

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

MAYDELIN REVE PADILLA

ESTILOS DE VIDA INADEQUADOS EM PACIENTES COM
DIABETES DESCONTROLADA

JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
2016

MAYDELIN REVE PADILLA

**ESTILOS DE VIDA INADEQUADOS EM PACIENTES COM
DIABETES DESCONTROLADA**

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

Orientadora: Profa. Thais Porlan de Oliveira

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS
2016**

MAYDELIN REVE PADILLA

**ESTILOS DE VIDA INADEQUADOS EM PACIENTES COM
DIABETES DESCONTROLADA**

Banca Examinadora

Examinador 1: Profa. Dra. Maria Lígia Mohallem Carneiro

Examinador 2 – Prof. Nome - Instituição

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016

RESUMO

A Equipe de Saúde da Família São Judas Tadeu está localizada no município de Juiz de Fora/MG, sendo referência para 342 famílias, totalizando 3152 pessoas. A diabetes mellitus é um problema de grande magnitude em nossa área de abrangência, por isso foi objeto do presente estudo visando a elaboração de um plano de ação voltado para a mudança de estilo de vida e de hábitos alimentares. A metodologia utilizada foi a realização de um diagnóstico situacional e elaboração de um plano de ação com as seguintes etapas: priorização do problema identificado, propósito de mudança dos problemas prioritários, planejamento de tarefas ou atividades concretas com participação intersetorial e da população, desenho de um plano de ação com data de cumprimento e determinação de pessoa participante e do responsável da execução de tarefas. Elaborar este plano foi uma oportunidade de planejamento estratégico, vivenciada por toda a equipe da UAPS São Judas Tadeu. Foram momentos de reflexão; de olhar com foco nas soluções para os problemas enfrentados pela população em nossa área de abrangência; momento de analisar a nossa atuação enquanto equipe de saúde; momento de crescimento.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família. Diabetes Mellitus. Comportamentos saudáveis. Dieta para diabéticos. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The Health Team Family St. Jude is located in the city of Fora / MG Judge, with reference to 342 families, totaling 3152 people. Diabetes mellitus is a great magnitude problem in our coverage area, so it was object of the present study aimed to develop an action plan focused on the change in lifestyle and eating habits. The methodology used was conducting a situational diagnosis and preparation of an action plan with the following steps: prioritizing the identified problem, change order of priority problems, task planning or concrete activities with intersectoral participation and elsewhere, drawing a action plan with due date and determining participant person and responsible for the execution of tasks. Develop this plan was a strategic planning opportunity, experienced by the entire team of UAP São Judas Tadeu. There were moments of reflection; look focusing on solutions to the problems faced by the people in our area of coverage; time to analyze our performance as health team; time of growth.

Keywords: Family Health Strategy. Diabetes Mellitus. Healthy Behaviors. Diabetic diet. Quality of life.

LISTA DE SIGLAS

| | |
|------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| BVS | Biblioteca Virtual em Saúde |
| DCNI | Doenças Crônicas Não Infecciosas |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IMC | Índice de Massa Corporal |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PNAB | Plano Nacional da Atenção Básica |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UAPS | Unidade de Atenção Primária à Saúde |
| UBS | Unidade Básica de saúde |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 08 |
| 1.1 Programa de Saúde da Família São Judas Tadeu..... | 09 |
| 1.2 Aspectos Ambientais..... | 10 |
| 1.3 Recursos da Comunidade..... | 11 |
| 1.4 Recursos Humanos..... | 11 |
| 1.5 Recursos Materiais..... | 11 |
| 2. JUSTIFICATIVA..... | 13 |
| 3. OBJETIVO..... | 14 |
| 4. METODOLOGIA..... | 15 |
| 5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 16 |
| 5.1 Estratégia de Saúde da Família..... | 16 |
| 5.2 Diabetes Mellitus..... | 17 |
| 5.3 Fatores de risco e prevenção em Diabetes Mellitus..... | 18 |
| 6. PLANO DE AÇÃO | 20 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 27 |
| 8. REFERÊNCIAS..... | 28 |

1. INTRODUÇÃO

O município de Juiz de Fora se encontra localizado ao sudeste de Belo Horizonte, capital do estado Minas Gerais, conforme mostra a Figura 1.

Dados de diagnóstico situacional (IBGE, 2014)

Prefeito: Bruno de Freitas Siqueira.

