

**UNIVERSIDADE DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**KELLY D'ARC AGUIAR**

**PLANO DE AÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS  
DIABÉTICOS: UM DESAFIO PARA A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA  
TURMALINA III DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES –  
MG**

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

**2014**

**KELLY D'ARC AGUIAR**

**PLANO DE AÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS  
DIABÉTICOS: UM DESAFIO PARA A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA  
TURMALINA III DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES –  
MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de especialização Básica em Saúde da F. Universidade federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista da família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Selme Silqueira de Matos

**GOVERNADOR VALADARES – MINAS GERAIS**

**2014**

**KELLY D'ARC AGUIAR**

**PLANO DE AÇÃO PARA REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO AOS  
DIABÉTICOS: UM DESAFIO PARA A EQUIPE SAÚDE DA FAMÍLIA  
TURMALINA III DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES –  
MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista da família.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Selme Silqueira de Matos

Banca Examinadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Selme Silqueira de Matos - Orientadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Daclé Vilma Carvalho - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte: 22/03/2014

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço

A Deus por me proporcionar este presente de realizar esta pós-graduação em uma das melhores universidades do Brasil sem custo algum.

À Comunidade do Turmalina da área de abrangência da unidade de saúde do Turmalina 3, que me acolheu com tanto carinho.

À Equipe de saúde do Turmalina III pelo compartilhamento de sonhos e pela busca por melhoria da saúde dos diabéticos.

Ao meu amado esposo Reginaldo Emídio de Almeida pela compreensão e apoio.

À Universidade Federal de Minas Gerais juntamente com sua equipe de professores e funcionários pelo incentivo na minha qualificação profissional visando à melhoria na saúde pública.

## RESUMO

O Diabetes Mellitus representa um grave problema de saúde pública, pois se tornou uma epidemia mundial. Vários fatores de risco estão relacionados nas causas da doença como: fatores genéticos, obesidade, sedentarismo, dieta inadequada, estilo de vida não saudáveis, mudança da cultura e envelhecimento da população, entre outros, devido à mudança do modelo assistencial a estratégia saúde da família se tornou foco desta estruturação e porta de entrada do usuário do sistema único de saúde, podendo assim atuar com ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento do diabetes. O objetivo deste estudo foi elaborar um plano de ação que vise à melhoria da assistência à saúde dos pacientes diabéticos cadastrados na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (ESF) Turmalina III do município de Governador Valadares. Para tal foi realizado um levantamento de dados para conhecimento do perfil epidemiológico e a situação dos diabéticos na área de abrangência da ESF Turmalina III através de bancos de dados de informações (DATA-SUS; SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, DAB – Departamento de Atenção Básica) e de dados cadastrais da equipe em prontuários com a análise dos mesmos incluindo características demográficas dos pacientes, como sexo, idade, entre outros fatores como o número de diabéticos tipo 1 e 2, o número de insulinizados ou não, e destes quantos possuíam hipertensão arterial, foi utilizada uma amostra com 54 diabéticos. Os resultados mostraram que as ações de atenção ao diabetes não estão implantadas. Alguns dos principais problemas identificados é a inércia da equipe em ações de prevenção e diagnóstico precoce bem como de planejamento e monitoramento dos mesmos acarretando assim comorbidades dos pacientes diabéticos.

**Descritores:** Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família, Atenção básica

## ABSTRACT

Diabetes Mellitus represents a serious public health problem, since it has become a worldwide epidemic, several risk factors are related to the causes of disease as: genetic factors, obesity, physical inactivity, improper diet, unhealthy lifestyle, culture change and population ageing, among others due to the assistive model change to the family health strategy has become focus of this structuring and user input port of the sistema único de saúde and can therefore act with actions of promotion, prevention, diagnosis and treatment of diabetes. The objective of this study was to develop a plan of action aimed at improving the health care of diabetic patients registered in the area of the ESF Tourmaline III of the municipality of Governador Valadares. For such a survey was conducted of data for knowledge of the epidemiological profile and situation of the diabetics in the area covered by the ESF Tourmaline III through databases of information (date-SUS; SIAB – primary health care information system, DAB-Department of primary care) and team registration data in charts with the analysis of the same including demographic characteristics of patients, such as gender, age, among other factors such as the number of diabetic type 1 and 2, the number of insulinizados or not, and of these how many had hypertension, a sample was used with 54 diabetics. The results showed that the actions of attention to diabetes are not deployed. Some of the main problems identified is the inertia of the team in prevention and early diagnosis as well as for planning and monitoring the same leading so Comorbidities of diabetic patients.

**Keywords:** Diabetes Mellitus. The family health strategy, basic care

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

BIREME - Biblioteca Regional de medicina

BVS – Biblioteca Virtual de Saúde

CEABSF – Curso Especialização em atenção Básica em Saúde da Família

DM – Diabetes Mellitos

ESF – Estratégia Saúde da Família

LADA - Latent Autoimmune Diabetes in Adults

LILACS - Licença Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

SCIELO - Scientific Eletronic Library Online

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>11</b>
<b>3 OBJETIVO .....</b>	<b>12</b>
3.1 Objetivo geral .....	12
3.2 Objetivos específicos.....	12
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>13</b>
<b>5 REFERÊNCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>14</b>
5.1 Conceito e classificação da doença .....	14
5.2 Epidemiologia e caracterização da doença.....	16
5.3 Ações da ESF diante da DM .....	17
<b>6 PLANO DE AÇÃO.....</b>	<b>19</b>
6.1 Definição do problema.....	19
6.2 Priorização do problema.....	20
6.3 Descrição do problema priorizado.....	21
6.4 Explicando o problema .....	22
6.5 Nós críticos.....	23
6.6 Desenho das operações .....	23
6.7 Identificação dos recursos críticos.....	27
6.8 Análise de viabilidade do plano de ação .....	28
6.9 Elaboração do plano operativo .....	30
6.10 Gestão do Plano .....	34
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>38</b>
<b>8 REFERÊNCIAS: .....</b>	<b>39</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Governador Valadares é um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais. Pertencente a microrregião de mesmo nome e a mesorregião do Vale do Rio Doce. Sua população foi estimada pelo IBGE em 2012 em 266.190 mil pessoas. No município há 40 Estratégias da Saúde da Família, estas oferecem cobertura a apenas 60% da população e dentre elas se encontra a ESF Turmalina III.

