

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

LIKZA DESIREE SOSA HERNANDEZ

**AÇÕES PREVENTIVAS PARA O CONTROLE DA DIABETES MELITTUS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, “VILA PINHO” EQUIPE AZUL EM BELO
HORIZONTE/ MG**

BELO HORIZONTE / MG

2016

LIKZA DESIREE SOSA HERNANDEZ

**AÇÕES PREVENTIVAS PARA O CONTROLE DA DIABETES MELITTUS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, “VILA PINHO” EQUIPE AZUL EM BELO
HORIZONTE/ MG.**

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

Orientador: Prof. Humberto Quites

BELO HORIZONTE / MG

2016

LIKZA DESIREE SOSA HERNANDEZ

**AÇÕES PREVENTIVAS PARA O CONTROLE DA DIABETES MELITTUS NA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA, “VILA PINHO” EQUIPE AZUL EM BELO
HORIZONTE/ MG.**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1: Prof. Humberto Quites

Examinador 2 – Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meus pais pela vida, meu filho e colegas, que me apoiaram, incentivaram, apostaram e investiram em mim com sua confiança e amor.

Agradeço ao orientador Prof. Humberto Quites, pelo apoio, sabedoria no ensinar e dedicação e esmero na difícil arte de educar.

LISTA DE QUADROS

Tabela 1: Principais Problemas encontrados e priorizados no diagnostico situacional da Equipe Saúde Vila Pinho /equipe azul em belo Horizonte/ MG.....	21
Tabela 2. Descrição de nós críticos, operações, resultados esperados, produtos esperados e recursos necessários para a realização do Plano de Ação da Equipe Saúde Vila Pinho /equipe azul em belo Horizonte/ MG.....	23
Tabela 3. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema Dificuldade para abordar e orientar aos pacientes diabéticos sobre a doença.....	25
Tabela 4. Análise de viabilidade do plano.....	25
Tabela 5. Proposta de intervenção para o controle dos pacientes Diabéticos da Equipe Saúde Vila Pinho /equipe azul em belo Horizonte/ MG.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde

DCNT- Doença Crônica Não Transmissível.

CERSAT- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CEM-Centro de Especialidades Médicas

CERSAM- Centro de Referência em Saúde Mental

COPASA- Companhia de Saneamento de Minas Gerais

DM- Diabetes Mellitus

ESF- Equipe Básica de Saúde

ETE- Estações de tratamento de esgoto

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

UBS- Unidade Básica de Saúde

RESUMO

O diabetes mellitus é uma patologia crônica de grande escala em todo mundo e que no decorrer dos anos tornou-se motivo de preocupação para a saúde pública. As altas prevalências da doença e o descontrole dos fatores de risco geram complicações agudas e crônicas em todo o país, não sendo diferente em nossa área de abrangência. O objetivo desse trabalho é elaborar um plano de intervenção com ações direcionadas a prevenção e controle da Diabetes Mellitus (DM) na área de abrangência da equipe azul, da unidade de Estratégia saúde da Família da Vila Pinho em Belo Horizonte, MG. Para a realização deste trabalho foi necessária uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados em saúde, tais como: Cientifica Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e manuais do Ministério da Saúde. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes descritores presentes nos Descritores de Ciências da Saúde: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus (DM), Fatores de risco, Prevenção e Controle. Espera-se que os pacientes sejam capazes de identificar os principais fatores de riscos e que este conhecimento impacte no estilo de vida. Além disso, acreditamos que com a implementação de estratégias, por meio do plano proposto, reduzam as complicações e impactem na mortalidade pela doença, melhorando o estado de saúde de esta população.

Palavras Chave: Diabetes Mellitus, Fatores de risco, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a chronic disease of large-scale worldwide and that over the years has become a concern for public health. The high prevalence of the disease and the lack of risk factors result in acute and chronic complications across the country, no different in our coverage area. Develop an action plan with actions aimed at prevention and control of diabetes mellitus (DM) in the catchment area of the blue team, the health strategy unit family Vila Pinho in Belo Horizonte, MG. For this work a literature search in the main health databases was needed, such as: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS) and instructions of the Ministry of Health. the search was guided using the following descriptors present in descriptors of Health Sciences: Primary Health Care, Diabetes Mellitus (DM), risk Factors, Prevention and Control. It is expected that patients are able to identify the main risk factors and that this knowledge impact on lifestyle. Furthermore, we believe that with the implementation of strategies, through the proposed plan, reduce complications and impacting on mortality from the disease, improving the health status of this population.

Keywords: Diabetes Mellitus, Risk Factors, Primary Health Care.

