

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

MAIREYIS ISABEL GUERRA GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ELEVADO NÚMERO
DE USUÁRIOS COM RISCO DE DESENVOLVER O DIABETES
MELLITUS NO PSF LANDI I, RIBEIRÃO DAS NEVES - MG.**

BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS

2015

MAIREYIS ISABEL GUERRA GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ELEVADO NÚMERO
DE USUÁRIOS COM RISCO DE DESENVOLVER O DIABETES
MELLITUS NO PSF LANDI I, RIBEIRÃO DAS NEVES - MG.**

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

Orientador: Prof. Mr. Ricardo Luiz Silva Tenório

BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS

2015

MAIREYIS ISABEL GUERRA GONZALEZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA DIMINUIR O ELEVADO NÚMERO
DE USUÁRIOS COM RISCO DE DESENVOLVER O DIABETES
MELLITUS NO PSF LANDI I, RIBEIRÃO DAS NEVES - MG.**

Banca examinadora

Prof. Mr. Ricardo Luiz Silva Tenório - Orientador

Prof. Heriberto Fiuza Sanchez

Aprovado em Belo Horizonte ____/____/____.

DEDICATORIA.

Primeiro dedico este trabalho a Deus por me permitir viver cada dia. Também dedicá-lo aos meus pais pelo seu apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS:

Agradeço de forma infinita ao meu país (CUBA), por permitir-me ser médica. Agradeço a DEUS por dar-me a oportunidade de conhecer BRASIL e oferecer minha ajuda a este maravilhoso país, e a todas as pessoas necessitadas de atenção médica. Agradeço a minha equipe de saúde Landi I pela ajuda disponibilizada para a confecção deste trabalho. Também quero agradecer a meu tutor Ricardo Luiz Silva Tenório pela ajuda prestada.

“Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível”.

([Charles Chaplin](#)).

RESUMO

O município de Ribeirão das Neves está localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a 32 km da capital, e possui uma população de 296.317 pessoas. A Equipe de Saúde da Família Landi I fez o diagnóstico situacional, e identificou vários problemas de saúde dando prioridade ao elevado número de usuários com risco de desenvolver diabetes mellitus. A prevenção do Diabetes Mellitus envolve várias medidas para diminuir os fatores de risco. O objetivo deste trabalho é diminuir o elevado número de usuários com risco de desenvolver Diabetes Mellitus com a criação de um plano de intervenção para a realização de ações de promoção e prevenção de saúde. Por meio do método de estimativa rápida foram identificados e ranqueados os principais problemas que afetam a comunidade. Após a priorização do problema e identificação dos respectivos “nós críticos”, o plano foi feito fundamentado no Planejamento Estratégico Situacional (PES). Inicialmente foi realizada a revisão da literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online Lilacs e Scielo, com os seguintes descritores: educação em saúde, fatores de risco e diabetes mellitus. Em síntese, o autocuidado em relação ao diabetes mellitus e as doenças associadas, a educação em saúde, a prática sistemática de exercícios físicos, e a dieta adequada, constituem importantes pilares para controlar os usuários com risco a desenvolver o Diabetes.

Palavras-chave: Educação em saúde, Fatores de Risco, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

The Ribeirão das Neves municipality is located in the metropolitan region of Belo Horizonte, 32 km from the capital and has a population of 296,317 people. The Family Health Team Landi I made the situational diagnosis, and identified a number of health problems prioritizing the large number of users at risk of developing diabetes mellitus. Prevention of Diabetes Mellitus involves several measures to reduce the risk factors. The objective of this work is to reduce the high number of users at risk of developing Diabetes Mellitus with the creation of an action plan for carrying out promotion and prevention of health actions. Through rapid assessment method have been identified and unranked key issues affecting the community. After prioritization of the problem and identification of their "critical nodes", the plan was made based on the Situational Strategic Planning (PES). Was initially performed a review of the literature on the subject proposed using online databases Lilacs and Scielo, with the following descriptors: health education, risk factors and diabetes mellitus. In summary, self-care in relation to diabetes mellitus and associated diseases, health education, the systematic practice of physical exercise and proper diet are important pillars to control users at risk to develop diabetes.

Keywords: Health education, Risk Factors, Diabetes Mellitus.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário da Saúde.

APS: Atenção Primária a Saúde.

CAB: Cadernos da Atenção Básica.

DCNT: Doenças Crônicas não Transmissíveis.

DCV: Doenças Cardiovasculares.

DM: Diabetes mellitus.

ESF: Estratégia Saúde da Família.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

IMC: Índice de Massa Corporal.

NASF: Núcleo de Apoio de Saúde da Família.

PA: Pressão Arterial.

PSF: Programa de Saúde da Família.

QV: Qualidade de vida.

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica.

UBR: Unidade Básica de Referência.

UPA: Unidade de Pronto atendimento.

