

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

YAMILIA CARRASCO SOSA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE RISCO QUE
INFLUENCIAM NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS PACIENTES
DIABÉTICOS DA UBS NADIM NOMAN EM DORES DE GUANHÃES/MG.**

IPATINGA/MG

2016

YAMILIA CARRASCO SOSA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE RISCO QUE
INFLUENCIAM NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS PACIENTES
DIABETICOS DA UBS NADIM NOMAN EM DORES DE GUANHÃES/MG.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

IPATINGA/MG

2016

YAMILIA CARRASCO SOSA

**PLANO DE AÇÃO PARA MODIFICAR OS FATORES DE RISCO QUE
INFLUENCIAM NA QUALIDADE DA ATENÇÃO AOS PACIENTES
DIABETICOS DA UBS NADIM NOMAN EM DORES DE GUANHÃES/MG.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina (NESCON) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) no Curso de Especialização em Estratégia em Saúde da Família como requisito parcial para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena

Banca Examinadora

Prof. Bruno Leonardo de Castro Sena (UFMG)

Examinador 2: Prof. Nome – Instituição

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/____

DEDICATORIA

Dedico este trabalho a Equipe de Saúde da Família, no qual me encontro insertada a meus pacientes, e a todos aqueles que brindaram seu apoio para a realização.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, por proteger meu caminho.

À minha família, pelo apoio mesmo à distância.

Ao Programa Mais Médico para o Brasil e a Universidade Federal de Minas Gerais que ofereceu o curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família.

Ao meu orientador, Professor Bruno Leonardo de Castro Sena, pelo seu apoio e dedicação na realização do trabalho.

À Equipe de Saúde da Família Nadim Noman, à Secretaria Municipal de Saúde do Município Dolores de Guanhanes/MG e a todos aqueles que oferecerem seu apoio.

RESUMO

A Diabetes Mellitus é uma doença que tem aumentado em nosso meio nos últimos anos, considerada um problema de saúde mundial, responsável de grande parte das mortes cardiovasculares e a causa de estado de invalidez pelas sequelas. Os grandes responsáveis dessa doença são fatores de risco como sedentarismo, obesidade e modos de vida pouco saudáveis. O diabetes mellitus é um fator de risco importante para doenças cardiovasculares, renais e deficiências por cegueira e amputação de membros inferiores. O trabalho tem como objetivo principal elaborar um plano de ação para modificar fatores de risco que influenciam na qualidade da atenção aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus. Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional (pelo método da Estimativa Rápida) para conhecer melhor os problemas da comunidade e eleição das prioridades. Depois, foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema eleito em bases de dados, tais como: SciELO, BVS e site do NESCON, selecionando artigos científicos publicados entre os anos de 1997 e 2015. Para a construção do plano de ação seguiu-se o método Planejamento Estratégico Situacional, concluiu-se que a identificação e modificação dos fatores de risco que influem sobre os pacientes com Diabetes Mellitus nos permite melhorar a qualidade de vida dos pacientes portadores da doença. Para isto é necessário a integração da equipe como um todo com possível articulação de diferentes estratégias, setores sócias e governamentais.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Educação em Saúde. Fatores de risco.

ABSTRACT

A diabetes mellitus and increased tem uma doença that we nosso em meio recent years, considered um worldwide problem saúde, responsável large part das mortes and cardiovascular status because pelas disability sequels. I dessa responsáveis large doença são fatores from crag as sedentary lifestyle, and lifestyles obesidade pouco Saudáveis. Or diabetes mellitus é um Fator important for cardiovascular doenças crag, renais and deficiencias Cegueira and amputação lower membros. The work has a main objective develop ação plane to modify fatores of crag na qualidade da influenciam years atenção patients with Diabetes Mellitus. Initially made foi um situational analysis (method gives hair Quick Estimate) for conhecer melhor da Comunidade you problems and eleição das priorities. Depois, foi uma made revisão gives literature or eleito given topic em bases, tais as SciELO, BVS and do NESCON site, selecionando artigos scientists published between years of 1997years and 2015. Construção for a plane do ação seguiu-se or Planejamento Strategic Situational method is that concluiu- identificação and modificação two fatores of crag influem on patients com os Diabetes Mellitus allows us to qualidade life melhorar two patients given doença. For isto e necessário to integração da equipe as all com um pisisvel articulação different strategies, setores partner and governamentais.

Keywords: Diabetes Mellitus. Health Education. Risk Factors.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADA	Associação Americana de Diabetes
APS	Atenção Primária em Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Saúde
DH	Desenvolvimento Humano
DM	Diabetes Mellitus
DCV	Doenças Cardiovasculares
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
ND	Nefropatia Diabética
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa de Saúde da Família
PPI	Programação Pactuada Integrada
PRADH	Plano Reorganização Atenção Hipertensão Arterial e Diabetes
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Sistema Único de Saúde
TOTG	Teste Oral de Tolerância à glicose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Vista do satélite de Dores de Guanhães/MG.....	14
Figura 2: Imagem do Município Dores de Guanhães/MG.....	16

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Desenho de operações para os nós críticos do problema: Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados, Unidade Básica da Saúde Nadim Noman.....39

Quadro 2: Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos: Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados, Unidade Básica da Saúde Nadim Noman.....43

Quadro 3: Análise e viabilidade do plano (propostas de ações para a motivação dos atores) Unidade Básica da Saúde Nadim Noman.....44

Quadro 4: Plano operativo: Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados, Unidade Básica da Saúde Nadim Noman.....48

Quadro 5: Gestão do plano. Planilha de acompanhamento das operações/projeto: Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados, Unidade Básica da Saúde Nadim Noman.....51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: População residente por sexo segundo faixa etária, Município: Dores de Guanhães.....15

Tabela 2: População por sexo e faixa etária na Unidade Básica de Saúde Nadim Noman. Município: Dores de Guanhães.....18

Tabela 3: Diagnostico de Diabetes Mellitus segundo valores de glicose plasmáticas (mg/dl).....30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Contexto Geral.....	13
1.2 Diagnostico Situacional do Município	14
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	23
3.1 Objetivo Geral.....	23
3.2 Objetivos Específicos.....	23
4 METODOLOGIA.....	24
5 REVISÃO DE LITERATURA	26
5.1 O problema da Diabetes Mellitus.....	26
5.2 Definição e classificação etiológica	28
5.3 Critérios para o Diagnóstico.....	29
5.4 Fatores de Risco.....	30
5.5 Educação em Diabetes Mellitus.....	32
6 PLANO DE AÇÃO	34
6.1 Identificação e Priorização do Problema.....	34
6.2 Descrição e explicação do problema	35
6.3 Identificação e Seleção dos nós críticos	36
6.4 Desenhos das Operações	39
6.5 Identificação dos Recursos Críticos.....	42
6.6 Análise da Viabilidade do Plano	44
6.7 Elaboração e Controle do Plano Operativo.....	47
6.8 Gestões do Plano de Ação	50
REFERÊNCIAS.....	56

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto Geral

Uma epidemia de Diabetes Mellitus (DM) está em curso. A doença já detectada nas épocas do Egito e da Grécia antigas continua a ser um perigo nos tempos atuais. Trata-se de uma das doenças crônicas priorizadas em nível global. Seu impacto inclui elevada prevalência, importante morbidade decorrente de complicações agudas e crônicas e alta taxa de hospitalizações e de mortalidade, gerando significativos danos econômicos e sociais. Em 2014, 9% dos adultos de 18 anos ou mais tiveram diabetes. Na diabetes no 2012 foi à causa direta de 1,5 milhões de mortes (WHO, 2015).

[...] No Brasil são cerca de seis milhões de portadores, a números de hoje, e deve alcançar 10 milhões de pessoas em 2010. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do círculo vicioso da pobreza e da exclusão social. As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006, p. 07).

O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. É necessária a prevenção efetiva que significa mais atenção à saúde de forma eficaz. Isso pode ocorrer mediante prevenção do início do DM (prevenção primária) ou de suas complicações agudas ou crônicas (prevenção secundária). (BRASIL, 2006)

O Ministério da Saúde (MS) vem adotando estratégias e ações para reduzir o ônus da diabetes mellitus na população brasileira como: as políticas de alimentação e nutrição e de promoção da saúde com ênfase na escola, as medidas antitabágicas, e, ainda, as ações de atenção ao diabetes com garantia de

medicamentos básicos na rede pública, protocolos e capacitação de profissionais de forma presencial e a distância, etc.(BRASIL,2006)

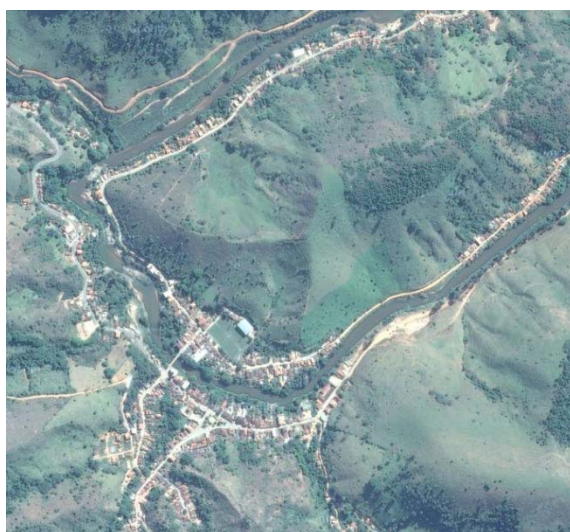
1.2 Diagnostico Situacional do Município

A região onde atualmente está localizada a cidade de Dolores de Guanhões foi habitada pelos Índios Botocudos. Os chamados botocudos eram considerados muito agressivos e sofreram perseguição pelo homem branco, desde a sua chegada, no século XVI, até o início do século XX (WIKIPÉDIA, 2004).