A Estratégia Saúde da Família Turmalina III possui em sua área de abrangência 3.159 moradores representando assim 1,2% da população do município, toda a área de abrangência está dividida em cinco micros áreas.

A ESF Turmalina III foi fundada em 18 de junho de 2003 na administração de 2001 /2004 durante o governo do prefeito João Domingos Fassarela e o secretário de saúde Arnaldo de Souza. A unidade situa-se na Rua Travessa Cedro, s/n, no bairro Turmalina no município de Governador Valadares, juntamente com a ESF Turmalina III.

A ESF Turmalina III possui 11 profissionais sendo: 01 médico, 01 enfermeira, 05 agentes comunitários de saúde, 01 técnica de enfermagem, 01 odontóloga, 01 auxiliar de saúde bucal e 01 técnica de saúde bucal, sendo que os mesmos cumprem uma jornada de 40 horas semanais e de 8 horas diárias, quase todos os funcionários trabalham em regime de contratação, exceto, a odontóloga e a técnica em saúde bucal (THD) que são efetivas e realizam extensão de jornada, o horário de funcionamento da unidade é de segunda a sexta-feira de 7 às 17 horas. A unidade também possui o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) onde cinco profissionais que são fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico, assistente social, psicólogo atendem 4 horas semanais na unidade.

Nos últimos governos houve investimento público na comunidade atendida pela ESF, com melhorias na escola, centro de saúde, creche, pavimentação e lixão, etc.

O Diabetes Mellitos representa hoje uma epidemia mundial apresentando alta morbimortalidade. Caracteriza-se dessa forma por um

aumento anormal da glicose ou açúcar no sangue, sendo a glicose a principal fonte de energia do nosso organismo, mas quando em excesso, pode trazer várias complicações à nossa saúde. (LIMA & NOBREGA, 2004).

O diabetes é uma doença que afeta cerca de 12% da população brasileira, ou seja, aproximadamente 22 milhões de habitantes (BANCO DE SAÚDE, 2008).

A Saúde da Família é compreendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes se responsabilizam pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada estas atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.(Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaobasica.php#saudedafamilia>>).

A Estratégia da Saúde da família representa o foco da atenção básica e é porta de entrada do Sistema Único de Saúde para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento do diabetes.

A responsabilidade dos profissionais de saúde no processo educativo, em especial em Diabetes Melitos, pode ser compreendida como a capacidade que o profissional tem de realizar intervenção, além de saber agir com responsabilidade, de maneira reconhecida, implicando na mobilização de conhecimentos e habilidades, agregando, portanto, valor à organização e ao profissional (SANTOS & TORRES, 2012 apud FLEYRY & FLEURY,2001,p.183-196).

Por isto é de fundamental importâncias o engajamento de todos os profissionais de saúde, em especial dos da ESF Turmalina III na atenção à saúde dos diabéticos para prevenção de comorbidades e mortalidades.

## 2 JUSTIFICATIVA

As consequências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações ( com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores (BRASIL, 2006).

O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral ; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna. (BRASIL,2006)

No Brasil, o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. (BRASIL, 2006)

Diante de tais considerações e da realidade vivenciada pela ESF Turmalina III, onde existe um crescente aumento do número de portadores com DM que passaram a fazer uso da insulina, de pessoas que desconhecem ter diabetes, e a ocorrência das complicações que a doença está gerando e acrescentando ainda o alto custo gerado para o tratamento e para a população elegeu-se trabalhar este tema.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Elaborar um Plano de Ação que vise à melhoria de assistência à saúde dos pacientes diabéticos cadastrados na área de abrangência da ESF Turmalina III do município de Governador Valadares.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- a) Traçar o perfil epidemiológico e a situação de saúde dos diabéticos atendidos pela ESF Turmalina III.
- b) Descrever propostas de intervenção para prevenção, diagnóstico e tratamento da diabetes.

## 4 METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi o levantamento de dados para conhecimento do perfil epidemiológico e a situação dos diabéticos na área de abrangência da ESF Turmalina III através de bancos de dados de informações (DATA-SUS; SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica, DAB – Departamento de Atenção Básica) e de dados cadastrais da equipe em prontuários.

Para elaborar uma proposta mais coerente com a área de abrangência da equipe, adotaram-se duas estratégias de levantamento de dados. Uma delas através do SIAB, com autorização do gestor municipal de saúde do município de Governador Valadares/MG, e com o apoio da coordenação da atenção primária. O SIAB é alimentado com dados da Ficha A, onde é feito o cadastramento das famílias, e nesse banco de dados, obtivemos o número de pessoas e de diabéticos cadastrados na unidade. E a outra estratégia foi a análise de prontuários dos diabéticos cadastrados na unidade incluindo características demográficas dos pacientes, como sexo, idade, outros fatores como o número de diabéticos tipo 1 e 2, o número de insulinizados ou não, e quantos possuíam hipertensão arterial, foi utilizada uma amostra com 54 diabéticos.

Após este levantamento de dados, iniciou-se a elaboração de estratégias de intervenção, por meio de reuniões com equipe para melhora do perfil e a situação de saúde da área de atuação alcançando assim uma qualidade na atenção à saúde dos pacientes que possuem diabetes.

Para elaborar e padronizar tais ações realizou-se uma revisão bibliográfica com busca de artigos nas bases LILACS (Licença Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), BIREME (Biblioteca Regional de medicina), dentre outras, utilizando como descritores: Diabetes Mellitus, atenção à saúde, saúde da família. Consultaram-se ainda publicações do Ministério da Saúde referentes ao tema.

