

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

MERCEDES BARCELÓ ROMÁN

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DIRECIONADAS PARA
PACIENTES DIABÉTICOS DE UM PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

MERCEDES BARCELÓ ROMÁN

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DIRECIONADAS PARA
PACIENTES DIABÉTICOS DE UM PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

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.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

UBERABA - MINAS GERAIS

2016

MERCEDES BARCELÓ ROMÁN

**AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DIRECIONADAS PARA
PACIENTES DIABÉTICOS DE UM PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Anézia Moreira Faria Madeira (UFMG)

Prof(a). Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Aprovado em Belo Horizonte, em 02/ 01/ 2017.

“A mente que se abre a uma nova ideia,
jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, irmãos, esposo e, em especial, meu filho adorado, motor de minhas ações.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais pelo apoio, carinho e compreensão em cada fase da minha vida;

Ao meu filho que é a razão da minha vida, irmãos e esposo por serem simplesmente eles;

As integrantes da minha equipe de PSF pela companhia e o incentivo durante todos os meses de árduo trabalho;

A minha orientadora Profa. Anézia M. F. Madeira, por sua paciência comigo;

A todos os pacientes que participaram do projeto;

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

Muito Obrigada!

RESUMO

Trata-se de um Plano de Ação que tem como objetivo propor ações de promoção da saúde direcionadas para pacientes diabéticos acompanhados pelo PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, Minas Gerais. Para fundamentação do tema buscou-se informações em bancos de dados utilizando-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/BVS: Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; e Promoção da Saúde. O problema selecionado para intervenção foi “alto índice de pessoas portadoras de diabetes mellitus na área de abrangência da UBS”, e seus nós críticos são: inadequada organização do processo de trabalho da unidade de saúde; inadequados estilos de vida (tabagismo, sedentarismo, obesidade) dos pacientes diabéticos; inadequados hábitos alimentares dos pacientes diabéticos; insuficiente conhecimento dos diabéticos e familiares sobre a doença; não aderência dos pacientes diabéticos ao tratamento e às orientações dos profissionais de saúde; e dificuldade de identificação de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Neste sentido, foram indicadas as seguintes ações de promoção da saúde a serem operacionalizadas pelo Plano de Ação: Linha de cuidado ao paciente diabético; Cuidado centrado no paciente diabético; Grupo operativo voltado para as Agentes Comunitárias de Saúde; Grupo operativo voltado para pacientes diabéticos; Rodas de conversa com pacientes diabéticos e profissionais de saúde; Oficinas de capacitação para as ACS; Elaboração de cartilhas educativas; Confecção de cartazes e folders informativos; Uso de terapias não farmacológicas; Trabalho em equipe; Trabalho interdisciplinar; Estímulo e incentivo ao autocuidado e co-responsabilização do usuário diabético; Atenção orientada à família; Acolhimento.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde.

ABSTRACT

This is a plan of action that aims to propose actions to promote health directed to diabetic patients accompanied at PSF Jardim de Rosario, Ituiutaba, Minas Gerais. Information about this topic was made in databases using the health sciences descriptors (DeCS)/BVS: Diabetes Mellitus; Primary health care; Basic Attention; The family health strategy; and health promotion. The problem selected for intervention was "high rate of persons with diabetes mellitus in area of UBS", and its critics are: inadequate organization of the work process of the health unit; inappropriate life styles (smoking, sedentary life style, obesity) of diabetic patients; inadequate alimentary habits of diabetic patients; insufficient knowledge of diabetic patients and their families about the disease; no compliance of the diabetic patients to treatment and guidelines of health professionals; and difficulty of identifying risk factors and complications of diabetes mellitus by Community Health Agents(CHA). The following health promotion actions were given to be implemented by the Action Plan: the diabetic patient careline; Diabetic patient-centered care; Operating group facing the Community Health Agents; Operating group focused on diabetic patients; interactive dialogues with diabetic patients and health professionals; Training workshops for the CHA`s ; Poster-making, educational and training materials; Use of non-pharmacological therapies; Teamwork; Interdisciplinary working; Stimulus and encouragement to self-care and mutual responsibility to diabetic patients ; family-oriented attention; well reception.

Keywords: Diabetes Mellitus. PrimaryHealthCare.Basic Care.The FamilyHealthStrategy.Health Promotion.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	10
2JUSTIFICATIVA.....	18
3OBJETIVO.....	19
4METODOLOGIA.....	20
5REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	21
6PLANO DE AÇÃO	27
7CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS.....	41

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas se destacam entre as morbidades mais frequentes no Brasil e, na maioria das vezes, são doenças mal cuidadas principalmente por parte dos pacientes que negligenciam o próprio tratamento. O Diabetes Mellitus (DM) é uma dessas doenças, que a curto e longo prazo causa incapacidades, seja pelas exacerbações ou por sequelas devido ao descuido (SOUZA, 2014).

Passaram-se em torno de 2000 a 3000 anos desde as primeiras descrições da DM como entidade clínica. É uma doença quase tão antiga quanto à humanidade. O papiro Ebers, descoberto pelo alemão Gerg Ebers em 1872, no Egito, é o primeiro documento conhecido a fazer referência a uma doença que se caracterizava por emissão frequente e abundante de urina, sugerindo até alguns tratamentos à base de frutos e plantas. Acredita-se que este documento tenha sido elaborado em torno de 1500 A.C, mas foi apenas no século II D.C, na Grécia Antiga, que esta enfermidade recebeu o nome de diabetes. Este termo, que se atribui a Araeteus, discípulo de Hipócrates, significa “passar através de um sifão” e explica-se pelo fato de que a poliúria, que caracterizava a doença, assemelhava-se à drenagem de água através de um sifão. Araeteus observou, também, a associação entre poliúria, polidipsia, polifagia e miastenia (TSCHIEDEL, s/d).

DM refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999). São fatores predisponentes envelhecimento, obesidade, sedentarismo, hábitos alimentares não saudáveis, dentre outros (BRASIL, 2006).

O DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado condição sensível à atenção primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE *et al.*, 2009 *apud* BRASIL, 2013; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Em 2011 existiam 366 milhões de diabéticos em todo o mundo e espera-se que em 2030 haja 552 milhões (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2011). No Brasil a proporção de pessoas de 18 anos ou mais de idade com diagnóstico de diabetes em 2013 foi de 6,4 % (IBGE, 2014; BRASIL, 2013). A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE mostra que o diabetes atinge nove milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta. As mulheres (7%) apresentaram maior proporção da doença do que os homens (5,4%) – 5,4 milhões de mulheres contra 3,6 milhões de homens. Os percentuais de prevalência da doença por faixa etária são: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6% (BRASIL, 2002).

Ao cursarmos as disciplinas ofertadas pelo Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, tivemos oportunidade de realizar o diagnóstico situacional da região em que atuávamos como profissionais, visando conhecer a realidade daquele lugar e, por sua vez, identificar os principais problemas de saúde ali existentes. Dentre os problemas identificados, devido urgência e capacidade de enfrentamento, elegemos como prioritário “alto índice de pessoas portadoras de diabetes mellitus na área de abrangência da UBS”.

