitos e melhoria da qualidade de vida dos diabéticos (BRASIL, 2002). As Equipes de Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a responsabilidade dos profissionais de saúde com os usuários e a comunidade.

O serviço na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um valioso recurso que ajuda a garantir o acesso dos profissionais de saúde aos diabéticos cadastrados, na garantia de esforços na prevenção, incentivando assim, a adotarem hábitos de vida saudáveis, controlando, corrigindo e evitando maiores complicações. Ressalta-se que uma das técnicas utilizadas pelas equipes da ESF para controle da glicose é a prática educativa dos grupos de diabéticos, que têm como característica principal a centralização em uma tarefa, constituindo-se como um instrumento de trabalho e um método de investigação (BRUNNER *et al.*, 2002).

As ações educativas grupais são incentivadas na ESF, pois se acredita que favoreçam a participação, garantindo ao indivíduo e à comunidade a possibilidade de decidirem sobre seus próprios destinos. Nesse âmbito, incluem mudanças no estilo de vida e tratamento farmacológico, entre outros, e a educação em saúde torna-se ferramenta para o ensino às pessoas e seus familiares, viabilizando a socialização de informações e orientações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

As práticas de educação em saúde em grupos têm sido bastante utilizadas pelas ESF, como alternativa para as práticas assistenciais e educativas. Estes encontros são importantes, pois

além de incentivar a proximidade dos diabéticos com a equipe na Estratégia de Saúde da Família, também socializam dúvidas e compartilham angústias, possibilitando assim o contato de pessoas com os mesmos problemas (FIGUEIREDO, 2011).

Os Centros de Saúde devem atuar com medidas preventivas e primárias na avaliação de risco cardiovascular e no atendimento da DM, para tal é necessário a atuação de equipes interdisciplinares, atividades comunitárias, intervenção de políticas públicas e um planejamento dos serviços de saúde (GINDE *et al.*, 2008).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

A Diabetes Mellitus é considerada um problema de saúde pública por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle. Portanto este projeto de intervenção (PI) teve como objetivo implantar educação em saúde no grupo de diabéticos do ESF Santa Helena 1 no município Governador Valadares para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos sobre os fatores que influenciam no descontrole da Diabetes Mellitus II

. 6.1 Identificação dos problemas

Para a realização deste trabalho os dados foram levantados pelo método de Estimativa Rápida, utilizando três fontes principais: registros escritos da unidade da PSF Santa Helena 1, entrevistas com informantes-chave, observação ativa da área.

A principal fonte de dados 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 (2011) e do IBGE (2010) cerca dos problemas levantados pela equipe como mais urgentes para a região. As entrevistas foram feitas com a enfermeira e os agentes comunitários de saúde (ACS) da unidade, além de alguns pacientes considerados informantes-chave por seu papel na sociedade. Essas foram feitas individualmente, sendo que com os pacientes foi realizada durante consulta médica. Basicamente, o inquérito abordou os seguintes temas:

- Principais problemas de saúde da comunidade.
- Necessidades materiais e humanas de nosso PSF para aperfeiçoamento do atendimento à população.
- Informações sobre a população e seu ambiente físico e socioeconômico.
- Participação popular no processo de saúde.

A observação ativa da área foi realizada semanalmente durante as visitas domiciliares. O médico fez todas as visitas junto às ACS, a fim de conhecer a forma e condição de moradia da população, a acessibilidade aos serviços e os problemas de saneamento básico. A observação ativa foi feita também nas consultas médicas, verificando o perfil dos pacientes, suas queixas mais frequentes, seus hábitos e o nível de orientação dos mesmos.

Após a coleta de informações, o médico, junto com sua equipe, definiu os principais problemas de saúde existentes na região. A ordem dos problemas de saúde, depois de identificados e priorizados em conjunto com a equipe de saúde foram:

1-Descontrole dos níveis glicêmicos em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.

- 2- Alto índice de uso de psicofármacos.
- 3-Alto índice de doenças sexualmente transmissíveis.
- 4-Alta incidência de gravidez na adolescência.
- 5-Demora em consultas com especialidades e exames complementares.

6.2 Priorização do problema

O problema foi priorizado utilizando os critérios de seleção: a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentá-lo de acordo com Campos; Farias e Santos, (2010).

Quadro-6 Priorização do problema segundo a importância do problema, sua urgência e a própria capacidade para enfrentamento pela equipe.