Secretário Municipal de Saúde: Elizabeth Juca

Coordenador de Atenção Básica: Thiago Campos Horta.

Coordenador de Atenção a Saúde Bucal: Luciana Affonso Rodrigues.

População: 516.247 Habitantes.

Mapa de Minas Gerais/Juiz de Fora Mapa de Juiz de Fora, área rural e distritos:

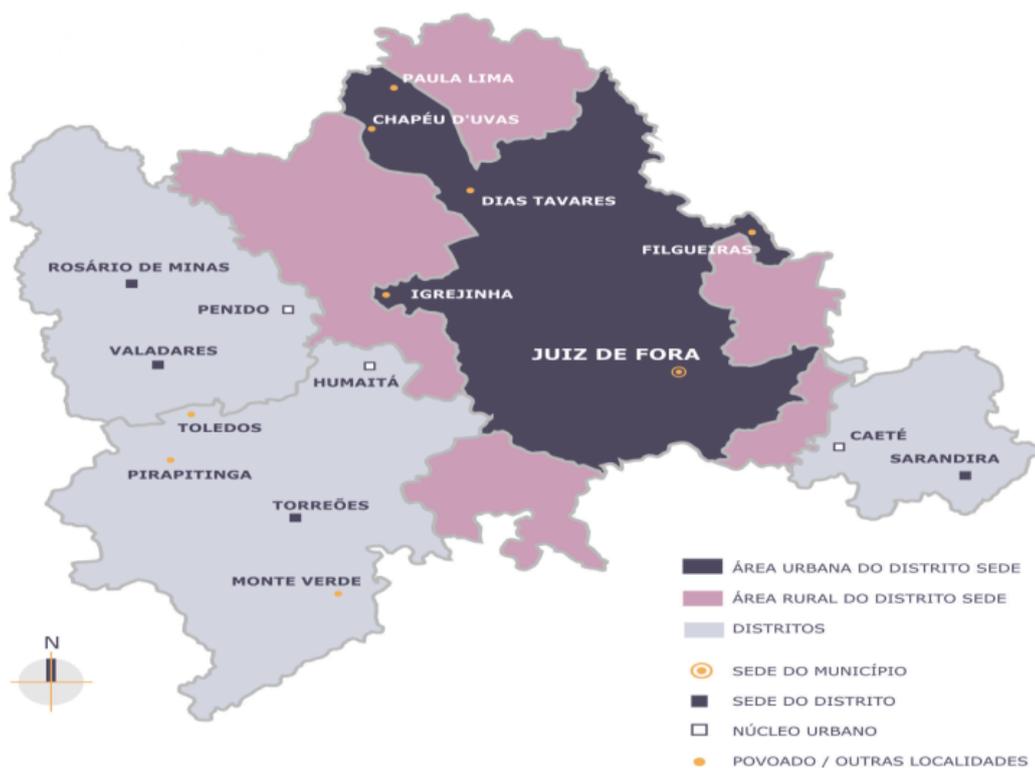


Figura 1. Mapa de Juiz de Fora, área rural e distritos (IBGE, 2014)

Figura 2. Distribuição da população segundo fase etária. Juiz de Fora. 2010.

| Município: Juiz de Fora | | | | | | | | | | |
|--|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| Total de população: 516247 habitantes | | | | | | | | | | |
| No. Indivíduos | <1 | 1-4 | 5-9 | 10-14 | 15-19 | 20-25 | 26-39 | 40-59 | 60e + | Total |
| Área urbana | 6195 | 21475 | 30531 | 36099 | 40618 | 44353 | 123469 | 142755 | 70443 | 510361 |
| Área rural | 56 | 399 | 382 | 697 | 484 | 476 | 970 | 1451 | 941 | 5886 |
| Total | 6251 | 21874 | 30913 | 36796 | 41102 | 44829 | 124439 | 144206 | 71384 | 516247 |

Fonte: IBGE – 2014.

1.1 Programa Saúde da Família São Judas Tadeu

Cobertura total dos serviços no município: 428.433 pessoas, o que corresponde aproximadamente a 81% da população total, contando com 89 Equipes de Saúde da Família (ESF).

A Unidade Atendimento Primário em Saúde (UAPS) São Judas Tadeu situa-se no bairro do mesmo nome no Município de Juiz de Fora. O acesso à unidade pode ser através de transporte público, particular e caminhando até a unidade, sendo a última a forma mais utilizada pelos usuários.