Neste sentido, questionamos: *“Que ações de promoção da saúde devem ser direcionadas para pacientes diabéticos?”*

Promoção da saúde, segundo Czeresnia (2003), refere-se a medidas que não se diregem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. Neste sentido, promover a saúde dos diabéticos é possibilitar o desenvolvimento de hábitos e estilos saudáveis de vida; a adoção de comportamentos de baixo risco à saúde; o desenvolvimento do senso de responsabilidade social; e a formação para o pleno exercício da cidadania (MADUREIRA, 2009).

1.1 Descrição do município de Ituiutaba

Figura 1 – Localização do município



Fonte: mapasapp.com/mapa/minas-gerais/ituiutaba-mg

Figura 2 - Vista panorâmica do município



Fonte: mapasapp.com/mapa/minas-gerais/ituiutaba-mg

Ituiutaba, cidade de Minas Gerais, situa-se na porção oeste do Estado, na mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba. Dista de Belo Horizonte 685 km. É considerada a maior cidade do Pontal do Triângulo Mineiro, em número de habitantes (102.690). Seus municípios limítrofes são Gurinhatã, Ipiaçú, Capinópolis, Canápolis, Santa Vitória, Monte Alegre de Minas, Prata, Campina Verde e o Estado de Goiás. O município possui uma extensão territorial de 2598,046 km², sendo 2587 km² de área urbana, e tem uma densidade populacional de 37,40 hab./km². Possui uma altitude de 605m e apresenta um clima do tipo Tropical de Altitude, com temperatura variando com mínima de 22°C e máxima 33°C, apresentando grandes precipitações de chuva nos meses de outubro a março. O restante do ano é caracterizado pela seca (BRASIL, 2014).

1.1.1 Aspectos históricos

Ituiutaba completou 115 anos de emancipação político-administrativa em 16 de setembro de 2016. As paragens que hoje constituem o município de Ituiutaba eram, primitivamente, habitadas por ameríndios do grupo Gê, os Caiapós. Os rios Prata e Tejuco, especialmente o primeiro, constituíram as principais artérias de penetração na zona de Ituiutaba. Posteriormente o processo de povoamento da região do Triângulo Mineiro teve início nos meados do século XIX, como consequência da queda da produção nas minas de ouro, o que fez com que os habitantes das Gerais se dedicassem à agricultura e à pecuária e chegassem a essa região devido à necessidade de grandes extensões de terra. As primeiras famílias que povoaram a região do Rio Tejuco foram de Joaquim Antônio de Moraes e José da Silva Ramos, posteriormente alcançando o desenvolvimento da cidade (BRASIL, 2014).

1.1.2 Aspectos socioeconômicos

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Ituiutaba, alcançado em 2010 foi de 0,739, ocupando a 36ª posição no ranking dos municípios mineiros, onde a capital Belo Horizonte apresentou um IDHM de 0,810, com municípios variando de 0,529 (São João das Missões) a 0,813 (Nova Lima) (BRASIL, 2014).

O município é predominantemente urbano, com uma taxa de urbanização de 95,80%, para 2010. Neste mesmo período a renda média familiar ficou em torno de R\$2.002,16 e a renda per capita foi de R\$1.491,91 (BRASIL, 2014).

A cobertura de abastecimento de água canalizada em rede geral de distribuição é de 93,90%; de saneamento por rede geral de esgoto ou pluvial 93,12% e de coleta pública do lixo 99,35% (BRASIL, 2014).

Entre as principais atividades econômicas de Ituiutaba destaca-se o grande potencial produtivo na agropecuária (agricultura da soja e milho, cana de açúcar, mandioca, arroz e sorgo, pecuária de corte e leite) e na prestação de serviços (comércio variado, advocacia, assessoria, consultoria de informática, dentre outros). A produção de cana de açúcar detém o maior expoente produtivo, acompanhado pelo milho e pela soja (BRASIL, 2014).

No município, em torno de 24.329 pessoas possuem vínculo empregatício, sendo os principais postos de trabalho: agropecuária, comércio, construção civil, indústria e outros serviços (BRASIL, 2014).

1.1.3 Aspectos demográficos

Segundo estimativas, em 2014, a população de Ituiutaba era de 102.690 habitantes, com um número aproximado de domicílios e famílias de 32.360. A taxa total de urbanização foi de 95,8%, em 2010, sendo a taxa de urbanização entre as mulheres de 48,91% e de homens de 46,92%% (BRASIL, 2014).

Com relação ao sexo, em 2010, havia uma pequena predominância de mulheres, 49.309 (50,74%) e os homens totalizavam 47.862 (49,26%) habitantes (BRASIL, 2014).

A taxa de analfabetismo neste mesmo ano (2010) foi de 8,3% e a incidência da pobreza em Ituiutaba foi de 29,09%, sendo de 19,71% a proporção de moradores abaixo da linha da pobreza, ficando 38,47% no seu limite superior (BRASIL, 2014).

1.1.4 Sistema local de saúde

Ituiutaba possui Conselho Municipal de Saúde, composto por 20 membros, sendo 16 usuários, dois profissionais de saúde e dois representantes do governo municipal. As reuniões acontecem mensalmente de forma ordinária e extraordinariamente quando necessário, ou quando solicitado pela maioria dos membros.

No ano 2014, o Governo Federal destinou ao Ministério da Saúde (MS) 106 bilhões de reais, com um aumento de 5% em relação ao ano de 2013. O Fundo Nacional de Saúde (FNS) é o gestor financeiro, na esfera federal, dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de atender às despesas do Ministério e de seus órgãos e entidades da administração indireta, os recursos geridos pelo FNS são transferidos mensalmente aos estados e municípios para o custeio e investimento na área da saúde. Todos os repasses financeiros realizados pelo MS levam em consideração fatores como a adesão aos programas federais. Além disso, são utilizados critérios populacionais e epidemiológicos, considerando as características de doenças transmissíveis ou crônicas existentes em cada região. Ituiutaba recebeu no ano de 2014 um total líquido de R\$ 22.889.758,76, distribuídos para os diferentes blocos.

Na atenção básica, estes recursos foram investidos em diversas ações (BRASIL, 2014):

- Programas de Requalificação de UBS;
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Incentivo Adicional ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
- Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
- Programa Saúde na Escola;
- Saúde Bucal;
- Saúde da Família;
- Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde;
- Ações Estruturantes de Vigilância em Saúde;
- Programa de Assistência Farmacêutica Básica.

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), até maio de 2015, aproximadamente 1014 profissionais atuavam na área de saúde do município (BRASIL, 2015).

Em relação ao sistema de referência e contra referência, existe um sistema de referência e encaminhamentos dos casos da atenção básica quando necessário. Os casos são encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento e Hospitais do município; os casos de urgência ou consultas médicas, aos serviços especializados dentro da cidade. Quando não há na cidade a especialidade para o caso, este é encaminhado à Universidade Federal de Uberlândia (UFU) e aos hospitais de Barretos. Entretanto, não se verifica na prática o sistema de contra referência dos casos avaliados em hospitais tanto do município como fora da cidade, o que dificulta muito nosso desempenho para efetivação do vínculo e longitudinalidade.