Problemas priorizados	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento
Descontrole dos níveis glicêmicos em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2	Alta	7	Parcial
Alto índice de uso de psicofármacos	Alta	5	Parcial
Alto índice de doenças sexualmente transmitidas.	Alta	5	Parcial
Alta incidência de gravidez em adolescência.	Meia	4	Parcial
Demora nas consultas com especialidades e exames complementares.	Meia	3	Fora

Fonte: autoria própria

O problema priorizado foi o descontrole dos níveis glicêmicos dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

6.3 Descrição do problema

Ao analisar esse problema, é preciso entender a realidade dessa população e voltar nossa atenção para os determinantes do processo saúde doença. Claro que entender o território, suas condições socioeconômicas, seus valores e cultura é fundamental para entender o processo saúde doença, talvez seja prematuro dizer que as condições de pobreza determinam a incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 na área de ESF Santa Helena 1 sem fazer um estudo que fundamente

essa afirmação comparando com estudos feitos em outras localidades, mas de antemão, o que podemos perceber é que essas condições estão diretamente vinculadas com o descontrole da doença.

Nossa realidade é que dos 110 pacientes hipertensos 69(62.7%) pertencem ao sexo feminino, enquanto 41 (37,27%) são homens, numa faixa etária que varia de 26 a 95 anos. A população tem como principal atividade econômica o comércio. O nível de escolaridade dos pacientes diabéticos encontrado foi analfabetos funcionais (64), analfabetos totais (52), nível básico (23), nível superior (11). O comportamento dos fatores de risco é a maior prevalência de antecedentes familiares, hábitos alimentares inadequados para ambos sexos. O sedentarismo e hábitos alimentares inadequados são maiores no sexo feminino.

Resumindo a maioria dessa população com nesta doença são pacientes em idade avançada, o analfabetismo é muito significativo nessa população, grande parte dela é analfabeta, e o descontrole da doença é maior nesse grupo, gera uma grande dificuldade de adesão ao tratamento, muitos pacientes vivem sozinhos ou com outra pessoa logo não sabem identificar a medicação e cumprir a posologia, levando ao descontrole e dificuldade de ajuste das doses, já que não é possível estabelecer um parâmetro de funcionamento da medicação.

Ainda não existe nessa população uma compreensão da importância dos exercícios físicos, apesar de todo o esforço da equipe de dialogar sobre isso, e da ajuda de outros setores como a igreja que tem o programa para a prática de exercícios e outras atividades de graça para a população em geral, talvez pelo baixo nível educacional e pouco acesso a informações, outros pela sobrecarga de trabalho que não deixa tempo para dita atividade.

Existe uma adesão muito pequena aos grupos operativos desenvolvidos pelo NASF para realização atividades físicas e redução de peso, além de mediana aceitação das atividades educativas nos grupos de HIPERDIA, ministrado todas as terças-feiras, a maioria vai simplesmente para passar em consulta e renovar a receita, acreditando que o papel principal no controle da doença é o médico e a medicação.

Portanto, falta de conhecimento sobre a doença, os pacientes acreditam que quando a glicose está em níveis adequados já não precisam usar a medicação, desconhecem que a Diabetes Mellitus é uma doença crônica, não tem cura e necessita o uso da medicação regularmente por toda a vida. A não associação com os demais pilares do tratamento dificulta o controle da doença e leva a um excesso de medicamentos, a maioria dos pacientes utilizam dois ou mais medicamentos mais a terapia com insulina, mesmo assim não controlam a doença e já há muitos casos com efeitos secundários da doença como danos visuais e dos nervos periféricos.

A Diabetes Mellitus tipo 2 é o principal problema de saúde da ESF Santa Helena 1. Para controlar adequadamente essa doença é preciso criar uma estratégia de enfrentamento em conjunto com a equipe. O primeiro passo é a educação para a saúde, ampliar o conhecimento do diabético sobre sua doença, apoiá-lo no momento de dar o diagnóstico incorporando ao seu conhecimento que a DM é uma doença crônica e que existem vários pilares para o tratamento, além dos remédios. Portanto, a equipe multidisciplinar poderia elaborar um plano que incorpore ações integradas voltadas para esses pilares.

Além disso, o analfabetismo influencia diretamente no controle da doença. Nesse sentido, algumas medidas paliativas vêm sendo desenvolvidas, mas a solução efetiva do problema exige medidas mais profundas que vão para além da responsabilidade da saúde única e simplesmente, como por exemplo, uma articulação inter-setorial para a criação de uma turma de alfabetização de adultos. Finalmente, a partir de uma análise bastante superficial embasada na prática clínica e não ainda em estudos mais sistematizados, até aqui, nos foi possível perceber que o descontrole da Diabetes Mellitus da população em questão está intimamente relacionado às suas condições socioeconômicas.

6.4 Explicação do problema

A explicação do problema “o descontrole dos níveis glicêmicos nos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2” está correlacionado com o acompanhamento deficiente dos pacientes diabéticos pela equipe, o que dificulta o trabalho diário da equipe de saúde; incide muitas vezes com a indisponibilidade de medicamentos na farmácia popular afetando uma parte da população que tem baixos níveis econômicos, o desconhecimento dos fatores de riscos que originam esta doença, muitos pacientes não seguem o tratamento farmacológico e dietético segundo as orientações médicas.