São oferecidos serviços de acolhimento, vacinação, consultas médicas e de enfermagem, dispensação de medicamentos, coleta de material para exames, encaminhamentos para consultas especializadas, visitas domiciliares, consulta pré-natal, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, consulta de planejamento familiar, atividades educativas de promoção de saúde, avaliação de necessidade de transporte sanitário, entre outros.

A UAPS atende 842 famílias, totalizando 3.152 pessoas, distribuídas em cinco microareas.

Figura 3. Distribuição da população segundo fase etária na área de abrangência da UAPS São Judas Tadeu. Juiz de Fora. 2010.

| População segundo a faixa etária na área de abrangência da UAPS São Judas Tadeu | |
|--|--------|
| Faixa etária | Numero |
| Menor 1ano | 42 |
| 1-4 anos | 296 |
| 5-9 anos | 367 |
| 10-14 anos | 469 |
| 15-19 anos | 390 |
| 20-49 anos | 766 |
| 50-59 anos | 458 |
| 60 anos e mais | 274 |
| Total | 3152 |

Fonte: IBGE-2014

1.2 Aspectos Ambientais

Figura 4. Distribuição da população por número de famílias cobertas por tratamento de agua no domicilio na área de abrangência da UAPS São Judas Tadeu. Juiz de Fora. 2010.

| Famílias cobertas por tratamento de agua no domicilio na área de abrangência da UAPS São Judas Tadeu | | |
|---|--------|--------|
| Modalidade | Numero | % |
| Filtração | 214 | 58.7 |
| Fervura | 2 | 0.54 |
| Cloração | 19 | 5.21 |
| Sem tratamento | 129 | 35.4 |
| Total | 364 | 100.00 |

Fonte: IBGE-2014

1.3 Recursos da Comunidade

Outros recursos da comunidade incluem área de saúde, como hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas católica e protestante, um posto de saúde. Possui uma escola de nível fundamental.

A comunidade conta com serviços de luz elétrica, água, telefonia, correios e bancos. Todos os domicílios possuem energia elétrica, água encanada e esgoto.

1.4 Recursos Humanos

A Unidade de Saúde está inserida na Estratégia de Saúde da Família, o atendimento é feito diariamente, por uma equipe multiprofissional composta oito Agentes Comunitários de saúde (ACS), um funcionário de serviços gerais, dois técnicos de enfermagem, dois médicos, dois enfermeiros, uma técnica de marcação de Interconsultas. Seu horário de funcionamento é de 7:00 às 17:00 horas. As consultas são agendadas previamente e diariamente a equipe atende à demanda espontânea que passa por uma triagem onde é definida a conduta com cada paciente. Realiza-se acompanhamento das doenças crônicas em longo prazo e os pacientes que não podem ir até à unidade, por alguma condição ou incapacidade, recebe visita domiciliar, pelo médico, enfermeiro, técnico em enfermagem etc. Tais visitas são agendadas previamente pelas agentes comunitárias de saúde que estão dia a dia nas suas respectivas microáreas, realizando um trabalho imprescindível de captação de enfermos, de cuidado com a saúde, de educação para a saúde, de orientação ao usuário etc, ou por qualquer outro profissional que em consulta sente a necessidade junto com usuário de realizar a visita domiciliar. A coleta de exames é feita semanalmente, facilitando a vida do usuário que não necessita deslocar-se até o centro da cidade para realizar exames básicos de rotina.

1.5 Recursos Materiais

A unidade conta com uma regular estrutura física, tem uma área de recepção com assentos, sala de vacinação, farmácia, sala de curativos, banheiros, consultório médico, de enfermagem. Os prontuários estão organizados por micro áreas e guardados em

envelopes separados para cada família. A unidade tem grande parte de recursos necessários para uma atenção qualificada, embora ainda faltem alguns elementos básicos para maior resolutividade da demanda, como local para pacientes que necessitem de observação, aparelhos de nebulização, oxigênio e alguns medicamentos que acabam antes da renovação do estoque. Mas a reforma da unidade começou no dia 12 de abril de 2015.

2. JUSTIFICATIVA

A UAPS São Judas Tadeu situa-se no Município de Juiz de Fora e é o local onde será realizado este estudo. Após levantamento realizado pela equipe de saúde foi constatado que o problema de maior significância é o elevado número de pacientes com diabetes em descompensação e possivelmente porque há um estilo de vida e hábitos que favorecem esta situação. Logo se torna urgente um planejamento de intervenção que proporcione uma mudança nos hábitos de vida que favoreçam a saúde e proporcione aos pacientes diabéticos um controle da doença e uma qualidade de vida que promova saúde.