## 5 REFERÊNCIAL TEÓRICO

### 5.1 Conceito e classificação da doença

A origem do nome Diabetes é muito antiga, vem do grego, que quer dizer “sifão”, fazendo referência ao excesso de urina que os pacientes com diabetes tinham, além de uma sede excessiva, posteriormente os médicos descobriram que a urina desses pacientes era adocicada, dando o nome Mellitus, que em latim quer dizer mel ou adocicado (LIMA & NOBREGA,2004).

O DM é um distúrbio crônico de etiologia múltipla, sendo caracterizado pelo comprometimento do metabolismo da glicose, resultando em uma hiperglicemia crônica. A hiperglicemia e as alterações metabólicas resultam da deficiência de insulina e/ou da resistência dos tecidos a esse hormônio, impedindo-os de exercer, adequadamente, a sua função. (MORAIS, 2009 *et al. apud* SCHMIDT, 2004).

A causa de diabetes pode ser por dois fatores: o primeiro pela falta de insulina, onde o pâncreas não produz insulina ou a produz em quantidades muito baixas. Com a falta de insulina, a glicose não entra nas células, permanecendo na circulação sanguínea em grandes quantidades. Este tipo de deficiência foi nomeado pelos médicos Diabetes Mellitus tipo 1 (DM tipo 1). O segundo fator refere-se ao mau funcionamento ou diminuição dos receptores das células, onde a produção de insulina está normal, mas, como os receptores (portas) não estão funcionando direito ou estão em pequenas quantidades, a insulina não consegue promover a entrada de glicose necessária para dentro das células, aumentando assim as concentrações da glicose na corrente sanguínea. A este tipo os cientistas chamaram de “resistência à insulina”, onde os médicos deram o nome de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM tipo 2).

Os tipos de diabetes mais freqüentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, onde acomete cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que atinge cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior freqüência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é

o diabetes gestacional, que é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. Há ainda outros tipos específicos de diabetes menos freqüentes que podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente causada por processo auto-imune, que pode se detectado por auto-anticorpos circulantes como anti-descarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina, e, algumas vezes, está associado a outras doenças auto-ímmunes como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático). O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rapidamente progressiva, principalmente, em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lentamente progressiva, geralmente em adultos, (LADA, latent autoimmune diabetes in adults; doença auto-imune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora assemelhando-se clinicamente ao diabetes tipo 1 auto-imune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, onde a administração de insulina nesses casos, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. Grande parte dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. No geral, mostram resistência à ação da insulina e o defeito na secreção de insulina manifesta-se pela incapacidade de compensar essa resistência. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

Diabetes gestacional é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande

parte dos casos. Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

## 5.2 Epidemiologia e caracterização da doença

O diabetes está se tornando a epidemia do século e já afeta cerca de 246 milhões de pessoas em todo o mundo. Até 2025, a previsão é de que esse número chegue a 380 milhões. Estima-se que boa parte das pessoas que têm diabetes, doença que pode atingir crianças de qualquer idade, desconhece a sua própria condição. No Brasil, de acordo com o Vigitel 2007 (Sistema de Monitoramento de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis), a ocorrência média de diabetes na população adulta (acima de 18 anos) é de 5,2%, o que representa 6.399.187 de pessoas que confirmaram ser portadoras da doença. A prevalência aumenta com a idade: o diabetes atinge 18,6% da população com idade superior a 65 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2007).

Outro importante dado descoberto foi o alto grau de desconhecimento da doença, onde 46,5% dos diagnosticados desconheciam o fato de serem portadores de diabetes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2001).

A DM pode promover no indivíduo diversas complicações, que podem ser classificadas em agudas e crônicas. As complicações agudas compreendem a cetoacidose diabética, coma hiperosmolar não-cetótico e a hipoglicemia. Esta por sua vez, desenvolve distúrbios agudos, tendo seus sintomas manifestados de imediato. Já as crônicas manifestam seus sintomas anos após a evolução da doença, devido ao mau controle glicêmico, podem ser denominadas como microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia periférica) e macrovasculares (doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

O aumento da prevalência de obesidade e da síndrome metabólica nos países em desenvolvimento tem sido apontado na literatura e está relacionado com desenvolvimento de diabetes (MATTOS, 2012) .

Dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) 2002-2003 permitem verificar alguns padrões de consumo alimentar negativos, que poderiam estar relacionados, pelo menos em parte, à maior prevalência de sobrepeso e obesidade que vem sendo observada no Brasil. Entre esses padrões negativos, podem ser mencionadas a participação relativa da sacarose acima do recomendado (13,7% das calorias totais, quando se sugere que seja de até 10%) e a baixa participação de frutas, sucos naturais, legumes, verduras e hortaliças, que, em conjunto, representaram apenas 2,3% das calorias consumidas ao longo do dia, quando a recomendação seria de 6% a 7% (18). (MATTOS, 2012).

### **5.3 Ações da ESF diante da DM**

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, em contrapartida os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Porém em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de atenção básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2006).

Considerando-se tal quadro, torna-se urgente programar ações básicas de diagnóstico e controle destas condições, através dos seus clássicos fatores de risco, nos diferentes níveis de atendimento da rede do Sistema Único de Saúde - SUS, especialmente no nível primário de atenção (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002).

Diante de tais fatos o ministério da saúde tem implementado políticas em saúde voltadas em especial às pessoas com DM haja vista pode-se perceber o fornecimento gratuito de medicamentos e equipamentos para aplicação de insulina e auto-monitoramento da glicemia capilar de portadores de DM inscritos em programas de educação para pessoas com DM e o SISHIPERDIA – programa informatizado de âmbito nacional para o cadastro e acompanhamento das pessoas com DM (BRASIL 2006 e BRASIL 2007).