O Programa Saúde da Família (PSF) está implantado no município desde 1997. O número de estabelecimentos de saúde em Ituiutaba/MG até maio de 2015 era de 149 unidades, como apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Tipo e número de estabelecimentos de saúde segundo esfera administrativa, Ituiutaba, MG, 2015.

Tipo de Estabelecimento	Estadual	Municipal	Privada	Total
Centro de Atenção de Hemoterapia e/ou Hematologia	1	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial-CAPS	-	1	-	1
Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde	-	11	-	11
Clínica Especializada/Ambulatório Especializado	-	-	23	23
Consultório	-	3	89	92
Hospital Especializado	-	-	2	2
Hospital Geral	-	-	3	3
Policlínica	-	1	-	1
Posto de Saúde	-	2	-	2
Pronto Socorro Geral	-	1	-	1
Secretaria de Saúde	1	1	-	2
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia	-	-	9	9
Unidade Móvel Terrestre	-	1	-	1
Total	2	21	126	149

Fonte: Ministério da Saúde. Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES, 2015.

1.1.5 Posto de Saúde da Família Dr. Olímpio de Freitas Costa Neto

O Programa Saúde da Família (PSF) Jardim de Rosário está localizado no Posto de Saúde da Família Dr. Olímpio de Freitas Costa Neto. A equipe é responsável por 1170 famílias já cadastradas, sendo 3625 pessoas. O horário de funcionamento do posto é de 7 a 17 horas, de segunda à sexta-feira.

Figura 3 – Identificação do Posto de Saúde da Família Dr. Olímpio de Freitas Costa Neto



Fonte: Documentos da autora, 2016.

O posto de saúde fica localizado no centro da cidade de Ituiutaba e atende cinco bairros: Jardim do Rosário, Canaã, Buritis, Junqueira, Gilca Cancellia. Possui área física adequada. A equipe de PSF Jardim de Rosário é composta por médica cubana do “Programa Mais Médicos” (Governo Federal), enfermeira, técnica de enfermagem, oito agentes comunitárias de saúde, odontólogo, auxiliar de dentista, auxiliar de serviços gerais, recepcionista. Todos os profissionais trabalham em regime de 40 horas semanais. A infraestrutura é composta por: sala de espera, consultório médico, consultório de enfermagem, sala de pré-consulta, sala de vacina, sala de reunião, expurgo, copa, almoxarifado, banheiros para usuários e funcionários.

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus configura-se hoje como epidemia mundial, de proporções crescentes, tornando-se grande desafio para a saúde pública.

Apesar do PSF Jardim de Rosário possuir 209 pacientes diabéticos, maiores de 18 anos, ambos os sexos, cadastrados, um total de 165 é acompanhado pela equipe (ITUIUTABA, PSF/JR, 2016). Os pacientes que não são acompanhados, em sua maioria, são aqueles que já algum tempo realizam suas consultas com especialistas (endocrinologistas e cardiologistas), com os quais criaram certo vínculo não mais retornando à unidade de saúde, e o restante realiza acompanhamento na rede privada.

Portanto esta intervenção se justifica, uma vez que ações de promoção da saúde direcionadas para os diabéticos podem ser um dos caminhos para controlar a doença por meio do desenvolvimento de hábitos e estilos de vida mais saudáveis.

3 OBJETIVO

Propor ações de promoção da saúde direcionadas para pacientes diabéticos acompanhados pelo PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Trata-se de uma intervenção focada em ações de promoção da saúde realizada pela equipe de PSF Jardim de Rosário, município de Ituiutaba, Minas Gerais, com pacientes adultos diabéticos cadastrados na unidade de saúde e seus familiares, e com as Agentes Comunitárias de Saúde que fazem parte da equipe de PSF.

Neste trabalho utilizou-se o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES), conforme os textos da Seção 1 do Módulo de Iniciação Científica e Seção 2 do Módulo de Planejamento, do Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família, da UFMG, e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe. Foi elaborado um plano de ação para intervenção sobre o problema identificado como prioritário (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Como apoio à elaboração do texto e normalização bibliográfica foi utilizado o módulo de Introdução à Metodologia: textos científicos (CORREA; VASCONCELOS; SOUZA, 2013).

Para subsidiar a construção do Plano de Ação, além do diagnóstico situacional da área de abrangência, foram realizados levantamentos no banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); consultado a biblioteca do Ministério da Saúde; e utilizadas informações da American Diabetes Association, International Diabetes Federation, Sociedade Brasileira de Diabetes, Sociedade Brasileira de Cardiologia e Organização Pan-Americana de Saúde. Para busca de publicações em artigos científicos utilizou-se os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)/BVS: Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Atenção Básica; Estratégia Saúde da Família; e Promoção da Saúde.

O direcionamento da intervenção foi guiado pelos passos sugeridos por Campos; Faria; Santos (2010), descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, UFMG, para elaboração de um plano de ação ou plano de intervenção.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Aspectos gerais do Diabetes Mellitus (DM)

A expressão DM aplica-se a um grupo de doenças metabólicas (POWERS, 2006) que tem diferentes mecanismos patogênicos; tem como denominador a hiperglicemia e vai apresentar uma deficiência absoluta ou relativa de insulina; caracterizada por hiperglicemia de maneira persistente à crônica e associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina) (BRASIL, 2006).

Uma epidemia de DM está em curso. Estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos com diabetes vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade com crescente proporção de pessoas afetadas em grupos etários mais jovens, coexistindo com o problema que as doenças infecciosas ainda representam (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013). No Brasil, segundo Santana (2012), a estimativa é de 12,5 milhões de diabéticos muitos deles sem diagnóstico.

Trata-se de uma doença global, insidiosa, que decorre de vários fatores e traz conseqüentes alterações no cotidiano das pessoas, afetando sua qualidade e expectativa de vida (RIBEIRO; POPIM, 2010). Para estes autores a doença pode começar a afetar o organismo dez anos antes mesmo de o paciente desconfiar dos sintomas. Vieira (2012) enfatiza que o seu desenvolvimento é progressivo, especialmente em crianças e adolescentes, nos adultos o processo é mais lento.

O DM classifica-se em diabetes mellitus tipo 1, diabetes mellitus tipo 2 e o diabetes mellitus gestacional. De acordo com o Ministério da Saúde o diabetes tipo 1 resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência a cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% dos diabéticos. Inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em imuno mediato e idiopático (BRASIL,

2001). Neste tipo de diabetes observa-se a ausência ou redução da secreção da insulina pelas células beta das ilhotas de Langerhans do pâncreas, fruto de fatores hereditários, destruição das células beta por auto anticorpos ou, ainda, por vírus (VANCINI; LIRA, 2004).

Ainda segundo o Ministério da Saúde, o diabetes tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. Este tipo de diabetes é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos (BRASIL, 2001). De acordo com Enes e Slater (2010) os principais fatores associados ao surgimento deste tipo do diabetes tipo 2 estão ligados à ausência de atividade física, obesidade e o cuidado com a alimentação.