A diabetes Mellitus é uma doença crônica degenerativa com fatores determinantes multifatoriais e constitui um problema de saúde pública no Brasil. Ocupa um lugar de destaque no contexto epidemiológico, onde apresenta fator de risco que pode afetar os órgãos alvos causando retinopatia, pé diabético, ocorrência de acidente vascular e infarto do miocárdio, agravos crônicos não transmissíveis, sendo considerada uma das principais causas de morbimortalidade na população (BRASIL, 2007).

6.5 Seleção dos nós críticos

Essa etapa tem como objetivo entender a gênese do problema que se pretende enfrentar a partir da identificação das suas causas. Para Campos, Faria e Santos (2010, p.65) os “nós críticos” são aquelas causas que são consideradas mais importantes na origem do problema e que merecem ser enfrentadas pelos profissionais para solucionar o problema. Eles devem estar “dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando”. Os nós críticos identificados pela equipe são relacionados com o paciente e ao processo de trabalho da equipe.

✓ **Relacionados com o paciente:**

Os fatores nós críticos identificados pela equipe relacionados com o paciente são: escolaridade, baixo nível de informação sobre a doença, baixo nível socioeconômico, sedentarismo, baixa adesão ao tratamento, alcoolismo, dificuldade de seguir as orientações, alimentação não saudável, resistência para mudança do estilo de vida, traços culturais persistentes.

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

Os fatores nós críticos identificados pela equipe relacionados com ao processo de trabalho da equipe são: 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 equipe não possui relatórios que especifiquem quais os principais fatores causadores e/ou influenciadores de doenças crônicas. Insuficiente conhecimento das complicações de doenças crônicas como a diabetes mellitus.

Analisando as causas identificadas tem algumas que a equipe não tem governabilidade sobre elas. Diante disso foi feita uma escolha daquelas que terão influência direta sobre as outras causas: Baixo nível de informação sobre a doença, ações deficientes de equipe para atividades de promoção e prevenção em saúde, hábitos de vida inadequados.

6.6 Sexto passo: Desenho das operações

O plano de ação é composto por ações previamente desenhadas para dar base ao enfrentamento dos nós críticos do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano, as operações consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e políticos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010). Descrevemos operações para enfrentá-los, identificando assim os resultados, os produtos e os recursos necessários para a finalização do mesmo.

Quadro 7- Desenho de operações para resolução dos nós críticos- 2016

Nós críticos	Operação / projeto	Resultados esperados	Produto	Recursos necessários
Falta de conhecimento da doença	<p>Saber mais Aumentar o nível de informação da população os fatores de risco para a diabetes. -Organização de grupos de diabéticos. -Realização de palestras e rodas de conversa informativas e participativas em centros comunitários e na unidade de saúde. Dinâmicas e jogos interativos que possibilite a participação de todos.</p>	População mais informada sobre a doença	População informada sobre a diabetes mellitus, seus fatores de risco, sintomas e tratamento. -Campanhas educativas na rádio local informando sobre os riscos da diabetes descontrolada. -Grupos Operativos para levantamento de possíveis diabéticos. -Fornecimento de cartão de controle da diabetes	<p>Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde</p> <p>Organizacional: organização dos grupos operativos, -Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio</p> <p>Político: apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local</p> <p>Financeiro: Aquisição dos cartões de controle dos valores glicêmicos e materiais audiovisuais</p>
Ações deficientes de equipe para atividades de promoção e prevenção em saúde	<p>Linha de cuidado -Melhoria da assistência dos pacientes diabéticos as consultas programadas. -Capacitação da equipe. -Discutir as funções de cada membro da equipe e suas atribuições.</p>	<p>Equipe mais informado sobre a doença, melhoria das orientações dadas ao paciente.</p> <p>População com melhor assistência na consulta tendo um melhor controle e acompanhamento.</p>	-Recursos humanos capacitados, mais seguros e confiantes na execução de suas atribuições -População com melhor controle e acompanhamento de sua doença em consulta ou visita domiciliar	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo</p> <p>Organizacional Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Políticos: apoio da gestão; envolvimento da equipe.</p>

				Financeiro: aquisição de agendas
Hábitos de vida inadequados.	Viver melhor -Reunião com pequenos grupos para discutir sobre vida saudável e esclarecer os hábitos de vida saudáveis. Usar jogos interativos para discutir os temas. -Discutir sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e nutricional.	Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis Diminuir o índice de pacientes sedentários e obesos Programa de caminhada orientada	Pacientes com mais conhecimentos, mais responsáveis com o tratamento. Prática de caminhada Alimentação adequada Maior adesão ao tratamento. Diminuição dos níveis glicêmicos e prevenção de complicações da diabetes.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação Organizacional; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações. Participação da secretaria de esporte Organização da agenda programada. Políticos: apoio da gestão. Financeiro: financiamento dos folhetos educativos.