SUMÁRIO

1 INTRODUCAO	10
1.1 O município de Belo Horizonte	11
1.2 A Unidade de Saúde da Família	13
2 JUSTIFICATIVA.....	15
3 OBJETIVO.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	18
5.1. A Diabetes.....	18
5.2. Epidemiologia.....	18
5.3. Fatores de Risco.....	19
5.4. Controle da Diabetes na Estratégia Saúde da Família.....	20
5.5 Programas do governo de Atenção ao Diabetes no Sistema Único de Saúde.....	20
6 PLANO DE AÇÃO.....	21
6.1 .Definição dos Problemas.....	21
6.2. Priorização dos Problemas.....	21
6.3. Descrição e Explicação do Problema.....	22
6.4. Nós Críticos.....	22
6.5. Desenho das Operações.....	23
6.6. Identificação dos recursos críticos.....	25
6.7. Análise de viabilidade do plano	25
6.8. Plano Operativo.....	27
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus é uma patologia crônica de grande escala em todo mundo, e que no decorrer dos anos tornou-se motivo de preocupação para a saúde pública. Em nossa área de abrangência existe alta prevalência da doença com mau controle dos fatores de risco e suas complicações agudas e crônicas que podem ser evitadas através do acompanhamento pela equipe de saúde e da participação ativa do paciente no seu tratamento diário.

Conforme Wild *et al.*, (2004), uma epidemia de diabetes mellitus (DM) está em curso. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços desses indivíduos com DM vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade, com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam.

O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. Quantificar a prevalência atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois permite planejar e alocar recursos de forma racional (WHO, 2007).

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são quatro milhões de mortes por ano por causa do diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

[...] os dados relacionados à doença revelam que, até 2025, o país deverá ter 17,6 milhões de diabéticos, ou seja, quase duas vezes mais que os atuais 8 milhões (2010) de portadores da doença, saltando do oitavo para o quarto lugar em termos de número total de diabéticos. Portanto, é interessante que haja um planejamento de novos modelos de atenção para combater a doença no portador pré-diabético, para que não desenvolva maiores problemas futuros, pois se alcançarmos esta estimativa teremos mais problemas com a doença, significando maiores gastos com cuidados e necessidade de mais mão-de-obra qualificada (BAZOTTE, 2010).

Hoje a prioridade de saúde pública é a prevenção do diabetes e de suas complicações devido a seu impacto na morbi-mortalidade associada. Na atenção básica, ela pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); da 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 cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia. (BRASIL, 2006, p. 64).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se preocupa cada vez mais com os riscos envolvidos nessa problemática. Portanto, considera-se imprescindível uma atuação ativa, mediante um projeto de intervenção no cenário da atenção primária de saúde.

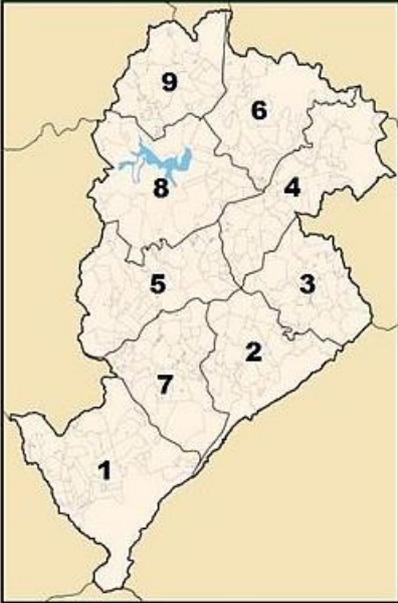
1.10 município de Belo Horizonte

Belo Horizonte é um município brasileiro, e é a capital de Minas Gerais. Possui área de aproximadamente 330 km², com geografia diversificada (morros e baixadas). Cercada pela Serra do Curral, que é uma referência histórica, foi planejada e construída para ser a capital política e administrativa do estado mineiro. O município faz limites com Nova Lima e Brumadinho a sul; Sabará e Santa Luzia a leste; Santa Luzia e Vespasiano a norte; e Ribeirão das Neves, Contagem e Ibirité a oeste. De acordo com IBGE em 2013, a população do município é de 2 479 175 habitantes, sendo o município mais populoso de Minas Gerais, o terceiro da Região Sudeste, depois de São Paulo e Rio de Janeiro, e o sexto mais populoso do Brasil.

O município de Belo Horizonte está dividido em nove administrações regionais (Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova), cada uma delas, por sua vez, dividida em vários bairros.

Esta figura mostra os dados de população e área das regiões do município Belo Horizonte.