Quanto ao DM gestacional é definido pelo Ministério da Saúde como a diminuição da tolerância à glicose, de magnitude variável, diagnosticada pela primeira vez na gestação, podendo ou não persistir após o parto. Abrange os casos de DM e de tolerância à glicose diminuída, detectados na gravidez. O Estudo Brasileiro de Diabetes Gestacional (EBDG) revelou que 7,6% das mulheres em gestação apresentam intolerância à glicose ou diabetes (BRASIL, 2001). Os fatores de risco para o diabetes gestacional, segundo Vieira (2012) são: faixa etária acima de 25 anos, obesidade ou excessivo ganho de peso, excesso de gordura na área do abdome, histórico familiar de diabetes, baixa estatura (1,50cm), e crescimento fetal demasiado.

Lacerda (2014) e American Diabetes Association (2013) descreveram uma quarta classificação, que incluem defeitos genéticos da função das células beta-pancreáticas, defeitos genéticos da ação da insulina (diabete lipoatrófico), doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, hemocromatose), endocrinopatias (acromegalias e síndrome de Cushing), indução por drogas (glicocorticóides, tiazínicos) e infecções (citomegalovírus, rubéola congênita), formas imunológicas incomuns (anticorpos contra receptor de insulina), outras síndromes genéticas (síndrome de Down, Turner, Prade Willi).

Os sintomas clássicos desta doença são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso conhecido como os "4Ps". Demais sintomas que fazem desconfiar são: fadiga, fraqueza prurido cutâneo e vulvar, letargia, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é obtido em razão das

complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (BRASIL, 2006).

O diagnóstico laboratorial do DM é baseado na avaliação da glicemia, depois de um jejum de 8 a 12 horas. Em consequência do fato de que um grande percentual de pacientes com DM tipo II descobre a enfermidade muito tarde, já com severas complicações crônicas, tem-se preconizado o diagnóstico precoce e o rastreamento da doença em várias ocorrências (CZEPIELEWSKI, 2001).

5.2 Diabetes mellitus: tratamento

A melhora no controle do DM pode ser alcançada por meio do tratamento não medicamentoso e/ou medicamentoso. O primeiro tem como finalidade primária retardar a implantação da doença e quando já implantada, evitar ou retardar o tratamento medicamentoso ou associação de medicamentos necessários para o controle da doença. O segundo deve ser introduzido quando não obtiver sucesso com o primeiro. Em ambos é necessária a compreensão e adesão do portador, pois se trata de doença crônica e seu controle, se não evita, pelo menos retarda o aparecimento dos agravamentos (REIS, 2014).

O objetivo de se tratar o diabetes é diminuir os níveis sanguíneos de glicose para prevenir as complicações associadas a ela. O controle da dieta, a redução do peso corporal através de exercícios físicos, o uso de hipoglicemiantes orais ou injetáveis são meios para controlar o nível glicêmico (MAIA; SILVA; CARVALHO, 2005).

Segundo Villas-Boas *et al.*(2011), o tratamento do DM visa à manutenção do controle metabólico e compreende, basicamente, a terapia não medicamentosa e medicamentosa, sendo a primeira relacionada às mudanças de comportamento associadas à alimentação saudável e à atividade física. A terapia nutricional, baseada na orientação e no estabelecimento de um plano alimentar individualizado, associada à prática de exercícios físicos, é considerada de primeira escolha para o controle do DM e seus benefícios têm sido evidenciados na literatura.

A obesidade pode ser considerada como uma situação duplamente problemática para o organismo, por se tratar de uma doença que é também fator de risco para outras doenças (FERREIRA, 2010). De acordo com a Sociedade Brasileira de

Diabetes (SBD) (2009), o número de indivíduos diabéticos está aumentando devido à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo.

Mudanças no estilo de vida podem contribuir para redução do peso e incidência de doenças associadas. A American Diabetes Association (2012) recomenda intervenções no estilo de vida, visando 5 a 10% de perda de peso corporal pelo aumento da atividade física, associado aos agentes farmacológicos para prevenir ou retardar o desenvolvimento de DM em pessoas com intolerância à glicose diminuída.

De acordo com Cazarini *et al.* (2002) e Silva (2014) um programa de educação nutricional para portadores de DM, apontou, dentre os efeitos satisfatórios, redução no uso de hipoglicemiantes e na frequência de sintomas associados ao diabetes e aumento subjetivo do bem-estar, o que fez com que aumentasse a adesão do paciente ao mesmo.

Para um controle adequado do DM, não são suficientes apenas as medidas de orientação, mas é de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas, individuais e coletivas, a fim de melhorar a qualidade da atenção e a redução da morbimortalidade em decorrência de complicações da doença (COUTO,2010).

5.3 Promovendo a saúde de pacientes diabéticos por meio de ações educativas

Ação educativa é um processo que tem como objetivo capacitar indivíduos e/ou grupos para assumir ou contribuir na melhoria das condições de saúde da população. A saúde da comunidade depende essencialmente das ações oferecidas pelos serviços de saúde, do esforço da própria população, do conhecimento, da compreensão, da motivação, da reflexão crítica e da adoção de práticas de saúde. Isto só é possível com a participação conjunta da comunidade e do serviço de saúde (MADUREIRA, 2009).

Ribeiro *et al.*(2012) acreditam que as ações educativas, junto ao paciente, família e comunidade, têm um papel essencial no controle do DM, uma vez que as complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado e ao estilo de vida saudável.

A educação torna-se uma pedra angular da atenção integral de pessoas com DM e todos os serviços devem ser efetivamente desenvolvidos para ela. No final do século, a diabetologia assumiu a ideia clara de que não há nenhum tratamento eficaz para o diabetes sem a educação e formação do seu portador. Mas este processo educacional nem sempre se desenvolve de uma forma sistemática e muito frequentemente falta habilidade nessa área do saber que requer ensinar a se cuidar (GARCÍA; SUÁREZ, 2007).

Para que o trabalho seja consistente, segundo Silva (2014), deve-se iniciar com a uniformização da linguagem, portanto é imprescindível que os agentes comunitários de saúde participem das ações educativas para que aprendam e se tornem divulgadores e multiplicadores do conhecimento promovendo saúde para a comunidade.

As causas modificáveis do diabetes tipo 2 são alimentação inadequada (qualidade e quantidade) e inatividade física. Portanto, não é de se surpreender que mudanças positivas no estilo de vida, quando realizadas por meio de ações educativas, sejam tão efetivas na prevenção e controle do diabetes (BRASIL, 2006).

A oferta de ações de promoção da saúde pelas UBS, como a educação em saúde, e a participação dos usuários em grupos de discussão, com informações sobre as doenças e condutas para adoção de estilos de vida mais saudáveis é essencial, por proporcionar conhecimentos e habilidades aos pacientes acerca do cuidado diário que suas condições requerem e por favorecer o esclarecimento de dúvidas (FRANCISCO *et al.*, 2010). Portanto, os profissionais de saúde que desenvolvem cuidados a usuários com diagnóstico de HA ou DM devem buscar uma atuação que ultrapasse os aspectos biológicos e prescritivos, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde, na perspectiva de consolidar ações que efetivem os princípios do SUS de um cuidado integral e humanizado (SANTOS, 2013).

