

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

**LEOBEL POMPA MORENO**

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DE DIABETES  
MELLITUS DESCOMPENSADA EM UMA ESTRATÉGIA  
SAÚDE DA FAMÍLIA**

**UBERLANDIA /MINAS GERAIS**

**2016**

**LEOBEL POMPA MORENO**

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DE DIABETES MELLITUS  
DESCOMPENSADA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Orientador: Profª Drª Maria Beatriz Guimarães Ferreira  
.....

UBERLANDIA /MINAS GERAIS  
2016

LEOBEL POMPA MORENO

**PLANO DE AÇÃO PARA CONTROLE DE DIABETES MELLITUS  
DESCOMPENSADA EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Banca examinadora**

| Orientador: Profª Drª Maria Beatriz Guimarães Ferreira, Universidade Federal do Triângulo Mineiro

| Examinador– Profª Me. Grace Kelly Naves de Aquino Favarato, Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Aprovado em Uberaba, em        de        de 2016.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1</b> - Distribuição total da população de Monte Carmelo no ano de 2009.<br>.....   | 10 |
| <b>Quadro 2</b> - Evolução do IDH de Monte Carmelo, Minas Gerais e Brasil, nos<br>anos de 2000 e 2010.....  | 10 |
| <b>Quadro 3</b> - Taxa de Urbanização de Monte Carmelo no ano de 2009.....  | 11 |
| <b>Quadro 4</b> - Comportamento das empresas atuantes e pessoal ocupado em<br>Monte Carmelo no ano de 2013.....   | 12 |
| <b>Quadro 5</b> - Taxa de Escolarização do Município de Monte Carmelo – MG, no<br>ano de 2009.....  | 13 |
| <b>Quadro 6</b> - Recursos Humanos em Saúde da cidade de Monte Carmelo, no<br>ano de 2014.....  | 17 |
| <b>Quadro 7</b> - Classificação de prioridades para os problemas identificados no<br>diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família PSF<br>Arthur Rosa Penna. 2015.....  | 29 |
| <b>Quadro 8</b> - Descritores do problema selecionado no diagnóstico da área de<br>abrangência da unidade de saúde da família PSF Arthur Rosa Penna. 2015..   | 30 |
| <b>Quadro 9</b> - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da Alta<br>incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família,<br>Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG,<br>2015..... | 32 |
| <b>Quadro 10</b> - Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: Alta<br>incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família,<br>Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG,<br>2015.....   | 33 |
| <b>Quadro 11</b> - Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo<br>controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para<br>o enfrentamento da Alta incidência de Diabéticos descompensados da equipe           |    |

|   |    |
|---|----|
| de saúde da família, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG, 2015.....  | 34 |
| <b>Quadro 12</b> - Plano operativo para enfrentamento do problema Alta incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG, 2015..... | 35 |
| <b>Quadro 13</b> - Gestão do plano para enfrentamento do problema Alta incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG, 2015..... | 36 |
| <b>Tabela 1</b> - Total da população do Município de Monte Carmelo – MG, no ano de 2009.....  | 12 |
| <b>Tabela 2</b> - Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da UBS, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, 2015.....   | 19 |
| <b>Tabela 3</b> - Pacientes portadores de Diabetes, segundo a microárea na área de abrangência da UBS, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, 2015.....  | 20 |
| <b>Figura 1</b> - Rede de atenção à saúde, Monte Carmelo, 2014.....   | 16 |
| <b>Figura 2</b> - Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Arthur Rosa Penna”. 2015...31  |    |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS- Atenção Primária de Saúde.

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde.

CAPS- Centro de Apoio Psicossocial.

CRAS- Centros de Referência de Assistência Social.

DMAE- Departamento Municipal de água e esgoto.

DM- Diabetes mellitus.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia Estadística.

IDEB- Índice de desenvolvimento da educação básica.

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

INSS- Instituto Nacional do Seguro Social.

LILACS - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde.

MG- Minas Gerais.

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

PSF- Programa Saúde da Família.

PNUD- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

SciELO - Scientific Electronic Library Online.

SUS- Sistema Único de Saúde.

TFD- Tratamento fora de domicilio.

UBS- Unidade Básica de Saúde.

UTI- Unidade de terapia Intensiva

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>                                 | <b>8</b>  |
| <b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>                               | <b>21</b> |
| <b>3. OBJETIVOS.....</b>                                   | <b>23</b> |
| <b>4. METODOLOGIA .....</b>                                | <b>24</b> |
| <b>5. REFERENCIAL TEÓRICO - REVISÃO DA LITERATURA.....</b> | <b>27</b> |
| <b>6. PLANO DE AÇÃO.....</b>                               | <b>29</b> |
| <b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                       | <b>38</b> |
| <b>8. REFERÊNCIAS .....</b>                                | <b>39</b> |

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Identificação do município**

O município de Monte Carmelo está localizado na região ampliada de saúde do Triângulo Norte, microrregião Patrocínio. Monte Carmelo ocupa a posição de município polo para cinco municípios, sendo eles: Romaria, Estrela do Sul, Grupiara, Douradoquara, Abadia dos dourados e Iraí de Minas. Fica a uma distância de 484 Km de Belo Horizonte, capital do estado Minas Gerais. Sua mesorregião está formada pelo Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba e a microrregião Patrocínio. As cidades limítrofes com Monte Carmelo são Abadia dos Dourados (30 km), Douradoquara (35,3km), Grupiara, Estrela do Sul (20,7Km), Romaria (18 km), Iraí de Minas (28,4km), Patrocínio (82 km) e Coromandel (43,4 Km) (MONTE CARMELO, WIKIPÉDIA).

O Prefeito é Fausto Reis Nogueira (PT), a secretária municipal de Saúde, Ismelinda Maria Diniz Mendes, a coordenadora da atenção básica, Mara Cristina França Chagas, o coordenador da atenção à saúde bucal, Caio Virgílio Amorim Barbosa. A população (número de habitantes) , segundo os dados do IBGE em 2014, é de 47 770 habitantes, mas segundo censo no ano 2010 é de 45772 (BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTADÍSTICA, 2010).

### **1. 2. Histórico de criação do município**

Esta região era habitada por índios, conforme provas encontradas em diversos lugares, tais como: machados de pedra, potes, roletes, etc. Eram índios das tribos “Caiapós” e “Araxás”. Os primeiros movimentos que deram origem ao povoado tiveram início em 1840. Moradores de São João Del Rei e Itapecerica, vieram para cá atraídos pela descoberta de garimpos diamantíferos em Estrela do Sul, que na época se chamava “Bagagem”. Por causa do ambiente dos garimpos, pouco recomendado a famílias e também devido ao clima saudável e à excelente água de nossa região, os garimpeiros deixavam aqui suas famílias. Estas pessoas se instalaram às margens do “Córrego Mumbuca”, onde é hoje



o bairro Tamboril (WWW.PREFEITURA DE MONTE CARMELO-ONLINE).