LISTA DE QUADROS

Quadro #1: Priorização dos problemas-----	15
Quadro #2: Desenho das operações para resolução dos nós críticos-----	24
Quadro #3: Identificação dos recursos críticos-----	26
Quadro #4: Análise da viabilidade do plano-----	27
Quadro #5: Plano Operativo-----	28

SUMARIO:

1- INTRODUÇÃO	12
2- JUSTIFICATIVA	17
3- OBJETIVO	18
4- METODOLOGIA	19
5- REFERENCIAL TEÓRICO	20
6- PLANO DE INTERVENÇÃO	23
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERENCIAS	31
ANEXOS	33

1-INTRODUÇÃO

O município de Ribeirão das Neves está localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte, a 32 km da capital. Ocupa 4,1 % da área total da Região Metropolitana de Belo Horizonte. A população total do município é de 296.317 habitantes (IBGE, 2014).

A área total do município é de 157,41 km², com uma concentração habitacional de 1931,92 hab./km², e é composto por 155 bairros. O número aproximado de domicílios é de 94.791 e de famílias 85.239 (IBGE, 2014).

O município de Ribeirão das Neves encontra-se distribuído em três macrorregionais: o distrito de Justinópolis, a região Centro e a região Veneza. Também possui uma divisão administrativa composta por cinco regiões sanitárias: Região 1 (Central), Região 2 (Veneza) e Regiões 3, 4 e 5 (Justinópolis). (IBGE, 2014).

As primeiras referências históricas do município tem início no século XVIII, o qual se denominava Matas de Bento Pires. O nome do município estava vinculado ao fato de que em 1794 o mestre de campo, Jacinto Viera da Costa, obteve o título de sesmaria de uma porção de terra na região central e dois anos mais tarde construiu uma Capela dedicada a Nossa Senhora das Neves, o que deu origem ao nome de Fazenda das Neves. (IBGE, 2014).

O município foi edificado num panorama religioso e ainda conserva sua estrutura abrigando um conjunto de igrejas de distintas religiões, que hoje constituem patrimônio cultural. Por cinco anos Neves pertenceu a Betim. Posteriormente, a mesma lei que transfere o distrito de Neves para Pedro Leopoldo altera seu nome para Ribeirão das Neves (IBGE, 2014).

O índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,684 e a taxa de urbanização é de 99,07% (IBGE, 2014).

O município é conhecido por abrigar um dos maiores complexos penitenciários do Estado de Minas Gerais. De acordo com dados da Secretaria de Estado de Defesa Social, atualmente conta com uma população carcerária de 6.586 detentos, distribuídos nas seis unidades prisionais existentes no município. Possui também um Centro Sócio Educativo, com população estimada de 83 adolescentes. (IBGE, 2014).

A economia do município baseia-se na atividade em cerâmica espalhada pela periferia da cidade. Além disso, a atividade hortifrutigranjeira funciona como importante fonte de renda das famílias. O setor primário de Ribeirão das Neves também conta com a extração de pedras britadas. Outra atividade significativa no município é a fabricação de móveis e artigos

de vestuário, têxteis, etiquetas, adesivos, tubos de PVC, aparelhos e materiais elétricos (IBGE, 2014).

A renda per capita média de Ribeirão das Neves cresceu 102,59% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 319,28 em 2000 a R\$ 479,77 em 2010. A taxa média anual de crescimento foi de 34,82% no primeiro período e 50,27% no segundo. A extrema pobreza (medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 70,00) passou de 6,41% em 2000 para 2,21% em 2010. A desigualdade diminuiu, o índice de Gini passou de 0,43 em 2000 para 0,39 em 2013 (IBGE, 2014).

Em relação aos aspectos demográficos, percebe-se que a população do município é em sua maioria pertencente à zona urbana, com uma predominância na faixa etária de 25 a 59 anos. A taxa de crescimento anual é de 1,57%, e a densidade demográfica é de 1.931,92. A proporção de moradores abaixo da linha de pobreza corresponde a 2,21% da população e o percentual da população usuária da assistência à saúde no SUS é de 89,8%. (IBGE, 2014).

O Conselho Municipal de Saúde tem 50% de usuários, 25% de trabalhadores do Sindicato e 25% de representantes do Governo e Prestadores de Serviço. O município tem 24 conselheiros titulares e 24 suplentes. São divididos em 04 titulares do Governo e 02 de Prestadores de Serviço, 03 Trabalhadores da Saúde, 03 Trabalhadores do Sindicato e 12 Usuários. Todos com seus respectivos suplentes. O orçamento destinado à saúde corresponde a 36,61% da arrecadação municipal. (IBGE, 2014).

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) aconteceu em 1996. Atualmente, o município conta com 53 equipes de Saúde da Família, seis equipes de Saúde Bucal, três Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e cinco Unidades Básicas de Referência (UBR). Conta também com duas Unidades de Pronto Atendimento (1 - Nível II e 1 - Nível III) e o Hospital São Judas Tadeu, que inclui a Maternidade. A alta complexidade é referenciada para Belo Horizonte (RIBEIRÃO DAS NEVES, 2015).