Sendo assim, a prática de atividades físicas é vista como uma importante estratégia para a prevenção da doença (SBD, 2005; OPAS, 2003; SILVA, 2014), podendo ainda influenciar de maneira positiva na qualidade da saúde da coletividade, minimizando custos com tratamentos e internações, segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010) cita a alimentação saudável, o consumo controlado de álcool, a ingestão de potássio, o combate ao

sedentarismo e ao tabagismo como principais recomendações não medicamentosas para prevenção primária da HA; sendo possível que igualmente aconteça com o DM.

A promoção da saúde manifesta-se como estratégia de transformação nos padrões assistenciais, colaborando para que as pessoas possam ter um melhor entendimento do processo saúde-doença, marcando a constituição de outras possibilidades e a estruturação de novos conhecimentos, aprimorando a qualidade de saúde da população. Desse modo, os profissionais da saúde sendo atores nesse processo de promoção do conhecimento da pessoa irão cooperar com recursos para que os mesmos tornem-se ativos do processo e assim reduzam os agravos decorrentes do DM (SILVA *et al.*, 2009).

6 PLANO DE AÇÃO

6.1 Operacionalização do Plano de Ação

➤ Primeiro passo: definição dos problemas

Os profissionais do PSF Jardim de Rosário identificaram vários problemas existentes na área de abrangência da equipe; e, por consenso, foram selecionados aqueles de maior relevância. São eles: alto índice de pessoas portadoras de diabetes mellitus na área de abrangência da UBS; alta incidência de doenças respiratórias; e demanda espontânea aumentada.

Segundo Campos; Faria e Santos (2010), o diagnóstico situacional é resultado de um processo de coleta, tratamento e análise de dados de uma determinada população, e pode ser considerada uma importante ferramenta de gestão para identificação dos problemas de saúde presentes naquele local. De posse dos problemas, seleciona-se aquele possível de resolução por meio de um plano de ação.

➤ Segundo passo: priorização do problema

Após identificarmos os problemas presentes acima, estabelecemos os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento para definição do nível de prioridade dos mesmos, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2: Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba/ MG, 2016.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capac. Enfrentam.	Seleção
Alto índice de pessoas portadoras de diabetes mellitus na área de abrangência da UBS.	Alta	6	Parcial	1
Alta incidência de doenças.	Alta	4	Parcial	2

respiratórias.				
Demanda espontânea aumentada.	Alta	4	Parcial	3

Fonte: PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016.

Sendo assim, “**alto índice de pessoas portadoras de diabetes mellitus na área de abrangência da UBS**” foi selecionado como problema prioritário devido sua importância, urgência e capacidade de enfrentamento.

➤ **Terceiro passo: descrição do problema selecionado**

Das doenças crônicas não transmissíveis o diabetes mellitus especialmente é um dos maiores problemas enfrentados pela população e por nossa equipe. No Quadro 3 apresentamos a situação e o número de diabéticos cadastrados e acompanhados pelo PSF Jardim de Rosário.

Quadro 3: Situação e número de diabéticos cadastrados e acompanhados pelo PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016.

Situação	Número
Diabéticos maiores de 18 anos, ambos sexos, cadastrados.	209
Diabéticos maiores de 18 anos, ambos sexos, acompanhados.	165

Fonte: Registro PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016.

➤ **Quarto passo: seleção dos “nós críticos”**

O “nó crítico” é um tipo de causa de um problema que, quando “atacado”, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O “nó crítico” traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, está dentro de meu espaço de governabilidade (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A nossa equipe selecionou 6 (seis) “nós críticos” (situações) para os quais existe alguma possibilidade de ação direta e que pode impactar sobre o problema selecionado. São eles:

- 1 - Inadequada organização do processo de trabalho da unidade de saúde;
- 2- Inadequados estilos de vida (tabagismo, sedentarismo, obesidade) dos pacientes diabéticos;
- 3 - Inadequados hábitos alimentares dos pacientes diabéticos;
- 4 - Insuficiente conhecimento dos diabéticos e familiares sobre a doença;
- 5 - Não aderência dos pacientes diabéticos ao tratamento e às orientações dos profissionais de saúde;
- 6 - Dificuldade de identificação de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus pelas Agentes Comunitárias de Saúde.

➤ **Quinto passo: desenho das operações**

O desenho das operações consiste em escrever as operações se projetos para enfrentar os “nós críticos”; identificar os produtos e resultados para cada operação definida e, por último, descrever os recursos necessários para cumprir as operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

➤ **Sexto passo: análise de viabilidade do plano**

Neste passo nossa equipe identificou os atores que controlam os recursos críticos necessários para implementação de cada operação. Verificou-se a motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano, e sugeriram-se as ações estratégicas para motivar os mesmos e construir cada operação.

➤ **Sétimo passo: elaboração do plano operativo**

A principal finalidade deste passo é a designação das ações, dos responsáveis pelas operações estratégicas, as quais devem garantir que as ações sejam executadas de forma lógica e sincronizada, além de estabelecer os prazos para seu cumprimento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). A elaboração do plano operativo foi decidida em reunião com todos os responsáveis pelas operações.

➤ **Oitavo passo: gestão do plano**

Neste passo se realiza um modelo de gestão do plano de ação. Consiste em discutir e definir o processo de acompanhamento e avaliação do plano e os seus instrumentos. Este acompanhamento pode ser realizado por meio de instrumentos avaliativos com pontuação e inclusão de perguntas abertas, rodas de conversas, grupos focais, observações, entrevistas dentre outros.

➤ **Nono passo: implementação do Plano de Ação**

A seguir apresentamos os quadros de números 4 a 11, os quais apresentam o Plano de Ação direcionado para cada “nó crítico” identificado pela equipe do PSF Jardim de Rosário, para o problema: **“alto índice de pessoas portadoras de diabetes mellitus na área de abrangência da UBS”**.

Quadro4: Desenho das operações para o “nó crítico” de número 1: Inadequada organização do processo de trabalho da unidade de saúde, PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016.

Nó crítico	Inadequada organização do processo de trabalho da unidade de saúde
<i>Operação</i>	Organizar o processo de trabalho da equipe e os serviços da UBS para oferecer uma melhor atenção aos pacientes diabéticos e demais atendimentos; Implantar a linha de cuidado segundo protocolo para atenção aos pacientes diabéticos; Coordenação do cuidado aos pacientes diabéticos; Atenção centrada na pessoa; Resolutividade: garantir a consulta clínica aos pacientes diabéticos; Garantir o kit de tratamento aos pacientes diabéticos.
<i>Projeto</i>	Cuidar Melhor.
<i>Resultados esperados</i>	Atenção integral aos pacientes diabéticos da área de abrangência do PSF Jardim de Rosário; Equipe de saúde informada sobre a importância do controle do DM; Aumento da frequência dos encontros dos grupos operativos; Pacientes diabéticos sendo atendidos conforme a demanda e sendo beneficiados com o kit de tratamento.