Havia no local uma fazendeira, D. Clara Chaves, que doou um terreno de seis léguas quadradas aos moradores, onde foi construída a capela para N. Sra. Do Carmo. Essa área, onde hoje é a Praça da Matriz, os moradores fizeram suas casas ao redor da primeira Igreja e assim formaram o “Arraial do Carmo da Bagagem”. Em 24 de maio de 1892, pela Lei Estadual nº 23, a “Vila” passou á categoria de cidade e o 25 de junho de 1900, pela Lei Estadual nº 286, começou a denominar-se “Monte Carmelo” (WWW.PREFEITURA DE MONTE CARMELO-ONLINE).

O Significado de Monte Carmelo é o nome de uma montanha existente no litoral de Israel, nas proximidades da cidade de Haifa. “Carmelo”, em hebraico, significa “uvas de Deus”, e como Carmo da Bagagem situa-se próximo a um monte semelhante ao da antiga Palestina, onde se encontra a sede da Congregação das Carmelitas, adotaram o nome de Monte Carmelo, em consideração ao local onde se fundou a Ordem de Nossa Senhora do Carmo e também ao monte nas proximidades da cidade. Nessa ocasião, o município de Monte Carmelo abrangia cinco distritos de paz: Monte Carmelo (sede), Douradoquara, Irai de Minas, Nossa Senhora D’ Abadia de Água Suja e São Sebastião da Ponte Nova (WWW. PREFEITURA DE MONTE CARMELO-ONLINE).

### **1.3. Descrição do município**

A cidade possui um IDH de 0,76, próximo ao IDH de Minas Gerais que é de 0,80. Monte Carmelo é uma cidade da região do Alto do Paranaíba que possui atividades econômicas diversas, na qual se destaca a produção do café, indústria cerâmica, agropecuária, entre outras. O município conta com várias instituições de ensino, sendo seis escolas estaduais de ensino fundamental e médio, três instituições de ensino superior particular e uma instituição de ensino superior pública, um dos campi da Universidade Federal de Uberlândia.

#### 1.4. Aspectos geográficos

##### Indicadores

O município possui uma área de extensão de 1.343,035 km<sup>2</sup>.

Quadro 1 - Distribuição total da população de Monte Carmelo no ano de 2009.

|                              |        |
|------------------------------|--------|
| População residente – rural  | 5.672  |
| População residente – urbana | 40.100 |

“Fonte: IBGE, 2010.”

Nº. Aproximado de domicílios e famílias, 17 200.

#### 1.5. Aspectos socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida comparativa usada para classificar os países ou determinada região pelo seu grau de desenvolvimento humano, tendo como critérios de avaliação os índices de educação, longevidade e a renda per capita. O IDH é utilizado no Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e seus valores variam entre 0,4999 (baixo), 0,5 a 0,799 (médio) e acima de 0,8 (alto). Quanto mais próximo de 1,0, melhor é o IDH de determinada região ou país (PNUD BRASIL. PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2010).

Quadro 2 - Evolução do IDH de Monte Carmelo, Minas Gerais e Brasil, nos anos de 2000 e 2010.

| Região       | Monte Carmelo |       | Minas Gerais |       |
|--------------|---------------|-------|--------------|-------|
|              | 2000          | 2010  | 2000         | 2010  |
| IDH          | 0,603         | 0,728 | 0,624        | 0,731 |
| IDH de renda | 0,669         | 0,716 | 0,680        | 0,730 |

|                 |       |       |       |       |
|-----------------|-------|-------|-------|-------|
| IDH Longevidade | 0,766 | 0,868 | 0,759 | 0,838 |
| IDH Educação    | 0,428 | 0,620 | 0,470 | 0,638 |

“Fonte: (www.pnud.org.br/idh).”

Quadro 3 - Taxa de Urbanização de Monte Carmelo no ano de 2009.

|                                       |        |
|---------------------------------------|--------|
| Taxa de urbanização                   | 87,6 % |
| Taxa de urbanização entre as mulheres | 88,7 % |
| Taxa de urbanização entre os homens   | 86,5 % |

“Fonte: IBGE, 2010.”

A renda Média Familiar é R\$1,645. O sistema de abastecimento de água na zona urbana no município é feito pela captação em córregos (55%) e poços artesianos (45%), suprido pelo Departamento Municipal de água e esgoto (DMAE). O abastecimento é dividido em seis sistemas principais.

Na zona rural, distrito Celso Bueno (34 km), o abastecimento de água é realizado pelo DMAE de Monte Carmelo e não são cobradas taxas decorrentes do uso da água. No Povoado de Gonçalves (21 km) é feito por meio de um poço profundo sem tratamento, todas as ruas são abastecidas e não são cobradas tarifas. No Povoado de Perdizes (12 Km), é feito pelo DMAE, com captação por meio de um poço profundo e não há tratamento da água. Em Buritis do Gonçalves (28 km) há um projeto para a perfuração de um poço profundo.

Em Brejãozinho (18 km), o abastecimento de água é feito por um poço raso, com reforço do caminhão pipa do DMAE e não há tratamento da água. Na comunidade Tijuca (15 km), o abastecimento é por micro poço e reforço do caminhão pipa. O por cento (%) de recolhimento de esgoto por rede pública é 90,64%. A coleta do lixo é realizada diariamente, exceto aos sábados, domingos e feriados. A destinação final do lixo e

seu tratamento são realizados no aterro sanitário em Monte Carmelo, localizado no Km 25 da rodovia MG 190.

A principal atividade econômica da cidade é a produção de telhas, tijolos, artefatos cerâmicos, além de ter destaque na produção de curtume e embalagens, bem como, na produção de café, onde há grãos de altíssima qualidade servindo o Brasil com o café do cerrado carmelitano. O município, juntamente com Araguari, Uberaba e Patrocínio, está no eixo de destaque da produção do melhor café do cerrado para exportação, no Brasil.