Fonte: autoria própria

Para alcançar o objetivo proposto, foi necessário orientar os pacientes diabéticos que o atendimento desta doença crônica é uma rotina necessária, e assim eles devem realizar pelo menos uma consulta médica mensal.

Para que eles se sintam motivados a participarem ativamente do tratamento da doença, a educação em saúde foi feita de maneira coletiva pela equipe de saúde (ESF), oferecendo suporte social adequado, através de uma relação social mais próxima, na qual teve afetividade, comunicação e visão do paciente como único, levando-se em consideração seus problemas e sua história de vida. Foram utilizados vídeos, folders, imagens e bate-papo, visando à importância da estimulação da mudança de atitudes diante da patologia. Como parte do Projeto de Intervenção, foram realizadas várias salas de espera, roda de conversa e palestras sobre Diabetes Mellitus e qualidade de vida.

➤ **Temas das atividades realizadas com os pacientes**

Palestras coletivas sobre:

- Conceito de fatores de risco modificável e DM, assim como a relação direta entre presença de fatores de risco e doenças crônicas;

- Possibilidades de evitar a presença destes fatores de risco na pessoa através da prevenção;
- Conceito de qualidade de vida e importância;
- Importância de modificar hábitos e estilos de vida (dieta saudáveis, exercícios físicos sistemáticos, controle do peso corporal, evitar o consumo de álcool, café em excesso e cigarros) que influenciam na qualidade de vida;
- Melhorar o conhecimento e adoção ao tratamento farmacológico e não farmacológico;
- Oferecer apoio a pacientes para tomar decisões saudáveis em sua vida;
- Informar sobre as consultas de HIPERDIA, nutricionista, atividades com fisioterapeuta;
- Promoção da prática de exercícios físicos regularmente, aliada a uma alimentação saudável, o que previne o sobrepeso e a obesidade, além de trazer benefícios para saúde mental e emocional.

Após as palestras fazia uma conversa informal sobre as ações de prevenção de fatores de risco, esclarecimento das dúvidas, e se necessário atendimento individual.

- Alimentação saudável: incentivar uma alimentação equilibrada, com o consumo de água e a prática de atividades físicas regularmente;
- Evitar a ingestão de açúcar presentes em chocolate, cacau, cremes, bolos e biscoitos;
- Promover a ingestão de proteínas de origem vegetal: leguminosas como feijão, soja, grão-de-bico, lentilha, são alimentos fundamentais para saúde, por serem um dos alimentos vegetais mais ricos em ferro e vitaminas;
- Preferir óleos vegetais (azeite de oliva, girassol, milho, soja), legumes, verduras, frutas cítricas, mamão, melão, melancia, pêra abacaxi, pêsego e adoçantes dietéticos;
- Ingerir no mínimo dois litros de água diariamente;
- Evitar uso abusivo de bebidas alcoólicas;
- Recomendar a redução no consumo de alimentos com alta concentração de sal, como temperos prontos, caldos concentrados, molhos prontos, salgadinhos, entre outros;
- Reduzir o consumo de carboidratos simples (doces, massas, pães, bolachas, batata, mandioca) e incentivar o consumo de carboidratos complexos presentes principalmente nos cereais (arroz, pão, milho), tubérculos (batata, beterraba) e raízes (mandioca, inhame), alimentos vegetais como grãos, as frutas, verduras e legumes contêm fibras alimentares;
- Evitar o tabagismo;

- Prática sistemática de exercícios físicos como caminhadas e outros tipos de exercícios;

Evitar o estresse e o consumo de drogas e medicamentos sem prescrição médica mantendo uma boa saúde mental e emocional.

➤ **Discussão das atividades realizadas pela equipe de saúde.**

- Acompanhamento em consultas e visitas domiciliares a pacientes com fatores de risco de Doença crônica não transmissível (DCNT);

- Avaliação com a nutricionista e outros especialistas para avaliação dos casos mais complexos;

- Capacitação dos agentes comunitários sobre vigilância e monitoramento de fatores de risco em suas áreas;

- Distribuição de materiais informativos aos pacientes;

- Controle periódico de hiperlipidêmicas por meio de solicitação de exames complementares e tratamento adequado de hipertensão e diabetes mellitus;

- Detecção precoce de complicações através de exames de rotina a pacientes nas consultas de HIPERDIA e em visitas domiciliares para posterior avaliação;

- Controle do peso corporal em pessoas obesas e com sobrepeso;

- Prevenção e controle sobre os principais fatores de risco da Diabetes Mellitus (alimentação não saudável, inatividade física, consumo nocivo de álcool, sobrepeso e obesidade);

-Melhoria da qualidade de vida dos pacientes diabéticos;

-Impacto econômico para as famílias, comunidades e a sociedade em geral da patologia.