A Fazenda Cavaco guarda o início de ocupação do município de Dolores de Guanhões. Construída no estilo colonial pelo Sr. Joaquim Cavaco, cuja família foi segundo alguns historiadores, dizimada pelos índios Botocudos. Tal acontecimento foi tão marcante que, quando em 1817 foi pedida a Sesmaria para instalação do novo povoado, e a construção da Igreja Nossa Senhora das Dolores a referência foi a Fazenda Cavaco. Em 15 de setembro 1870 passa à freguesia de Nossa Senhora das Dolores de Guanhões e em 7 de setembro 1923 muda a denominação do distrito para Dolores de Guanhões. Em 30 de dezembro de 1962 foi criado o município desse nome desmembrado de Guanhões (PREFEITURA MUNICIPAL/DG, 2015).

Dolores de Guanhões é um município do Parque Estadual Serra da Candonga e pertence ao estado de Minas Gerais (MG). Localiza-se na Mesorregião do Vale do Rio Doce, na Microrregião de Guanhões (CIDADE-BRASIL, 2012).

Figura 1: Vista do satélite de Dolores de Guanhões/MG.



Fonte: <http://www.cidade-brasil.com.br/vista-satelite-dolores-de-guanhaes.html>

O município se estende por 382,12 km² e contava com 5 223 habitantes no último censo (2 612 do sexo masculino e 2 611 do sexo feminino), 1 622 habitantes moram na zona urbana e 3 601 na zona rural; 1 538 famílias estão cadastradas. A densidade demográfica é de 13,7 habitantes por km² no território do município. (CIDADE-BRASIL, 2012).

Tabela 1: População residente por sexo segundo faixa etária, Município: Dores de Guanhões.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 ano	37	33	70
1 a 4 anos	137	121	258
5 a 9 anos	244	228	472
10 a 14 anos	262	248	510
15 a 19 anos	259	244	503
20 a 29 anos	225	391	726
30 a 39 anos	364	341	705
40 a 49 anos	365	331	696
50 a 59 anos	266	251	517
60 a 69 anos	168	188	356
70 a 79 anos	134	176	310
80 anos e mais	41	59	100
Total	2 612	2 611	5 223

Fonte: SIAB (2015).

A economia do município está baseada especialmente no setor agropecuário. Vizinho dos municípios de Braúnas, Senhora do Porto e Ferros; Dores de Guanhões se situa a 30 km a Sul-Leste de Guanhões a maior cidade nos arredores. Situado a 548 metros de altitude. As coordenadas geográficas do município são Latitude: 19° 2' 27" Sul, Longitude: 42° 55' 27" Oeste. O acesso desde Belo Horizonte é realizado pela rodovia BR-381/ MGC-434/ MG-129/ BR-120/ MG-232, respectivamente, sendo 219 km em pavimento asfáltico. (CIDADE-BRASIL, 2012).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município no ano 2010 foi de 0.636. Destaca-se que o IDH de Dores de Guanhões é inferior ao IDH médios dos municípios do Estado de Minas, 0,73 (PNUD, 2013).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), órgão da Organização das Nações Unidas (ONU) que tem por mandato promover o desenvolvimento, definiu que regiões com (IDH) de 0,500 a 0,799 são consideradas de desenvolvimento médio, tendo em conta a educação (IDH-E), longevidade (IDH-L) e o produto interno bruto per capita (IDH-R). Este índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total) (PNUD, 2011).

Figura 2: Imagem do Município de Dores de Guanhaes/MG.



Fonte: <http://www.ferias.tur.br/fotos/3062/dores-de-guanhaes-mg.html>

Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução das Políticas de Saúde, inclusive, nos seus aspectos econômicos e financeiros. A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde... O Conselho de Saúde será composto por representantes de Usuários, de Trabalhadores de Saúde, do Governo e de Prestadores de Serviços de Saúde (BRASIL, 2003, p.1-2).

Em Dorés de Guanhanes as reuniões, ordinárias e extraordinárias, do Conselho Municipal de Saúde são realizadas mensalmente com agendamento prévio e temas definidos de acordo com o estabelecido no Plano/Programa Anual de Saúde e Lei Orçamentária Anual, atuando na organização de debates quanto ao acompanhamento, ao monitoramento e à fiscalização das ações e dos serviços de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), produzindo deliberações aprovando ou fazendo indicações das medidas corretivas que se fizerem necessárias e participação de reuniões no Conselho Estadual de Saúde.

Um exemplo disso foi a IV Conferência Municipal de Saúde, realizada no dia 23 de agosto de 2013, tendo como tema “TODOS USAM O SUS! SUS NA SEGURIDADE SOCIAL, POLÍTICA PÚBLICA E PATRIMÔNIO DO POVO BRASILEIRO”, que se iniciou com uma explanação sobre a história do SUS, seus avanços e seus desafios, principalmente a partir da Constituição Federal de 1988, onde a saúde passou a ser direito de todos e obrigação do governo em provê-la. Falou sobre o que é a Conferência de Saúde e sua importância para todos os indivíduos enquanto cidadão de direitos e de deveres. A Conferência ocorreu de forma democrática e contou com a participação de todos os segmentos presente no município. Foi uma oportunidade de discutir, tirar dúvidas e propor novas estratégias para melhoria dos serviços do SUS. A sociedade civil compreendeu seu verdadeiro papel e sua importância nesse cenário.

A Atenção Primária de Saúde (APS) no município de Dorés de Guanhanes conta duas equipes de Programa de Saúde da Família (PSF): o Equipe de Saúde da Família (ESF) Águia e o ESF Gaivota. Essas equipes cobrem cerca de 100% da população do município, num total de 1 538 famílias cadastradas no ano de 2012, o que corresponde a um total de 5 110 pessoas segundo Ministério da Saúde – Sistema de Informação de Atenção Básica – (SIAB).

As duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são unidades recém reformadas com equipamentos novos que atendem a área urbana e rural. Constituído por dois médicos no total, sendo que quando um médico de saúde da família atende na Unidade do Centro de Saúde de Dorés de Guanhanes uma das UBS fica sem atendimento deste profissional neste dia.

As atividades assistenciais referenciadas se fazem conforme Programação Pactuada Integrada (PPI) dos municípios da região alocados a Guanhanes/MG. Não existe um sistema formal de contra referência para assegurar resolutividade nas

redes de atenção. Utiliza-se aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para conhecer o que aconteceu aos pacientes. Deve-se criar uma estratégia para obter um bom Sistema de Referência e Contra referência.

Enquanto a atenção primária em saúde deve ser prestada obrigatoriamente por cada município, em seu território, independente do porte, na atenção secundária o município pode garantir o acesso por meio de serviços de referência em outros municípios com os quais mantém pactuação.

A infraestrutura social conta com um Posto de Saúde que possibilita serviços de laboratório, farmácia, assistência odontológica, marcação de consulta e exames especializados, que não são feitos no município. O município conta com escolas, e igrejas católicas e evangélicas. Tem serviços de luz elétrica, telefonia móvel e fixo, um correio e uma caixa automática do Banco Bradesco, e feita limpeza de ruas e coleta de lixo. É importante assinalar que só 54,7% da população tem abastecimento de água tratada e o recolhimento de esgoto por rede pública alcança só 62.7%.

A UBS Nadim Noman fica localizada na comunidade de Macaquinhos, zona rural que se distancia a 27 km da sede do município com acesso de entrada de terra. Atende uma população de 1 800 habitantes distribuídos em 525 famílias cadastradas.

Tabela 2: População por sexo e faixa etária na Unidade Básica de Saúde Nadim Noman. Município: Dores de Guanhães.

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor de 1 ano	9	6	15
1 a 4	43	27	70
5 a 9	50	59	109
10 a 14	82	75	157
15 a 19	94	83	177
20 a 39	276	243	519
40 a 49	126	124	250
50 a 59	123	89	212
60 anos e mais	134	157	291
Total	937	863	1 800

Fonte: SIAB (2015).

Esta Unidade foi inaugurada no mês de Julho de 2008, o horário de funcionamento é das 07.00 às 17.00 horas. Além do ponto de atendimento conta também com os seguintes recursos humanos:

- Médicos do PSF: 1
- Enfermeiro do PSF: 1
- Técnicos de Enfermagem: 2
- Agentes Comunitários de Saúde: 4
- Cirurgião Dentista: 1
- Farmacêutica: 1
- Secretaria de dentista: 1
- Auxiliar se serviços gerais: 1

A UBS conta em sua área física com: sala de espera, recepção, sala de vacinas, consultório médico, consultório odontológico, consulta ginecológica, sala de observação, sala de expurgo, sala de curativos e procedimentos, sala de nebulização, sala de reunião, almoxarifados, cozinha e banheiros.

