

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

REYNALDO HECHAVARRIA AGUILERA

**PREVALÊNCIA DA DIABETES MELLITUS NA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA FORTALEZA, MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES/MINAS
GERAIS**

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

REYNALDO HECHAVARRIA AGUILERA

**PREVALÊNCIA DA DIABETES MELLITUS NA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA FORTALEZA, MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES/ MINAS
GERAIS**

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

Orientadora: Professora: Verônica Amorim
Rezende

BELO HORIZONTE / MINAS GERAIS

2018

REYNALDO HECHAVARRIA AGUILERA

**PREVALÊNCIA DA DIABETES MELLITUS NA EQUIPE SAÚDE DA
FAMÍLIA FORTALEZA, MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES/ MINAS
GERAIS**

Banca examinadora

Examinador 1: Professora Verônica Amorim Rezende

Examinador 2 – Professora. –Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, em de de 2018.

DEDICATÓRIA

A meus pais Manuel e Exilda por ensinarme o valor mais importante que um homem precisa, o amor a raça humana. A minha mulher por sua confiança, fidelidade e amor e a meu filho por ser o motivo de tantas alegrias.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que tudo pode e faz para meu crescimento espiritual, acadêmico e profissional.

Aos meus pais, pelo ensino que me dedicaram. Também à minha tutora pela ajuda incondicional, dedicação para nos instruir a cada caminhada.

Obrigado.

Obrigado Senhor.

Epígrafe

“Ajudar ao que o necessita não só é parte do dever, se não da felicidade”.

José Martí

RESUMO

Estudos apontam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem a uma importante causa de morbimortalidade no mundo, sendo responsáveis por aproximadamente 54% dos anos de vida perdidos em 2010. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, o Brasil está na quarta posição entre os países com o maior número de diabéticos, cerca de 11,9 milhões em 2013. Esse cenário traz um elevado custo social e financeiro não só ao paciente, mas ao sistema de saúde, uma vez que a doença pode desencadear complicações agudas e crônicas. Esta realidade também faz parte da população de Ribeirão das Neves. Este estudo tem como objetivo elaborar um plano de intervenção para o controle e acompanhamento da diabetes mellitus na população da ESF Fortaleza, localizada no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Para a elaboração deste trabalho foi realizada uma revisão de literatura narrativa, nos bancos de dados LILACS e SciELO, no período de 2006 a 2016. Para a elaboração do plano de ação utilizou-se como estratégia o Planejamento Estratégico Situacional, composto por dez passos. Considera-se relevante a prevenção primária do diabetes a fim de evitar complicações agudas e crônicas da doença. Sendo assim, elaborar um projeto de intervenção com foco no controle de alguns fatores de risco modificáveis como o peso, alimentação, uso de tabaco, atividade física, tem um potencial elevado de melhora na qualidade de vida dos usuários e redução das complicações causadas pela doença.

Palavras chave: Diabetes Mellitus. Doença Crônica. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Família

ABSTRACT

Studies indicate that chronic noncommunicable diseases (NCDs) are an important cause of morbidity and mortality in the world, accounting for approximately 54% of the years of life lost in 2010. According to the International Diabetes Federation, Brazil is in the fourth position among countries with the largest number of diabetics, about 11.9 million in 2013. This scenario brings a high social and financial cost not only to the patient, but to the health system, since the disease can trigger acute and chronic complications. This reality is also part of the population of Ribeirão das Neves. This study aims to elaborate an intervention plan for the control and follow-up of diabetes mellitus in the population of ESF Fortaleza, located in the city of Ribeirão das Neves, Minas Gerais. For the elaboration of this work a narrative literature review was carried out in the LILACS and SciELO databases, from 2006 to 2016. For the elaboration of the action plan, the Strategic Situational Planning was used as a strategy, composed of ten steps. Primary prevention of diabetes is considered relevant in order to avoid acute and chronic complications of the disease. Therefore, to design an intervention project focused on the control of some modifiable risk factors such as weight, food, tobacco use, physical activity, has a high potential for improvement in the quality of life of users and reduction of complications caused by the disease.

Key words: Diabetes Mellitus. Chronic disease. Primary Health Care. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice Desenvolvimento Humano Municipal
IDEB	Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBR	Unidades Básicas de Referência
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETIVO	17
4 METODOLOGIA	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Ribeirão das Neves

Ribeirão das Neves é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na Região Metropolitana de Belo Horizonte. Os habitantes se chamam nevenses.

O município foi elevado a esta categoria em 12 de dezembro de 1953. Há três macrorregionais: o distrito de Justinópolis, a regional Centro e a regional Veneza. O município se estende por 154,5 km² (IBGE, 2014).

O município tem como limítrofes as seguintes cidades: São José da Lapa; Belo Horizonte e Esmeraldas. Em relação a Belo Horizonte há uma distância de 15 km a norte oeste de Belo Horizonte, estando a 808 metros de altitude (IBGE, 2014).