O PSF LANDI I conta com 970 famílias cadastradas e uma população de 4.056 pessoas, sendo que a população idosa corresponde a 2.224 pessoas. Funciona de 8:00 horas até as 17:00 horas, de segunda a sexta-feira.

A equipe de saúde é composta por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma médica, nove agentes comunitários de saúde (ACS). Além da equipe do PSF, existe uma equipe de apoio com uma fisioterapeuta que trabalha duas vezes por semana desenvolvendo

grupos de idosos e grupos de grávidas, uma ginecologista que faz consulta todas as segundas-feiras, um psiquiatra e uma psicóloga que faz consulta uma vez por mês.

Na área de abrangência da equipe de saúde há uma escola pública, uma creche, uma igreja, correio, farmácias, campo de futebol. A comunidade é coberta com água, luz elétrica, telefonia.

Mais de 60% da população em idade laboral trabalha, e aproximadamente 30% da população estão desempregadas. A maioria das pessoas trabalha como pedreiros, manicures, pedicuras, cabeleireiros, além dos que trabalham por conta própria.

O consumo e venda de álcool e outras drogas são muito frequentes na área de abrangência da equipe. As principais causas de morte são por arma de fogo, devido ao alto índice de violência, além das doenças cardiovasculares.

A equipe de saúde Landi I propõe ações estratégicas para lograr o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Neste projeto de intervenção tentamos fazer uma análise dos principais fatores existentes nos usuários com risco de desenvolver diabetes em nossa área de abrangência e vinculá-los a seus respectivos grupos de risco: grupos de tabagista, alcoólicos, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, todo isso para garantir o acompanhamento bem como a promoção de hábitos e estilos de vida saudável na população.

Após análise da situação da saúde de nossa população foram definidas ações para os problemas identificados por meio do método de estimativa rápida. Este método permite obter informações sobre a comunidade assim como ambiente físico, socioeconômicos e as principais doenças, além da priorização dos problemas baseado na importância e urgência.

Os principais problemas identificados foram:

1. Elevado número de usuários com risco de desenvolver o Diabetes Mellitus;
2. Alto índice de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica descompensada, sem dano cardiovascular;
3. Alta prevalência de transtornos psiquiátricos;
4. Alto índice de consumo de psicofármacos e drogas como álcool entre outras;
5. Alto número de transtornos nutricionais, obesidade e dislipidemias;
6. Alto índice de gravidez em na adolescência;
7. Baixo nível de escolaridade e socioeconômico da comunidade.

Existem vários problemas identificados no diagnóstico situacional, mas a equipe destacou o elevado número de usuários com risco de desenvolver o Diabetes Mellitus, particularmente na faixa etária entre 56 e 65 anos. O processo de priorização dos problemas foi feito considerando o grau de importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

A priorização dos problemas pode ser vista, conforme quadro # 1 abaixo apresentado.

Quadro # 1. Priorização Dos Problemas Na PSF Landi I, Ribeirão das Neves Minas Gerais. 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica com níveis pressóricos elevados, sem dano cardiovascular.	Alta	7	Parcial	1
Elevado número de usuários com risco de desenvolver o Diabetes Mellitus.	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência de transtornos psiquiátricos.	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de consumo de psicofármacos e drogas como álcool entre outras.	Alta	5	Parcial	2
Alto número de transtornos nutricionais, obesidade e dislipidemias.	Alta	4	Parcial	3
Alto índice de gravidez em na adolescência.	Alta	4	Parcial	4
Baixo nível de escolaridade e socioeconômico	Alta	4	Parcial	5

Dentre os principais nós críticos relacionados à elevada incidência de pacientes com risco a desenvolver Diabetes Mellitus, tem-se: hábitos e estilos de vida inadequados, como o consumo de alimentos gordurosos e ricos em carboidratos, falta da prática de exercícios físicos, educação insuficiente sobre diabetes e processo de trabalho da equipe insuficiente para organização da demanda espontânea e programada.

Diante disso, decidimos empenhar todos os nossos esforços no diagnóstico e acompanhamento desta doença, a fim de prevenir possíveis complicações, já que é um problema que se encontra afetando gravemente a saúde da nossa população.

2-JUSTIFICATIVA

O DM constitui um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento. Previsões para os próximos anos apontam que, em 2030, 438 milhões de indivíduos, em todo o mundo, terão a doença. (HIPERDIA 2013).

Acredita-se ainda que, nesse mesmo ano, 472 milhões de indivíduos terão pré-diabetes, condição clínica que evolui, na maioria dos casos, para DM, em um período de 10 anos. (HIPERDIA 2013).

Os países em desenvolvimento tendem a exibir maior transcendência do problema, seja pelo rápido envelhecimento de sua população, seja pelo aumento da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, que resulta em maior risco de desenvolvimento da doença. (HIPERDIA 2013).