Segundo os dados do IBGE no ano de 2013 (quadro 4), o número de empresas atuantes no município foi de 1.684 unidades e o pessoal ocupado assalariado, de 8.466 pessoas (BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

Quadro 4 - Comportamento das empresas atuantes e pessoal ocupado em Monte Carmelo no ano de 2013.

|                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| Número de Empresas atuantes | 1.684 Unidades       |
| Número de unidades locais   | 1.733 Unidades       |
| Pessoal ocupado assalariado | 8.466 Pessoas        |
| Pessoal ocupado total       | 10.662 pessoas       |
| Salário médio mensal        | 1,7 Salários mínimos |

“Fonte: IBGE, Cadastro Central de Empresas 2012. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.”

### 1.6. Aspectos demográficos

Tabela 1 - Total da população do Município de Monte Carmelo – MG, no ano de 2009.

| Faixa etária | Homens | Mulheres | Total |
|--------------|--------|----------|-------|
|--------------|--------|----------|-------|

|                |       |       |       |
|----------------|-------|-------|-------|
| Menor de 1 ano | 314   | 1153  | 1467  |
| 1-4            | 1171  | 283   | 1454  |
| 5-9            | 1715  | 1603  | 3318  |
| 10-14          | 1985  | 1945  | 3930  |
| 15-19          | 1980  | 1982  | 3962  |
| 20-24          | 2018  | 1869  | 3887  |
| 25-39          | 5799  | 5538  | 11337 |
| 40-59          | 5830  | 5761  | 11591 |
| + 60           | 2254  | 2572  | 4826  |
| Total          | 23066 | 22706 | 45772 |

“Fonte: IBGE, 2010.”

A densidade demográfica do Monte Carmelo é 35.29 hab/km<sup>2</sup> com uma taxa de crescimento anual de 1,1 ate 1,2 %.

Quadro 5 - Taxa de Escolarização do Município de Monte Carmelo – MG, no ano de 2009.

|   |       |
|---|-------|
| Taxa de analfabetismo das mulheres de 15 anos ou mais | 6,8 % |
| Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais  | 6,9 % |
| Taxa de analfabetismo dos homens de 15 anos ou mais   | 7,1 % |

“Fonte: IBGE, 2010.”

A Incidência da Pobreza é 25,57 % e da Pobreza Subjetiva, 21,29 %. O último censo (IBGE 2010) denotou que as pessoas em situação de extrema pobreza, ou seja, com renda familiar per capita inferior a R\$ 70,00 era de 516 pessoas, equivalente a 1,1% da população municipal, e

que a população que possuíam renda mensal de até ¼ salário mínimo eram 1458 habitantes. Em conformidade com o cadastro único fornecido pela secretaria de ação social, as famílias inscritas cuja renda per capita é inferior a R\$ 70,00 é de 1.168 famílias.

O Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) é um indicador criado pelo governo federal para medir a qualidade do ensino nas escolas públicas. O último IDEB realizado em 2013 declarou a nota do Brasil com 5,2 pontos nos anos escolares iniciais (1ª a 4ª série), 4,2 nos anos finais (5ª a 9ª série) do ensino fundamental e 3,7 pontos no Ensino Médio (1ª a 3ª série).

Em monte Carmelo o último IDEB, realizado em 2013, foi de 6,5%. Nos últimos anos o município tem melhorado o indicador superando a meta proposta de 5.5 %.

### **1.7. Sistema Local de Saúde**

A população (%) usuária da assistência á saúde no SUS é 91,65%.O Conselho Municipal de Saúde está composto por sua presidenta Ismelinda Maria Diniz Mendes, o Vice-Presidente, Ernandes Mota Leite e a Secretaria, Andreia Cristina Gonçalves. Foi instituído pela lei Municipal 1.568 de 01 de março de 1994 e criado pela Lei Municipal 813 de 27 de agosto de 2009. Trata-se de um conselho paritário composto por 4 trabalhadores de saúde, 3 prestadores de serviço, 3 gestores e 14 usuários.

### **1.8. Programa Saúde da Família**

A rede de atenção básica á saúde é composta por dez Equipes de Saúde da Família tipo I, uma tipo II (cobertura – 73,6%), cinco Equipes de Saúde Bucal e uma equipe no Centro de Saúde Ilídio Martins (cobertura – 6,6%). Estas unidades possuem território e população bem definidos, gerenciam informações dos nascimentos, óbitos e doenças de notificação compulsória.

Existe uma Unidade de Saúde da Família para aproximadamente 3.500

habitantes, com equipes multiprofissionais envolvendo médicos nas especialidades básicas (clínicos, pediatras), enfermeiros (com responsabilidades voltadas para as áreas da mulher, criança, adolescentes, adultos, trabalhador e idosos), dentistas, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário.

### **1.8. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)**

O NASF 1 possui duas equipes, as quais são compostas por cinco profissionais de nível superior em cada equipe, a saber: Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Profissional da Educação Física.

### **1.9. Sistema de referência e contra referência e redes de média e alta complexidade**

No Sistema de Referência, Contra referência e redes de média e alta Complexidade, Monte Carmelo possui duas unidades próprias de referência com atendimento especializado, sendo uma Policlínica e um Centro de Saúde “Ilídio Martins Mundim Sobrinho”.

1. Policlínica Central, Rua Joaquim Resende, nº 04 - Boa vista.

2. Centro de saúde Ilídio Martins, Rua do Contorno, nº 153 - Triângulo.

Também existem outros centros de referência, os quais possuem equipes multiprofissionais que exercem assistência à saúde focada a grupos de risco específicos como, por exemplo, a rede de atenção psicossocial, composta por um CAPS tipo II, duas residências terapêuticas (uma masculina e outra feminina) e um ambulatório de saúde mental.

A Atenção à saúde do trabalhador desempenha suas ações em parceria com a rede de atenção básica (saúde da família), hospitais, pronto socorro, empresas e Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). As ações são realizadas por um médico, um enfermeiro e um técnico em enfermagem. Há atendimento da equipe em horário noturno (18:00 –

21:00) nos dias de segunda, terça e quinta-feira, não atendendo em outros horários.