Juntamente com estes programas foi lançada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) que busca colocar em prática os princípios do

SUS no cotidiano dos serviços de saúde, gerando dessa forma mudanças nos modos de gerir e cuidar. (BRASIL 2003).

A realidade mostra-nos números desfavoráveis. São quatro milhões de mortes por ano relativas ao DM e suas complicações, este fator gera grande impacto econômico nos serviços de saúde como consequência dos custos para tratamento da doença e suas complicações, como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputação de membros inferiores. No Brasil, o DM juntamente com a hipertensão arterial sistêmica representa 62,1 % dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas a diálise, é importante também destacar o considerável impacto social com a redução da expectativa e da qualidade de vida dessas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2007).

Além de todo o trabalho da equipe da atenção primária à saúde englobando as políticas de saúde, é de suma importância que haja também em contrapartida o comprometimento das pessoas portadoras de DM na adesão ao seu tratamento, pois apesar de todo o esforço da equipe e do ministério da saúde em fornecer todo o suporte e aparatos necessários, se não houver esta co-responsabilidade do portador com as mudanças necessárias em sua saúde como mudança de hábitos alimentares, prática de atividades físicas, participação em grupos operativos, mudanças no estilo de vida, o tratamento irá ficar comprometido, pois irão ocorrer em muitas comorbidades relativas à doença, incapacidades, internações e mortes gerando assim também altos custos para os mesmos e para o Sistema Único de Saúde.

Além disso é de suma importância se trabalhar na prevenção da DM e na busca ativa dos mesmo através do acolhimento, de palestras, campanhas e outros.

## **6 PLANO DE AÇÃO**

O Planejamento Estratégico Situacional (PES) foi desenvolvido pelo Prof. Carlos Matus, Ministro da economia (e assessor direto) do governo de Salvador Allende, o então presidente do Chile. Para Matus (1989 apud Campos, Faria e Santos 2010, p.23), “Planejar é como preparar-se para a ação”.

Conforme Campos, Faria e Santos (2010) todo o método de planejamento apresenta etapas como uma seqüência lógica de ações ou atividades a serem desenvolvidas. E esses passos devem ser seguidos de forma cronológica para que não prejudique o resultado final do problema diagnosticado.

Após a realização e discussão do Diagnóstico Situacional da área de abrangência, é necessário que se realize a construção do Plano de Ação o qual é formado por dez passos, dos quais foram utilizados para nortear a elaboração do plano de ação para o problema atenção aos diabéticos encontrado na ESF Turmalina III do município de Governador Valadares/MG e que serão abordados mais adiante.

### **6.1 Definição do problema**

Através da construção do Diagnóstico Situacional da ESF Turmalina III foi possível identificar sete problemas principais dentre eles:

1. Falta de atenção a saúde dos diabéticos;
2. Alto índice de homicídios de adolescentes e tráfico de drogas;
3. Área de abrangência distante da Unidade de saúde;
4. Alto índice de pacientes alcoólatras e tabagistas;
5. Alto índice de pacientes com sobrepeso e obesidade;
6. Presença de lixão a céu aberto

7. Falta de adesão da população aos grupos de prevenção.

## 6.2 Priorização do problema

Segundo Campos *et al.* (2010), após a identificação dos problemas, torna-se necessária a seleção ou priorização dos que serão enfrentados, uma vez que dificilmente todos poderão ser resolvidos ao mesmo tempo, principalmente pela falta de recursos (financeiros, humanos, materiais, etc.).

### Quadro 1 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Turmalina III

Problemas identificados no Diagnóstico Situacional	Importância	Urgência (total de pontos distribuídos: 50)	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Falta de atenção a saúde dos diabéticos	Alto	10	Parcial	1
Alto índice de pacientes com sobrepeso e obesidade	Alto	6	Parcial	2
Falta de adesão da população aos grupos de prevenção	Alto	6	Parcial	3
Alto índice de pacientes alcoólatras e tabagistas	Alto	7	Parcial	4
Área de abrangência distante da Unidade de saúde	Alto	8	Fora	5
Presença de lixão a céu aberto	Alto	5	Fora	6
Alto índice de homicídios de adolescentes e tráfico de drogas	Alto	8	Fora	7

Na ESF Turmalina III após a análise dos pontos obtidos, o problema falta de atenção a saúde dos diabéticos foi selecionado como prioridade 1.

### 6.3 Descrição do problema priorizado

Para descrever um problema é necessário segundo Campos, Faria e Santos (2010) caracterizá-lo para ter a idéia da sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade para afastar assim qualquer ambigüidade diante do problema que se quer enfrentar e para se obter indicadores que serão utilizados para avaliar o impacto alcançado pelo plano.

Diante do exposto é de fundamental importância para a descrição do problema principal selecionado pela ESF Turmalina III descrevê-lo e identificá-lo, inclusive em sua quantificação.

Foram selecionados indicadores para os portadores de diabetes, no período de 2011 a 2012, de alguns problemas descritos no quadro 2 logo abaixo:

**Quadro 2 – Descritores do problema Falta de atenção a saúde dos diabéticos, 2012**

Descritores	Valores	Fontes
Diabéticos esperados	166	Estudos epidemiológicos
Diabéticos cadastrados na unidade	54	SIAB
Diabéticos do sexo masculino	20	Registro de equipe
Diabéticos do sexo feminino	34	Registro de equipe
Diabéticos insulinizados	24	Registro de equipe
Diabéticos não insulinizados	30	Registro de equipe
Diabéticos tipo I	07	Registro de equipe
Diabéticos tipo II insulinizados	17	Registro de equipe
Diabéticos tipo II não insulinizados	30	Registro de equipe
Diabéticos tipo I com hipertensão arterial	00	Registro de equipe

Diabéticos tipo II insulinizados que com hipertensão arterial	16	Registro de equipe
Diabéticos tipo II não insulinizados com hipertensão arterial	18	Registro de equipe

#### 6.4 Explicando o problema

Para Campos, Faria e Santos (2010) a causa de um problema é outro problema ou outros problemas e este passo tem por objetivo entender a gênese do problema que queremos enfrentar tendo como base a identificação das suas causas.