Segundo a Internacional Diabetes Federation (2002), a população mundial de diabéticos atinge aproximadamente 5,5 bilhões de pessoas, sendo que na população adulta (entre 20 e 79 anos) este número é de 3,3 bilhões. O impacto global do diabetes é relevante. As maiores incidências ocorrem no Leste do Mediterrâneo e Oriente Médio (17 milhões). América do Norte (21,4 milhões), Europa (22,5 milhões), Sudeste Asiático (34,9 milhões) e no Oeste do Pacífico (44 milhões) (EPIDEMIOLOGIA DO DIABETES MELLITUS, 2002).

Recentemente, a Organização Mundial de Saúde reconheceu que a doença é epidêmica (OMS, 2007).

O Brasil é o quinto país com maior número absoluto de diabéticos no mundo e deve permanecer na mesma posição em 2030 (FERREIRA, 2012).

A Equipe de Saúde do PSF Landi I participou da análise dos problemas levantados e considerou que no município de Ribeirão das Neves existem recursos humanos e materiais para se desenvolver um Projeto de Intervenção junto à população com risco de desenvolver o diabetes mellitus, portanto a proposta é viável.

Justifica-se a escolha do tema, analisando-se que a DM é uma doença que afeta a grande parte da população e tem uma incidência crescente pelo incremento dos fatores de risco os quais são responsáveis por sua ocorrência. Isso constitui um grande desafio para nós trabalhadores da saúde.

3-OBJETIVO

Elaborar um projeto de intervenção para diminuir o elevado número de usuários com risco de desenvolver Diabetes Mellitus no PSF LANDI I, do município Ribeirão das Neves - MG.

4-METODOLOGIA

Para a realização do presente trabalho, será utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES) (Campos; Faria; Santos, 2010).

Inicialmente será realizada a revisão da literatura a respeito do tema proposto utilizando bases de dados online Lilacs e Scielo. Os seguintes descritores serão utilizados: educação em saúde, fatores de risco, diabetes mellitus.

A partir dos dados coletados, todo o material passará pela análise da autora e será revisada a literatura sobre o tema com a finalidade de fazer comparações com estudos feitos por outros autores.

Após a revisão da literatura, será discutido o tema com a equipe de saúde com a finalidade de iniciar o desenvolvimento de nosso trabalho. Nesta etapa, será necessária a elaboração de um roteiro bem estruturado.

Os encontros obedecerão a um roteiro pré-estruturado onde cada atividade vai ser desenvolvida em um determinado prazo.

O plano operativo seguirá um cronograma de dois meses. Inicialmente, será feito um teste para obter o grau de conhecimento da equipe de saúde sobre a doença.

A partir do primeiro encontro, serão traçadas metas com divisão de funções a cada responsável e cronograma.

No segundo encontro serão planejadas as ações a ser desenvolvidas por cada integrante da equipe de saúde no prazo estabelecido.

As atividades desenvolvidas a partir do presente trabalho também deverão ter seus resultados avaliados, com a aplicação novamente do teste inicial. Os participantes deverão marcar um **X** na opção que considerarem corretas em cada questão. Os valores das questões serão avaliados pelo número de respostas certas. O resultado da pesquisa será avaliado da seguinte forma: número de acertos menor que 33 %, a avaliação será considerada ruim; entre 33% e 66 % de respostas certas, avaliação será considerada regular; maior de 66 % de respostas certas, avaliação será considerada boa.

5-REFERENCIAL TEÓRICO:

O termo “diabetes mellitus” (DM) está relacionado à hiperglicemia como consequência à deficiência na secreção de insulina, ou defeitos em sua ação, ou até mesmo por ambos os fenômenos, e por isso incluído em um grupo heterogêneo de transtornos metabólicos. (HIPERDIA, 2013).

No Brasil, o Ministério da Saúde por meio da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), mostrou que, no ano de 2011, das 27 cidades estudadas, a frequência do diagnóstico médico prévio de Diabetes Mellitus (DM) foi de 5,6%, sendo maior em mulheres (6,0%) do que em homens (5,2%). Tendo em vista que este estudo incluiu apenas os casos de diagnóstico de DM realizado por médico e que a proporção de DM não diagnosticado em diversos países no mundo está entre 30% e 60%, tais cifras adquirem aspecto ainda mais alarmante. Para fins de programação, a SES/MG estima que 10% dos mineiros adultos (com idade maior ou igual há 20 anos) sejam diabéticos. (HIPERDIA, 2013).

De acordo com Paiva, Bersusa e Escuder (2006), a prevalência do diabetes mellitus no Brasil atinge 7,6% da população com idade entre 30 a 69 anos e 20% na população acima de 70 anos. Nos últimos 10 anos, a população brasileira com idade igual ou superior a 60 anos aumentou mais do que a população jovem, sendo que o envelhecimento da população acarreta um significativo aumento da carga das doenças cardiovasculares.