A diabetes é muito frequente no município. Através do método de observação (por o número de pacientes acompanhados, nas consultas na Unidade Básica de Saúde) desde que começamos a trabalhar em no PSF detectamos que a DM está entre as queixas mais comuns que levaram a população a procurar pelos serviços de saúde, chegando a diagnosticar casos de Tolerância Glicose alterada em adolescentes e adultos iguais, isto representa um grande problema de saúde pública. Fatores de risco, como o aumento do sobrepeso, obesidade e sedentarismo e a mudança de estilo de vida da população observados nos últimos anos estão associados ao incremento na prevalência e complicações da DM em nossa área de abrangência.

2 JUSTIFICATIVA

A transição demográfica e epidemiológica no Brasil é caracterizada pelo envelhecimento populacional a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento da importância de doenças crônico-degenerativas, muitas delas tendo como fatores de risco aqueles associados às condições de vida em grandes áreas urbanas (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Segundo Ramos, *et al.* (2006): “A HAS sistêmica e o DM, juntamente com o tabagismo, as dislipidemias e o sedentarismo, constituem os fatores de risco de maior prevalência conhecidos e controláveis das doenças cerebrovasculares e das doenças cardíacas isquêmicas.”

Nesse contexto destaca-se a Diabetes Mellitus como uma das mais frequentes. Trata-se de uma patologia crônica de grande escala em todo mundo e que no decorrer dos anos tornou-se motivo de preocupação para a saúde pública. Atualmente é uma doença que tem despertado o interesse de muitos profissionais da saúde e da população (SOUZA, 2012, p 02).

Mais de 387 milhões de pessoas em todo o planeta são diabéticas. No entanto, 46,3% delas não sabem que têm a doença. No Brasil, mais de 12 milhões são diabéticos e 24% não recebeu o diagnóstico (HEERING, 2015).

Em 2035, estimasse que o número de diabéticos e pessoas em estágio pré-diabetes somados ultrapassem 1,1 bilhão de pessoas. No Brasil, no mesmo período, o número de doentes deve subir para 20 milhões (HEERING, 2015).

Os números são alarmantes. A cada 7 segundos uma pessoa morre vítima de complicações causadas pela diabetes no mundo. Em 2014, foram 4,9 milhões de mortes causadas pela doença. No mesmo período, 1,2 milhão de pessoas morreram vítimas de HIV, 584 mil perderam as vidas para a Malária e 1,5 milhão para a tuberculose, segundo os números mais recentes da OMS. Ou seja, a diabetes mata mais do que todas essas outras três doenças somadas. São esses dados que fazem o presidente da Federação Internacional de Diabetes (IDF), o escocês Michael Hirst, afirmar que a diabetes é o maior desafio que temos para enfrentar no sistema de saúde em todo o mundo. “Índices de doenças cardíacas estão caindo, câncer está sendo combatido, a tuberculose e a malária, também. Mas, quando falamos de diabetes, os números continuam crescendo cada vez mais. É uma doença que está em 'desenvolvimento' e deve ser combatida enquanto há tempo”. Segundo o Dr. Walter Minicucci, presidente da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) “Infelizmente, não há o que fazer para impedir o país de chegar a esse número. Para mudar este cenário, reverter os índices de crescimento, seria preciso uma quebra total de paradigmas, um trabalho muito forte de

políticas públicas e uma mudança total no comportamento. É muito difícil" (HEERING, 2015, p.?).

Há apenas uma forma combater o problema de acordo a médicos e especialistas. Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser prevenidos com mudança de comportamentos tais como: valorizar hábitos alimentares saudáveis dentro e fora de casa e fazer alguma atividade física ao menos três vezes na semana (HEERING, 2015).

As atividades preventivas e valorização da Atenção Básica são fundamentais no processo de reestruturação do setor saúde que os enfatiza como proposta de reorientação do modelo assistencial o que demanda mudanças para o enfrentamento da situação de saúde atual. O PSF propõe a reorganização da atenção básica em ações de promoção da saúde, prevenção e riscos de doenças, resolutividade na assistência e recuperação, com qualidade, o que favorece a maior aproximação dos serviços à população (COSTA, 2009).

Considerando a complexidade do quadro clínico dos portadores de diabetes, o cuidado integral ao paciente e sua família é um desafio para a equipe de saúde. O atendimento ao portador de diabetes mellitus e o controle metabólico da doença, podem ser aprimorados através da participação de equipe multidisciplinar. O controle e a prevenção de complicações do diabetes são possíveis por meio de programas educativos destacando-se que há a necessidade da criação de enfoques e metodologias que capacitem às pessoas e seus familiares através do fornecimento de informação a população-alvo sobre sua doença, tanto sobre a melhor forma de tratá-la quanto sobre os cuidados necessários para a manutenção da saúde (TORRES, *et al* 2010).

Os profissionais de saúde da atenção primária devem ter competências para atuar na prática educativa em DM, buscando os conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para a concretização das ações educativas a serem realizadas junto aos usuários portadores dessa doença, visando à educação para o autocuidado da doença (SILVA, *et al*, 2009).

Em nossa UBS já existe um acompanhamento deste grupo de pessoas através do grupo específico do pacientes portadores de DM, mas ainda não tem conseguido transformações significativas nos aspectos comportamentais (padrões de consumo, rotinas e hábitos).

Pautado nessa perspectiva e nas questões abordadas acima, a relevância deste projeto centra-se na importância de elaborar um projeto de intervenção para garantir um atendimento e acompanhamento mais integral dos pacientes portadores da doença. Além disso, as atividades de prevenção desenvolvidas junto a grupos de diabéticos podem contribuir não apenas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos participantes como também permitir que os mesmos possam atuar como agentes multiplicadores em seu meio social.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um plano de ação para garantir melhor assistência e seguimento aos pacientes portadores de Diabetes Mellitus que procuram a UBS Nadim Noman do Município de Dores de Guanhões em Minas Gerais.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e priorizar os problemas da ESF Nadim Noman.
- Analisar a situação dos portadores de Diabetes Mellitus da ESF Nadim Noman.
- Avaliar a extensão e as consequência do problema existente.
- Elaborar e executar um conjunto de ações a serem desenvolvidas em conjunto com a comunidade de Macaquinhos para controlar e prevenir a Diabetes Mellitus.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho tem três momentos: o diagnóstico situacional em saúde, a revisão da literatura e elaboração do plano de ação.

O diagnóstico situacional foi feito pelo método de estimativa rápida, com base na metodologia Plano de Ação em Saúde, que tem como objetivo a aplicação do método do Planejamento Estratégico Situacional no qual cada passo dado refere-se a um conjunto de atividades que precisam ser conhecidas e elaboradas para que, ao final, seja possível o desenho do plano como um todo.

A partir do diagnóstico da realidade previamente elaborado e dos problemas levantados no planejamento e depois da priorização dos problemas pela equipe conseguimos através da pontuação segundo grau de urgência priorizar o problema principal o qual será objeto desta intervenção. A pontuação foi de 0 a 2 segundo fora menos urgente, urgente e mais urgente. Cada integrante da equipe avaliou os problemas identificados com essa pontuação e logo foram somados todos os pontos de cada problema para obter o mais urgente que foi: o incremento do número hipertensos e diabéticos assim como dos casos com descontrole destas doenças atendidos nas consultas. A problemática encontrada foi discutida com os membros da ESF e foi decidido executar um projeto de intervenção para a Diabetes Mellitus, utilizando um estudo de natureza descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa.

Os critérios de inclusão para participar inclui : voluntariedade e atitude mental e física. Os aspectos bioéticos terão em conta para pedir a voluntariedade de participação no estudo e informará o objetivo desta intervenção aos participantes.

Para a fundamentação teórica deste trabalho será feita a revisão bibliográfica através de pesquisa às bases de dados Pubmed, Web of Science, LILACS, SciELO, também na Biblioteca Virtual do Ministério de Saúde e da Universidade Federal de Minas Gerais, no Google Acadêmico e as publicações da Rede Hiperdia-MG. Serão utilizadas as palavras chaves: “Diabetes Mellitus”, “educação em saúde” e “fatores de risco”, no mundo e no Brasil. Além, se revisaram livros, artigos científicos, manuais e referências do Legislativo relacionados com o tema. Outros dados importantes que serão utilizados são os disponíveis na Secretaria Municipal de Dores de Guanhões e arquivos da UBS Nadim Noman.

Uma das etapas de Planejamento Estratégico Situacional (PES) permitiu conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados por a

UBS, o que nos permitiu identificar informação sobre os problemas e os recursos potenciais para o planejamento das ações de enfrentamento, num curto período de tempo e sem gastos econômicos e motivando da população na identificação de suas necessidades e problemas. Planejando intervenções que garantam melhoria no atendimento de pacientes com DM.

A proposta tem caráter educativo e informativo visado no cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família, especialmente para ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia.

O trabalho vai contar com a participação dos profissionais de saúde da equipe, profissionais da equipe multidisciplinar. A responsável de todas as ações é a pesquisadora de este estudo. Nesse estudo as ações serão feitas no processo do trabalho, a pesquisadora dispõe de oito horas semanais para desenvolver a pesquisa, as avaliações no grupo serão feitas em reuniões da equipe. Será disponibilizada na agenda de atendimentos, uma tarde para esse grupo de pacientes, incluindo atendimento médico e grupos operativos específicos. O enfoque maior será na psico-educação, as datas ainda não foram definidas. Em relação aos recursos materiais não se precisam de recursos financeiros para desenvolver a investigação.