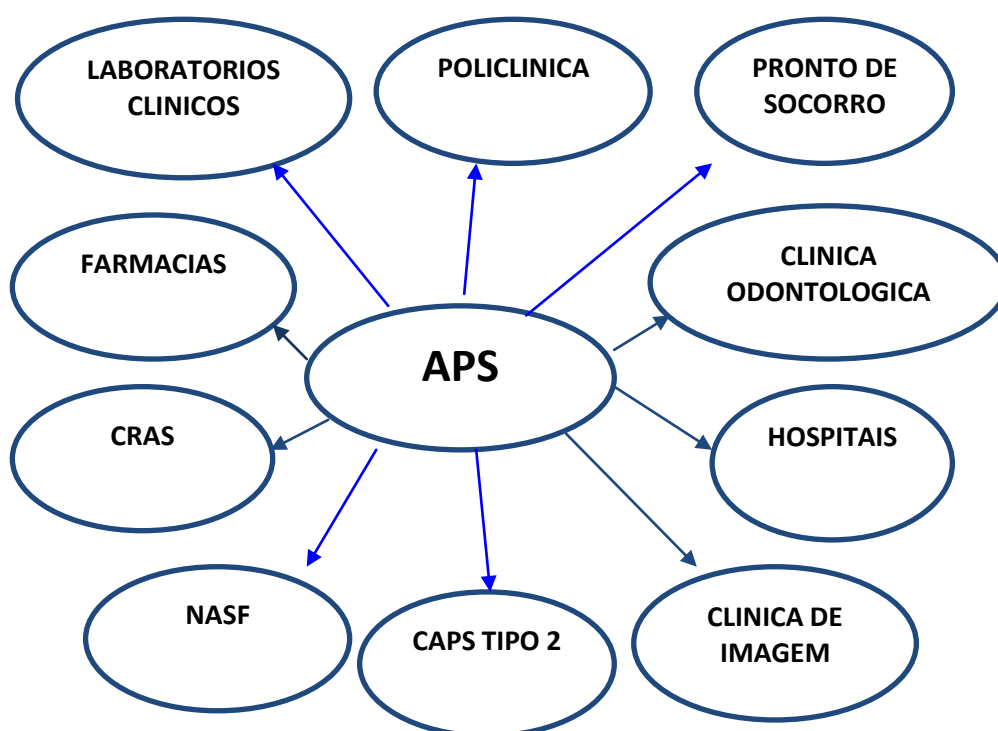
O município possui uma rede de atenção hospitalar que é composta por dois hospitais gerais, que fazem atendimento particular e conveniado ao Sistema Único de Saúde, totalizando 81 leitos. Estes estabelecimentos realizam procedimentos de baixa e média complexidade nas áreas de ginecologia e obstetria, clínica médica, cirúrgica, traumatologia e ortopedia.

No Sistema de Urgência e Emergência possui um Pronto Socorro com capacidade para 16 leitos de observação, serviço de transporte de pacientes em UTI móvel e ambulâncias comuns. Conta com serviço de SUS Fácil e o Protocolo de Manchester. O Pronto Socorro Municipal fica na Rua Odilon Rodrigues, nº 272 – Planalto.

Prestadores de Serviços Conveniados a SMS, Monte Carmelo.

1. Hospital e Maternidade Virgílio Rosa.
2. Hospital Santa Terezinha.
3. Laboratório Santa Clara.
4. Laboratório Labor-monte.

Figura 1 - Rede de atenção á saúde, Monte Carmelo, 2014.





É possível compreender que em Monte Carmelo existe uma Rede de atenção á saúde que conta com dez unidades básicas de saúde, um CAPS tipo 2, um centro odontológico, um pronto de socorro que atende aos pacientes com doenças de média complexidade, policlínica central com serviços de ortopedia, pediatria, neurologia, angiologia, ginecologia, obstetrícia e cirurgia geral. Existe, também, farmácia de Minas, hospitais com serviço de maternidade, laboratórios e clínica de imagem que oferece Radiografia, USG, e Tomografia, além do NASF e CRAS.

Quadro 6 - Recursos Humanos em Saúde da cidade de Monte Carmelo, no ano de 2014.

| <b>Setor</b>                | <b>Total</b> |
|-----------------------------|--------------|
| Atenção básica              | 7            |
| PSF                         | 125          |
| CAPS                        | 15           |
| Controle de endemias        | 39           |
| Farmácia municipal          | 8            |
| NASF                        | 7            |
| Odontologia municipal       | 31           |
| Centro de Saúde (Triângulo) | 15           |
| Policlínica Central         | 14           |
| Posto Buritis               | 1            |
| Posto Gonçalves             | 1            |
| Melhor em casa              | 8            |
| Pronto socorro              | 99           |

|                                    |     |
|------------------------------------|-----|
| Residência terapêutica feminina    | 6   |
| Residência terapêutica masculina   | 6   |
| Secretaria                         | 13  |
| Tratamento fora de domicílio - TFD | 12  |
| Vigilância em saúde                | 1   |
| Vigilância epidemiológica          | 5   |
| Vigilância sanitária               | 11  |
| Total                              | 424 |

A carga horária semanal do médico é de 32 horas na UBS e 8 horas para estudo, enquanto, os outros trabalhadores da UBS (enfermeira, técnicos em enfermagem, dentista, auxiliar de odontologia, agentes comunitários e trabalhadora de serviço geral) atuam com carga de 40 horas. O horário de trabalho é das 7:00 as 11:00 e, posteriormente, das 13:00 as 17:00 horas.

#### **1.10. Território e área de abrangência**

O PSF Arthur Rosa Penna está localizado na Rua Rio Doce, tem um total populacional de 3500 pessoas e 1200 famílias. O Nível de alfabetização é Médio e fundamental. As pessoas com idade laboral trabalham, na maioria dos casos, em serviços públicos gerais e auxiliares de produção, bem como, atuam em atividades rurais, ceramistas e construção civil. A maioria dos habitantes mora no meio urbano e uma pequena minoria no meio rural. Vivem do trabalho e da produção agrícola e morrem por doenças como o câncer, cardiopatias, hipertensão e diabetes.

#### **1.11. Aspectos epidemiológicos**

Os dados de morbidade estão apresentados na Tabela 2, a seguir.

Tabela 2 - Morbidade referida segundo a microárea na área de abrangência da UBS, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, 2015.

| <b>Morbida-<br/>de<br/>referida</b>   | <b>Mi-<br/>cro 1</b> | <b>Mi-<br/>cro 2</b> | <b>Mi-<br/>cro 3</b> | <b>Mi-<br/>cro 4</b> | <b>Mi-<br/>cro 5</b> | <b>Mi-<br/>cro 6</b> | <b>Total</b> |
|---------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| <b>Alcoolis-<br/>mo</b>               | 8                    | 2                    | 4                    | 1                    | 1                    | 4                    | 20           |
| <b>Doença<br/>de<br/>Chagas</b>       | 3                    | 3                    | 0                    | 1                    | 0                    | 0                    | 7            |
| <b>Deficiên-<br/>cia</b>              | 4                    | 5                    | 4                    | 1                    | 0                    | 3                    | 17           |
| <b>Epilepsia</b>                      | 3                    | 1                    | 0                    | 1                    | 0                    | 6                    | 11           |
| <b>Diabetes</b>                       | 13                   | 14                   | 14                   | 14                   | 10                   | 8                    | 73           |
| <b>Hiperten-<br/>são<br/>Arterial</b> | 52                   | 70                   | 79                   | 46                   | 45                   | 25                   | 317          |
| <b>Tubercu-<br/>lose</b>              | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    | 1                    | 0                    | 1            |
| <b>Hanse-<br/>níase</b>               | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    | 0                    | 0            |

A área de abrangência da UBS é dividida em seis microáreas. Os dados da tabela evidenciam o predomínio dos pacientes hipertensos (317) seguidos dos diabéticos (73), portadores de alcoolismo (20) e com deficiências (17).