As estatísticas apontam que em 2025 o número de diabéticos pode chegar a 300 milhões. No Brasil estimativo revelam que até 2025 serão 11,6 milhões. Alguns dos fatores que favorecem esse crescimento alarmante de casos são o estilo de vida e o envelhecimento da população. (EPIDEMIOLOGIA DO DIABETES MELLITUS, 2002).

Segundo dados do SIS-HIPERDIA, entre os 1,6 milhão de casos registrados, 4,3% dos diabéticos apresentaram quadro de pé-diabético com relato de amputação previa em 2,2% dos casos. Além disso, 7,8% apresentavam doença renal crônica (DRC), 7,8% tiveram infarto agudo do miocárdio (IAM) prévio, e 8,0% história de acidente vascular cerebral (AVC). Os registros de óbito, por sua vez, mostram que as taxas de mortalidade atribuíveis ao DM estão 57% maiores quando comparadas a população geral e, entre essas, 38% em decorrência a

doença cardiovascular (DCV), 6%, a doença renal e 17%, as outras complicações crônicas da doença. (SCHMIDT, 2011).

Em Minas Gerais, entre 2001 e 2009, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 51,5% dos óbitos, principalmente em decorrência da DM e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Nesse período, foi realizada análise dos anos potenciais de vida perdidos, indicador que avalia o impacto das diferentes causas de morte, que mostrou a participação da DM no aumento das doenças cerebrovasculares (DCV) e da doença isquêmica do coração (MINAS GERAIS, 2011).

Entre os fatores de risco modificáveis para o DM, destacam-se a dieta inadequada, o sedentarismo, a obesidade e o tabagismo. Na atualidade, está bem definida que estratégias direcionadas a mudanças no estilo de vida, com ênfase na alimentação saudável e na prática regular de atividade física, que diminuem a incidência de DM. Intervenções que visem ao controle da obesidade, da HAS, da dislipidemia e do sedentarismo, além de evitarem o aparecimento do DM, previnem a DCV. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011).

O estilo de vida é um dos maiores responsáveis pela prevalência das doenças crônicas e pela morbidade. Entre os aspectos associados estão, principalmente, os hábitos e as condutas que contribuem para o aumento do sobrepeso corporal, especialmente associado ao aumento da obesidade visceral. Além disso, o alto consumo energético e excesso ou deficiência de nutrientes, associados ao padrão alimentar baseado em alimentos industrializados, são hábitos que devem ser evitados (BRASIL, 2001; CANAAN *et al.* 2006).

O Sedentarismo, que está presente na rotina da população mundial, é um dos principais fatores para o desenvolvimento das doenças crônicas degenerativas. A falta ou grande diminuição de atividade física causa vários males para o ser humano (BARROS, 2007).

O tabagismo, segundo alguns estudos, está muitas vezes associado a processos metabólicos relacionados com o diabetes, incluindo a homeostase da glicose, hiperinsulinemia e resistência à insulina. Nos fumantes foram encontrados níveis de hemoglobina A1c mais altos em relação aos não fumantes. O grau de resistência à insulina parece estar diretamente relacionado com o número de cigarros fumados, embora o seu mecanismo ainda não esteja

claro. O tabagismo pode afetar diretamente a secreção pancreática de insulina, ou a sua associação com os hormônios contrarreguladores (cortisol e catecolaminas) pode desempenhar este papel (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2001).

Na literatura há relatos de determinadas situações pessoais, tais como qualidade de vida e felicidade conjugal (em mulheres), com o menor risco de desenvolver complicações pela DM (TROXEL, 2005).

O consumo alimentar da população brasileira, caracterizado por baixa frequência de alimentos ricos em fibras e aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares na dieta, associado a um estilo de vida sedentário, compõem um dos principais fatores etiológicos do DM tipo 2 (MARTINEZ, 2000).

Estudos experimentais e clínicos têm demonstrado que uma dieta com alto teor de gordura e baixo teor de fibras aumenta o risco de desenvolvimento da intolerância à glicose e do DM tipo 2 e formação de ateromas nos vasos sanguíneos (WHO, 2003).

Além disso, a DM é uma condição crônica que persiste por toda a vida e, algumas vezes, vem acompanhada de outras comorbidades. As complicações agudas provenientes do descontrole da DM exercem impacto direto sobre a qualidade de vida (QV) dos usuários e familiares, pois aumentam a predisposição a transtornos depressivos e de ansiedade. Estes transtornos podem interferir nas relações de trabalho, no desempenho de tarefas domiciliares e escolares, bem como na própria independência (SOUSA *et. al*, 2008).

6-PLANO DE INTERVENÇÃO

Após a priorização do problema e identificação dos respectivos “nós críticos”, o plano foi feito fundamentado no PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Segundo Campos; Faria; Santos (2010) a definição de nó crítico é:

É um tipo de causa de um problema que, quando “atacada”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando.