Durante a intervenção se realizará o seguimento de continuo todas as semanas com análise e cortes mensais de resultado obtido, para poder avaliar impacto de estratégia, e se for preciso fazer alguma transformação durante o tempo que perdure a intervenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O problema da Diabetes Mellitus

Dados da Federação Internacional de Diabetes *apud* (HEERING, 2015) revelam os números assustadores da DM:

- 387 milhões é o número de diabéticos em todo o planeta atualmente.
- 46,3% não foram diagnosticados. Estimasse que 179 milhões de pessoas não conhecem que sofrem da doença.
- Mais 205 milhões é a quantidade de novos casos que serão diagnosticados em 20 anos.
- 4,9 milhões de mortes só em 2014, a doença matou quatro vezes mais do que o HIV.
- US\$ 612 bilhões foram gastos para controlar a diabetes em todo o mundo em 2014.
- 10% é gasto em medicamentos; 90% dos custos são em amputações, cirurgias e a manutenção da vida.
- Os países em desenvolvimento representam 77%. O avanço da diabetes tipo 2 atinge principalmente países em desenvolvimento.
- Obesidade: no Brasil, 58,6% da população é obesa, principal fator de risco
- Aproximadamente 86% dos novos casos foram diagnosticados nos chamados jovens adultos, pessoas com "20 e tantos" anos, que deveriam estar gozando de saúde plena e produzindo economicamente e socialmente.

Mesmo assim, todavia a maioria dos sistemas de saúde não tem acompanhado essa tendência, revelando-se frágeis para lidar com o problema. Há consenso entre pesquisadores sobre a necessidade de desenvolver novas tecnologias e melhorar as já existentes para prevenção de diabetes, detectá-lo precocemente e evitar danos. Destaca-se ainda a necessidade de reorganizar os recursos para melhorar a eficácia dos cuidados de saúde no Brasil (MEIRELES, 2010).

No Brasil, não existem informações sistemáticas sobre a prevalência de DM.

De acordo com Schmidt et al. (2010) *apud* Iser et al. (2015, p. 306) “No país, a prevalência em geral é estimada por meio de inquéritos de saúde, os quais, em sua maioria, utilizam medidas autorreferidas devido à dificuldade de realizar medidas bioquímicas em âmbito populacional.” Neste particular a SBD destaca que “no final da década de 1980, estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%” (SBD, 2014, p. 01).

De acordo com Schmidt et al. (2010) *apud* Iser et al. (2015, p. 306)

“Estudo recente, realizado em seis capitais brasileiras, em uma faixa etária semelhante (35 a 74 anos), porém com medidas laboratoriais mais abrangentes, encontrou uma prevalência de cerca de 20%, aproximadamente metade dos casos sem diagnóstico prévio.”

Em 2004, Wild et al. publicaram resultados de estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referente às estimativas de prevalência do diabetes mellitus entre 2000 e 2030. Segundo os autores, o Brasil, que em 2000 ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de diabetes (4,6 milhões), ocupará a sexta posição em 2030, quando contará com 11,3 milhões de pessoas diagnosticadas (WILD et al., 2004).

Em levantamento do Ministério da Saúde, as mortes causadas pelo diabetes no Brasil passaram de 24,1 a cada 100 mil habitantes, em 2006, para 28,7 mortes por 100 mil em 2010, ano em que a doença foi diretamente responsável por 54 mil mortes no país. Entre 2000 e 2010 o número de mortes subiu 38% (R7, 2015).

Dados brasileiros de 2010 mostram que as taxas de mortalidade por DM (por 100 mil habitantes) apresentam acentuado aumento com o progredir da idade, variando de 0,50 para a faixa etária de 0 a 29 anos a 213,4 para a de 60 anos ou mais, ou seja, um gradiente de 427 vezes (SBD, 2014).

“De acordo com dados da SBD, mais de 116 mil brasileiros morreram por complicações causadas pela doença em 2014” (HEERING, 2015, p.?).

A mortalidade do diabetes, quando comparada ao câncer, em geral é maior. A comparação é difícil, porque cada câncer é diferente, mas em um número global a mortalidade de diabetes ocorre em função de problema cardiovascular, infarto ou derrame, cujo número de mortes é maior do que o do câncer (R7, 2015).

Devido a sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las a DM é uma doença muito onerosa para os indivíduos afetados e suas famílias, é também para o sistema de saúde (WHO, 2002).

Segundo a SBD (2009) calculou-se que no país os valores gastos diretos com o DM equivalem para os cofres públicos valores estimados entre 2,5% e 15% dos gastos anual em saúde, pois o governo fornece medicações hipoglicemiantes orais, insulinas, dentre outros.

Os custos da doença afetam o indivíduo, a família e a sociedade, porém não são apenas econômicos. Os custos intangíveis (p. ex., dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares, o que é difícil de quantificar (SBD, 2014).

Estes dados mostram a necessidade da existência de acompanhamento contínuo durante toda a vida, resultando no desenvolvimento de uma política assistencialista e de prevenção, a fim de que se possa trabalhar na redução do número de pessoas afetadas com tal patologia.

5.2 Definição e classificação etiológica

“Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas” (SBD, 2014, p. 15).

A classificação proposta pela OMS (WHO, 1999) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA, 2013) inclui quatro classes clínicas:

- DM tipo 1 (DM1): o DM1, forma presente em 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina. Na maioria dos casos, essa destruição de células beta é mediada por autoimunidade, porém existem casos em que não há evidências de processo autoimune, sendo, portanto, referidos como forma idiopática de DM1.
- DM tipo 2 (DM2): o DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos

pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade. Pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos.

- Outros tipos específicos de DM: Pertencem a essa classificação formas menos comuns de DM cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é bastante variada e depende da alteração de base. Estão incluídos nessa categoria defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições.
- DM gestacional: Trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Entretanto, aquelas pacientes de alto risco e que na consulta inicial de pré-natal já preenchem os critérios para diabetes fora da gestação serão classificadas não como diabetes gestacional mas como diabetes mellitus.

Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (DCV). Destaca-se que a classificação atual do DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM insulino dependente e DM insulino independente devem ser eliminados dessa categoria classificatória (WHO, 1999); (ADA, 2013).

5.3 Critérios para o Diagnóstico

Atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia (SBD, 2014):

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual

aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.

- Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia.
- Glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl.

O método preferencial para determinação da glicemia é sua aferição no plasma. As fitas com reagentes não são tão precisas quanto às dosagens plasmáticas e não devem ser usadas para o diagnóstico. Em julho de 2009 foi proposta a utilização de hemoglobina glicada (HbA1c) como critério de diagnóstico para o DM, mais são necessários mais estudos pois existem discrepância ainda não elucidadas (SBD, 2014).

Tabela 3: Diagnóstico de Diabetes Mellitus segundo valores de glicose plasmáticas (mg/dl).

Categoria	Jejum	TOTG 75g-2h	Casual
Normal	<110	<140	
Glicose plasmática de jejum alterada	>0 = 110 e <126		
Tolerância a glicose diminuída	>126	>0 = 140 e <200	
Diabetes mellitus	>0 = 126	>0 = 200	>0 = 200 com sintomas
Diabetes Gestacional	>0 = 110	>0 = 140	

Fonte: Autoria Própria (2015)

5.4 Fatores de Risco

O rastreamento de diabetes deve ser realizado em todo indivíduo com mais de 45 anos de idade a cada 3 anos, ou mais precocemente e mais frequentemente

em indivíduos assintomáticos quando apresentarem fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes mellitus (BRASIL, 2006):

- Idade, Sexo e Grupo Étnico: A maior incidência de DM1 ocorre entre os 10 e os 15 anos de idade, e é semelhante para ambos os sexos. A incidência e prevalência do DM2 aumentam acentuadamente com a idade, particularmente após os 40 anos, sendo mais frequente nas mulheres do que nos homens. O DM1 é mais frequente na população de origem caucasóide do que nos outros grupos étnicos. Já o DM2 é mais prevalente nos demais grupos étnicos do que na população caucasóide.
- Obesidade (>120% peso ideal ou índice de massa corporal 25kg/m quadrado de superfície corporal). Obesidade não está associada com o desenvolvimento do DM1, porém é importante fator de risco para o DM2 (3 vezes mais), bem como para o diabetes gestacional (2 vezes mais). Obesidade, especialmente de distribuição abdominal (obesidade "androide ou tipo maçã") diagnosticada quando a razão entre a circunferência da cintura e do quadril (RCQ) é maior que 1 m, para os homens, e maior que 0,80 m, para as mulheres. Esta condição está presente em 80% dos pacientes no momento do diagnóstico.
- Fatores Genéticos e Familiares (história familiar de diabetes em parentes de primer grau): Indivíduos que possuem certos marcadores genéticos (alguns genes do sistema HLA) apresentam um risco de 4 a 9 vezes maior de desenvolver DM1 do que os que não possuem. Entretanto, a recorrência familiar não é comum neste tipo de diabetes. Já os familiares em primeiro grau de indivíduos com DM2 apresentam de duas a seis vezes mais chances de virem a desenvolver diabetes do que pessoas sem história familiar, da mesma idade.
- Diabetes gestacional o macrossomia previa: Mulheres que apresentam diabetes gestacional possuem elevado risco de virem a desenvolver diabetes posteriormente. Estudos prospectivos mostram que 60% das mulheres com diabetes gestacional progrediram para diabetes, num período de 16 anos.
- HDL colesterol abaixo de 35 mg/dl e/ou triglicérides acima de 250mg/dl.