Administrações Regionais				
	Regional	População	Superfície (km ²)	Densidade ¹
1	Barreiro	262.194	53,51	4.899,9
2	Centro-Sul	258.786	31,53	8.207,6
3	Leste	256.311	28,52	8.987,1
4	Nordeste	274.060	39,59	6.922,5
5	Noroeste	337.351	38,16	8.840,4
6	Norte	194.098	33,21	5.844,6
7	Oeste	268.124	33,39	8.030,1
8	Pampulha	145.262	47,13	3.082,2
9	Venda Nova	242.341	27,80	8.717,3
	 Belo Horizonte²	2.452.617	330,95	7.410,8



Notas: (1) Os dados de população e área das regionais são do PNUD/2000.¹²⁹ (2) Os dados referentes à população do município são da projeção populacional do IBGE/2009.¹³⁰

Fontes. IBGE/2009

A Companhia de Saneamento é a COPASA, que é responsável pelo abastecimento de água tratada no município Belo Horizonte e de todo o estado mineiro. O recolhimento de esgoto por rede pública também é feito também pela COPASA que atende aproximadamente 65% da população, com 129 estações de tratamento de esgoto (ETE) em operação, com projeção de melhorias futuras.

A região Barreiro originou-se há mais de 150 anos, contados a partir do registro da Fazenda Barreiro, datado em 3 de agosto de 1855 e localiza-se à sudoeste de Belo Horizonte, faz limite com os seguintes municípios da região metropolitana de BH: Contagem, Ibité, Brumadinho e Nova Lima. Segundo censo IBGE 2000, a regional Barreiro é composta por cerca de 80 bairros, com 70 mil domicílios que abrigam 270 mil habitantes. A extensão territorial é de 53km², no entanto ainda possui muitas áreas despovoadas.

O Distrito Regional Barreiro possui atualmente 20 Unidades Básicas de Saúde, 84 equipes de Programa de Saúde da Família (PSF), 1 Unidade de Pronto Atendimento (UPA), 7 Equipes de NASF, 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CERSAT), 1 Farmácia Distrital, 2 Academias da Cidade nos bairros Milionários e Vila Pinho, 1 Centro de Especialidades Médicas (CEM), 1 Centro de Referência em Saúde

Mental (CERSAM), 1 Centro de Convivência, 7 Equipes de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde Tirol, Lindéia, Independência, Miramar, Milionários, Bairro das Indústrias e Vale do Jatobá , sendo estas, unidades de referência para os demais centros de saúde da regional

1.2 A Unidade de Saúde da Família

O Centro de Saúde Vila Pinho tem um horário de funcionamento de 07:00 às 18:00, conta com oito consultórios médico, um odontológico, uma recepção, uma copa para funcionários, uma sala de espera, uma sala de vacina, sala de curativos, sala de observação, sala de Eletrocardiograma.

O centro de saúde conta com os seguintes recursos humanos: uma gerente, quatro médicos generalistas, um médico clínico, uma pediatra, uma dentista, um psiquiatra, uma assistente social quatro enfermeiros, oito auxiliares de enfermagem, duas auxiliares administrativos, dois auxiliares de limpeza, dois porteiros, três estagiários posso ajudar.

A equipe azul possui um índice de vulnerabilidade médio e baixo, atualmente tem 4012 usuários sendo 881 famílias. Estas localidades estão subdivididas em cinco microáreas (03, 08, 12, 13, 19), totalizando 881 famílias cadastradas de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica da Secretária municipal de Saúde (SIAB – Ago/2014).

Atualmente conta com os seguintes recursos humanos: um Médico generalista, uma enfermeira, duas Técnicas de Enfermagem, quatro Agentes comunitário de saúde. O processo de trabalho da equipe é baseado na lógica do acolhimento, realizado uma vez por semana. Segunda feira, pela tarde de 14:00 às 16:00 horas onde são oferecidos aos usuários os seguintes serviços:

Consulta de enfermagem, consulta medica atendimento odontológico, visitas domiciliar, assistência ao pré-natal, prevenção do câncer do colo do útero, puericultura, coleta de materiais biológicos, imunização, teste do pezinho, trabalho de zoonose, curativos, encaminhamentos para academia da cidade, encaminhamento para fisioterapia, fonoaudiólogos, grupos interativos: hiperdia, planejamento familiar, baixo peso, saúde mental.

O projeto de intervenção se baseia na criação de um plano para garantir melhor assistência aos pacientes citados compropostas que ainda não fazem parte da realidade desta Unidade Básica de Saúde. A iniciativa visa orientar, fortalecer as relações interpessoais entre a equipe e pacientes diabéticos, orientar sobre a doença, fatores de risco e suas complicações.