Sabemos que o modelo de desenvolvimento econômico e social determina o ambiente político, cultural, ambiental e socioeconômico e isto influencia diretamente a vida das pessoas, no que se refere aos seus hábitos e seu estilo de vida. Hoje vemos transformações ocorridas na população que teve aumento na sua renda per capita e conseqüentemente um aumento no seu poder de compra, haja vista, que hoje grande parte da população se encontra acima do peso em comparação com tempos passados, percebemos ainda a grande pressão social que tem ocorrido, todas estas modificações acarretam doenças como obesidade, hipertensão, diabetes, infarto, acidente vascular cerebral, transtornos de ansiedades, doença renal crônica, e outras, causando, dessa forma, invalidez, aposentadoria precoce, desemprego e aumento da mortalidade.

O modelo de desenvolvimento também gerou modificações nas políticas públicas. Isto pode ser percebido pela alteração no modelo assistencial do SUS, voltado para a atenção básica de saúde e centrado na prevenção de doenças. Contudo avalia-se que as pessoas ainda estão com a cultura enraizada no modelo antigo que era centrado no médico e no hospital. As equipes de saúde ainda estão se reformulando para criar estratégias de atenção à saúde de cada grupo de risco, haja vista que este modelo trouxe melhoramentos como a criação de protocolos, apoio diagnóstico, assistência farmacêutica, capacitação pessoal e programa da melhoria da qualidade e do

acesso a saúde, para assim melhorar a autonomia do paciente em relação à sua saúde e no acompanhamento de riscos e agravos para os mesmos.

### **6.5 Nós críticos**

Segundo Campos, Faria e Santos (2010) nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando “atacada” é capaz de, impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo.

A Equipe da ESF Turmalina III selecionou como “nós críticos” as situações relacionadas abaixo com o problema principal sobre o qual a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta:

- Organização do processo de trabalho da equipe da ESF Turmalina III inadequado para enfrentar o problema
- Hábitos e estilo de vida não compatíveis com a doença DM como alimentação inadequada, falta de atividade física, obesidade, stress, transtornos de ansiedade
- Desconhecimento sobre a DM e suas complicações tanto pelos diabéticos quanto pela população em geral
- Estruturação da equipe da ESF Turmalina III
- Diabéticos cadastrados abaixo do número esperado
- Negação do paciente com DM com o autocuidado para o tratamento e a prevenção das complicações crônicas

### **6.6 Desenho das operações**

Depois do problema bem explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, é necessário pensar as soluções e estratégias para assim enfrentar o problema (Campos, Faria e Santos, 2010).

Para isto é necessário descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”; identificar os produtos e

resultados de cada operação e apontar os recursos necessários para a concretização das operações.

### Quadro 3 – Desenho de operações para os “nós” críticos do problema falta de atenção a saúde dos diabéticos

Nó Crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Organização do processo de trabalho da equipe da ESF Turmalina III inadequado para enfrentar o problema	<b>Linha de cuidado</b> Implantar a linha de cuidado para o paciente portador de DM, incluindo mecanismos de referência e contrareferência, criação de uma planilha com dados de identificação dos portadores DM, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos dos grupos operativos, e intercorrências.	Cobertura de 100% da população com DM com garantia de atendimento e acompanhamento.	Linha de cuidado para paciente portador de DM; recursos humanos capacitados; gestão da linha de cuidado implantada, Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento.	<u>Cognitivo:</u> Elaboração do projeto linha de cuidado;  <u>Político:</u> Adesão dos profissionais;  <u>Organizacional:</u> Adequação de fluxos (referência e contrareferência).
Hábitos e estilo de vida não compatíveis com a doença DM como alimentação inadequada, falta de atividade física, obesidade, stress, transtornos de ansiedade	<b>+ Saúde</b> Modificar hábitos e estilos de vida.	Diminuir em 30% o número de obesos, sedentários, transtornos de ansiedade no prazo de 1 ano.	Adesão aos grupos operativos na unidade e também com os grupos do NASF, Plano individual de alimentação.	<u>Cognitivo:</u> Informação sobre o tema;  <u>Político:</u> Adesão dos profissionais e dos diabéticos;  <u>Organizacional:</u> Para organizar os

				grupos operativos.
Desconhecimento sobre a DM e suas complicações tanto pelos diabéticos quanto pela população em geral	<b>Saber +</b> Aumentar o nível de informação da população e do paciente com diabete portador de DM e suas complicações.	População mais informada sobre a DM e suas complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre a DM, campanha educativa na sala de espera, Programa de Saúde na Escola, Capacitação dos ACS.	<u>Cognitivo:</u> Conhecimento sobre o tema e sobre as estratégias de comunicação e pedagógicas;  <u>Político:</u> Articulação intersetorial (parceria com setor educacional);  <u>Organizacional:</u> Organização da agenda.
Estruturação da equipe da ESF Turmalina III	<b>Cuidar melhor</b> Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos portadores de DM com garantia de escuta qualificada através de um acolhimento humanizado, valorizando as queixas e tentando solucionar problemas para assim aumentar o vínculo.	Cobertura de 100% da população com DM garantindo medicamentos consultas com especialistas e exames previstos.	Linha de cuidados para a DM implantada, protocolos implantados, equipe de profissionais capacitados, acolhimento com humanização.	<u>Cognitivo:</u> Elaboração do projeto de atenção aos diabéticos;  <u>Político:</u> Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;  <u>Financeiro:</u> Aumentar a oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos.