5.5 Educação em Diabetes Mellitus

A educação em saúde é fundamental para as intervenções preventivas em âmbito comunitário particularmente no que se refere às doenças crônicas nas mudanças no estilo de vida são muito importantes. Tais enfermidades, por sua alta prevalência e morbimortalidade, têm despontado como problema de saúde pública digno de políticas voltadas para a elaboração de programas educativos, os quais contemplem as reais necessidades dos indivíduos afetados, bem como, dos familiares e profissionais envolvidos (BRASIL, 2001).

No entanto, a ocorrência de mudanças no estilo de vida para a prevenção de complicações e promoção da saúde no tratamento das doenças crônicas é caracterizada pela baixa adesão pelo portador de diabetes mellitus (COSTA, 2011).

Ante o exposto anteriormente, cabe aos profissionais da atenção básica atuar de maneira que os usuários possam se conscientizar em relação a sua saúde; percebe-se claramente a necessidade de criar ações específicas, que venha ao encontro das necessidades e da fragilidade desta população.

... A obtenção de um bom controle metabólico está em geral intimamente relacionada à ingestão de dieta adequada, à realização regular de atividade física e ao seguimento da terapêutica medicamentosa prescrita. A falta de conhecimento acerca da doença tanto dos cuidadores quanto dos próprios pacientes, associada à inadequada capacitação e integração entre os profissionais de saúde, relaciona-se diretamente ao problema da adesão. Essas constatações apontam para a ineficácia das estratégias tradicionais, sendo necessário que se incorporem nos serviços de saúde novas abordagens capazes de motivar os portadores de DM. Vale ressaltar a importância de se sensibilizar o paciente portador de DM para a adoção de novos hábitos e estilo de vida, conscientizando-os sobre os riscos a que estão submetidos.

O apoio da família e dos amigos (rede de apoio) é primordial para a conscientização das mudanças necessárias ao sucesso do tratamento (COSTA *et al*, 2009, p.2007).

Segundo Leal (2009, p. 04) “a educação é parte essencial no controle do diabetes e consiste em um processo contínuo de alteração de hábitos de vida, que requer tempo, espaço, planejamento, material didático e profissional capacitados”

É importante que os profissionais de saúde tenham considerado como foco de sua prática a educação em saúde, porém, numa perspectiva que envolve informações sobre a doença, o tratamento e os cuidados que os pacientes e familiares dos mesmos devem

realizar voltadas especialmente para o controle glicêmico (MATTOSINHO; SILVA, 2007, p. 11).

Muitas vezes a difícil adaptação do portador à doença é sujeita pela falta de motivação, preso ao desconhecimento em relação às complicações, dois fatores importantes para o seu próprio cuidado, pois as mudanças no estilo de vida são difíceis de serem implementadas. Essa situação pode ser modificada se houver uma estimulação constante ao longo do acompanhamento interdisciplinar (GRILLO; GORINI, 2007).

Um levantamento bibliográfico das estratégias voltadas à educação do portador de DM, observou que a maioria dos estudos usou o enfoque ampliado da saúde, com a prática efetiva da educação em saúde. Salientando que a realização de encontros educativos possibilita modificações mais significativas no estilo de vida, contribuindo assim para a promoção da saúde e bem-estar (SILVA, *et al*, 2009).

...essas ações não devem focalizar somente o sujeito, ou o desenvolvimento de suas habilidades pessoais. É necessária a intervenção sobre o ambiente no sentido de viabilizar modificação de estruturas que possam comprometer a adoção de hábitos saudáveis, aliando-se dessa forma a combinação de autonomia pessoal e responsabilidade social. Assim, a educação em saúde para portadores de diabetes se mostra eficaz para um melhor prognóstico e deve ser encorajada entre grupos (SILVA, *et al*, 2009).

Diante desse desafio o trabalho em equipe, o envolvimento de profissionais de diferentes saberes, ocupa lugar de destaque nesse contexto, devido à sua relação direta com o sucesso dessa atividade.

6 PLANO DE AÇÃO

Como foi descrito e explicado na análise da situação de saúde a DM constituiu uma das problemáticas maiores da área de abrangência obrigando a equipe a criar estratégias de solução. É necessário apenas o trabalho da equipe de saúde baseado em atividades educativas de promoção e prevenção com pacientes diabéticos da comunidade. Estas atividades devem levar conhecimento e conscientização sobre os fatores de risco e as consequências da DM.

O plano de ação foi elaborado junto à equipe a partir do material referente ao módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da família, do NESCON/UFMG. Mediante diagnóstico situacional prévio, que se encontra detalhado na introdução do presente trabalho, e, sendo esta uma das tarefas previstas no Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, procedeu-se a uma avaliação dos principais problemas listados pela equipe e pela comunidade.

6.1 Identificação e Priorização do Problema

Ao fazer a análise situacional do território da ESF Gaivota, pertencem à UBS Nadim Noman, foi determinado um grupo de problemas que afetam à população e que interferem em seu estado de saúde, desde o ponto de vista objetivo como subjetivo.

Os principais problemas identificados foram as seguintes:

- Incremento do número de hipertensos descompensados
- Incremento do número de diabéticos descompensados
- Incremento do número de pacientes com transtornos nutricionais, obesidade e dislipidemias
- Incremento do número de pacientes com doenças mentais
- Elevado consumo de álcool
- Incremento do número de pacientes com doenças respiratórias
- Baixa resolutividade na atenção no posto de saúde
- Deficiente infra estrutura dos serviços de saúde

A equipe na discussão dos principais problemas identificados no diagnóstico situacional, concordaram como crítico: o incremento do número de hipertensos e diabéticos descompensados. Pela repercussão sobre a saúde e importância que tem o conhecimento da DM, decidimos realizar nosso projeto de intervenção para melhorar o controle e diminuir a morbimortalidade dessa doença, assim como ampliar a longevidade e melhorar a qualidade de vida de essa população.

6.2 Descrição e explicação do problema

O DM se configura hoje como uma epidemia mundial, sendo um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.

Esta doença tem uma alta incidência em nossa área, o atendimento se incrementa todos os dias mais por essa causa. Onde só 85 pacientes diabéticos estão cadastrados, 70 % no estão controlados e tem irregularidade em cumprimento de tratamento, assim como pouca percepção do risco, além disso, existe um grupo importante dos pacientes que não assistem ao SUS e constituem subnotificação estatística e outro grupo que não conhecem que são diabéticos e a doença está influenciando de forma negativa em eles. Outro problema detectado, em nossa área de abrangência, é a alta prevalência de pessoas idosas com DM e sua relação com muitos fatores de risco, esses pacientes, por geral utilizam muitos medicamentos em seu tratamento e mesmo assim não se controlam.

A causa exata do diabetes é desconhecida, embora os fatores genéticos e ambientais, assim como questões de estilo de vida pareçam ter seus papéis. Os mais importantes fatores de risco incluem: obesidade, sedentarismo, falta de atividade física regular, alimentação inadequada, consumo de tabaco, níveis altos de colesterol e triglicérides, estresse emocional e idade acima dos 40 anos para o diabetes tipo 2.

As causas modificáveis do diabetes tipo 2 são alimentação inadequada (qualidade e quantidade) e inatividade física. Portanto, não é de surpreender que mudanças positivas no estilo de vida, quando realizadas, sejam tão efetivas na prevenção e controle do diabetes tipo 2 (BRASIL, 2006, p. 7).

Mesmo assim, cuidar da alimentação e praticar atividade física ainda não são fatores reconhecidos pela população como medidas para prevenir o diabetes do tipo 2.

De acordo o ex-presidente da SBD, Dr. Balduino Tschiedel, "Pesquisas mostram que a mudança de estilo de vida para pessoas com tendência ou com pré-diabetes é o que mais contribui para que não haja progressão da doença" (PORTAL BRASIL, 2014, p. 08).

Em nossa área a doença está muito relacionada com:

- Falta de conhecimento sobre a doença e educação insuficiente em DM
- Inadequados hábitos alimentares
- Uso incorreto dos medicamentos
- Pouca adesão dos pacientes ao tratamento dietético e mudanças de hábitos e estilos de vida
- Processo de trabalho, da eSF, inadequado para enfrentar o problema
- Deficiente infraestrutura dos serviços de saúde para atingir as metas na atenção aos pacientes diabéticos.

6.3 Identificação e Seleção dos nós críticos

A identificação das causas de um problema é o ponto de partida para a sua solução ou controle. Através de uma avaliação detalhada é possível identificar entre as várias causas, quais devem ser atacadas de forma a impactar o problema principal e transformá-lo. Os nós críticos do presente plano de intervenção foram identificados a partir dos fatores de risco mais frequentes que apresentavam os pacientes diabéticos, tais como:

- **Falta de conhecimento e educação insuficiente em DM**

A educação é uma parte essencial do tratamento. Constitui um direito e dever do paciente e também um dever dos responsáveis pela promoção da saúde. Educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais.