<i>Produtos esperados</i>	Colocar em prática os grupos operativos, fazer acompanhamento integral aos pacientes diabéticos, orientar sobre os cuidados gerais; Treinamento da equipe.
<i>Atores sociais responsáveis</i>	Médico, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS's.
<i>Recursos necessários</i>	<u>Organizacional</u> : Apresentação de plano de ação para melhoria do atendimento aos pacientes diabéticos à gerência da UBS; reuniões de sensibilização com todos os profissionais que atuam na unidade, desde o porteiro; preparo de material informativo para ser afixado na recepção da UBS. <u>Cognitivo</u> : Discussão com todos os profissionais acerca da linha de cuidado para diabéticos. <u>Político</u> : Mobilização dos profissionais da UBS. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para confecção de material informativo, dentre outros.
<i>Recursos críticos</i>	<u>Organizacional</u> : Cumprimento da programação do plano de ação. <u>Político</u> : Adesão dos profissionais. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para confecção de material informativo, dentre outros.
<i>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</i>	Ator que controla: Profissionais do PSF Jardim de Rosário. Motivação: Favorável.
<i>Ação estratégica de motivação</i>	Apresentar e discutir o plano de ação com todos os atores envolvidos.
<i>Cronograma / Prazo</i>	Trinta dias para o planejamento das ações; sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a serem utilizados; Dois meses para o início das atividades com finalização em 12 meses.
<i>Gestão, acompanhamento e avaliação</i>	A gestão, acompanhamento e avaliação das atividades serão de responsabilidade de todos os membros da equipe e acontecerão durante todo o processo. As atividades serão readequadas/replanejadas conforme a necessidade.

Quadro 5: Desenho das operações para o “nó crítico” de número 2: Inadequados hábitos e estilo de vida (tabagismo, sedentarismo, obesidade) dos pacientes diabéticos, PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016.

Nó crítico	Inadequados hábitos e estilo de vida (tabagismo sedentarismo, obesidade) dos pacientes diabéticos
<i>Operação</i>	Necessidade de mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis para prevenir e controlar o DM. Estimular o autocuidado através da educação em saúde.

<i>Projeto</i>	Saúde é Vida.
<i>Resultados esperados</i>	Usuários mais informados sobre o DM.
<i>Produtos esperados</i>	Proporcionar rodas de conversa nos grupos operativos; Elaborar cartilhas educativas; Confeccionar cartazes/folders informativos.
<i>Recursos necessários</i>	<u>Organizacional</u> : Apresentação do plano de ação para este nó crítico à gerência da UBS; sensibilização dos atores envolvidos; convite aos pacientes diabéticos para participarem dos grupos operativos, durante a VD, na recepção da unidade e nas consultas clínicas. Garantia de espaço e recursos de multimídia para realização dos grupos. <u>Cognitivo</u> : Elaboração de material instrucional. <u>Político</u> : Parceria com todos os profissionais da unidade, além de convite a expositores externos. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para aquisição de materiais educativos, materiais de escritório e lanche.
<i>Recursos críticos</i>	<u>Organizacional</u> : Cumprimento da agenda. <u>Políticos</u> : Mobilização de todos envolvidos. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para aquisição dos materiais necessários à realização do plano de ação.
<i>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</i>	Ator que controla: Profissionais do PSF Jardim de Rosário. Motivação: Favorável.
<i>Ação estratégica de motivação</i>	Apresentar o plano de ação para todos os atores envolvidos.
<i>Atores sociais responsáveis</i>	Equipe de PSF, nutricionista, fisioterapeuta, educador físico.
<i>Cronograma/prazo</i>	Trinta dias para o planejamento das ações, sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a serem utilizados.
<i>Gestão, acompanhamento e avaliação.</i>	A gestão, acompanhamento e avaliação das atividades serão de responsabilidade de todos os membros da equipe, e acontecerão durante todo o processo. As atividades serão readequadas/replanejadas conforme necessidade.

Quadro 6: Desenho das operações para o “nó crítico” de número 3: Inadequados hábitos alimentares dos pacientes diabéticos, PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016..

Nó crítico	Inadequados hábitos alimentares dos pacientes diabéticos
<i>Operação</i>	Eliminar hábitos alimentares inadequados; Tornar acessível alimentação saudável.
<i>Projeto</i>	Comer Melhor.
<i>Resultados esperados</i>	Tentar estimular o consumo de frutas, hortaliças e legumes pelos pacientes diabéticos durante as visitas domiciliares e nos atendimentos na UBS; Incentivar a construção de hortas caseiras.
<i>Produtos esperados</i>	Estimular o consumo de alimentos mais saudáveis por pacientes diabéticos, de acordo com o poder de compra; Orientação pela nutricionista acerca do consumo de alimentos saudáveis e de baixo custo; Campanha educativa sobre nutrição balanceada através de folders informativos e de cartilhas educativas.
<i>Recursos necessários</i>	<u>Organizacional</u> : Sensibilizar, principalmente as ACS, sobre a importância de orientar uma alimentação saudável aos pacientes diabéticos durante as VDs. <u>Cognitivo</u> : Proporcionar conhecimento aos ACS sobre como lidar nas orientações aos pacientes diabéticos acerca da alimentação. <u>Político</u> : Envolvimento de todos profissionais. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para elaboração de cartilhas educativas e folders informativos acerca de alimentação saudável.
<i>Recursos críticos</i>	<u>Organizacional</u> : Cumprimento da agenda. <u>Políticos</u> : Mobilização de todos envolvidos. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para aquisição dos materiais necessários à realização do plano de ação.
<i>Controle dos recursos críticos/Viabilidade</i>	Ator que controla: Equipe de PSF Jardim de Rosário. Motivação: Favorável.
<i>Ação estratégica de motivação</i>	Obter adesão da equipe multidisciplinar.
<i>Atores sociais responsáveis</i>	Equipe de PSF, Nutricionista.
<i>Cronograma / Prazo</i>	Trinta dias para o planejamento das ações,

	sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a serem utilizados.
<i>Gestão, acompanhamento e avaliação</i>	A gestão, acompanhamento e avaliação das atividades serão de responsabilidade de todos os membros da equipe, e acontecerão durante todo o processo. As atividades serão readequadas/replanejadas conforme necessidade.

Quadro 7: Desenho das operações para o “nó crítico” de número 4: Insuficiente conhecimento dos diabéticos e familiares sobre a doença, PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016..

Nó crítico	Insuficiente conhecimento dos diabéticos sobre sua doença
<i>Operação</i>	Melhorar o nível de conhecimento dos usuários diabéticos e de seus familiares sobre DM. Valorização do saber dos diabéticos e familiares acerca da doença.
<i>Projeto</i>	Saber Mais para Cuidar Melhor.
<i>Resultados esperados</i>	Melhor compreensão dos usuários diabéticos e de seus familiares sobre o problema, fatores de risco, complicações e possíveis medidas preventivas. Pacientes e familiares com mais conhecimento sobre DM.
<i>Produtos esperados</i>	Avaliação do nível de conhecimento dos diabéticos e de seus familiares sobre DM; Maior número de familiares e profissionais de saúde participando e acompanhando os diabéticos; Capacitação das ACS.
<i>Recursos necessários</i>	<u>Organizacional</u> : Organização da agenda. Oficinas de planejamento com a equipe, em especial com as ACS para que sejam multiplicadoras de informações sobre educação diabetológica. <u>Cognitivo</u> : Conhecimento das ACS sobre o DM e sobre estratégias de comunicação com pacientes diabéticos e familiares. <u>Político</u> : Envolvimento dos profissionais. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para elaboração de cartilhas educativas e folders informativos, além do material necessário para o desenvolvimento das oficinas de capacitação das ACS.
<i>Recursos críticos</i>	<u>Organizacional</u> : Cumprimento da agenda. <u>Políticos</u> : Mobilização de todos envolvidos. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para aquisição dos materiais

	necessários à realização do plano de ação.
<i>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</i>	Ator que controla: Equipe de PSF Jardim de Rosário. Motivação: Favorável.
<i>Ação estratégica de motivação</i>	Obter adesão dos diabéticos e seus familiares. Participação de outros profissionais da UBS (nutricionista e educador físico).
<i>Atores sociais responsáveis</i>	Equipe de PSF, nutricionista, educador físico.
<i>Cronograma / Prazo</i>	Trinta dias para o planejamento das ações; sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a serem utilizados. Dois meses para o início das atividades.
<i>Gestão, acompanhamento e avaliação.</i>	A gestão, acompanhamento e avaliação das atividades serão de responsabilidade de todos os membros da equipe, e acontecerão durante todo o processo. As atividades serão readequadas/replanejadas conforme necessidade.