Os nós críticos identificados relativos ao problema escolhido foram:

1. Hábitos e estilos de vida inadequados dos usuários com diabetes;
2. Educação insuficiente dos usuários sobre diabetes mellitus;
3. Desorganização no processo de trabalho da equipe de saúde em relação à demanda espontânea e programada;

Posteriormente foram identificadas as operações e traçados os projetos necessários para sua possível solução. Proporemos os resultados esperados dessas operações, assim como os recursos necessários para sua execução, conforme mostra o quadro # 2.

Neste passo a equipe de saúde Landi I descreve as operações/projetos para o enfrentamento das causas selecionadas (nós críticos). Identificando os produtos, resultados, assim como recursos para cada operação definida.

Quadro # 2. Desenho das operações a ser executado pela ESF Landi I, Ribeirão das Neves/MG, 2015.

No crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Hábitos e estilos de vida inadequados.	Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida dos usuários com DM.	Diminuir o elevado número de sedentários, tabagistas e obesos que constituem riscos para desenvolver o Diabetes Mellitus.	Programa de caminhada, com exercícios orientados. Palestras educativas na rádio local e comunidade. Realização de grupos operativos.	Organizacional: para organizar as caminhadas e exercícios, assim como formação dos grupos operativos. Cognitivo: para aumentar a informação sobre o tema (educação em saúde) e sobre estratégias de educação. Político: para conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino, assim como conseguir o local para as reuniões com os grupos. Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.
Educação Insuficiente e sobre Diabetes Mellitus.	Saber Mais Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença.	População mais informada sobre o Diabetes Mellitus, sua prevenção assim como suas complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos. Criação dos grupos educativos. Capacitação dos agentes de saúde	Financeiro: para aquisição de folhetos educativos, panfletos ilustrativos e novas agendas para consultas e grupos. Cognitivos: para conhecimento sobre o tema. Políticos: para mobilização social, disponibilização de materiais. Organizacionais: para auxiliar a equipe na divulgação dos grupos e organização da agenda.

Desorganização no processo de trabalho da equipe em relação à demanda espontânea e programa da para a diabetes mellitus	Linha de cuidado Implantar linha de cuidado para usuários com risco de desenvolver o Diabetes Mellitus. Capacitar a equipe de saúde para o atendimento à diabetes mellitus.	Mudanças do processo de trabalho da equipe para melhorar a organização das agendas. Equipe de saúde capacitada para melhorar o atendimento da população com risco.	Implantação das linhas de cuidado. Capacitação da equipe de saúde.	Financeiro: Aquisição de cadernos para confecção de novas agendas para consultas e grupos. Organizacionais: para organizar os grupos educativos. Cognitivos: Conhecimento sobre o tema. Políticos: Articulação entre os setores da saúde, adesão dos profissionais.
--	--	---	---	--

Fonte: ESF Landi I, 2015.

O quadro # 3 identifica os recursos críticos para o enfrentamento das operações propostas.

Neste passo foram identificados pela equipe de saúde Landi I os recursos críticos a ser utilizados em cada operação o qual é fundamental para a análise e viabilidade do plano.

Quadro # 3: Recursos críticos identificados para o enfrentamento das operações propostas da ESF Landi I, Ribeirão das Neves – MG, 2015.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Mais Saúde Modificar hábitos e estilos de vida inadequados.	Político - conseguir um espaço para fazer as reuniões com os grupos de usuários. Financeiro - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Saber Mais Aumentar o nível de conhecimento dos pacientes e familiares sobre a doença	Político - disponibilidade de local para fazer palestras educativas Financeiro - para aquisição de recursos audiovisuais, pôster, etc.
Linha de cuidado Implantar linha de cuidado para usuários com risco a desenvolver o Diabetes Mellitus.	Político - disponibilidade de local para fazer pratica de exercícios físicos em na comunidade. Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).

Fonte: ESF Landi I, 2015.

A análise da viabilidade dos planos pode ser verificada no quadro # 4.

Neste passo a equipe de saúde Landi I identificou os atores que controlam os recursos críticos, assim como a motivação destes atores em relação a cada operação.

Quadro #4: Análise da viabilidade do plano de intervenção elaborado pela ESF Landi I, Ribeirão das Neves - MG. 2015.

Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida inadequados.	Político →conseguir o espaço ou local para reuniões com os grupos de usuários. Financeiro → para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.;	Secretário de Saúde Equipe de saúde e o gerente da unidade de saúde. Secretário de saúde	Favorável Favorável	Não é necessária. Não é necessária.
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre os riscos do diabetes. Conhecimento dos pacientes com melhor acompanhamento da equipe de saúde.	Político - disponibilidade de local para fazer palestras educativas.	Secretário de saúde. Equipe de saúde.	Favorável	Não é necessária.
Linha de Cuidado Mudanças do processo de trabalho da equipe, assim como melhorar a organização das agendas.	Político →disponibilidade de local para fazer palestras educativas.	Secretário de Saúde. Equipe e saúde.	Favorável Favorável	Não é necessária

Fonte: ESF Landi I, 2015.