Atualmente há uma epidemia de obesidade e de casos de diabetes que estão diretamente relacionados aos hábitos de vida da população. O sedentarismo, a ingestão de alimentos industrializados, o excesso de sódio na alimentação, o uso abusivo de álcool, o estresse, a correria do dia a dia, são algumas das características predominantes. O Ministério da Saúde, diante desta situação, publicou em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 e, em 2014, a revisão do 'Guia Alimentar para a população Brasileira: promovendo a alimentação saudável' (BRASIL, 2014; CLARO *et al.*, 2015). Estas publicações refletem a importância da intervenção em saúde com estes pacientes se pautar pelo trabalho que contemple a mudança na alimentação e na modificação do estilo de vida.

É indiscutível que, ao atuar junto a pacientes com diabetes em quadros descontrolados, é fundamental trabalhar com a informação e inclusão de ações que promovam a mudança de estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis.

3. OBJETIVO

Elaborar um Plano de Intervenção junto aos pacientes de diabetes residentes na área de abrangência do PSF São Judas Tadeu, no município de Juiz de Fora, com o foco na mudança de estilo de vida e de hábitos alimentares.

4. METODOLOGIA

Inicialmente foi realizado um diagnóstico situacional do município e da área de abrangência do PSF no município de Juiz de Fora, onde foram detectados os principais problemas de saúde que acometem a população, bem como o reconhecimento da estrutura de saúde existente no município. A próxima etapa foi a realização de um plano de intervenção. Para o embasamento teórico sobre o tema deste estudo foi realizada uma revisão da literatura em publicações, livros e artigos científicos publicados nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e Ministério da saúde no período de 2001 a 2016. Os descritores utilizados na pesquisa foram: Estratégia de Saúde da família; Diabetes Mellitus; Comportamentos saudáveis; Dieta para diabéticos; Qualidade de vida e diabetes.

Após realizado o diagnóstico situacional e a revisão de literatura foi elaborado um plano de ação composto pelas seguintes etapas: priorização do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade, plano operativo e gestão do plano, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

5. REVISÃO BIBLIOGRAFIA

5.1 Estratégia Saúde da Família

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) houve uma reformulação da atenção à saúde no Brasil, pautando-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Durante esses anos houve a consolidação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que hoje é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, com ações próximas da vida das pessoas no território de abrangência das Unidades de Básicas de Saúde (UBS) (BRASIL, 2012).

A UBS é a porta de entrada do sistema de saúde, devendo, preferencialmente, ser o primeiro contato do usuário no sistema de saúde, pois as UBS estão instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – sendo possível conhecer a individualidade de cada usuário, de cada família, de cada região de forma mais global, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado (BRASIL, 2012).

O contato com cada usuário começa mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários à ESF responsável pelo atendimento à área geográfica em que o usuário vive. A organização das ações prevê a criação de vínculos de corresponsabilidade entre a equipe de saúde e os usuários, de forma participativa, facilitando a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade, e das ações de prevenção (BRASIL, 2006).

De uma maneira mais geral, a atenção básica, é o primeiro nível de atenção à saúde dentro da rede hierarquizada de atendimentos em saúde que compõe o SUS. Pode ser definida como um conjunto de ações de saúde tanto voltadas para o indivíduo como para o coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Trata-se de uma concepção mais abrangente e que contempla não apenas o diagnóstico e o tratamento de doenças e sim que visa a integralidade, considerando aspectos como autonomia, alimentação e comportamento saudável e qualidade de vida como fatores importantes para a garantia de saúde (BRASIL, 2012).

Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde para denominar a forma de se organizar a rede de atenção básica em saúde,

reorientando o modo de cuidar e promover saúde no território de referência de cada equipe de ESF mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários. O atendimento é prestado pelos profissionais das equipes (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentistas e auxiliares de consultório dentário) na unidade de saúde ou nos domicílios (BRASIL, 2006).