6.7 Identificação dos recursos críticos

Segundo Campos; Faria e Santos (2010) os recursos críticos são aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, a equipe deve ter conhecimento de quais recursos críticos irá utilizar para operacionalizar os projetos.

É necessário identificar os atores que controlam recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação problema, por fim motivando o ator para a efetivação das propostas.

Quadro 8- Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós críticos”. 2016

Projeto	Recursos críticos
Saber mais	<p>Políticos: apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local.</p> <p>Econômico: aquisição dos cartões de controle dos valores de glicose em sangue, aparelhos de aferição da glicemia.</p> <p>Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde.</p>
Linha de cuidado	<p>Organizacionais: Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo.</p> <p>Políticos: Apoio da gestão; envolvimento da equipe.</p> <p>Econômico: Aquisição de agendas e atas.</p>
Viver melhor	<p>Econômico: folhetos educativos.</p> <p>Organizacionais: organização da caminhada; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações, participação da secretaria de educação.</p> <p>Políticos: apoio da gestão.</p>

Fonte: autoria própria

Quadro 9 - Proposta de ações para a motivação dos atores-2016

Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Saber mais	<p>Políticos: apoio da gestão; aquisição de espaço na rede local.</p> <p>Econômico: aquisição dos cartões de controle dos valores glicêmicos.</p> <p>Organizacionais: Organização da agenda para as campanhas e divulgação na rádio.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação; apoio da equipe de saúde.</p>	Coordenação de Atenção Primária. Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Não é necessário
Linha de cuidado	<p>Organizacionais: Organização da agenda programada; mudança no processo de trabalho.</p> <p>Cognitivos: Conhecimento sobre o</p>	Equipe da Saúde da Família Coordenação de Atenção Primária Secretaria Municipal de	Favorável	Apresentar o projeto para secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica

	tema e estratégia de comunicação; sensibilização do público alvo. Políticos: Apoio da gestão; envolvimento da equipe. Econômico: Aquisição de agendas e atas.	Saúde		
Viver melhor:	Organizacionais: organização da caminhada; Implantação da agenda para consultas de orientação alimentar; planejamento das ações; participação da secretaria de educação Políticos: apoio da gestão. Econômico: financiamento da construção da praça de lazer; folhetos educativos.	Secretaria Municipal de Saúde Equipe da Saúde da Família Secretaria Municipal de Saúde Coordenação de Atenção Primaria	Favorável	Apresentar o projeto para secretaria de saúde, conselho municipal de saúde e a prefeita

6.8- Elaboração do Plano Operativo

No nono passo é realizada a elaboração do plano operativo, que tem como objetivo: designar os responsáveis por cada operação (gerente de operação) e definindo os prazos para a execução das mesmas

Quadro 10- Plano operativo. 2016

Operações/ Projetos	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Saber mais: Aumentar o nível de informação da população os fatores de risco para a diabetes. -Organização de grupos de diabéticos. -Realização de palestras e rodas de conversa informativas e	População informada sobre os riscos de uma diabetes descontrolada Baixo índice de pacientes com níveis glicêmicos alterados.	-População informada sobre a diabetes mellitus, seus fatores de risco, sintomas e tratamento. -Campanhas educativas na rádio local informando sobre os riscos da diabetes descontrolada. -Grupos Operativos para	Não é necessário.	Enfermeira Técnicos de Enfermagem ACS	01 meses para planejamento das ações, grupos operativos e sensibilização da equipe

<p>participativas em centros comunitários e na unidade de saúde. -Dinâmicas e jogos interativos que possibilite a participação de todos.</p>		<p>levantamento de possíveis diabéticos. -Fornecimento de cartão de controle da diabetes</p>			
<p>Linha de cuidado: -Melhoria da assistência dos pacientes diabéticos as consultas programadas. -Capacitação da equipe. -Discutir as funções de cada membro da equipe e suas atribuições. Implantar a agenda programada de acordo com as Diretrizes da secretaria estadual</p>	<p>Equipe mais informado sobre a doença, melhoria das orientações dadas ao paciente. População com maior assistência a consulta tendo um melhor controle e acompanhamento. Agendas organizadas; Atendimento com horários flexíveis; Satisfação do usuário tendo uma melhor adesão.</p>	<p>-Recursos humanos capacitados, mais seguros e confiantes na execução de suas atribuições -População com melhor controle e acompanhamento de sua doença em consulta ou visita domiciliar Monitoramento das prescrições medica; -Criação do fichário rotativo para renovação das receitas; -Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia medicamentosa; -Controle glicêmico adequado.</p>	<p>Apresentar o projeto para secretaria de Saúde e a Coordenação da Atenção Básica</p>	<p>Coordenação da atenção básica; medico; enfermeira</p>	<p>02 meses para implantação da agenda, fichário rotativo e capacitação da equipe.</p>