<p>Diabéticos cadastrados abaixo do número esperado</p>	<p><b>Busca ativa</b></p> <p>Aumentar o número de diabéticos cadastrados.</p>	<p>Cobertura de 100% dos diabéticos esperados.</p>	<p>Profissionais da equipe capacitados, busca ativa dos portadores de DM não diagnosticados nas consultas e nas visitas domiciliares, cadastros preenchidos e enviados ao HIPERDIA.</p>	<p><u>Cognitivo:</u></p> <p>Elaboração do projeto de busca ativa aos diabéticos esperados;</p> <p><u>Político:</u></p> <p>Decisão de encontrar os diabéticos ainda não diagnosticados;</p> <p><u>Financeiro:</u></p> <p>Provimento dos impressos para cadastramento no HIPERDIA, aumentar número de consultas com a equipe multiprofissional.</p>
<p>Negação do paciente com DM com o autocuidado para o tratamento e a prevenção das complicações crônicas</p>	<p><b>Autocuidado</b></p> <p>Aumentar o número de diabéticos com autonomia no plano alimentar, na monitorização da glicemia capilar, na realização de atividades físicas, no uso correto das medicações e nos cuidados com os pés.</p>	<p>Cobertura de 100% dos diabéticos com autonomia e conscientizados na realização do seu autocuidado.</p>	<p>Profissionais da equipe capacitados para a educação em saúde do autocuidado, Avaliação do nível de informação da dos diabéticos quanto o autocuidado.</p>	<p><u>Cognitivo:</u></p> <p>Conhecimento sobre o autocuidado;</p> <p><u>Político:</u></p> <p>Adesão dos profissionais</p> <p><u>Financeiro:</u></p> <p>Aumentar a oferta de aparelhos de glicemia, insumos para aplicação da insulina, impressos para preenchimento do</p>

				monitoramento da glicemia, materiais para curativo especiais para tratamento de feridas.
--	--	--	--	--

### 6.7 Identificação dos recursos críticos

A ESF Turmalina III identificou como recursos críticos aqueles indispensáveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis, por isto a importância da equipe ter clareza de quais são esses recursos, para assim criar estratégias para viabilizá-los (Campos, Faria e Santos, 2010).

No Quadro 4 a ESF Turmalina III identificou os recursos críticos de cada operação.

#### **Quadro 4 – Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos do problema falta de atenção à saúde dos diabéticos.**

<b>Operação/Projeto</b>	
Linha de cuidado	<u>Organizacional</u> : Adequação de fluxos (referência e contrareferência).
+ Saúde	<u>Político</u> : Adesão dos diabéticos.
Saber mais	<u>Político</u> : Articulação intersetorial (parceria com setor educacional).
Cuidar melhor	<u>Financeiro</u> : Aumentar a oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos.
Busca ativa	<u>Político</u> : Decisão de encontrar os diabéticos ainda não diagnosticados.
Autocuidado	<u>Financeiro</u> : Aumentar a oferta de aparelhos de glicemia, insumos para aplicação da insulina,

	impressos para preenchimento do monitoramento da glicemia, materiais para curativo especiais para tratamento de feridas.
--	--

### 6.8 Análise de viabilidade do plano de ação

A análise de viabilidade do plano no de ação da ESF Turmalina III é explicada no quadro abaixo, é importante salientar que o ator que está planejando não controla todos os recursos do seu plano, por isto ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para assim definir operações/ações estratégicas para construir viabilidade para o plano (Campos, Faria e Santos, 2010).

A ESF Turmalina III identificou os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados, como sintetizados no Quadro 5.

#### Quadro 5 – Propostas de ações para a motivação dos atores

Operações/Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<p><b>Linha de cuidado</b></p> <p>Implantar a linha de cuidado para o paciente portador de DM, incluindo mecanismos de referência e contrareferência, criação de uma planilha com dados de identificação dos portadores DM, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos dos grupos</p>	<p><u>Organizacional:</u> Adequação de fluxos (referência e contrareferência)</p>	Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Reforçar com a Secretária de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contrareferência.

operativos, e intercorrências.				
<b>+ Saúde</b>  Modificar hábitos e estilos de vida	<u>Político:</u> Adesão dos diabéticos	O Paciente diabético	Favorável	Reforçar para os diabéticos a importância de modificar hábitos e estilo de vida.
<b>Saber +</b>  Aumentar o nível de informação da população e do paciente com diabetes portador de DM e suas complicações	<u>Político:</u> Articulação intersetorial (parceria com setor educacional)	Secretaria Municipal de educação, Secretaria Municipal de saúde	Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.
<b>Cuidar melhor</b>  Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos portadores de DM com garantia de escuta qualificada através de um acolhimento humanizado, valorizando as queixas e tentando solucionar problemas para assim aumentar o vínculo.	<u>Financeiro:</u> Aumentar a oferta de exames, consultas especializadas e medicamentos	Secretaria Municipal de Saúde, Fundo Nacional de Saúde	Indiferente	Apresentar projeto de estruturação da rede.
<b>Busca ativa</b>  Aumentar o número de diabéticos cadastrados	<u>Político:</u> Decisão dos profissionais da equipe de encontrar os diabéticos ainda não diagnosticados	Profissionais da equipe de saúde	Favorável	Incentivar a equipe na busca ativa e cadastramento dos diabéticos.
<b>Autocuidado</b>  Aumentar o número de diabéticos com autonomia no plano	<u>Financeiro:</u> Aumentar a oferta de aparelhos de glicemia,	Secretaria Municipal de saúde, Fundo Nacional de Saúde,	Favorável	Ensinar e reforçar para os diabéticos a importância do

alimentar, na monitorização da glicemia capilar, na realização de atividades físicas, no uso correto das medicações e nos os cuidados com os pés	na da na de no das os os	insumos para aplicação da insulina, impressos para preenchimento do monitoramento da glicemia, materiais para curativo especiais para tratamento de feridas.			autocuidado.
--	--------------------------	--	--	--	--------------

### 6.9 Elaboração do plano operativo

A finalidade deste passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias.

A ESF Turmalina III definiu por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto, de acordo com o Quadro 6.