2 JUSTIFICATIVA

A DM é um grande problema de saúde pública e vem exigindo esforços por parte dos profissionais de saúde da Atenção Primária. Na equipe em que atuo não é diferente, pois um importante problema é a incidência da DM no território e que os pacientes acometidos não sensibilizaram ainda para as principais características da doença. Algumas tentativas de ações e estratégias foram propostas, mas persiste o insucesso. Pela importância de manter o controle adequado da doença, é necessário conscientizar os usuários sobre os principais fatores de risco associados ao descontrole e complicação da doença. É necessário adequar o tratamento a uma terapêutica apropriada a cada paciente e prevenir as complicações no intuito de promover a qualidade de vida.

A contribuição teórica busca subsidiar a equipe com o conhecimento necessário para o desenvolvimento de práticas de cuidado capazes de fomentar um comportamento preventivo na comunidade da área de abrangência da equipe. Com o aumento dos conhecimentos da equipe sobre este assunto, esta será capaz de produzir uma atenção voltada para a melhoria da saúde da população.

[...]A Sociedade Brasileira de Diabetes é formada por médicos e profissionais da saúde que tratam o diabetes mellitus. O principal objetivo da sociedade é a formação de profissionais qualificados ao tratamento do diabetes. Dentro da sociedade é promovido trocas de experiências profissionais, incentivo a pesquisa e novas tecnologias ao tratamento, estudos, artigos e programas para o cuidado e prevenção da patologia (BRASIL, 2012).

3 OBJETIVO

- Elaborar um plano de intervenção com ações direcionadas a prevenção e controle da DM na área de abrangência da equipe azul, da unidade de Estratégia saúde da Família da Vila Pinho em Belo Horizonte, MG.

4 MÉTODOLOGIA.

Com a realização de discussões com a equipe foi possível ter uma ideia dos problemas de saúde enfrentados em nossa área de abrangência. Assim, foi possível levantar subsídios para direcionar inicialmente o processo de busca bibliográfica sobre o tema e seus fatores associados.

Dessa forma, o trabalho teve início com uma pesquisa bibliográfica baseada em uma atividade de localização e consulta de fontes diversas de informações escritas, orientada pelo objetivo de coletar materiais específicos a respeito do tema. A pesquisa no campo bibliográfico consta em procurar nos livros e documentos as informações necessárias para dar seguimento à investigação de um tema de interesse do pesquisador (LIMA, 2004).

Foi necessária uma pesquisa bibliográfica nas principais bases de dados em saúde, tais como: Científica Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca virtual / NESCON e manuais do Ministério da Saúde. Foi realizada uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), chegando-se a definição dos seguintes termos: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus (DM), Fatores de risco, Prevenção e Controle.

Após a busca e leitura do material foi proposto um plano de intervenção para o enfrentamento desta problemática de saúde que afeta esta população. O plano de ação seguiu o método Planejamento Estratégico Situacional (PES) e da estimativa rápida. Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) do Curso de Especialização Estratégia da Saúde da Família.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1. A Diabetes.

O diabetes é uma síndrome do metabolismo que resulta no acúmulo de glicose pelo organismo. Pacientes com diabetes apresentam deficiência na função da insulina, o hormônio responsável por metabolizar a glicose, ou mesmo apresentam falta de insulina no organismo. Com a deficiência de insulina, o organismo não absorve a glicose e as taxas de açúcar no sangue aumentam de forma permanente, o que se caracteriza como hiperglicemia e dá origem ao diabetes. (BRASIL, 2014).

[...] O DM não é uma única patologia, mas um grupo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como fator preponderante, ou seja, o açúcar em alta quantidade no organismo, especificamente na corrente sanguínea, a qual é causada por defeitos na ação da insulina, na excreção de insulina ou em ambos os casos, impedindo a entrada da glicose nas células para sua metabolização. É uma patologia que se instala silenciosamente e provoca muitas complicações para o organismo, ocasionando no início sintomas bem comuns, como: fome exagerada, muita sede, boca seca, urina em grande quantidade e perda de peso (DIRETRIZES SBD, 2009).

5.2. Epidemiologia.

Segundo Toscano (2004) as transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas ocorridas desde o século passado alteraram o perfil de risco, e as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) passaram a representar um importante problema de saúde pública em todo o mundo.

[...] O número de indivíduos diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. Quantificar a prevalência atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois permite planejar e alocar recursos de forma racional (WHO, 2002).

A prevalência mundial de DM na população adulta era estimada em 4% (135 milhões de pessoas) em 1995, 5,9% (246 milhões de pessoas) para 2007 e 7,1% (380 milhões de pessoas) para 2025, sendo a maior concentração destes (80%) nos países em desenvolvimento, na faixa etária de 40-59 anos (IDF, 2006).