<p>Viver melhor: -Reunião com pequenos grupos para discutir sobre vida saudável e esclarecer os hábitos de vida saudáveis. Usar jogos interativos para discutir os temas. -Discutir sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e nutricional. -Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis</p> <p>Diminuir o índice de pacientes sedentários e obesos</p> <p>Programa de caminhada orientada</p>	<p>Pacientes com mais conhecimentos, mais responsáveis com o tratamento.</p> <p>Prática de caminhada</p> <p>Alimentação adequada</p> <p>Maior adesão ao tratamento.</p> <p>Diminuição dos níveis glicêmicos e prevenção de complicações da diabetes.</p>	<p>Apresentar o projeto para secretaria de saúde, conselho municipal de saúde e o prefeito.</p>	<p>Enfermeiro; técnicos de enfermagem e ACS; Equipe de educador físico.</p>	<p>01 meses para planejamento das caminhadas e sensibilização da população</p>
--	--	--	---	---	--

Então partindo da premissa que as estratégias comunitárias têm um impacto social maior que as propostas de caráter individual, decidimos participarem todos os membros da equipe para fazer o planejamento das atividades nas comunidades, explicar as atividades a desenvolver com estes pacientes, lugar e datas das reuniões e garantir pelos ACS a assistência dos 100% de pacientes. A data dessa reunião foi novembro 2014, considerando que foi crucial esta reunião pelo nível de compreensão da equipe e a importância dos temas abordados na mesma.

6.9 Gestão do Plano

Nessa etapa é realizado a exposição da gestão do plano. Os objetivos são 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- Gestão do plano

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo Prazo
<p>População informada sobre a diabetes mellitus, seus fatores de risco, sintomas e tratamento.</p> <p>Campanhas educativas na rádio local informando sobre os riscos da diabetes descontrolada.</p> <p>Grupos Operativos para levantamento de possíveis diabéticos.</p> <p>Fornecimento de cartão de controle da diabetes</p>	Enfermeira Técnicos de Enfermagem ACS	Maio de 2016	Implantação do projeto	Aumentar o nível de informação da População sobre os riscos da diabetes mellitus	Junho a julho de 2016
<p>Recursos humanos capacitados, mais seguros e confiantes na execução de suas atribuições.</p> <p>População com melhor controle e acompanhamento de sua doença em consulta ou visita domiciliar.</p> <p>Monitoramento das prescrições medica.</p> <p>Criação do fichário rotativo para renovação das receitas.</p> <p>Avaliar as causas de abandono ou não adesão da terapia medicamentosa.</p> <p>Controle glicêmico adequado.</p>	Médico; enfermeira.	Maio de 2016	Trabalhando para implantação da agenda, fichário rotativo.	Implantar a agenda programada de acordo com as diretrizes da secretaria estadual de saúde	Junho de 2016

<p>Reunião com pequenos grupos para discutir sobre vida saudável e esclarecer os hábitos de vida saudáveis.</p> <p>Usar jogos interativos para discutir os temas.</p> <p>Discutir sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e nutricional.</p> <p>Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>Enfermeiro; técnicos de enfermagem e ACS; Equipe de educador físico.</p>	<p>Maio de 2016</p>	<p>Implantação do projeto</p>	<p>Modificar hábitos e estilo de vida</p>	<p>Julho de 2016</p>
--	---	---------------------	-------------------------------	---	----------------------

7 IMPLANTAÇÃO DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.

Para a realização deste projeto de intervenção serão incluídos 110 pacientes diabéticos portadores de fatores de risco modificável, serão realizadas atividades educativas. A primeira coisa vai ser identificar o nível de conhecimento sobre DM e os fatores de risco associados que podem ser mudados, contando com a participação de toda a equipe de saúde, os organismos de apoio e a comunidade, também temos o apoio de fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista. Serão realizadas 9 reuniões onde vai se discutir temas como estilo de vida, prática de exercício físico, alimentação saudável e adesão ao tratamento farmacológico. Além disso, serão realizadas palestras em salas de espera onde se expôs a história dos pacientes, mudando seu estilo de vida.