Quadro 8: Desenho das operações para o “nó crítico” de número 5: Não aderência dos pacientes diabéticos ao tratamento e às orientações dos profissionais de saúde, PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016..

Nó crítico	Não aderência dos pacientes diabéticos ao tratamento e às orientações dos profissionais de saúde
<i>Operação</i>	Aumentar o interesse do usuário, estimular o autocuidado (controle) e a prevenção de complicações do DM.
<i>Projeto</i>	Saber Mais.
<i>Resultados esperados</i>	Obter aceitação pelos usuários das terapias não farmacológicas e farmacológicas. Melhorar a participação dos usuários nas reuniões de grupo operativo.
<i>Produtos esperados</i>	Valoração da compreensão dos usuários sobre sua doença, controle e complicações.
<i>Atores sociais responsáveis</i>	Profissionais da equipe de PSF, demais profissionais da UBS.
<i>Recursos necessários</i>	<u>Organizacional</u> : Aplicar o modelo centrado no cuidado ao paciente diabético. <u>Cognitivo</u> : Informações sobre o DM.

	<p><u>Político</u>: Mobilização de todos os atores envolvidos.</p> <p><u>Financeiro</u>: Ajuda de custo para elaboração de cartilhas educativas e folders informativos, além do material necessário para realização dos grupos operativos com os diabéticos.</p>
<i>Recursos críticos</i>	<p><u>Organizacional</u>: Cumprimento da agenda.</p> <p><u>Políticos</u>: Mobilização social.</p> <p><u>Financeiro</u>: Ajuda de custo para elaboração de cartilhas educativas e folders informativos, além do material necessário para realização dos grupos operativos com os diabéticos.</p>
<i>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</i>	<p>Ator que controla: Equipe de PSF Jardim de Rosário.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
<i>Ação estratégica de motivação</i>	Adesão dos pacientes diabéticos aos grupos operativos.
<i>Cronograma / Prazo</i>	<p>Trinta dias para o planejamento das ações, sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a serem utilizados.</p> <p>Dois meses para o início das atividades.</p>
<i>Gestão, acompanhamento e avaliação.</i>	<p>Aplicação de questionário, assinatura de folha de presença. Os questionários terão perguntas relacionadas ao DM e objetivam avaliar o nível de informação dos usuários acerca da doença, tratamento (controle) e complicações. Estes questionários serão preenchidos nas reuniões dos grupos operativos.</p> <p>A gestão, acompanhamento e avaliação das atividades serão de responsabilidade de todos os membros da equipe e acontecerão durante todo o processo. As atividades serão readequadas/replanejadas conforme necessidade.</p>

Quadro 9: Desenho das operações para o “nó crítico” de número 6: Dificuldade de identificação de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus pelas ACS, PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, 2016..

Nó crítico	Dificuldade de identificação de fatores de risco e complicações do diabetes mellitus pelas ACS
<i>Operação</i>	Fomentar a educação permanente em serviço acerca do DM, direcionada para as Agentes Comunitárias de Saúde.

<i>Projeto</i>	Educação em Serviço.
<i>Resultados esperados</i>	ACS mais bem informadas sobre riscos e complicações mais frequentes do DM.
<i>Produtos esperados</i>	Capacitação das ACS.
<i>Atores sociais responsáveis</i>	Enfermeira, médico e técnica de enfermagem da Equipe de PSF Jardim de Rosário.
<i>Recursos necessários</i>	<u>Organizacional</u> : Inicialmente serão realizadas oficinas de capacitação com as ACS para que sejam multiplicadoras de informações sobre educação diabetológica. <u>Cognitivo</u> : Informações sobre a doença. <u>Político</u> : Mobilização dos profissionais. <u>Financeiro</u> : Ajuda de custo para elaboração de cartilhas educativas e folders informativos, além do material necessário para realização da capacitação das ACS.
<i>Recursos críticos</i>	<u>Organizacional</u> : Cumprimento da agenda de capacitação. <u>Financeiro</u> : Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais.
<i>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</i>	Ator que controla: Médico e Enfermeira do PSF Jardim de Rosário. Motivação: Favorável.
<i>Ação estratégica de motivação</i>	Apresentar o programa de capacitação das ACS para a gerente da unidade; Sensibilização das ACS.
<i>Cronograma / Prazo</i>	Trinta dias para o planejamento das ações, sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a serem utilizados. Dois meses para o início das atividades.
<i>Gestão, acompanhamento e avaliação.</i>	Será aplicado um pré-teste para averiguar o nível de informação das ACS sobre o DM. No final da capacitação será realizado um pós-teste para verificar o conhecimento assimilado pelos participantes. Além disso, haverá folha de presença. A gestão, acompanhamento e avaliação das atividades serão de responsabilidade de enfermeira, médico e técnica de enfermagem. As atividades serão readequadas/replanejadas conforme necessidade.

Conforme apresentado nos quadros de 4 a 9, os planos de ação para os 6 (seis) “nós críticos” do problema **“alto índice de pessoas portadoras de diabetes**

mellitus na área de abrangência da UBS” contemplam as seguintes ações de promoção da saúde voltadas para os pacientes diabéticos pertencentes à área adscrita do PSF Jardim de Rosário:

- Linha de cuidado ao paciente diabético;
- Cuidado centrado no paciente diabético;
- Grupo operativo voltado para as Agentes Comunitárias de Saúde;
- Grupo operativo voltado para pacientes diabéticos;
- Rodas de conversa com pacientes diabéticos e profissionais de saúde;
- Oficinas de capacitação para as ACS;
- Elaboração de cartilhas educativas;
- Confecção de cartazes e folders informativos;
- Uso de terapias não farmacológicas;
- Trabalho em equipe;
- Trabalho interdisciplinar;
- Estímulo e incentivo ao autocuidado e co-responsabilização do usuário diabético;
- Atenção orientada à família;
- Acolhimento.