A elaboração do plano operativo será apresentada no quadro # 5 abaixo.

A equipe de saúde Landi I depois de ter realizado reunião com todas as pessoas envolvidas no planejamento definiu a divisão de responsabilidades para cada uma das operações, assim como os prazos para realização de cada produto.

Quadro # 5: Elaboração do plano Operativo para o elevado número de usuários com risco de desenvolver Diabetes Mellitus no PSF Landi I, Ribeirão das Neves - MG, 2015.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
+ Saúde Modificar hábitos e estilos de vida inadequados.	Diminuir o número de usuários com riscos a desenvolver o diabetes mellitus, como são obesos, dislipidemias, tabagistas entre outros.	Programa de caminhada e prática de exercícios orientados.	Elaborar palestras educativas voltadas para usuários com riscos, para ajudar a elevar e aprofundar o conhecimento sobre a importância da mudança do estilo de vida. Realizar reuniões com grupos de usuários com risco.	Médica Maireyis Enfermeira Deyse.	Três meses para o início das atividades. Com uma avaliação semestral.
Saber + Aumentar o nível de informação da população sobre o diabetes.	População mais informada sobre o diabetes. Conhecimento dos pacientes com melhor acompanhamento da equipe de saúde.	Avaliação do nível de informação da população sobre os riscos. Criação de grupos educativos. Capacitação dos agentes de saúde.	Realizar reuniões com os grupos para avaliação do nível de informação dos usuários.	Equipe de saúde.	Início em quatro meses.
Linha de Cuidado Implantar linha de cuidado para usuários com risco a desenvolver o Diabetes Mellitus.	Mudanças do processo de trabalho da equipe e melhorar organização das agendas.	Implantação das linhas de cuidado.	Implantar a linha de cuidados Capacitar a equipe de saúde para acompanhamento dos usuários com risco de desenvolver a DM	Equipe de saúde.	Quatro meses para apresentação do projeto.

Fonte: ESF Landi, 2015.

O monitoramento faz parte do processo avaliativo que inclui coleta, processamento e análise contínua e periódica das informações e indicadores de saúde selecionados. O objetivo é avaliar as atividades e ações que estão sendo executadas de acordo o planejado e os resultados esperados. Para a avaliação do plano de ação será aplicado novamente o questionário inicial.

7-CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa e dados obtidos com o presente estudo podemos falar que a Diabetes Mellitus (DM) constitui uma doença crônica não transmissível grave, sendo imprescindível a mudança dos hábitos e estilos de vida, assim como o autocuidado para prevenir complicações e internações.

Mudar hábitos de vida constitui uma tarefa de muito esforço e responsabilidade, já que o portador da doença precisa estabelecer mudanças de hábitos no seu cotidiano, além de desistir de hábitos não saudáveis. Nosso papel como profissionais de saúde é orientar tanto os usuários quanto sua família dando suporte e esclarecendo dúvidas.

O trabalho da equipe envolve ações de promoção à saúde por meio de atividades educativas, para transmitir conhecimento aos usuários sobre a doença e a importância de mudanças do estilo de vida. Da mesma forma, a prevenção de complicações da DM irá evitar o aparecimento de sequelas. Portanto, é necessária a participação dos portadores de diabetes mellitus no seu autocuidado pela melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS:

- BARROS. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. Londrina. Rio de Janeiro. 2007.
- BRASIL. “**A Serviço Da Vida E Da Esperança**” 2007. Disponível em: <http://noticias.cancaonova.com/diabete-ja-e-considerada-pela-oms-uma-epidemia-mundial/>> Acesso em: 21/abril/2015.
- BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística. **IBGE Cidades@**. Ribeirão das Neves [online], 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?codmun=315460>> Acesso em: 19/abril/2015.
- BRASIL. **Linha Guia de Atenção A Saúde Do Adulto – Hiperdia**. 2013.
- BRASIL: **Ribeirão Das Neves**. CD da Prefeitura. 2015.
- BRASIL. **Sistema de Informações sobre Mortalidade**. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/mortalidade>>. Aceso em 28/03/2015.
- CANAAN *et al.* **Recomendações Nutricionais para a Prevenção e o Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Básica**. 2006. Disponível em: <https://cursos.atencaobasica.org.br/sites/default/files/caso_joana_mod_7_recomendacoes_nutricionais.pdf>
- Carlos A. M. F. *et al.* **A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus Diabetes mellitus tipo 2**. Maringá. 2005.
- CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2010. Disponível em: <[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento e avaliação das ações de saúde 2/3](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avalicao_das_acoes_de_saude_2/3)>.
- Epidemiologia Do Diabetes Mellitus**. 2002. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/denf/NIEn/PEDIABETICO/mestradositecopia/pages/epidemio.htm>>
- EUROCLINIX. **Relação entre Obesidade e Diabetes**. 2013. Disponível em: <<http://www.euroclinx.com.pt/blog/saude-geral/obesidade-diabetes.html#ixzz3qk4dSN4g>>.
- FARIA; DALPINO; TAKATA. **Cadernos UNIFOA**. Edição nº 17- Dezembro/2008. Disponível em: <<http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/17/89.pdf>> Aceso em: 06/11/2015.
- FERREIRA, L. **Brasil é quinto país com maior número de diabéticos no mundo**. 2012. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ciencia/ultimas-noticias/redacao/2012/03/23/brasil-e-quinto-pais-com-maior-numero-de-diabeticos-no-mundo.htm>>. Acesso em: 15/abril/ 2015.