Deve ser realizado acompanhamento da equipe de saúde para aumentar o nível de conhecimentos do paciente e seus familiares. A equipe tem que realizar

trabalho educativo onde esses pacientes devem ser inseridos e ensinar-lhes que é a diabetes e seus fatores de risco. Além da disponibilização de informações, o paciente diabético precisa ser acompanhado por um longo período de tempo.

➤ **Inadequados hábitos alimentares**

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) a terapia nutricional e a educação alimentar têm como objetivo auxiliar o indivíduo a fazer mudanças em seus hábitos alimentares, favorecendo o melhor controle metabólico, do peso corporal, da pressão arterial e do nível glicêmico. O adequado controle do DM só é obtido com um bom plano alimentar.

Através da educação em saúde participativa lograremos que estes pacientes apreendam os conceitos de alimentação saudável e se convertem em promotores na comunidade.

➤ **Uso incorreto dos medicamentos**

Para entender as causas do uso errado da medicação é necessário lembrar que a resposta terapêutica do medicamento ocorre desde que seja respeitada as suas características de uso. A questão do uso inadequado de medicamentos vem sendo incluída na lista de preocupações com a saúde, como um dos fatores que influenciam o uso racional de recursos terapêuticos.

No contexto da DM a ESF precisa-se capacitar para ter conhecimento do uso seguro dos medicamentos que os pacientes portadores de DM fazem uso, uma vez que essa habilidade pode contribuir para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso, podendo prevenir assim, complicações por descompensação. Também se devem elaborar protocolos para o uso no domicílio da medicação que possam ser adotados e praticados, além de garantirem primariamente, a educação do paciente, do cuidador e da família, a fim de conquistar para o paciente o uso seguro da medicação, colaborando no controle da doença.

➤ **Pouca adesão dos pacientes ao tratamento dietético e mudanças de hábitos nutricionais**

A adesão aos princípios do plano alimentar é um dos aspectos de maior desafio do tratamento do paciente diabético. Em nutrição, um paciente com boa adesão é aquele cujos comportamentos alimentares coincidem com as recomendações e prescrições dietéticas. É necessário no trabalho do eSF utilizar algumas técnicas para promover a adesão às orientações nutricionais.

A evidência científica aponta para a importância da mudança no estilo de vida para o paciente portador de diabetes, proporcionando melhor controle metabólico e evitando o aparecimento de complicações causadas pela doença (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Com trabalho em grupos educativos a equipe consegue aos poucos uma boa mudança nos hábitos alimentares incluindo atividade física e melhorando a qualidade de vida do diabético.

➤ **Processo de trabalho, da ESF, inadequado para enfrentar o problema**

No âmbito da ESF, a busca por melhores resultados para enfrentar o problema, exige mudança no processo de trabalho. A equipe deve se configurar como referência para a população, para tanto deve encontrar suas formas de interação, formular diagnósticos a partir do olhar diferenciado de cada profissional,

Nossa equipe deve organizar mais o trabalho, realizar um bom acolhimento, fazer ênfase em os principais problemas de forma planejada e utilizar ferramentas para trabalhar em equipe, tecendo o caminho para a clínica ampliada e a formulação de projetos terapêuticos.

➤ **Deficiente infraestrutura dos serviços de saúde para atingir as metas na atenção aos pacientes diabéticos**

O Ministério da Saúde *apud* Pedrosa; Correo; Mandú (2011, p.58) destaca que “Para a realização da prática na atenção básica é necessária, entre outras condições, a garantia de infraestrutura apropriada, com disponibilidade de equipamentos adequados, de recursos humanos capacitados e de materiais e insumos suficientes à assistência prestada.”

De acordo Ribeiro; Pires; Blank *apud* Pedrosa; Correo; Mandú (2011, p.58). “A organização dos serviços de saúde deve incluir condições sociopolíticas, humanas e materiais que viabilizem um trabalho de qualidade, tanto para quem o executa quanto para quem recebe a assistência”

Conceber a infraestrutura da UBS como um importante elemento promotor dos princípios orientadores do SUS favorece a obtenção de melhores resultados em saúde. Nossa equipe tem que melhorar muito o serviço de saúde para o atendimento dos pacientes portadores de DM.

6.4 Desenhos das Operações

Utilizando como referência os nós críticos encontrados, foi elaborada uma proposta de intervenção (com seis projetos, ou operações) que tem como objetivo diminuir a incidência dos fatores de risco e as consequências da Diabetes Mellitus na área de abrangência através da reorganização do serviço de atendimento aos diabéticos, aumentando sua participação/adesão aos programas de educação e conscientização sobre a doença.

Quadro 1: Desenho de operações para os nós críticos do problema: Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados, Unidade Básica da Saúde Nadim Noman.

No Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Falta de conhecimento sobre a doença e educação insuficiente em DM	Aprender +: - Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes, familiares e cuidadores sobre estas doenças - Aumentar o nível de informação da população sobre a doença e os riscos sobre os indivíduos - Capacitação de equipe de saúde	- População mais informada, mais capacitada no manejo da diabetes - Equipe capacitada melhora o atendimento para os pacientes com Diabetes	- Avaliação do nível de informação da população sobre a diabetes - Campanha educativa na radio local - Programa de Saúde Escolar - Capacitação dos ACS e de cuidadores	- Cognitivos: informação sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas. - Políticos: conseguir o espaço na rádio, articulação inter setorial (parceria com o setor educação), mobilização social, disponibilização de materiais. -Organizacional: auxiliar a equipe na organização da agenda e as atividades.

No Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
<p>Pouca adesão dos pacientes ao tratamento dietético e mudanças de hábitos e estilos de vida</p>	<p>Como me cuidar melhor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fornecer orientações básicas sobre o tratamento dietético e mudança de hábitos e estilos de vida - Capacitação de equipes de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes melhor orientados sobre tratamento dietético e mudança de hábitos e estilos de vida - Implementar técnicas para promover a adesão às orientações nutricionais - Equipe capacitada melhora atendimento para a população 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas promocionais para estimular a realização de atividade física e o consumo de dieta adequada - Melhor qualidade de vida desses pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. - Organizacionais: para auxiliar a equipe nas atividades planejadas - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
<p>Inadequados hábitos alimentares</p>	<p>+ Vida:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modificar hábitos e estilos de vida - Capacitação de equipes de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir em 15% o número de sedentários, tabagistas e obesos - População mais informada aumenta anos de vida e adesão a atividades físicas e sem medicamentos - Equipe capacitada melhora atendimento para a população 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de caminhada - Prática de exercício em academias orientada - Campanha educativa na rádio local e na comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizacional: para organizar as caminhadas e a prática de exercícios. - Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. - Político: para conseguir o espaço na rádio a mobilização social e articulação inter setorial com rede de ensino - Financeiro: para aquisição de material educativo, etc.

No Critico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Uso incorreto dos medicamentos	Minha medicação e eu: - Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações. - Capacitação de equipe de saúde	- Pacientes, familiares, cuidadores, e a equipe com maior nível de conhecimento e disciplina no uso da medicação	- Pacientes familiares e cuidadores capacitados e conscientizados sobre a importância da medicação na DM - Protocolos elaborados para o uso no domicílio da medicação - Equipe capacitada em medicamentos que os pacientes portadores de DM fazem uso	- Cognitivo: para incrementar os conhecimentos sobre o tema. - Políticos: para alcançar parceria da equipe de saúde, mobilização social e disponibilização de materiais. - Organizacionais: para auxiliar a equipe nas atividades planejadas
Processo de trabalho, da eSF, inadequado para enfrentar o problema	Linha de cuidado: - Implantar a linha de cuidado para diabéticos, incluindo os mecanismos de referência e contra referência	- Cobertura de mais de 100% dos pacientes	- Linha de cuidado para diabéticos implantada - Recursos humanos capacitados - Protocolos implantados - Regulação implantada - Gestão de linha de cuidado implantada	- Cognitivos: para elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos - Políticos: para garantir articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais - Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referência)

No Critico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Estrutura dos serviços de saúde	Cuidar Melhor: - Melhorar o serviço de saúde para o atendimento dos pacientes portadores de DM	- Garantia de medicamentos e exames prévios para 100% dos diabéticos	- Capacitação de pessoal - Contratação de compra de exames e consultas especializadas - Compra de medicamentos	- Cognitivo: para a elaboração de um projeto de adequação da atenção dos pacientes diabéticos - Políticos: para tomar a decisão de aumentar os recursos para estruturara o serviço - Financeiro: para garantir o aumento de oferta de exames, consulta e medicamentos

Fonte: Aatoria Própria (2015).

6.5 Identificação dos Recursos Críticos

Os recursos críticos som todos aqueles que são indispensáveis à realização do plano de intervenção é por isso que para o desenvolvimento do projeto e importante que a equipe tenha clareza deles para a execução das operações. Campos; Faria; Santos (2010) alertam para o fato de que um processo de transformação da realidade sempre consome algum tipo de recurso, com mais ou com menos intensidade. Sendo assim, a dimensão da transformação almejada será concretizada na razão da disponibilidade dos recursos necessários que sejam obtidos.

Quadro 2: Identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos: Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados, Unidade Básica da Saúde Nadim Noman.