Quadro 6 – Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
<p><b>Linha de cuidado</b></p> <p>Implantar a linha de cuidado para o paciente portador de DM, incluindo mecanismos de referência e contra-referência, criação de uma planilha com dados de identificação dos portadores DM, controle do comparecimento nas consultas médicas e nos dos grupos operativos, e intercorrências.</p>	<p>Cobertura de 100% da população com DM com garantia de atendimento e acompanhamento.</p>	<p>Linha de cuidado para paciente portador de DM;</p> <p>Recursos humanos capacitados;</p> <p>Gestão da linha de cuidado implantada,</p> <p>Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento.</p>	<p>Reforçar com a Secretária de Saúde a importância de todos os setores realizarem a referência e contrareferência.</p>	<p>Enfermeira</p> <p>Enfermeira</p> <p>Enfermeira</p> <p>Enfermeira e ACS's</p>	<p>Início em 1 mês e término em 2 meses;</p> <p>Início em 1 mês e término em 2 meses;</p> <p>Início em 1 mês e término em 2 meses;</p> <p>Início em 1 mês e término em 2 meses;</p>
<p><b>+ Saúde</b></p> <p>Modificar hábitos e estilos de vida</p>	<p>Diminuir em 30% o número de obesos, sedentários, transtornos de ansiedade no prazo de</p>	<p>Adesão aos grupos operativos na unidade;</p> <p>Adesão aos grupos do NASF;</p>	<p>Reforçar para os diabéticos a importância de modificar hábitos e estilo de vida.</p>	<p>Equipe de saúde e diabéticos</p> <p>Equipe de saúde e diabéticos</p> <p>Nutricionista do</p>	<p>Início em 2 meses e término em 6 meses;</p> <p>Início em 1 mês e término em 6 meses;</p>

	1 ano.	Plano individual de alimentação.		NASF	Início em 1 mês e término em 8 meses;
<b>Saber +</b>  Aumentar o nível de informação da população e do paciente com diabetes portador de DM e suas complicações	População mais informada sobre a DM e suas complicações.	Avaliação do nível de informação da população sobre a DM;  Campanha educativa na sala de espera;  Programa de Saúde na Escola;  Capacitação dos ACS.	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Equipe de Saúde  Profissionais da equipe e NASF  Profissionais da equipe e NASF  Enfermeira	Início em 2 meses e término em 8 meses;  Início em 1 mês e término em 2 meses;  Início em 3 meses e término em 4 meses;  Início em 1 mês e término em 2 meses;
<b>Cuidar melhor</b>  Melhorar a estrutura do serviço para atendimento dos portadores de DM com garantia de escuta qualificada através de um acolhimento	Cobertura de 100% da população com DM garantindo medicamentos consultas com especialistas e exames previstos.	Linhas de cuidados para a DM implantada;  Protocolos implantados;  Equipe de profissionais capacitados;  Acolhimento com	Apresentar projeto de estruturação da rede.	Enfermeira  Enfermeira  Enfermeira  Profissionais de saúde	Início em 2 meses e término em 4 meses;  Início em 2 meses e término em 4 meses;  Início em 2 meses e término em 2 meses;

humanizado, valorizando as queixas e tentando solucionar problemas para assim aumentar o vínculo.		humanização.			Início em 2 meses e término em 4 meses;
<b>Busca ativa</b>  Aumentar o número de diabéticos cadastrados	Cobertura de 100% dos diabéticos esperados.	Profissionais da equipe capacitados;  Busca ativa de portadores de DM ainda não diagnosticados nas consultas e nas visitas domiciliares;  Cadastros preenchidos e enviados ao HIPERDIA.	Incentivar a equipe na busca ativa e cadastramento dos diabéticos.	Enfermeira  Equipe de saúde  Enfermeira, Médico e ACS	Início em 2 meses e término em 4 meses;  Início em 1 mês e término em 3 meses;  Início em 1 mês e término em 3 meses;
<b>Autocuidado</b>  Aumentar o número de diabéticos com autonomia no plano alimentar, na monitorização da glicemia capilar, na realização de atividades físicas, no uso correto das medicações e nos os	Cobertura de 100% dos diabéticos com autonomia e conscientização na realização do seu autocuidado.	Profissionais da equipe capacitados para a educação em saúde do autocuidado;  Avaliação do nível de informação dos diabéticos quanto o autocuidado.	Ensinar e reforçar para os diabéticos a importância do autocuidado.	Enfermeira  Equipe de saúde	Início em 1 mês e término em 2 meses;  Início em 2 meses e término em 4 meses;

cuidados com os pés					
---------------------	--	--	--	--	--

### 6.10 Gestão do Plano

Os quadros abaixo sintetizam a situação do plano de ação da ESF Turmalina III, de seis meses após o início do projeto, que se enquadram no desenho do modelo de gestão do plano de ação e na discussão e definição do processo de acompanhamento do plano e seus respectivos instrumentos.

<b>Operação “Linha de Cuidado”</b>					
<b>Coordenação: Enfermeira Kelly Darc Aguiar – Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
1-linha de cuidado para paciente portador de DM	Enfermeira	2 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
2-Recursos humanos capacitados	Enfermeira	2 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
3-Planilhas preenchidas para identificação e acompanhamento	Enfermeira	2 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação

<b>Operação “+ Saúde”</b>					
<b>Coordenação: Enfermeira Kelly Darc Aguiar – Avaliação após 6 meses do início do projeto</b>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
1-Adesão aos grupos	Equipe de saúde e	6 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do	A determinar junto à equipe e

operativos;	diabéticos			Plano de ação	coordenação
2-Adesão aos grupos do NASF;	Equipe de saúde e diabéticos	6 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
3-Plano individual de alimentação.	Nutricionista do NASF	6 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação

**Operação “Saber +”**

**Coordenação: Enfermeira Kelly Darc Aguiar – Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
1-Avaliação do nível de informação da população e dos diabéticos sobre a DM;	Profissionais da equipe	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
2-Campanha educativa na sala de espera;	Profissionais da equipe e NASF	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
3-Programa Saúde na Escola;	Profissionais da equipe e NASF	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
4-Capacitação dos ACS's.	Enfermeira	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação

**Operação “Cuidar Melhor”**

**Coordenação: Enfermeira Kelly Darc Aguiar – Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
----------	-------------	-------	----------------	---------------	------------

1-Linha de cuidados para DM implantada;	Enfermeira	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
2-Protocolos implantados;	Enfermeira	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
3-Equipe de profissionais capacitados	Enfermeira	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
4- Acolhimento com humanização	Enfermeira	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação

**Operação “Busca Ativa”**

**Coordenação: Enfermeira Kelly Darc Aguiar – Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
1-Profissionais da equipe capacitados;	Enfermeira	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
2-Busca ativa de portadores de DM ainda não diagnosticados nas consultas e nas visitas domiciliares;	Equipe de Saúde	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
Cadastros preenchidos e enviados ao HIPERDIA	Enfermeira, médico, e ACS's	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação

**Operação “Autocuidado”**

**Coordenação: Enfermeira Kelly Darc Aguiar – Avaliação após 6 meses do início do projeto**

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo prazo
Profissionais da equipe capacitados para a educação em saúde do autocuidado;	Enfermeira	2 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação
Avaliação do nível de informação dos diabéticos quanto o autocuidado.	Equipe de Saúde	4 meses	Não iniciado	Momento de elaboração do Plano de ação	A determinar junto à equipe e coordenação

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como objetivo elaborar um Plano de Ação que vise à melhoria de assistência à saúde dos pacientes diabéticos cadastrados na área de abrangência da ESF Turmalina III do município de Governador Valadares, traçando o perfil epidemiológico e a situação de saúde dos diabéticos atendidos por esta unidade e escrever propostas de intervenção para prevenção, diagnóstico e tratamento da diabetes.

O estudo permitiu atingir os objetivos propostos, destacando o trabalho da equipe da atenção primária à saúde com as políticas de saúde, sua relevância e importância para o comprometimento das pessoas portadoras de DM na adesão ao seu tratamento, ressaltou o esforço da equipe e do Ministério da Saúde em fornecer todo o suporte e aparatos para essa clientela, enfatizando a co-responsabilidade do portador com as mudanças necessárias em sua saúde como ações preventivas através do acolhimento, de palestras e campanhas propiciando mudanças de hábitos alimentares, prática de atividades físicas, participação em grupos operativos e mudanças no estilo de vida para evitar incapacidades, internações e mortes gerando assim também altos custos para os mesmos e para o Sistema Único de Saúde.

Espera-se que este estudo possa servir de subsídios para consultas e intervenção efetivas na reorganização da atenção as pessoas com diabetes não só no município de Governador Valadares - Minas Gerais, mas em todas as regiões do Brasil considerando se tratar essa temática um problema de saúde pública.

## 8 REFERÊNCIAS:

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO À SAÚDE. Atenção básica e a saúde da Família. **Equipes de Saúde**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br>>. Acesso em: 18 mai. 2013.

LIMA JG, NÓBREGA LHC, Vencio S. **Diabetes Mellitos: classificação e diagnóstico** In: Projeto Diretrizes da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e metabologia. 2004. Disponível em: <<http://www.projetodiretrizes.org.br/4volume/06-diabetes-c.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2013.

BANCO DE SAÚDE. **Causas da diabetes**. Disponível em: <<http://www.bancodasaude.om.br/causas-diabetes-mellitus>>. Acesso em 18 maio 2013.

WIKIPEDIA. **Diabetes Mellitos**. Disponível em: <[HTTP://pt.wikipedia.org/wiki/Diabetes\\_mellitus](http://pt.wikipedia.org/wiki/Diabetes_mellitus)>. Acesso em: 18 mai. 2013.

BRASIL, Secretaria de atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitos**. Cadernos de Atenção Básica, n 16. Brasília: Ministério da saúde, 2006.56p.

Santos L., Torres HC. 2012 **Práticas educativas em diabetes mellitus**: compreendendo as competências dos profissionais da saúde apud Fleury MTL, Fleury A. Construindo o conceito de competência. Rev Adm Contemp. 2001,5(Spe):183-96.

MORAIS G. F. C. *et al.* **O diabético diante do tratamento, fatores de risco e complicações crônicas**. RJ, 2009 abr/jun,17(2):240-5 *apud* Schmidt MI. Diabetes Mellito: diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: uncan BB; Schmidt MI; Giugliani ERJ. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3ª ed. Porto Alegre (RS):Artmed; 2004.p.669-76.

Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica [n.16. Série A]. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde; 2006.

Ministério da Saúde. Diabetes. **Dados Estatísticos 2007**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1)>. Acesso em: 02 nov. 2013.

Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MATTOS P. E. *et al.* **Tendência da mortalidade por diabetes melito em capitais brasileiras, 1980-2007**. RJ, 2012 *apud* Misra A, Khurana L. Obesity and the metabolic syndrome in developing countries. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93(11):S9-S30

Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n.º 2.583, de 10 de outubro de 2007. **Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde**, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. [portaria na internet] Diário Oficial da União 15 out 2007 [acesso em: 06 nov. 2013]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_2%20583\\_lei\\_diabetes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_2%20583_lei_diabetes.pdf)>

Brasil. Lei n.º 11.347, de 27 setembro de 2006. **Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos**. [legislação na internet] Diário Oficial da União 29 set 2006. [acesso em: 06 nov. 2013]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11347.htm)>

Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização 2003**. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288)>. Acesso em: 06 nov. 2013.

Ministério da Saúde. **Diabetes**. Dados Estatísticos 2007. [monografia na internet]. [acesso em: 06 nov. 2013]. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29793&janela=1)>

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso; faria, Horácio pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. – 2ªed.-Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.114p.:il,22x27cm.