LEHNINGER. Princípios da bioquímica. 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégias Para O Cuidado Da Pessoa. Com doença Crônica.** Cadernos de Atenção Básica nº 35. Brasília – DF. 2014.

MINISTERIO DA SAUDE. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasília. 2012.

MORAES A. S. *et al.* **Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto.** São Paulo. Brasil 2006: Projeto OBEDIARP. Cad. Saúde Pública. 2010.

PAIVA, Daniela Cristina Profitti de; BERSUSA, Ana Aparecida Sanches; ESCUDER, Maria Mercedes L.. **Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377- 385. fev. 2006.

Santos. B. **Causas e consequências de um estilo de vida sedentário e possibilidades de transformar a o conhecimento de hábitos saudáveis em ações práticas e concretas.** 2012. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd168/consequencias-de-um-estilo-de-vida-sedentario.htm>>.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Vigilância em Saúde Superintendência de Epidemiologia. **Análise de situação da saúde Minas Gerais,** 289 p, 2011.

SCHMIDT MI; DUNCAN BB; ACEVEDO E SILVA G; et al. **Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges.** Lancet 2011 Jun. 4; 377 (9781):1949-61.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus** (4. ed.) São Paulo. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **O que é Diabetes?** 2014. Disponível em: <<http://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>>.

SOUSA, V. D. *et al.* **Psychometrics properties of the Portuguese version of the depressive cognition scale in Brazilian adults with diabetes mellitus.** J. Nurs. Measure. New York. 2008.

TROXEL W. M. *et al.* **Marital quality and occurrence of the metabolic syndrome in women.** Arch. Intern. Med. 2005. Disponível em: <<http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/13077226/>>.

UNIFESP. **Epidemiologia do Diabetes Mellitus.** Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/denf/NIEn/PEDIABETICO/mestradositecopia/pages/epidemio.htm>> Acesso em: 19/abril/2015.

ANEXOS

Estimado usuário pertencente ao posto de saúde Landi I: com o objetivo de aumentar seu nível de conhecimento em relação a prevenção e controle da Diabetes Mellitus, preparamos um plano de ações educativas a ser desenvolvidas que atendam suas necessidades, por isso pedimos sua colaboração em preencher o seguinte questionário. Os dados fornecidos por vocês serão processados pela equipe de saúde da família. Agradecemos antecipadamente sua participação no estudo.

Idade	Sexo
De 18 a 35 anos ____.	Masc____ Fem____
De 36 a 45 anos ____.	Masc____ Fem____
De 46 a 55 anos ____.	Masc____ Fem____
De 56 a 65 anos ____.	Masc____ Fem____
De 66 a 79 anos ____	Masc____ Fem____

Conhecimento dos fatores de risco e doenças associadas do Diabetes Mellitus:

Marque com um X a alternativa que considerar verdadeira.

História familiar de Diabetes Mellitus	_____
Hábitos tóxicos	_____

Obesidade	_____
Colesterol alto	_____
Cardiopatias	_____
Hipertensao arterial	_____

Você conhece os sintomas e sinais de Diabetes Mellitus? Marca com um x:

Aumento do apetite	_____
Perda de peso	_____
Sede excessiva	_____
Urinar muito	_____
Cansaço	_____
Vista embaçada ou turvação visual	_____
Infecções frequentes, sendo as mais comuns, as infecções de pele.	_____

Voce conhece o tratamento da Diabetes Mellitus? Marca com um x:

Controlar a dieta	_____
Hipoglicemiantes orais (Metformina)	_____
Insulina	_____

A dieta do Diabetico exige: marca com um x:

Comer com baixo nível de açúcar	_____
Comer varias vezes ao dia	_____
Comer com pouco sal e evitar gorduras	_____
O que você costuma comer?	_____

O que deve fazer um paciente com risco de Diabetes Mellitus com relação ao exercício físico: marque com um x:

Praticar exercício físico diariamente	_____
Não fazer exercício físico	_____
Realizar exercício físico intenso	_____
Praticar exercício físico coletivo supervisionado	_____