Operação /Projeto	Recursos críticos.
Aprender +	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivos: informação sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas. - Políticos: conseguir o espaço na rádio, articulação inter setorial (parceria com o setor educação), mobilização social, disponibilização de materiais. -Organizacional: auxiliar a equipe na organização da agenda e as atividades.
Como me cuidar melhor	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. - Organizacionais: para auxiliar a equipe nas atividades planejadas - Financeiro: para aquisição de material educativo, etc.
+ Vida	<ul style="list-style-type: none"> - Organizacional: para organizar as caminhadas e a prática de exercícios. - Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. - Político: para conseguir o espaço na rádio a mobilização social e articulação inter setorial com rede de ensino - Financeiro: para aquisição de material educativo, etc.
Minha medicação e eu	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: para incrementar os conhecimentos sobre o tema. - Políticos: para alcançar parceria da equipe de saúde, mobilização social e disponibilização de materiais. - Organizacionais: para auxiliar a equipe nas atividades planejadas
Linha de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivos: para elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos - Políticos: para garantir articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais -Organizacional: para adequação de fluxos (referência e contra referencia).
Cuidar Melhor.	<ul style="list-style-type: none"> - Cognitivo: para a elaboração de um projeto de adequação da atenção dos pacientes diabéticos - Políticos: para tomar a decisão de aumentar os recursos para estruturara o serviço - Financeiro: para garantir o aumento de oferta de exames, consulta e medicamentos

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.6 Análise da Viabilidade do Plano

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) quem planeja uma estratégia, não tem o controle absoluto de todos os recursos necessários. Por esse motivo é necessário identificar quais são os atores que controlam os recursos críticos; quais são os recursos que cada um controla e logo determinar qual a motivação de cada um dos atores para com os objetivos determinados.

Quadro 3: Análise e viabilidade do plano (propostas de ações para a motivação dos atores).

Operações /Projetos	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Aprender+ - Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre estas doenças - Aumentar o nível de informação da população sobre a doença e os riscos sobre os indivíduos - Capacitação de equipe de saúde	- Cognitivos: informação sobre o tema e estratégias de comunicação e pedagógicas. - Políticos: conseguir o espaço na rádio, articulação inter setorial (parceria com o setor educação), mobilização social, disponibilização de materiais. -Organizacional: auxiliar a equipe na organização da agenda e as atividades.	Secretaria de Educação e Comunicação	Favorável	Não é necessária

Operações /Projetos	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Como me cuidar melhor - Fornecer orientações básicas sobre o tratamento dietético e mudança de hábitos e estilos de vida - Capacitação de equipes de saúde	- Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. - Organizacionais: para auxiliar a equipe nas atividades planejadas - Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Secretario de Saúde Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária
+Vida - Modificar hábitos e estilos de vida - Capacitação de equipes de saúde	- Organizacional: para organizar as caminhadas e a prática de exercícios. - Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação. - Político: para conseguir o espaço na rádio a mobilização social e articulação Inter setorial com rede de ensino - Financeiro: para aquisição de material educativo, etc.	Secretario de Saúde Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária

Operações /Projetos	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Minha medicação e eu - Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações. - Capacitação de equipe de saúde	- Cognitivo: para incrementar os conhecimento sobre o tema. - Políticos: para alcançar parceria da equipe de saúde, mobilização social e disponibilização de materiais. - Organizacionais: para auxiliar a equipe nas atividades planejadas	Equipe de Saúde	Favorável	Não é necessária
Linha de cuidado - Implantar a linha de cuidado para diabéticos, incluindo os mecanismos de referência e contra referência	- Cognitivos: para elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos - Políticos: para garantir articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais -Organizacional: Adequação de fluxos (referência e contra referencia)	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Avaliação dos resultados das operações

Operações /Projetos	Recursos críticos	Controle de recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Cuidar Melhor - Melhorar o serviço de saúde para o atendimento dos pacientes portadores de DM	- Cognitivo: para a elaboração de um projeto de adequação da atenção dos pacientes diabéticos - Políticos: para tomar a decisão de aumentar os recursos para estruturara o serviço - Financeiro: para garantir o aumento de oferta de exames, consulta e medicamentos	Prefeito Municipal Secretaria de saúde	Favorável	Apresentar projeto de estruturação da rede

Fonte: Autoria Própria (2015).

6.7 Elaboração e Controle do Plano Operativo

Nesta etapa, segundo Campos, Faria e Santos (2010) são designados os responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além disso, são definidos os prazos para o cumprimento das ações. Os responsáveis devem ser integrantes do grupo, pois, a eles compete garantir que todas as ações planejadas serão executadas. Isto não significa que deverá executá-las sozinho e sim, acompanhar a sua execução, apoiando os membros da equipe.

Importa lembrar que não é suficiente contar com um bom plano de ação e com os recursos para sua concretização. É fundamental que se desenvolva um sistema de gestão que seja capaz de coordenar e acompanhar a execução das operações, promovendo ajustes e alterações quando necessário, garantindo a correta utilização dos recursos e promovendo a comunicação

entre planejadores e executores. Dessa forma, o plano alcançará maior probabilidade de sucesso (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4: Plano operativo: Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados, Unidade Básica da Saúde Nadim Noman

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Aprender + - Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre estas doenças - Aumentar o nível de informação da população sobre a doença e os riscos sobre os indivíduos - Capacitação de equipe de saúde	- População mais informada, mais capacitada no manejo da diabetes - Equipe capacitada melhora o atendimento para os pacientes com e Diabetes	- Avaliação do nível de informação da população sobre a diabetes - Campanha educativa na radio local - Programa de Saúde Escolar - Capacitação dos ACS e de cuidadores	Não é necessária	- Coordenador Atenção Primaria - Médico da equipe	Quatro meses para o início das atividades
Como me cuidar melhor - Fornecer orientações básicas sobre o tratamento dietético e mudança de hábitos e estilos de vida - Capacitação de equipes de saúde	- Pacientes melhor orientados sobre tratamento dietético e mudança de hábitos e estilos de vida - Implementar técnicas para promover a adesão às orientações nutricionais - Equipe capacitada melhora atendimento para a população	- Programas promocionais para estimular a realização de atividade física e o consumo de dieta adequada - Melhor qualidade de vida desses pacientes	Não é necessária	- Coordenador Atenção Primaria - Médico da equipe - Nutricionista	Três meses para o início das atividades

<p>+Vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modificar hábitos e estilos de vida - Capacitação de equipes de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuir em 15% o número de sedentários, tabagistas e obesos - População mais informada aumenta anos de vida e adesão a atividades físicas e sem medicamentos - Equipe capacitada melhora atendimento para a população 	<ul style="list-style-type: none"> - Programa de caminhada - Prática de exercício em academias orientada - Campanha educativa na rádio local e na comunidade 	<p>Não é necessária</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Secretaria de Saúde - Coordenador da atenção Primária - Médico da equipe 	<p>Três meses para o início das atividades</p>
<p>Minha medicação e eu</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre o uso correto das medicações. - Capacitação de equipe de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes, familiares, cuidadores, e a equipe com maior nível de conhecimento e disciplina no uso da medicação 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes familiares e cuidadores capacitados e conscientizados sobre a importância da medicação na DM - Protocolos elaborados para o uso no domicílio da medicação - Equipe capacitada em medicamentos que os pacientes portadores de DM fazem uso 	<p>Não é necessária</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenador da atenção Primária - Médico da equipe 	<p>Três meses para o início das atividades</p>

Linha de cuidado - Implantar a linha de cuidado para diabéticos, incluindo os mecanismos de referência e contra referência	- Cobertura de mais de 100% dos pacientes	- Linha de cuidado para diabéticos implantada - Recursos humanos capacitados - Protocolos implantados, regulação implantada, gestão de linha de cuidado implantada	Avaliação dos resultados das operações	Coordenador Atenção Primaria	Quatro meses para apresentação do produto e avaliação em oito meses
Cuidar Melhor - Melhorar o serviço de saúde para o atendimento dos pacientes portadores de DM	- Garantia de medicamentos e exames prévios para 100% dos diabéticos	- Capacitação de pessoal - Contratação de compra de exames e consultas especializadas - Compra de medicamentos	Apresentar projeto de estruturação da rede	Secretaria de Saúde	Quatro meses para apresentação do projeto e finalização em 12 meses

Fonte: autoria própria (2015).

6.8 Gestão do Plano de Ação

O acompanhamento do projeto será feito através de reuniões mensais. As ações estratégicas devem ser sempre executadas e avaliadas ao mesmo tempo para que os problemas sejam detectados e corrigidos no menor tempo possível. O sistema de gestão deve garantir, além disso, a eficiente utilização dos recursos, com plena comunicação entre os planejadores e

executores. Tem que ser observado se o prazo foi cumprido e com os integrantes da equipe participando como foi determinado. É importante saber qual é o estado de satisfação da população com as mudanças e se tem alguma nova sugestão.

Quadro 5: Gestão do plano. Planilha de acompanhamento das operações/projeto: Alta incidência de pacientes diabéticos descompensados, Unidade Básica da Saúde Nadim Noman.