Vai se orientar sobre a importância da prevenção com ajuda dos exercícios físicos, e promoção de práticas alimentares saudáveis, entre outros temas já mencionados, aumentando assim o conhecimento de sua doença e seus fatores de riscos. Com os intercâmbios nas reuniões é para detectar a falta de conhecimento dos pacientes sobre a doença e dos fatores associados, assim como o tratamento não sistemático que são as principais causas de complicações que afetam a qualidade de vida dos pacientes. Serão distribuídos panfletos informativos e pôster, mostrando os fatores de risco e como modificá-los.

Outras ações serão encaminhadas, tais como: a capacitação dos ACS sobre a DM e qualidade de vida, fatores de risco, prevenção e promoção em saúde. Ensinar a medir a glicose, distribuição de informações educativas face a face com os pacientes nas consultas e em visitas domiciliares como parte do Projeto de Intervenção.

O presente projeto de intervenção pode ser avaliado com o cumprimento do objetivo e expectativas. A equipe irá realizar todas as ações de prevenção e promoção de saúde na comunidade com boa participação e acolhimento. Temos o objetivo nesse período a diminuição e/ou modificação de vários fatores de riscos modificáveis, elevar a cultura sanitária, o nível de conhecimentos e compreensão da população sobre a necessidade de que a melhor opção é prevenir.

Esperamos que o nível de aceitação seja ótimo. A equipe demonstrou a prevalência de casos de DM assistida e qualificou segundo escolaridade, idade, etnia e sexo extenso para assim fazer uma escolha adequada das palestras e falar de uma forma que todas as pessoas entendessem.

Nossos objetivos visam diminuir e/ou modificar fatores de riscos modificáveis em número importante de pacientes afetados pela Diabetes Mellitus em forma geral, com o restante dos pacientes serão feito o plano de ação individual para modificá-los paulatinamente devido ao tipo de fator de risco, severidade ou presença de vários fatores e doenças concomitantes, por exemplo, nos casos de obesidade, a história familiar e a inadequada alimentação, os quais precisam de longo período de tempo, dependem da vontade do paciente, apoio da família, institucional e eficácia das ações adotadas.

Esperamos obter o aumento da qualidade de vida dos diabéticos já que grandes quantidades deles modificarão seu estilo de vida e todos os pacientes da amostra compreenderão e começarão a realizar o tratamento certo conseguindo o controle metabólico e aumento da percepção de seu estado de saúde.

Acredito que as fragilidades deste Projeto de Intervenção consistem na presença de hábitos e costumes alimentares e culturais da população transmitidas de geração em geração em relação à nutrição, hábitos e estilos de vida e crenças, o que provoca o baixo nível da cultura sanitária impedindo que sejam receptivas as orientações da equipe. A baixa renda familiar dificulta a aquisição de alimentos saudáveis, vinculado as academias esportivas, atividades recreativas e culturais que são insuficientes nas comunidades.

Considero que as potencialidades deste Projeto consistirão na realização de ações de prevenção e promoção de fatores de risco em 100% da comunidade da área de abrangência, com a prevenção em longo prazo de Diabetes Mellitus (DM) e elevação do conhecimento e percepção da qualidade de vida.

A incorporação de um alto número de pacientes a fazer atividades físicas periódicas, elevação da consciência e cultura sanitária das pessoas, mudanças em hábitos e estilos de vida, aplicação da estratégia da atenção básica de saúde em promoção e prevenção de enfermidades, elevando a qualidade e expectativa de vida da população em geral que é a meta mais importante na situação que vive o Brasil atualmente.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Projeto de Intervenção a ser feito na ESF Santa Helena 1 do município de Governador Valadares esperamos seja avaliado de forma positiva, pois queremos alcançar um número importante de atividades de prevenção e promoção de saúde, o qual é nosso maior objetivo, elevando a cultura e consciência dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus sobre o conhecimento dos fatores de risco modificável e parâmetros para melhorar sua qualidade de vida.

Este projeto vai demonstrar que a equipe de saúde necessita continuar com ações que ajudem e possibilitem a sensibilização da população na adoção de hábitos saudáveis e práticas preventivas, dando continuidade ao modo de vida saudável para que sejam transmitidas as gerações posteriores.

A equipe de saúde deve trabalhar de forma integrada e realizar o seu trabalho com qualidade, participando de capacitações e realizando atividades contínuas de vigilância e monitoramento de fatores de risco, priorizando a prevenção e as ações de promoção, só assim a equipe pode potencializar e aperfeiçoar seus objetivos além de que o médico, técnicos, ACS e outros profissionais de saúde precisam ter uma visão ampla do processo de saúde-doença, conhecer a realidade social da área e participar do processo de identificação dos problemas da população.