A portaria nº 648, de 28 de março de 2006 aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo normas para sua organização assim como as responsabilidades dos gestores e as atribuições específicas dos profissionais que atuam nesse nível de atenção (BRASIL, 2006). Em 21 de outubro de 2011, foi publicada a portaria 2.488, revendo as diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2011). Desde estas leis muitos avanços aconteceram e muitos investimentos foram feitos para consolidar as ações de saúde na rede de atenção básica.

5.2 Diabetes Mellitus

A Diabetes Mellitus pode ser definida como “um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos”. Trata-se de um quadro silencioso que “pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros” (BRASIL, 2006, p.9).

A diabetes mellitus faz parte de um grupo denominado doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) cujas ações de prevenção primária necessitam ser direcionadas para a correção dos fatores de risco de natureza reversível ou modificável, independente da faixa etária da pessoa com diabetes (VILARINO *et al.*, 2008).

Para as autoras Moreira, Gomes e Santos (2010), em conjunto com as Doenças Crônicas Não Infecciosas (DCNI), as DCNT, são os mesmos fatores de risco que precisam ser alvos de intervenção, dentre eles podemos citar o tabagismo, obesidade e sobrepeso, sedentarismo, dieta pouco nutritiva, alcoolismo.

Considerada uma epidemia mundial, a diabetes mellitus configura-se como um grande desafio para os gestores da saúde, sobretudo por seu caráter multifatorial e pela

necessidade traduzindo-se em grande desafio para os gestores dos sistemas de saúde de todo o mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

Dentre os maiores responsáveis por este quadro epidêmico está a mudança atual com o aumento significativo da expectativa de vida e envelhecimento progressivo da população, a urbanização que trás mudanças significativas nos hábitos e costumes das pessoas e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000).

Ainda de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2001), a diabetes e a hipertensão arterial são consideradas a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores no Brasil, além de representarem 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise.

A responsabilidade dos profissionais na rede de cuidados da atenção básica, através das equipes de estratégia de saúde da família, com os cuidados ao usuário com diabetes, é o planejamento de ações visando o cuidado com o controle do nível glicêmico, prevenção de complicações crônicas e agudas, e estimulação aos hábitos saudáveis controlando os fatores de risco da doença (BRASIL, 2006).

Na rede de atenção básica à saúde, em relação às intervenções propostas para os usuários com diabetes mellitus, há atualmente a disponibilização de medicação em toda a rede, linha guia com o desenho de cuidados, protocolos de atendimento, fluxos de atenção, dentre inúmeras publicações oficiais na área (BRASIL, 2012).

A equipe mínima de Saúde da Família deve atuar, de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem da diabetes. A definição das atribuições da equipe no cuidado integral a Diabetes devem considerar as características da população de sua área de atuação, as particularidades, os hábitos e costumes, os modos individuais de vida de cada usuário (BRASIL, 2006).

5.3 Fatores de risco e prevenção em Diabetes Mellitus

Atualmente há informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento da diabetes e de suas complicações, sendo estas ações prioritárias para a ESF. A principal forma de atuação em prevenção são as ações focadas nos fatores de risco para diabetes; identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); identificação de casos não diagnosticados

de diabetes (prevenção secundária) para tratamento; e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária) (BRASIL, 2006).

O Consenso Brasileiro de Diabetes, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (2000), relaciona os cinco fatores de risco não modificáveis: a idade, a história familiar de *diabetes mellitus*, a ocorrência do diabetes gestacional prévio, a história de macrosomia fetal e a ocorrência de abortos de repetição ou mortalidade peri-natal.

Já os fatores de risco reversíveis ou modificáveis, em usuários com diabetes, são aqueles relacionados ao comportamento e aos hábitos de vida não saudáveis, que são passíveis de intervenções, ou controle. Nesta classificação encontram-se o excesso de peso pelo Índice de Massa Corporal (IMC) - $IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$, o sedentarismo, o nível de hdl-c baixo e/ou de triglicérides elevados, a hipertensão arterial e uso de medicação hiperglicemiante (por exemplo, corticosteróides, tiazídicos, betabloqueadores), o sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis. Os hábitos de vida que levam a estas situações são assimilados ainda na infância e adolescência, por variados fatores tanto individuais quanto coletivos e vão ficando arraigados na forma como a pessoa vive (VILARINO *et al.*, 2008).

Intervir com usuários com diabetes requer ações que abranjam não apenas o indivíduo, mas toda a sua família e amigos, uma vez que há necessidade de efetuar mudanças muitas vezes radicais nos modos de vida, nos hábitos cotidianos arraigados em toda a comunidade, culturas locais, o que torna as ações, muitas vezes, um grande desafio para as equipes de saúde da família (BRASIL, 2006).