Tabela 3 - Pacientes portadores de Diabetes, segundo a microárea na área de abrangência da UBS, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, 2015.

| <b>Diabéticos</b> | <b>Mi-cro 1</b> | <b>Mi-cro 2</b> | <b>Mi-cro 3</b> | <b>Mi-cro 4</b> | <b>Mi-cro 5</b> | <b>Mi-cro 6</b> | <b>Total</b> | <b>%</b> |
|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|----------|
| <b>por</b>        |                 |                 |                 |                 |                 |                 |              |          |
| <b>sexo</b>       |                 |                 |                 |                 |                 |                 |              |          |
| <b>Masculinos</b> | 5               | 6               | 4               | 6               | 5               | 3               | 29           | 39,72    |
| <b>Femininos</b>  | 8               | 8               | 10              | 8               | 5               | 5               | 44           | 60,27    |
| <b>Total</b>      | 13              | 14              | 14              | 14              | 10              | 8               | 73           | 100      |

Do total de pacientes portadores de Diabetes, existe predomínio no sexo feminino (60,27%).

## 2. JUSTIFICATIVA

O diabetes mellitus” (DM) é um transtorno metabólico de etiologia variado caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O DM vem incrementando sua importância pela sua crescente prevalência e, habitualmente, está associada á outras doenças crônicas como dislipidemia e á hipertensão arterial .

É um problema de saúde considerado de condição sensível á atenção primária, o bom manejo deste problema, na atenção básica, evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará, em especial, nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada (VICENTE, 2013).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população, o DM aumenta de acordo com a idade da população: 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença (VICENTE, 2013).

As metas do controle do DM em adultos são: Glicemia de jejum (mg/dl) de 70 a 130, glicemia pós-prandial (mg/dl) menor de 180, Hemoglobina

glicada A1c (%) menor de 7, Índice de Massa Corporal (IMC-kg/m<sup>2</sup>) menor de 25 (STEFANI;BARROS, 2013).

São frequentes os casos de pacientes portadores de diabetes que apresentam níveis elevados de glicose, ou seja, que não possuem bom controle de sua doença. A falta de conhecimentos dos usuários sobre a importância das mudanças de estilo de vida e do tratamento adequado da diabetes mellitus é evidente durante as consultas médicas e de enfermagem. Portanto, devido à alta incidência de pacientes diabéticos descompensados da área de abrangência na UBS Arthur Rosa Penna o projeto de intervenção proposto será importante e possibilitará a melhora das condições de saúde e de vida dos diabéticos, reduzirá a morbimortalidade por essa doença e indiretamente os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle desses pacientes.

Assim, a partir da abordagem multidisciplinar, espera-se que ocorra maior adesão dos pacientes às mudanças de estilo de vida, uso correto da medicação, preocupação com o controle da doença, para que possa alcançar melhor qualidade de vida de cada paciente.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar plano de ação para o controle do diabetes na UBS Arthur Rosa Penna em Monte Carmelo, Minas Gerais.

#### **3. 2 Objetivos Específicos**

- Identificar os fatores determinantes da elevada incidência de pacientes diabéticos com controle glicêmico inadequado na área de abrangência da UBS Arthur Rosa Penna do município Monte Carmelo, Minas Gerais.
- Propor um plano de ação educativo para modificar hábitos e estilos de vida em pacientes diabéticos e fomentar o conhecimento sobre a Diabetes Mellitus e suas complicações na área de estudo.

#### 4. METODOLOGIA

Para a elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento nas ações de saúde para a diminuição dos pacientes diabéticos descompensados na UBS Arthur Rosa Penna, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

**1ª Etapa: Diagnóstico situacional** - Foi realizado por meio de estimativa rápida, com a colaboração da equipe de saúde, sendo este um método que constitui um modo de obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, em curto período de tempo, sem gastos, constituindo uma importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento participativo. Os dados levantados por meio deste método foram coletados em três fontes principais: nos registros escritos existentes, em entrevistas com informantes-chaves utilizando roteiros e questionários curtos, além da observação ativa da área.

**2ª Etapa: Revisão bibliográfica** - Para a revisão de literatura, optou-se por uma pesquisa através do acesso ao centro de informação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) através da base de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde. (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), acerca dos fatores responsáveis do controle glicêmico ruim da diabetes mellitus. Estabeleceram-se como critérios para a seleção da amostra os artigos publicados no Brasil com o texto completo disponível e que estavam em língua portuguesa, referindo-se aos descritores diabetes mellitus e controle da diabetes.

Para Vasconcelos (2004) a revisão bibliográfica ou de literatura representa uma modalidade de estratégia de abordagem a ser utilizada dentro de seções particulares de pesquisas inspiradas no paradigma da complexidade, principalmente nos tópicos de contextualização, dada a característica de multiperspectivismo necessária no enquadramento de



um objeto.

Após este processo foi realizada uma proposta para a elaboração do plano de ação que será aplicado pela equipe da UBS Arthur Rosa Penna.

**3ª Etapa: Elaboração do plano de ação** - Foi realizada utilizando-se os métodos descritivos no módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

- **1º passo \_ Definição dos problemas** - Realizou-se levantamento dos problemas principais e mais frequentes na área de abrangência.
  1. Alto índice de hipertensão arterial.
  2. Alto índice de pacientes descompensados de diabetes mellitus.
  3. Alto índice de pacientes descompensados de hipertensão arterial.
  4. Falta de higiene em algumas residências.
  5. Alta prevalência de pacientes com transtornos mentais, por exemplo, transtorno ansioso e depressão.
  6. Alto índice de tabagistas.
  7. Alto consumo de álcool.
- **2º passo \_ Priorização dos problemas** - Após os dados coletados na definição dos problemas, concluiu-se que a elevada incidência de Diabéticos descompensados é o principal problema de saúde da área da UBS Arthur Rosa Penna.
- **3º passo \_ Seleção dos “nós críticos”** - Identificaram-se os seguintes nós críticos.
  1. Hábitos nutricionais inadequados.
  2. Baixo nível de conhecimento sobre Diabetes e suas

complicações.