Com isso, será possível a construção de estratégias de atenção em saúde priorizando a execução de práticas preventivas, diminuindo a incidência e prevalência de fatores de riscos e ocorrência da Diabetes Mellitus e aumentar a qualidade de vida das pessoas. Acreditamos que, com isso, podemos brindar uma assistência integral ao indivíduo da comunidade e pacientes do PSF Santa Helena 1. Acredito que este projeto é só o começo que deve ter continuidade para avaliar muito melhor seu impacto em nossa população.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico: VIGITEL 2009. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus**. Brasília: Editora MS, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial ao Diabetes Mellitus**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [acesso em 27 set 2012]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Humaniza Sus. **Referência e Contra Referência**. Brasília, 2011. Disponível em: Acesso em: 15 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília-DF; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 52 p.: il. Color. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRUNNER, L. SMELTZER, S. C; BARE, B. G; SUDDARTH, D. S. Histórico e tratamento de pacientes com hipertensão. *In*: BRUNNER, L. S.; SMELTZER, S. C; BARE, B. G; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002

CAMPOS, F. C. C. de; FARIA, H. P. de; SANTOS, M. A. dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118p.

FIGUEIREDO, E.M. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. In: **Módulo Político Gestor**. São Paulo: UNA- SUS/UNIFESP, 2011 [acesso em 08 out 2012]. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf.

FRANCIONI, 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.

GINDE, A. A.; Paulo, D. J.; CAMARGO JR, Carlos A. hospitalização e descarga educação de pacientes no departamento de emergência com hipoglicemia. **O educador de Diabetes. Massachusetts**. v. 34, n. 4, p. 683-691, julho/agosto. 2008.

GONZÁLEZ PÉREZ, U. El concepto de Calidad de Vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. **Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana**. 2011

GRILLO, M. F. F; GORINI, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus tipo Revista **Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.60, n.1, p. 49-54, jan. /fev. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n1/a09v60n1.pdf> >. Acesso em: 25 julho 2013.

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Coordenadoria Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Minas Gerais e IBGE–Censo 2010.

Initiative for integrated non-communicable diseases prevention in the Americas, 2004. [Access in 2008 Oct 15]. Available from: <http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/carmen-info.htm>.

KATZER, J. I. Diabetes mellitus tipo II e atividade física. **Revista Digital**. Buenos Aires, v. 1, n. 113, out. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd113/diabetes-mellitus-e-atividade-fisica.htm>>. Acesso em: 24 out. 2009.

MACHADO, M.F.A.S et al.; Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2007 [acesso em 27 set 2012];12(2):335-42. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>.

MATHIAS, A. F.; JORGE, H. P. M. Diabetes mellitus na população idosa em município da Região Sul do Brasil: um estudo da mortalidade e morbidade hospitalar. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia Metabolismo**, São Paulo, v. 48, n.4, p. 505-512, ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S000427302004000400011>. Acesso: em 07 out. 2009.

MELLO, I. M. **Enfermagem psiquiátrica e de saúde mental na prática**. São Paulo: Atheneu, 2008.

MENESES ALL, SÁ MLB. Atenção farmacêutica ao idoso: fundamentos e propostas. **Rev. Geriatria Gerontol.** 2010; 4(3): 154-61.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas 2007**. Disponível em: <<http://www.paho.org/HIA/archivosvol2/paisespor/Brazil%20Portuguese.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2009.

PINCINATO, E. C., Atualização no diagnóstico, classificação para o diabetes mellitus (DM). **Revista Brasileira de Ciência da Saúde**, São Paulo, v.1, n 1, p. 62-67 jan. /jun.2003

REGO, R.A, BERARDO, F.A, RODRIGUES, S.S, Risk factors for chronic non-communicable diseases: a domiciliary survey in the municipality of São Paulo, SP (Brazil). Methodology and preliminary results. **Rev. Saúde Pública.** 2011, 24: 277-85.

SCHMIDT, M.I et al.; Chronic non- communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet.** 2011; 377(9781): 1949-61.

SIAB. Sistema de informação em atenção básica. Ministério da Saúde. Brasil. Disponível em: www.datasus.gov.br/SIAB/index.php Acesso em: 21/maio/2011.

SILVA, T. R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupo de intervenção educacional e terapêutica em segmento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902006000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 28 jul. 2013.

TENÓRIO, L DE JE. **Perfil farmacoterapêutico dos Diabéticos atendidos pelo SUS em Monte Verde** – MG. Univ. Federal. Alfenas, 2009. Disponível em: <http://www.unifal-mg.edu.br/gpaf/files/file/monografia%20luciane%20vers%C3%A3o%20final.pdf>. Acesso em 03 de novembro de 2013.

VIANNA, I.O.A. **Metodologia do Trabalho Científico: um enfoque didático da produção científica**. São Paulo: EPU, 2001.

World Health Organization. Global status reports no communicable diseases 2010.http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ (acessado em 28/Dez/2011).