De acordo com Schmidt *et al.* (2011) na maioria dos países desenvolvidos, quando se analisa apenas a causa básica do óbito, verifica-se que o DM aparece entre as principais causas, entre a quarta e a oitava posição.

[...] No Brasil, ocorreram, em 2009, 51.828 mortes por diabetes. Houve um aumento de 24%, entre 1991 e 2000 (de 34/100.000 óbitos para 42/100.000 óbitos), seguido por um declínio de 8%, entre 2000 e 2009 (de 42/100.000 para 38/100.000) (BRASIL, 2011).

5.3. Fatores de Risco

Segundo Sartorelli e Franco (2003) o aumento na incidência do DM2 é atribuído a vários fatores: a) envelhecimento da população com fatores predisponentes; b) alterações dietéticas, com crescente substituição dos alimentos ricos em fibra, vitaminas e minerais por produtos industrializados; c) sedentarismo, favorecido por mudanças na estrutura de trabalho e avanços tecnológicos; d) obesidade; e) tabagismo, entre outros.

Cerca de 50% da população Brasileira com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável. Fatores indicativos de maior risco são listados a seguir:

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL <35 mg/dL e/ou triglicérides >150 mg/dL.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida. (BRASIL, 2006).

Indivíduos de alto risco requerem investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose, como discutido na próxima seção. Alguns casos serão confirmados como portadores de diabetes, outros apresentarão alteração na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada), o que confere maior risco de desenvolver diabetes. (BRASIL, 2006).

5.4. Controle da Diabetes na Estratégia Saúde da Família

O tratamento não-farmacológico dispensado ao portador do DM2 e outras DCNT como hipertensão, obesidade e dislipidemias incluem as seguintes estratégias: educação, modificações do estilo de vida, prática de atividade física, reorganização dos hábitos alimentares, redução de peso e diminuição ou abandono de alguns vícios prejudiciais à saúde, como tabagismo e alcoolismo (ADA, 2007a).

De acordo com Sartorelli e Franco (2003) a importância da prevenção primária do DM2 no Brasil tem sido enfatizada por diversos epidemiologistas,

[...] fazendo-se necessário o desenvolvimento de programas eficazes e viáveis ao SUS, tais como prevenção primária, controle da incidência e prevenção secundária das complicações metabólicas da enfermidade (SATORELLI, FRANCO, CARDOSO, 2006,p.7-18).

Assim, é possível afirmar que a mudança dos hábitos possa retardar ou prevenir o desenvolvimento de complicações, reduzindo substancialmente o custo com essa enfermidade. No entanto, a mudança no estilo de vida não é tão simples e depende de fatores psicológicos, sociais e econômicos, sendo importante que o cuidado prestado a esse paciente seja conduzido por uma equipe interdisciplinar.

5.5 Programas do governo de Atenção ao Diabetes no Sistema Único de Saúde.

A política do governo busca fazer ações de promoção de saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento, capacitação de profissionais, vigilância e assistência farmacêutica, além de pesquisas voltadas para o cuidado ao diabetes.

No ano 2002 o governo federal criou o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002), cuja política pública visava disponibilizar uma ampla base de dados para o controle administrativo no âmbito da atenção básica para todo país. Foi através deste programa que ocorreu o cadastramento de informações sobre os pacientes com hipertensão e diabetes, e desse modo, possibilitou uma melhoria no acompanhamento e fornecimento contínuo de medicamentos.

6 PLANO DE AÇÃO

Depois de analisados os dados da situação de saúde da área de abrangência junto a equipe, fizemos a identificação dos problemas e estabelecimento de prioridades, conforme apresentado a seguir.

6.1 Definição dos Problemas

O trabalho da equipe de saúde da família juntamente da equipe multiprofissional de maneira geral é complexo e envolve ações coordenadas entre os atores. Segundo Campos e colaboradores (2010), através do Planejamento Estratégico Situacional (PES), tem-se uma metodologia que torna possível o enfrentamento dos problemas em determinada situação onde os atores não controlam todas as variáveis envolvidas para que o problema seja resolvido. Assim, foi proposto um plano de ação, que com a ajuda da equipe multidisciplinar para que se torne possível reduzir o número de pacientes Diabéticos.

6.2. Priorização dos Problemas

De acordo com Campos, Farias e Santos, (2010) a priorização dos problemas são identificados em baixo, médio e alto em relação a três critérios fundamentais (importância do problema, urgência e capacidade de enfrentamento pela equipe), tendo como problema prioritário neste momento: Alto numero de pacientes diabéticos descontrolados, alto numero de pacientes hipertensos, gravidez precoce, uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos, falta de rede de esgoto e coleta de lixo em uma parte da população, uso de drogas ilícitas, alcoolismo.