Todo planejamento de ações de prevenção com usuários com diabetes precisam preconizar como objetivo a responsabilização do usuário pelos cuidados com sua saúde, adquirindo novos hábitos de vida saudáveis e eliminando os fatores de risco da doença (BRASIL, 2006).

Considerando toda a problemática que envolve o usuário com diabetes e entendendo o cuidado como uma prática integral moldada à especificidade da vida do usuário atendido pela equipe de saúde torna-se fundamental propor ações que considerem as de um contexto particular, com práticas assistenciais factíveis e o utilizando o que se tem no dia a dia da unidade de saúde para se programar o que fazer e quais os objetivos a se alcançar (MOREIRA; GOMES; SANTOS, 2010).

6. PLANO DE AÇÃO

Para a elaboração deste plano de ação levamos em conta os seguintes passos: priorização do problema, seleção dos “nós críticos”, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade, plano operativo e gestão do plano, de acordo com Campos, Faria e Santos (2010)

6.1 Seleção dos “nós críticos”

- Maus hábitos e estilo de vida.
- Dificuldades dos serviços básicos da população
- Falta de integralidade do trabalho da equipe de saúde

6.2 Desenho das operações

| Nós críticos | Operação | Resultados esperados | Produtos esperados | Recursos necessários |
|--------------------------------|---|---|--|--|
| Maus hábitos e estilo de vida. | Viver com saúde Melhorar os hábitos e estilos de vida | Diminuir o sedentarismo e a obesidade em 40 % Diminuir os hábitos tóxicos em 30% | Organizar os bairros por clubes para realizar exercício organizado, utilização de palestras educativas em lugares de maior reunião de pessoas. Campanhas educativas em meios de comunicações como rádio e programas de TV, equipes de som móveis etc. | Organizacional: organizar exercício por clubes em bairros equipe de som móvel, panfletos informativos. Cognitivos: informações dos temas às equipes por pessoal da equipe de saúde e outros pessoais Político: os espaços radiais, televisivos e equipe de som móvel. Financeiro: os necessários para adquirir recursos áudio visuais, folhetos educativos. |

| | | | | |
|--|--|---|---|--|
| <p>Dificuldades dos serviços básicos da população</p> | <p>Saber mais e cuidar-se melhor: -Melhorar nível de atendimento aos pacientes diabéticos e conseguir mantê-los compensados. -Alcançar uma melhor informação dos fatores de riscos desta doença. -Realização de exercício mais organizado. -Atividades culturais de educação e promoção da saúde.</p> | <p>Informação mais oportuna da doença.</p> | <p>Melhor percepção destes pacientes sobre sua doença para que alcancem maiores conhecimentos. Programas culturais, esportes organizados para diminuir os riscos de descompensação. Campanha de saúde escolar. ACS capacitado no controle e seguimento desta doença.</p> | <p>Cognitivos: conhecimento oportuno dos temas a discutir pelos membros da equipe de saúde relacionados aos fatores de risco de descompensação desta doença. Organizacionais: fazer um cronograma de trabalho a cumprir por cada membro da equipe de saúde com uma avaliação semanal. Políticos: realizar uma articulação dos fatores em discussão neste programa. Financeiros: aumento de exames para fazer pesquisa ativa em busca de novos casos e de pacientes doentes.</p> |
| <p>3.Falta de integralidade do trabalho da equipe de saúde</p> | <p>Linha de cuidado: Fazer de forma organizada palestras educativas que podem ser em grupo ou individual relacionada aos</p> | <p>Diminuição número de diabético descompensado</p> | <p>Uma integralidade oportuna do membro da equipe de saúde que cada membro cumpra as funções que corresponde, uma capacitação dos ACS nos temas relacionados ao risco de pacientes diabéticos.</p> | <p>Cognitivo: conhecimento oportuno dos temas a ser discutido pelos membros da equipe de saúde relacionados aos fatores de risco de descompensação desta doença Organizacionais: cronograma de trabalho mensal</p> |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | fatores de risco da diabetes, buscando um conhecimento oportuno da importância do exercício físico, dieta, controle terapêutico etc. | | | |
|--|--|--|--|--|