3. Alto índice de sedentarismo e obesidade.

4. Abandono do tratamento medicamentoso.

- **4º passo \_ Desenho das operações** - A partir da identificação dos nós críticos, definiu-se os fatores importantes para o bom controle da DM, as mudanças nos hábitos de vida e aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a doença.

### **Operação - Projeto**

1. **Mais saúde** - Modificar hábitos alimentares não saudáveis.
2. **Viver melhor** - Proporcionar atividade física supervisionada.
3. **Saber +** - Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a diabetes e suas complicações e a importância de manter um tratamento.

## **5. REFERENCIAL TEÓRICO - REVISÃO DA LITERATURA**

### **5.1 Revisão da Literatura**

Um aumento no número de casos de diabetes vem sendo observado em vários países em desenvolvimento. O conhecimento das estimativas de prevalência dessa morbidade é fundamental, a fim de que seja possível estabelecer políticas públicas específicas de prevenção e atenção á saúde (CASADO, 2010).

No caso das doenças crônicas que levam á ampla utilização dos serviços de saúde, os agravamentos podem ocorrer, mas são mais frequentes quando não há acompanhamento regular pela atenção primária. O papel da atenção primária á saúde é reduzir as internações por complicações agudas da doença, as readmissões e o tempo de permanência no hospital (ALFRADIQUE, 2009).

O plano alimentar deve ser personalizado de acordo com a idade, sexo, estado metabólico, situação biológica, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica e disponibilidade dos alimentos em determinada região. Devem-se evitar carboidratos simples (açúcar, mel, garapa, melado, rapadura e doces em geral), principalmente, no indivíduo diabético (DUARTE, 2002).

Estimativas nacionais apontam para um alto índice de sedentarismo em nossa população, mais da metade das pessoas exercem muito pouca ou nenhuma atividade física. Hábito de vida sedentário tem sido a tônica em especial nos grandes centros urbanos. Incrementar o conhecimento e envolvimento da população sobre os benefícios da atividade física constitui uma estratégia importante no controle e prevenção da diabetes e hipertensão arterial. A meta é fazer com que pessoas sedentárias passem a ser um pouco ativas e que as pouco ativas se tornem regularmente ativas, incorporando a atividade física em sua rotina de vida (DUARTE, 2002).

A orientação nutricional e a prescrição da dieta para controle de usuários

com DM associadas a mudanças no estilo de vida, incluindo a atividade física, são consideradas terapias de primeira escolha. Elas são capazes de melhorar a sensibilidade à insulina, diminuir os níveis plasmáticos de glicose, reduzir a gordura visceral e, a circunferência abdominal, melhorando o perfil metabólico do usuário. A perda moderada de peso (5% do peso corporal) em usuários com DM encontra-se associada com diminuição da resistência à insulina, melhora dos níveis glicêmicos e lipídicos e redução da pressão arterial (MEIRELES, 2013).

Quanto maior o nível de hemoglobina glicada A1c, maior o risco de complicações renais, oftalmológicas, cardíacas, neurológicas e microvasculares do diabetes. Um diabético é considerado bem controlado se seus níveis estiverem abaixo de 7 %, mas este nível varia de 6 a 8 %, dependendo das características do paciente. Níveis acima de 8 % indicam necessidade de reajuste do tratamento (OLIVEIRA; PEDROSO, 2014).

No diabetes do adulto, a primeira orientação é reduzir o excesso de peso. Todo diabético com sobrepeso deve receber orientações adequadas para perder inicialmente cerca de 5 a 10% do peso o que reduz a resistência à insulina e aumenta secreção de insulina pelas células beta, facilitando o controle metabólico. A atividade física regular nos diabéticos, para profilaxia de doença cardiovascular e diversos outros problemas crônicos de saúde, as recomendações de manter uma atividade física regular é basicamente a mesma e consiste em atividade física moderada por um mínimo de 30 minutos 3 a 5 vezes por semana (OLIVEIRA; PEDROSO, 2014).

## 6. PLANO DE AÇÃO

### 6.1. Identificação dos problemas de saúde

- Alto índice de hipertensão arterial.
- Alto índice de pacientes descompensados de diabetes mellitus.
- Alto índice de pacientes descompensados de hipertensão arterial.
- Falta de higiene em algumas residências.
- Alta prevalência de pacientes com transtornos mentais, por exemplo, transtorno ansioso e depressão.
- Alto índice de tabagistas.
- Alto consumo de álcool.

### 6.2. Priorização dos problemas

O segundo passo consistiu na priorização dos problemas sendo que os critérios utilizados para a seleção dos problemas foram: importância do problema, sua urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe.

A importância foi classificada em alto, médio e baixo. Utilizou-se o critério de pontuação segundo a urgência, sendo possível nota de um a dez. Quanto à capacidade de enfrentamento da equipe classificou-se a demanda, total ou parcialmente nas possibilidades da equipe de solução de problema.

Quadro 7 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família PSF Arthur Rosa Penna. 2015

| <b>Problemas</b> | <b>Importância</b> | <b>Urgência</b> | <b>Capacidade de enfrentamento</b> | <b>Seleção</b> |
|------------------|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
|                  |                    |                 |                                    |                |

|  |       |   |         |   |
|--|-------|---|---------|---|
| Alto índice de diabéticos descompensados                         | Alta  | 9 | Parcial | 1 |
| Alto índice de HAS   | Alta  | 7 | Parcial | 2 |
| Alto índice de hipertensos descompensados                        | Media | 6 | Parcial | 3 |
| Alta prevalência de pacientes com transtorno ansioso e depressão | Media | 5 | Parcial | 4 |

O terceiro passo desenvolvido foi a descrição do problema selecionado, alto índice de pacientes com diabetes, descompensados, para o qual foram selecionados descritores, conforme quadro 8.

Quadro 8 - Descritores do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família PSF Arthur Rosa Penna. 2015

| <b>Indicadores</b>                              | <b>Valores</b> |
|---|----------------|
| Total de população                              | 3500           |
| Total de diabéticos                             | 73             |
| Total de diabéticos masculinos                  | 29             |
| Total de diabéticos femininos                   | 44             |
| Total de diabéticos obesos                      | 37             |
| Total de diabéticos sobrepesos                  | 18             |
| Total de diabéticos com controle glicêmico ruim | 41             |

“Fonte: Prontuários da UBS.”