Tabela 1: Principais Problemas encontrados e priorizados no diagnostico situacional da Equipe Saúde Vila Pinho /equipe azul em belo Horizonte/ MG.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto numero de pacientes hipertensos	Alta	8	Parcial	2
Alto numero de pacientes diabéticos descontrolados.	Alta	9	Parcial	1
Gravidez precoce.	Alta	7	Parcial	3
Uso excessivo de ansiolíticos e antidepressivos	Alta	5	Parcial	5

Falta de rede de esgoto e coleta de lixo em uma parte da população.	Alta	4	Parcial	6
Uso de drogas ilícitas	Alta	6	Parcial	4
Alcoolismo	Alta	5	Parcial	5

FONTE: Autoria da Equipe de Saúde da Família (2014-2015).

6.3. Descrição e Explicação do Problema.

Segundo dados encontrados no distrito de Saúde do Barreiro, existiam em 2014, 377 diabéticos cadastrados pela Equipe Saúde Vila Pinho /equipe azul em Belo Horizonte/ MG. Em 2015, esse número foi maior, pois identificamos novos diabéticos totalizando 468 usuários. Isso representa 19,1% da população de 2450 usuários com 20 anos ou mais desta equipe.

Esta doença crônica pode ser controlada com adoção de hábitos de vida saudáveis por parte dos pacientes que apresentam algum fator de risco para descompensar a doença.

A causa identificada para o problema de controle da Diabetes na nossa equipe foi: Dificuldade para abordar e orientar aos pacientes diabéticos sobre a doença. As consequências são ausência de uma agenda fixa de educação continuada com o grupo de diabéticos; desconhecimentos dos pacientes diabéticos sobre a doença associada a fatores de riscos modificáveis para diabetes tais como dieta rica em gorduras saturadas e açúcares, sedentarismo, ingestão de bebidas alcoólicas, abandono das práticas saudáveis e tabagismo, esses fatores são responsáveis por descompensação da doença e complicações posteriores.

6.4. Nós Críticos.

Foram considerados como “Nós Críticos”, pela equipe os seguintes problemas:

-Insuficiente conhecimento de os pacientes sobre a doença.

-Inadequados hábitos de vida.

-Ações de saúde insuficientes para evitar a descompensação da doença.

6.5. Desenho das Operações

Conhecendo o problema priorizado e as causas mais importantes, torna-se necessário traçar soluções e estratégias para enfrentar o problema, iniciando a elaboração do plano ação propriamente dito (CAMPOS FARIAS SANTOS, 2010). As tabelas abaixo buscam descrever os problemas, através dos nós críticos identificados, assim como as operações, os produtos, os resultados esperados, e os recursos necessários para a realização do plano de ação da Equipe de Saúde da Família Azul do Centro de Saúde Vila Pinho.

Tabela 2. Descrição de nós críticos, operações, resultados esperados, produtos esperados e recursos necessários para a realização do Plano de Ação da Equipe Saúde Vila Pinho /equipe azul em belo Horizonte/ MG.

Nó crítico	Operação	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
1-Conhecimentos insuficientes dos pacientes sobre a doença	-Fomentar o conhecimento da população sobre a doença.	-Elevar o nível de conhecimento dos participantes, elevar a percepção dos riscos e a execução de medidas de proteção em suas atividades de vida diária.	-Melhores níveis do conhecimento dos participantes (em adesão na intervenção). -Campanhas de prevenção e promoção sobre Diabetes. -Motivação dos pacientes em participar nos grupos operativos. -Aumentar a fabricação de panfletos educativos que falem de Diabetes.	-Cognitivos: Capacitação da equipe. - Conhecimentos científicos e habilidades comunicativas dos membros da equipe organizacional. -Cronograma de estratégias. Político: -Apoio das instituições locais (rádio, imprensa -Financeiro; Aquisição de recursos audiovisuais e panfletos educativos.
2-Inadequados hábitos de vida	-Modificar os hábitos de	-Diminuir número de	-Aumentar a realização de	-Cognitivos: -Conhecimento

	vida.	pacientes com fatores de riscos modificáveis.	palestras, realizar caminhadas e as campanhas educativas na rádio local	que tem os membros da equipe da equipe para possibilitar informação sobre Diabetes. - Organizacional: -Organizar caminhadas. Políticos: -Apoio divulgativo dos setores e instituições (na rádio ,imprensa.) -Conseguir um espaço na rádio local.
3- Ações de saúde insuficientes para evitar a descompensação da doença.	-Aumentar as ações de saúde para prevenir e evitar as complicações da doença.	Aumentar a realização de atividades de promoção, e prevenção de saúde. -Aumentar as consultas agendadas aos pacientes com fatores de risco.	-Criar grupos operativos com pacientes que tem fatores de risco. -Realizar palestras na sala de estar quando os pacientes aguardam pela consulta. -Programar na agenda atividades de prevenção e promoção de saúde.	- Organizacional: -Organizar e planejar as atividades na agenda de trabalho. -Cognitivos: -Conhecimento da equipe para trabalhar com esta população. -

FONTE: Autoria da Equipe de Saúde da Família (2014-2015)

6.6. Identificação dos recursos críticos.

Tabela 3. Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema.