6.3 Identificação dos recursos críticos

| Operação o projeto | Recursos críticos |
|--------------------------------------|---|
| Viver com saúde | <p>Organizacional: organizar exercício por grupos nos bairros, vinhetas em carros de som móveis, panfleto informativo.</p> <p>Cognitivo: informação dos temas a ser discutidos pelo pessoal da equipe de saúde e outro pessoal.</p> <p>Político: os espaços radializados, televisivos e carro de som móvel.</p> <p>Financeiro: os necessários para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos e carro de som.</p> |
| Saber mais e Cuidar se melhor | <p>Cognitivo: conhecimento oportuno dos temas a serem discutido pelos membros da equipe de saúde relacionados aos fatores de risco de descompensação desta doença</p> <p>Organizacionais: fazer um cronograma de trabalho a cumprir por cada membro da equipe de saúde com uma evacuação semanal</p> <p>Político: alcançar uma articulação dos fatores envolvidos neste programa</p> <p>Financeiros: aumento de exames para fazer pesquisa ativa em busca de novos casos e de pacientes doente</p> |
| Linha de cuidado | <p>Cognitivo: conhecimento oportuno dos temas a serem abordados pelos membros da equipe de saúde relacionados aos fatores de risco de descompensação desta doença</p> <p>Organizacionais: cronograma de trabalho mensal</p> |

6.4 Análise de viabilidade

| Operações do projeto | Recursos críticos | Controle dos recursos críticos | | Operação estratégica |
|---|--|---|--|---|
| | | Ator que controla | Motivação | |
| <p>Viver com saúde Melhorar os hábitos e estilos de vida</p> | <p>Organizacional: organizar exercício por grupos nos bairros, vinhetas em carros de som móveis, panfletos informativos. Cognitivo: informação dos temas a serem debatidos por pessoal da equipe de saúde e outro pessoal Político: os espaços radiais, televisivos e carro de som móvel. Financeiro: os necessários para adquirir recursos audiovisuais, folhetos educativos e carro de som.</p> | <p>-Secretaria de saúde -Secretaria de educação -Organização governamental -Setor de comunicação social. -Associações de bairros.</p> | <p>Favorável Favorável Favorável Indiferente Indiferente</p> | <p>Acionar organismos vigentes com apoio governamentais</p> |
| <p>Saber mais e cuidar se melhor: Melhorar nível de atendimento aos pacientes diabéticos e mantê-los compensados. Alcançar uma melhor informação dos fatores de riscos desta doença. Realização de exercício ativo organizado. Atividades culturais de educação e promoção para a saúde.</p> | <p>Cognitivo: conhecimento oportuno dos temas a serem debatidos pelos membros da equipe de saúde relacionados a os fatores de risco de descompensação desta doença Organizacionais: fazer um cronograma de trabalho a cumprir por cada membro da equipe de saúde com uma avaliação semanal Político: realizar uma articulação dos fatores envolvidos neste programa Financeiros: aumento de exames</p> | <p>-Secretaria de saúde -Secretaria de educação -Organização governamental</p> | <p>Favorável Favorável Favorável</p> | |

| | | | | |
|--|--|---------------------|-----------|--|
| | | | | |
| Linha de cuidado: Fazer de forma organizada salas educativas que podem ser em grupo ou individuais relacionadas aos fatores de risco da diabetes, alcançando um conhecimento oportuno. | Cognitivo: conhecimento oportuno dos temas a serem discutidos pelos membros da equipe de saúde relacionados aos fatores de risco de descompensação desta doença Organizacionais: cronograma de trabalho | Secretaria de saúde | Favorável | |

6.5 Plano operativo

| Operação | Resultados | Produtos | Operações estrat. | Responsável | Prazo |
|---|--|---|---|--|---|
| Viver com saúde Melhorar os hábitos e etilos de vida. | Diminuir o sedentarismo e obesidade em 40%. Diminuir os hábitos tóxicos em 30%. | -Organizar os bairros por clubes para realizar exercício organizado -Utilização de panfletos educativos em lugares de maior reunião de pessoa -Campanha educativa radializadas, televisivas, equipe de som móvel etc. | Acionado organismos vigentes com apoio governamentais | -Secretaria de ação social -Coordenação de atenção básica e epidemiológica -Prefeitura e secretaria de cultura | Dois meses para iniciar Um mês para iniciar Três meses para iniciar |
| Saber mais e cuidar-se melhor: Melhorar nível de atendimento aos pacientes diabéticos | Informação mais oportuna da doença | Melhor percepção destes pacientes sobre sua doença e alcançar um maior conhecimento da população em geral. | | Equipe toda Secretario de cultura | Três meses |

| | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|
| <p>para alcançar resultados e mantê-los compensados. Alcançar uma melhor informação dos fatores de riscos desta doença. Realização de exercício mais organizado. Atividades culturais de educação e promoção para a saúde.</p> | | <p>Programas culturais, esporte organizado para diminuir os riscos de descompensação. Campanha de saúde escolar. ACS capacitado no controle e seguimento desta doença.</p> | | <p>Secretaria de educação PSF</p> | <p>Quatro meses Um mês para iniciar</p> |
| <p>Linha de cuidado: Fazer de forma organizada salas educativas que podem ser em grupo ou individual relacionada aos fatores de risco da diabetes, alcançando um conhecimento oportuno da importância do exercício físico, dieta, controle terapêutico etc.</p> | <p>Diminuir o número de diabéticos descompensados</p> | <p>Uma integralidade oportuna do membro da equipe de saúde que cada membro cumpra as funções que corresponde, uma capacitação dos ACS nos temas relacionados aos riscos de pacientes diabéticos.</p> | | <p>Equipe de saúde toda</p> | <p>Um mês para iniciar</p> |

6.6 Gestão do Plano

| Produtos | Responsável | Prazo | Justificativa | Novo prazo |
|---|--|--------------|---|-------------------|
| Organizar os bairros por clubes para realizar exercício organizado. | Secretaria de ação social | Dois meses | Não existe uma boa intersectorialidade | Cinco meses |
| Campanha educativa em rádios, programa de TV, equipe de som móvel etc. | -Prefeitura e secretaria de cultura | Três meses | Dificuldade com horário e cumprimentos da programação | Seis meses |
| Utilização de panfletos educativos em lugares de maior reunião de pessoa. | Coordenação de atenção básica e epidemiológica | Um mês | Dificuldade com os materiais gráficos. | Um mês |
| Ativista comunitário em cultura e esporte profissionalizante. | Secretaria de cultura | Três meses | Não tem financiamentos aprovados para este plano | Seis meses |

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar este plano de ação configurou-se como uma oportunidade de planejamento estratégico vivenciada por toda a equipe da UAPS São Judas Tadeu. Foram momentos de reflexão, de olhar com foco nas soluções para os problemas enfrentados pela população em nossa área de abrangência, momento de analisar a nossa atuação enquanto equipe de saúde e um momento de crescimento.

Com o conhecimento dos estudos voltados para o grande problema que é a diabetes, a importância da prevenção ficou mais clara e mais nítida para a equipe. Conseguimos perceber que muitos problemas cotidianos que nos parecem sem solução, poderiam estar sendo evitados e mais bem conduzidos com ações de promoção de saúde, mudança de hábitos que, podem parecer simples, mas não são.

Os estudos e o envolvimento com o planejamento nos fizeram refletir sobre a importância de ações coletivas, com as pessoas se ajudando mutuamente. Como é importante o apoio familiar e de amigos para que o usuário com diabetes consiga, de fato, modificar seus hábitos, o que nos alertou para uma abordagem que vai além da pessoa doente.

Enfim, a lição mais importante é a de que a educação precisa ser permanente, o exercício de planejamento tem que fazer parte do nosso cotidiano na UAPS São Judas Tadeu e a metodologia de elaboração de um plano de ação deverá ser aplicada em todo planejamento de ação da equipe para os problemas de saúde que acometem as pessoas que estão sob nossos cuidados.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, n.204, p.55, 24 out. 2011. Seção 1, pt1.

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. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 110p.

CLARO, R. M. et al.. Consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013.

Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 24, n. 2, p. 257-265, jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000200257&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 27 de abril 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>. Acesso em: 02 de Maio de 2016.

MOREIRA, T. M. M.; GOMES, E. B.; SANTOS, J. C. Fatores de risco cardiovasculares em adultos jovens com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm. (Online)**, Porto Alegre, v. 31, n. 4, p. 662-669, dez. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 23 de jul. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000400008>.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000.

VILARINHO, R. M. F. et al . Prevalência de fatores de risco de natureza modificável para a ocorrência de diabetes mellitus tipo 2. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 452-456, set. 2008 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 23 de julho. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300009>.