### **6.3. Identificação dos "nós críticos" do problema**

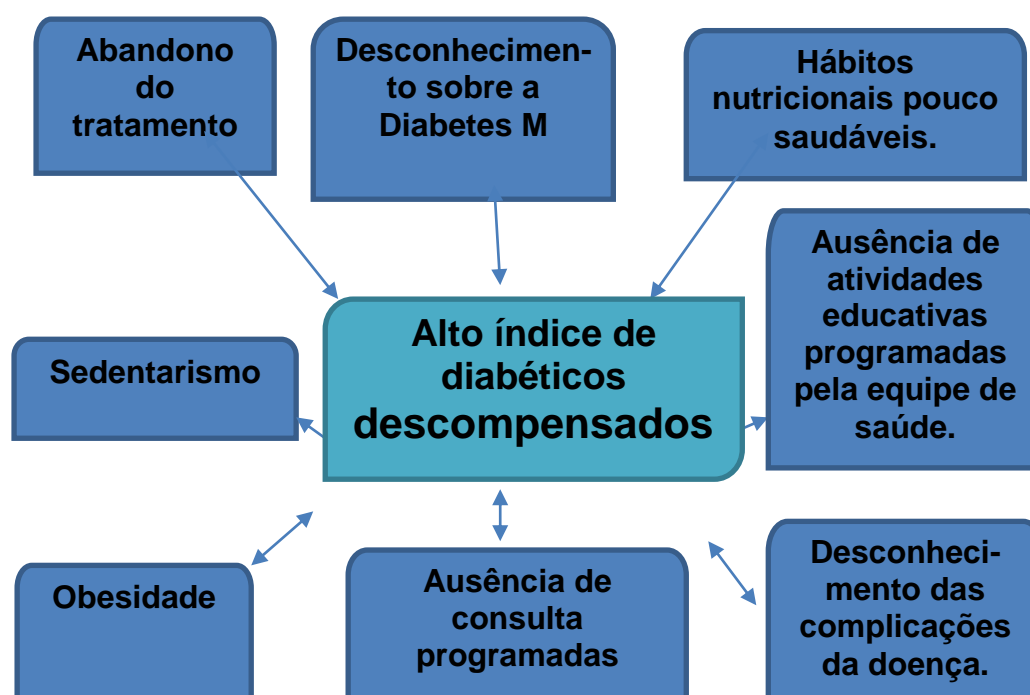
O “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacado” é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz, também, a ideia de algo sobre o qual possa haver intervenção,

ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade do responsável (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A equipe de saúde identificou os seguintes nós críticos:

1. Hábitos nutricionais inadequados.
2. Baixo nível de conhecimento sobre Diabetes e suas complicações.
3. Alto índice de sedentarismo e obesidade.
4. Abandono do tratamento medicamentoso.

Figura 2 - Explicação do problema selecionado no diagnóstico da área de abrangência da unidade de saúde da família “Arthur Rosa Penna”. 2015.



Depois de fazer as análises pertinentes e as revisões das referências, a equipe encontrou que o alto índice de pacientes diabéticos descompensados é o principal problema de saúde da população da área de abrangência.

#### 6.4. Elaboração do Plano de ação

Desenho de operações para os “nós” críticos do problema alta incidência de pacientes diabéticos descompensados.

### 6.4.1. Desenho de operações

Quadro 9 - Desenho de operações para os “nós críticos” do problema da Alta incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG, 2015.

| Número do crítico                     | Operação/projeto   | Resultados esperados  | Produtos esperados  | Recursos necessários   |
|---------------------------------------|--|---|---|--|
| Hábitos e estilo de vida inadequados. | <b>Mais Saúde:</b><br>Modificar hábitos e estilo de vida.  | Diminuir em 20% o número de sedentários e obesos em um ano.                           | Programa de caminhada orientada.<br>Campanha educativa em consulta médica.<br>Atividades grupais junto aos agentes comunitários de saúde. | Organizar as caminhadas.<br>Cognitivo:<br>Informação sobre o tema e estratégias de comunicação, capacitação do pessoal.<br>Financeiro:<br>Aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos. |
| Nível de informação                   | <b>Saber +:</b><br>Aumentar o nível de informação dos pacientes sobre a diabetes e suas complicações e a importância de manter um tratamento adequado. | Pacientes diabéticos mais informados sobre a doença e complicações.                   | Avaliação do nível de informação dos diabéticos sobre a doença;<br>Programas educacionais com diabéticos.                                 | Cognitivo, conhecimento sobre estratégias de comunicação;<br>Político, articulação com setor de educação.  |
| Estrutura dos serviços                | Melhorar a estrutura do serviço da equipe de saúde para o atendimento de diabéticos.   | Garantia de medicamentos e exames previstos nos protocolos para o 90 % de diabéticos. | Capacitação do pessoal, compra de exames e medicamentos   | Políticos, decisão de recursos para estruturar o serviço;<br>financeiros, aumento da oferta de exames.   |



#### 6.4.2. Identificação dos recursos críticos

O quadro 10 permite uma visualização dos recursos críticos definidos para o problema enfrentado.

Quadro 10 - Recursos críticos definidos para o problema enfrentado: Alta incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG, 2015.

| <b>Operação projeto</b>  | <b>Recursos Críticos</b>   |
|--|--|
| <b>Mais saúde:</b> Modificar hábitos alimentares não saudáveis.                        | Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.                            |
| <b>Viver melhor:</b> proporcionar atividade física supervisionada.                     | Político: articulação Inter setorial.  |
| <b>Saber +:</b> Fomentar o conhecimento sobre a Diabetes Mellitus e suas complicações. | Políticos: Mobilização social e articulação Inter setorial com rede de ensino. |

#### 6.4.3. Análise da Viabilidade

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais dos recursos controlam cada um desses atores; qual é a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano e então, definir operações e ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos.

O quadro 11 descreve as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e ações estratégicas.