Operação/Projeto	Recursos críticos
“Dia de Saúde” Saber +	Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. Político → articulação intersetorial.
Cuidar Melhor	Político → decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço; Financeiro → recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio de materiais e equipamentos e continuidade).
Linha de Cuidado	Político → articulação entre os setores da saúde, entre as equipes e seus profissionais;

FONTE: Autoria da Equipe de Saúde da Família (2014-2015).

6.7. Análise de viabilidade do plano

Tabela 4. Análise de viabilidade do plano da Equipe Saúde Vila Pinho /equipe azul em belo Horizonte/ MG.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
Apresentar o problema e o plano de intervenção.	Político → Negociar o espaço na rádio local; Financeiro → Verba para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	Médico da ESF Gestor da unidade de saúde	Favorável Favorável	Apresentar o projeto
Divulgar o plano de	Político → mobilização da equipe	Gestão da unidade de	Favorável	Apresentar o projeto

<p>intervenção.</p> <p>Aumentar o nível de informação dos usuários sobre Diabetes e fatores de risco agravantes.</p>	<p>multidisciplinar para orientar sobre prevenção, dos fatores de risco relacionados com a Diabetes;</p> <p>Financeiro →Adquirir recursos audiovisuais, panfletos, etc.</p> <p>Político →articulação intersetorial.</p>	<p>saúde</p> <p>Médico da ESF</p> <p>Enfermeiro da ESF</p> <p>Secretário de Saúde.</p>		<p>Apoio equipe multidisciplinar.</p>
<p>Cuidar Melhor</p> <p>Estruturar a agenda, abordagem e serviços da UBS para efetivar o cuidado.</p>	<p>Político →Negociação do aumento dos recursos para estruturar o serviço;</p> <p>financeiros→recursos necessários para o equipamento da rede e para custeio.</p>	<p>Prefeito Municipal</p> <p>Secretário de Saúde</p> <p>Secretário Municipal de Saúde</p> <p>Fundo Nacional de Saúde</p>	<p>Favorável</p> <p>Favorável</p> <p>Indiferente</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação da rede aos demais gestores.</p>
<p>Linha de Cuidado</p> <p>Reorganizar o processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.</p>	<p>Político →articulação entre os setores assistenciais da saúde.</p> <p>Capacitação da equipe como ACS, técnicos e demais elementos a fim de melhorar a abordagem, a comunicação e orientação educacional.</p>	<p>Secretário Municipal de Saúde</p> <p>Todos os componentes das duas equipes (Renascer e Vida Nova)</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto</p>

FONTE: Autoria da Equipe de Saúde da Família (2014-2015).

6.8. Plano Operativo.

Tabela 5. Proposta de intervenção para o controle dos pacientes Diabéticos da Equipe Saúde Vila Pinho /equipe azul em Belo Horizonte/ MG.

Operações	Resultados Esperados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Palestras e elaboração de folhetos referentes Diabetes e fatores de risco agravantes,	Aumentar o nível de informação dos usuários sobre Diabetes e fatores de risco agravantes.	Pacientes Diabéticos melhor informados	Palestras quinzenais Distribuição de folhetos	Médica, enfermeira, ACS, NASF (nutricionista, fisioterapeuta)	Já em andamento
Promoção de estilos de vida saudáveis e melhoria nas condições do indivíduo, família e a comunidade	Conseguir promover a saúde quanto à melhora dos estilos de vida	Prevenir complicações secundárias e melhorar controle de glicose	Contato com rádio comunitária	Equipe de saúde, famílias e comunidade, outras instituições	Início em 6 meses
Bom vínculo com os indivíduos diabéticos	Melhorar o auto-cuidado e a adesão ao tratamento	Diabéticos com bom controle da doença	Consultas periódicas Visitas domiciliares	Médica e Enfermeira Agentes Comunitárias de Saúde	Já em andamento

FONTE: A autoria da Equipe de Saúde da Família (2014-2015).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática clínica na área de abrangência e o levantamento do referencial nos apresenta a importância da necessidade de intervir na DMem nossa comunidade.