Operação: Aprender + Coordenação:					
Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
- Avaliação do nível de informação da população sobre a diabetes - Campanha educativa na radio local - Programa de Saúde Escolar - Capacitação dos ACS e de cuidadores	- Coordenador Atenção Primaria - Médico da equipe	4 meses	Projeto em discussão Parceiros identificados e sensibilizados	Falta de definição de lugar e horário	1 mes
Operação: Como me cuidar melhor Coordenação:					
- Programas promocionais para estimular a realização de atividade física e o consumo de dieta adequada - Melhor qualidade de vida desses pacientes	- Coordenador Atenção Primaria - Médico da equipe - Nutricionista	3 meses	Projeto em discussão		
Operação: +Vida Coordenação:					
- Programa de caminhada - Prática de exercício em academias orientada - Campanha educativa na rádio local e na comunidade	- Secretaria de Saúde - Coordenador Atenção Primaria - Médico da equipe	3 meses	Projeto em discussão		

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Operação: Minha medicação e eu Coordenação:					
<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes familiares e cuidadores capacitados e conscientizados sobre a importância da medicação na DM - Protocolos elaborados para o uso no domicílio da medicação - Equipe capacitada em medicamentos que os pacientes portadores de DM fazem uso 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordenador Atenção Primária - Médico da equipe 	3 meses	Programa de capacitação de pacientes em execução		
Operação: Linha de cuidado Coordenação:					
<ul style="list-style-type: none"> - Linha de cuidado para diabéticos implantada - Recursos humanos capacitados - Protocolos implantados - Regulação implantada - Gestão de linha de cuidado implantada 	Coordenador Atenção Primária	<ul style="list-style-type: none"> 6 meses 8 meses 6 meses 8 meses 12 meses 	<ul style="list-style-type: none"> - Projeto elaborado e submetido ao Fundo Nacional de Saúde - Projeto de demanda e estimativa de custos realizada - Projeto de capacitação elaborado - Capacitação com início para dois meses - Projeto de regulação em discussão - Projeto de gestão da linha de cuidado em discussão 		

Produto	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Operação: Cuidar Melhor Coordenação:					
<ul style="list-style-type: none"> - Capacitação de pessoal - Contratação de compra de exames e consultas especializadas - Compra de medicamentos 	Secretaria de Saúde	4 meses para apresentação do projeto e 12 meses para finalizar	Projeto elaborado e submetido a discussão em SUS		

Fonte: Aatoria Própria (2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Diabetes mellitus apresenta grande incidência na área de abrangência da Unidade Básica da Saúde Nadim Noman. Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário aumentar o nível de conhecimento dos pacientes, suas famílias e cuidadores, a população em geral e a própria equipe de saúde. É importante a atuação de uma equipe de saúde multiprofissional, de modo a viabilizar o melhor controle desta doença. Para garantir a estratégia e a realização de ações conjuntas é necessário à articulação inter setorial. Este projeto visa melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde aos diabéticos da área de abrangência e poderá contribuir na redução da morbidade e mortalidade por esta doença, assim como na melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Com base no trabalho, concluiu-se que:

- A Diabetes mellitus apresenta grande incidência na área de abrangência da Unidade Básica da Saúde Nadim Noman, o controle e prevenção de suas complicações torna-se um desafio para a ESF, levando em consideração a mudança de hábitos e estilos de vida.
- Para reduzir o índice de agravamento do problema é necessário aumentar o nível de conhecimento dos pacientes, suas famílias e cuidadores, a população em geral e a própria equipe de saúde, em quanto a dieta, pratica de atividade física e cumprimento da medicação ,e importante que o pacientes e seus familiares estejam conscientes que pode levar uma vida normal e que a doença não o transforma numa pessoa inútil..
- É importante a atuação de uma equipe de saúde multiprofissional, de modo a viabilizar o melhor controle desta doença, vemos que o profissional da área da saúde são de forma geral fundamental no processo de educação dos familiares , dos pacientes e da população em geral.
- Para garantir a estratégia e a realização de ações conjuntas é necessário à articulação inter setorial, para uma melhor divulgação das praticas educativas. Este projeto visa melhorar a qualidade de assistência que é prestada pela equipe de saúde aos diabéticos da área de abrangência e poderá contribuir na redução da morbidade e mortalidade por esta doença, assim como na

melhora da qualidade de vida dos pacientes, um bom acompanhamento ,controle e seguindo as orientações medicas o diabético pode evitar complicações e ter uma melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**. 2013; 36 (suppl. 1):S67-74. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/36/Supplement_1/S67.full>. Acesso em: 04 abr. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução Nacional, Nº 333, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 26 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/reorganizacao_hipertensao_diabetes>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 16: DIABETES MELLITUS**. Série A. Normas e Manuais Técnicos ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 56 p.
- CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.
- CIDADE-BRASIL. Prefeitura, Municípios e cidades do Brasil. **Cidade Brasil / Estado de Minas Gerais / Município de Dores de Guanhaes » Informação geral**. 2012. Disponível em: <<http://www.cidade-brasil.com.br/municipio-dores-de-guanhaes.html>>. Acesso em: 07 abr. 2016.
- COSTA, G. D. et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 62, n. 1, p. 113-118, Feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 abr. 2016.
- COSTA, J. D. A. et al. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2016.
- PORTAL BRASIL. Governo Federal Brasil. **Brasileiro desconhece fatores de prevenção do diabetes**. [site de Internet] [citado em 22 jan. 2014]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/eu-vou/brasileiro-desconhece-fatores-de-prevencao-do-diabetes>>. Acesso em: 07 abr. 2016.
- GRILLO M. F. F, GORINI MIPC. Caracterização de pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 2. **Rev Bras Enferm**. 2007;60(1):49-54.

HEERING E. **Com 4,9 milhões de mortes em 2014, diabetes mata mais que HIV, malária e tuberculose somados.** Brasil Online (BOL). 2015. Disponível em: <<http://noticias.bol.uol.com.br/ultimas-noticias/ciencia/2015/09/14/com-49-milhoes-de-mortes-em-2014-diabetes-mata-mais-que-hiv-malaria-e-tuberculose-somados.htm>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

ISER, B. P. M. et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 2, p. 305-314, June 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200305&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2016.

LEAL D. T. et al. Diabetes na infância e adolescência: o enfrentamento da doença no cotidiano da família- **HU Revista, Juiz de Fora**, v. 35, n. 4, p. 288-295, out./dez. 2009.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2007, vol.15, n.6, pp. 1113-1119.

MEIRELES A. L. et al. **Conteúdo técnico da Linha guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica.** Belo Horizonte. 3ª ed. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. 2013.

PEDROSA I. C. F.; CORREA A. C. P.; MANDÚ E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 10, n. 1, p. 058-065, Jan/Mar 2011. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/13288/pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL/DG/ Minas Gerais @ 2015. **História**. Disponível em: <<http://doresdeguanhaes.mg.gov.br/>>. Acesso em: 06 abr.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD) (Brasil). **Ranking IDHM Municípios 2010**. 2013. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/Ranking-IDHM-Municipios-2010.aspx>>. Acesso em: 06 abr.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD) (Estados Unidos). **Informe sobre desarrollo humano 2011. Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos.** Nueva York: Mundi-prensa, 2011. 201 p. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2011_es_complete.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2016.

RAMOS, A. C. M. F., et al. **O programa de controle da hipertensão arterial no sistema público de saúde do Município do Rio de Janeiro.** [site de Internet] [citado em 10 abr. 2006]. Disponível em: <<http://www.socerj.org.br/revista/abr-2003/art06.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2015.

R7. Rádio e Televisão. **Mortalidade por diabetes supera a média das mortes por câncer**. 2015. Disponível em: <<http://noticias.r7.com/saude/mortalidade-por-diabetes-supera-a-media-das-mortes-por-cancer-14112015>>. Acesso em: 06 abr. 2016.

SARTORELLI D. S.; FRANCO L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, p. S29-S36, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2016.

SILVA A. R. V. et al. Educação em Saúde a portadores de Diabetes Mellitus tipo 2: Revisão Bibliográfica. **Rev. Rene**. 2009;10(3):146-151.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**/Sociedade Brasileira de Diabetes; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. Disponível em: <<http://www.nutritotal.com.br/diretrizes/files/342--diretrizessbd.pdf>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

SOUZA D. C. E. **Diabetes mellitus e suas complicações: revisão de literatura**. 2012. Disponível em: <<http://br.monografias.com/trabalhos3/diabetes-mellitus-complicacoes-revisao-literatura/diabetes-mellitus-complicacoes-revisao-literatura2.shtml>> Acesso em: 27 abr. 2015.

TORRES H. C. et al. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev Saúde Pública**. 2010; 2(43): 291-8.

VASCONCELOS A. M. N., GOMES M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2012; 21(4):10.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**. v. 27, n. 5, p. 1047-53, 2004. Disponível em: <<http://care.diabetesjournals.org/content/27/5/1047.full.pdf+html?sid=a8a569d5-c085-49c8-86a3-de3430681332>>. Acesso em: 07 abr. 2016.

WIKIPÉDIA A ENCICLOPÉDIA LIVRE. **Dores de Guanhões**. 2004. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Dores_de_Guanh%C3%A3es>. Acesso em: 06 abr. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Fact Sheet N°312. **Diabetes**. 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>>. Acesso em: 02 dez. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Diabetes: the cost of diabetes**. WHO fact sheet. September 2002, n. 236.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Consultation. for **the Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of a WHO Consultation Alberti K. G. M. M.; Zimmet P. Z. Geneva: WHO. 1999.