Quadro 11 - Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de intervenção para o enfrentamento da Alta incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG, 2015.

| Operação projeto  | Recursos Críticos   | Controle dos recursos Críticos                     |           | Ação estratégica                         |
|---|---|--|-----------|--|
|   |   | Ator que controla                                  | Motivação |  |
| <b>Mais saúde:</b><br>Modificar hábitos alimentares não saudáveis                         | Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais.   | Secretaria de saúde                                | Favorável | Apresentar demanda                       |
| <b>Viver melhor:</b><br>proporcionar atividade física supervisionada.                     | Político:<br>articulação Inter setorial.  | Secretaria de saúde                                | Favorável | Apresentar projeto de ação especificada  |
| <b>Saber +:</b><br>Fomentar o conhecimento sobre a Diabetes Mellitus e suas complicações. | Político:<br>Conseguir espaços na rádio, para debates do tema sobre a Diabetes M<br>Financeira:<br>Aquisição de recursos para o equipamento material: mídias audiovisuais, material didático educativo. | Setor de Comunicação social<br>Secretaria de Saúde | Favorável | Apresentar projeto de ação especificada. |

#### 6.4.4. Elaboração do Plano Operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las.

Quadro 12 - Plano operativo para enfrentamento do problema Alta incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG, 2015.

| <b>Operação Projeto</b>   | <b>Resultados Esperados</b>  | <b>Produtos</b>   | <b>Ação Estratégica</b>   | <b>Responsável</b>       | <b>Prazo</b>                          |
|---|--|---|---|--------------------------|---------------------------------------|
| <b>Mais saúde</b><br>Modificar hábitos alimentares não saudáveis.   | Diminuir em 25% o número de pessoas que fazem uso excessivo de gorduras saturadas, doces, açúcar.<br>Período de 1 ano. | Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis.   | Apresentar demanda de aquisição de materiais audiovisuais.                    | ACS, médico, enfermeira. | 3 meses para o início das atividades. |
| <b>Viver Melhor</b><br>proporcionar atividade física supervisionada.  | Diminuir em 20% o número de Sedentários e obesos para o período de 1 ano.  | Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados.   | Apresentação de projeto de ação específico.                                   | ACS, Médico, Enfermeira  | 3 meses para início das atividades.   |
| <b>Saber +</b><br>Fomentar o conhecimento sobre maior risco de complicações em diabéticos com controle glicémico ruim | População mais consciente e informada sobre causas e consequências da glicose elevada.<br>Período de 1 ano.            | Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema do Diabetes Mellitus, Campanhas de Promoção e Prevenção sobre a doença; Palestras, Falatórios por rádio locais<br>Informação em imprensa de os temas da intervenção. | Que o pessoal que trabalha em posto de saúde tinha boa preparação neste tema. | UBS                      | 3 meses para o início das atividades  |

#### 6.4.5. Gestão do plano

É necessário um sistema de gestão para coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções de rumo necessárias. Esse sistema de gestão deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. O sucesso de um plano, ou pelo menos a possibilidade de que ele seja efetivamente implementado, depende de como será feita sua gestão (CAMPOS et al., 2010).

Quadro 13 - Gestão do plano para enfrentamento do problema Alta incidência de Diabéticos descompensados da equipe de saúde da família, Arthur Rosa Penna, bairro Vila Dourada, município de Monte Carmelo, MG, 2015.

| <b>Operação, Projeto</b>   | <b>Produtos</b>  | <b>Respon-sável</b>     | <b>Prazo</b>                       | <b>Situação Atual</b> | <b>Justificati-va</b> | <b>Novo Prazo</b> |
|--|--|-------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| <b>Mais saúde</b><br>Modificar hábito alimentar não saudável         | Elevar o nível de informação do grupo acerca da prática alimentar saudável | ACS, médico, Enfermeira | 3 meses para início das atividades |                       |                       |                   |
| <b>Viver melhor</b><br>Proporcionar atividade física supervisionada. | Programa de caminhadas e exercícios físicos orientados                     | ACS, médico, Enfermeira | 3 meses para início das atividades |                       |                       |                   |

|  |   |            |   |  |  |  |
|--|---|------------|---|--|--|--|
| <p><b>Saber +</b><br/>Fomentar o conhecimento sobre a doença Diabetes Mellitus e suas complicações</p> | <p>Avaliação do nível de conhecimento dos participantes em tema de Diabetes Mellitus, Campanhas de Promoção e Prevenção sobre a doença. Palestras Falatórios por rádio local Informação em imprensa de os temas da intervenção.</p> | <p>UBS</p> | <p>3 meses para início das atividades</p> |  |  |  |
|--|---|------------|---|--|--|--|

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prevalência de Diabetes está aumentando e as evidências científicas demonstram que o bom controle da glicemia em pessoas com diabetes pode reduzir a progressão dos danos e a mortalidade. O plano de intervenção se mostra uma ferramenta extremamente útil para auxiliar a equipe de saúde a diminuir a elevada incidência de diabéticos descompensados na Unidade e, assim, reduzir a morbimortalidade, os custos médicos e socioeconômicos relacionados ao mau controle da doença, além de melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

## 5. REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis á atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

BRASIL a. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em:

BRASIL b. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília,[online], 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em:

DUARTE DA FONSECA, CLÁUDIO. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento\\_e\\_avaliacao\\_das\\_acoes\\_de\\_saude\\_2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3)>. Acesso em:

CASADO CL. Prevalência de Fatores de Risco para Doenças Não Transmissíveis na população adulta de 18 capitais brasileiras: um inquérito domiciliar. 2010. Disponível em:

[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Leticia\\_Casado\\_pr\\_avalencia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/Leticia_Casado_pr_avalencia.pdf)

CORRÊA, E.J.; VASCONCELOS, M. ; SOUZA, S. L.. **Iniciação á metodologia:** textos científicos. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Modulo/3>>. Acesso em:

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F.J.U. (Org.). Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

MEIRELES A. Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica, Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

MONTE CARMELO, WIKIPÈDIA. Disponível em: <[https://pt.wikipedia.org/wiki/Monte\\_Carmelo\\_\(Minas\\_Gerais\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Monte_Carmelo_(Minas_Gerais))>. Acesso em:

VICENTE TAVARES, ANGELA MARIA. Ministério da saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36, Brasília, 2013.

OLIVEIRA, REYNALDO GOMES DE; PEDROSO, ENIO ROBERTO PIETRA. Blackbook- Clínica Médica. Belo Horizonte: Blackbook Editora, 2014. 816p

PNUD BRASIL. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento, 2010. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh>>. Acesso em:

PREFEITURA DE MONTE CARMELO. A cidade, história. Disponível em: <<http://www.montecarmelo.mg.gov.br/cidade/historia>>. Acesso em:

STEFANI, STEPHEN DORAL; BARROS, ELVINO. Clínica Médica: Consulta rápida. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2013. 1092p