O significado prático é dado pelas mudanças necessárias no estilo de trabalho, atendimento integral a esses pacientes e a contribuição teórica que dá o seu aval a um comportamento preventivo na comunidade inserida na prática da medicina família, com a elevação dos seus conhecimentos.

Com a implantação das ações propostas nesse Projeto, espera-se para cada um das etapas de atuação os seguintes resultados:

- A ESF como um todo deve estar sensibilizado quanto à importância da prevenção e diagnóstico precoce da Diabetes.
- Espera-se que os pacientes sejam capazes de identificar os principais fatores de riscos,
- Programar uma estratégia educativo-preventiva, para obter uma redução das complicações e da mortalidade associadas a essa doença, melhorando o estado de saúde de esta população.
- Participação de 100% dos profissionais da Equipe de Saúde da Família nas palestras.
- Participação dos pacientes diabéticos convidados pelos ACS para as palestras de educação coletiva, nas escolas e/ou igrejas;
- Melhorar o acolhimento, a satisfação ao acesso e a prestação de serviços dos pacientes com DCNT.

REFERÊNCIAS

ADA - AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition Recommendations and Principles for People with Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v.30, supl.1, p.S48-S65, 2007a.

ADA- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes – 2012. **Diabetes Care**, v. 35, n. 1, p. 11- 63, 2012. Disponível em: . Acesso em: 23 out. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica . Diabetes mellitus. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília, 2006. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel-Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Política de Atenção ao Diabetes no SUS. [Acesso: 08 de Junho de 2012]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29794&janela=1

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. Missão e visão. [Acesso: 06 de Junho de 2012]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/conheca-a-sbd/missao-e-visao>

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. 2014. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ultimas/471-sao-13-4-milhoes-de-pessoas-portadoras-de-diabetes-no-brasil>. Último acesso em setembro de 2014.

BAZOTTE, R. B. **Paciente diabético: Cuidados Farmacêuticos**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009. **Sociedade brasileira de diabetes**. 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DIABTES. **Atlas de La FID**. 5 ed. 2012 Disponível em: . Acesso em: 20 out. 2012.

GUIAS ALAD DE DIAGNÓSTICO, CONTROL Y TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. Asociación Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes, Edición Extraordinária – Suplemento nº 1 – Año 2000.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

INTENSIVE BLOOD GLUCOSE CONTROL With Sulphonylureas or Insulin Compared With Conventional Treatment and Risk of Complications in Patients With Type 2 Diabetes. UK Prospective Diabetes StudyGroup (UKPDS). Lancet 352:837-853, 1998.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. “Censo Demográfico 2010 – Aglomerados Subnormais – Informações Territoriais”: IBGE, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/aglomerados_subnormais_informacoes_territoriais/default_informacoes_territoriais.shtm>. Acesso em: nov. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Belo Horizonte (MG). Prefeitura. 2014.: IBGE, 2014. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br>. Acesso em: jan. 2014.

FARIA, H. P. et al. **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

CORRÊA, E. J; VASCONCELOS, M.; SOUZA, M. S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2013.

IDF CLINICAL GUIDELINES TASK FORCE. Global guideline for Type 2 diabetes. Brussels: International Diabetes Federation, 2005. Disponível em: <http://http://www.idf.org/home/index.cfm?unode=B7462CCB-3A4C-472C-80E4-710074D74AD3>. Acesso em 8 de julho de 2006.

KING, H.; AUBERT, R.E.; HERMAN, W.H. Global burden of diabetes, 1995-2025. Diabetes Care, v.1, suppl.9, p.1414-1431, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006b. 64p.

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. TYPE 2 DIABETES – footcare. London: National Institute for Clinical Excellence, 2004. Disponível em: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=101518>. Acesso em: 8 julho 2006.

POSICIONAMENTO OFICIAL 2004: A Importância da Hemoglobina Glicada (A1C) Para a Avaliação do Controle Glicêmico em Pacientes com Diabetes Mellitus: Aspectos Clínicos e Laboratoriais.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. **Cad. Saúde Pública**, v.19, supl.1, p.S29-S36, 2003.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.; CARDOSO, M.A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. Cad. Saúde Pública, v.22, n.1, p.7-18, 2006.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil:carga e desafios atuais. The Lancet, London, 9 maio 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

TOSCANO, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. Ciênc.Saúde Col., v.9, n.4, p.885-895, 2004.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneve, WHO. 2002.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications: report of a WHO consultation, 1999. Disponível em:<http://www.who.int/diabetes/publications/Definition%20and%20diagnosis%20of%20diabetes_new.pdf>. Acesso em: 15 Maio 2007.

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004; 27(5):1047-53.

World Health Organization. The World Health Organization Report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneve, WHO. 2002.