Ressaltamos que o Plano de Ação será implementado no período de janeiro de 2017 a janeiro de 2018. Optamos por não apresentar um cronograma fechado, considerando as articulações que deverão ser realizadas com todos os seguimentos interessados, antes de sua implementação. Acreditamos que algumas ações poderão ser realizadas a curto prazo, porém outras demandarão mais tempo, haja vista envolvimento de todos profissionais da unidade de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM constitui fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares; persiste por toda vida, e, no transcorrer dela, surgem múltiplas complicações, algumas vezes acompanhadas de outras doenças. Por se tratar de uma doença crônica e pelos riscos para saúde, os pacientes diabéticos devem receber dos

profissionais de saúde uma atenção diferenciada, que os motive ao autocuidado e à responsabilização por sua saúde.

Neste sentido, o Plano de Ação aqui apresentado possibilita um olhar diferenciado às pessoas portadoras de Diabetes Mellitus. O cuidado aos diabéticos transcende intervenções medicamentosas e orientações prescritivas de dietas, exercícios físicos e mudanças de estilo de vida.

A atenção ao diabético, que leve em conta suas singularidades, complexidades e necessidades de saúde, centrada na sua pessoa e não na doença, é um dos pilares da promoção da saúde.

Neste sentido, as ações de promoção da saúde a ser implementadas para os nós críticos oriundos do problema selecionado para intervenção, sinalizam uma atenção mais humanizada aos pacientes diabéticos da área de abrangência do PSF Jardim de Rosário, Ituiutaba, MG, e de certa maneira respondem à questão norteadora da intervenção.

REFERÊNCIAS

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

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 35, suppl. 1, jan. 2012.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 33, suppl. 11-61, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v. 36, suppl. 1, jan. 2013. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/36Supplement_1/S11.full.pdf+html> Acesso em: 24 de Outubro de 2016.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS). **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4.ed. Rio de Janeiro: ANS. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília (DF): MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus. **Informe Técnico**, 2002. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>> Acesso em: 2 de Outubro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes mellitus. **Caderno de Atenção Básica**, n. 16, p. 9-13, Brasília (DF), 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica diabetes mellitus. **Caderno de Atenção Básica**, n. 36, Brasília (DF), 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades@**. Brasília, [online], 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 14 de Setembro de 2016.

BRASIL. **Situação do diabetes mellitus no Brasil**. <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>> Acesso em: 29 de Setembro de 2016.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2.ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010, 110p.

CAZARINI, R.P.; *et al.* Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. **Medicina, Ribeirão Preto**; v. 35, p. 142-150, abr./jun. 2002. Disponível em: <https://www.http://revista.fmrp.usp.br/2002/vol35n2/adesao_a_um_grupo_educativo1p65.pdf> Acesso em: 14 de Novembro de 2015.

CORRÊA, E. J.; VASCONCELOS, M.; SOUZA, S. L. **Iniciação à metodologia: textos científicos**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013. Disponível em: <<https://>>

www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Modulo/3> Acesso em: 24 de Setembro de 2015.

COUTO, A. M. **Adesão dos diabéticos ao tratamento não medicamentoso**: um desafio para o PSF Rosário de Bom Despacho-MG. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Bom Despacho, 2010. 84f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família). Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2289.pdf>> Acesso em: 27 de Outubro de 2016.

CZEPIELEWSKI, M. A. **Diabetes mellitus (DM)**. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?127>> Disponível em: 01/11/2001. Acesso em: 27 de Outubro de 2016.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p.39-52.

ENES, C. C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. **Revista Brasileira Epidemiologia**. [online], v. 13, n. 1, p. 163-171, 2010.

FERREIRA, J. S.; AYDOS, R. D. Prevalência de hipertensão arterial em crianças e adolescentes obesos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 97-104, 2010.

FRANCISCO, P. M. S. B.; *et al.* Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cadernos Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, jan. 2010.

GARCÍA, G. R.; SUÁREZ, P. R. La educación a personas con diabetes mellitus en la atención primaria de salud. **Revista Cubana Endocrinología**. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000100005&lng=es> Acesso em: 5 de Novembro de 2016.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**. Belgium: IDF. 2013. <<http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>>. Acesso em: 14 de Setembro de 2016.

ITUIUTABA. Minas Gerais. Dados do PSF Jardim de Rosário, 2016.

LACERDA, L. C. B. **Diabetes mellitus tipo 2**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Bom Despacho, MG, 2014. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4571.pdf>> Acesso em: 1 de Novembro de 2016.

MADUREIRA, M. D. S. Ação educativa em saúde. IN: **A ação do ACS na educação em saúde**. Unid. 4. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Curso de Capacitação de ACS, p. 249-52, 2009.

MAIA, F.R.; SILVA, A.A. R.; CARVALHO, Q.R.M. Proposta de um protocolo para atendimento odontológico do paciente na atenção básica. **Revista Espaço Saúde**. Londrina, v 7,n.1,p.16-29,dez.2005. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v7n1/Protocolo.pdf>> Acesso em: 22 de Setembro de 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília (DF): OPAS, 2003.

POWERS, A. C. Diabetes mellitus. IN: **HARRISON. Princípios de medicina interna**. 16.ed., v. 1, parte 16: Endocrinologia y metabolismo. Sección1: Endocrinologia. McGraw-Hill Education, p. 2968-3002, 2006. Acesso em: 22 de Setembro de 2016.

REIS, T. B. **Tratamento não farmacológico do diabetes mellitus**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2014. 31f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2019.pdf>> Acesso em: 1 de Novembro de 2016.

RIBEIRO, A. G.; *et al.* Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. **Revista Nutrição**. Campinas, v. 25, n. 2, abr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 de Novembro de 2016.

RIBEIRO, J. P.; POPIM, R. C. Compreendo o significado de qualidade de vida segundo idosos portadores de diabetes mellitus tipo II. **Revista Escola Enfermagem Anna Nery**, Botucatu, v. 14, n. 4, p. 765-771,out/dez. 2010.

SANTANA, J. S. **Valor prognóstico da incompetência cronotrópica em idosos diabéticos I**. 78 f. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde]. Universidade Federal de Sergipe, Aracaju, 2012.

SANTOS, F. P. A. A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 47, n. 1, p. 107-14. 2013.

SILVA, K. L.; *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira Enfermagem**, v 62, n.1, p 86-91, 2009.

SILVA, C. D. M. **Abordagem das doenças crônicas hipertensão e diabetes no município Entre Rios de Minas/MG**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2014. 24f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão/ Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros Cardiologia**; v. 95, supl. 1, p. 1-51, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro. Diagraphic. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES - SBD. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes**. 3.ed. São Paulo: Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SOUZA, C. P. **Abordagem do diabetes mellitus na estratégia saúde da família do município de Piraúba**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, 2014. 26f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

TSCHIEDEL, B. **A história do diabetes**. <<http://www.endocrino.org.br/historia-do-diabetes/>>. Acesso em: 14 de Setembro de 2016.

VILLAS-BOAS, L. C. G.; *et al.* Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto Contexto-enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 2, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?scrip=sci_arttext&pid=S0104-0707201100008&&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 de Setembro de 2016.

VANCINI, R. L.; LIRA, C. A. B. **Aspectos gerais do diabetes mellitus e exercício**. Centro de Estudos em Fisiologia do Exercício. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, abr. 2004.

VIEIRA, V. H. F. B. **O papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada**. 2012. Faculdade Redentor, Itaperua. Monografia [Especialização em Urgência e Emergência]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>>. Acesso em: 29 de Setembro 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