Sua população pelo Censo de 2010, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, era de 296.317 habitantes (IBGE, 2010). Destes, 146.987 eram homens e 149.330 mulheres. Para o ano de 2017 estimou-se aproximadamente 328.871 habitantes. A densidade demográfica é de 1905,07 habitantes por km² no território do município (IBGE, 2017).

A taxa de escolarização (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 96.5 em 2010. Isso colocava o município em 670 das 853 cidades do estado e na posição 4193 de 5570 cidades do Brasil. Em relação à nota do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), os alunos do ensino fundamental pontuaram em 5,7 e os dos anos finais do ensino fundamental foi de 3,9 (IBGE, 2015).

Em 2015, o salário médio mensal era de 2.0 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 9.8%. Ao considerar domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, notou-se que 34.5% da população estavam nestas condições (IBGE, 2015).

O PIB per capita, no ano de 2015, foi de 10.753,60 reais. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), referente ao ano de 2010 foi de 0,684, sendo distribuído nos seguintes componentes: expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita. A taxa de mortalidade infantil média na cidade em 2014 foi de 10.31 para 1.000 nascidos vivos (IBGE, 2015).

O município apresenta 74.3% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 69.2% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 8.5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada. Grande parte dos moradores de Ribeirão das Neves trabalhava em Belo Horizonte, o que o denominou como município dormitório. Atualmente, há algumas fábricas no município, e um significativo comércio que se encontra em crescimento. Isso fortalece a economia do município (IBGE, 2015).

1.2 O sistema municipal de saúde

O sistema de saúde é único (SUS), sendo organizado em modo de redes. O município conta com três Unidades Básicas de Referência (UBR'S) que têm serviços especializados em ginecologia, pediatria, odontologia. Há também o Centro Estadual de Atenção Especializada – CEAE (antigo CVV – Centro Viva Vida), que atende os casos de gestantes de alto risco, mastologia, urologia, exames de ultrassonografia, mamografias, terapia ocupacional, pediatria e ginecologia. Salienta-se que há suporte a pacientes com necessidade de tratamento em longo prazo para as especialidades supracitadas. Além disso, há duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA'S) e o Hospital Municipal São Judas Tadeu, que é a referência em urgência e emergência do município, contando com serviços de maternidade, ortopedia, cirurgia geral, pediatria e internações diversas. Quando não há suporte necessário, os pacientes são transferidos via central de leitos para hospitais de alta complexidade em Belo Horizonte.

O município trabalha em parceria com Belo Horizonte, encaminhando pacientes que necessitam de tratamento com especialistas, como por exemplo, nefrologia, gastroenterologia, alergologia, hematologia, oncologia, genética, e ainda os casos que necessitem de internação e tratamentos prolongados.

O sistema de saúde conta com 55 ESF (Estratégia Saúde da Família), cada uma delas com uma abrangência de população entre 2400 e 4000 habitantes.

1.3 A Equipe de Saúde da Família Fortaleza, seu território e sua população.

A ESF Fortaleza está situada no Bairro Fortaleza, na Rua Engenheiro João Trindade, número 150, Município Ribeirão das Neves, Estado Minas Gerais. A unidade é situada em área urbana, o imóvel é locado pela prefeitura, sendo uma casa adaptada para atender aos usuários. A casa possui três quartos, que foram adaptados e transformados em consultórios, sendo um para o atendimento médico, um para o atendimento de enfermagem e o outro para atendimento para procedimentos não infectados. Possui ainda estrutura para os atendimentos esporádicos de fisioterapia e psicologia na unidade em um só ambiente. Há duas salas, nas quais, uma foi adaptada para a recepção e a outra se tornou um espaço para reuniões internas, possuindo o material didático da unidade, organizado como uma minibiblioteca. A unidade conta ainda com um espaço adaptado para as atividades das agentes comunitárias de saúde. Há ainda três banheiros, um quarto externo conectado a recepção que funciona como farmácia, uma copa conjugada com cozinha e área de serviço. Esses espaços foram adequados para o atendimento à comunidade. Nesta unidade não há sala de vacinação, os pacientes são encaminhados à UBR de referência mais próxima para tal serviço.

Atualmente a equipe é composta por um médico, uma enfermeira, quatro agentes comunitários de saúde, uma técnica em enfermagem. Há ainda um ponto de apoio dentro da unidade, com uma equipe de zoonoses, contando hoje com seis funcionários deste serviço, parceria essa em conjunto com a ESF. Ressalto que no momento estamos sem o funcionário que atua como serviços gerais. A unidade funciona de segunda a sexta feira, no horário de 08:00 horas às 17:00 horas.

Esta unidade não conta ainda com o serviço do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Há os serviços integrados de fisioterapia, psicologia e psiquiatria, em sistema de matriciamento local, onde os casos são discutidos em reunião de equipe e gerenciados, conforme a necessidade.

Em relação às condições socioeconômicas, observa-se uma comunidade, em sua maioria, muito carente de recursos, de baixos recursos econômicos, com uma

alta taxa de desemprego, havendo muitos beneficiados pelo programa bolsa família, aposentados e muitos sem nenhuma renda.

Nesta área de abrangência são atendidas atualmente 3651 pessoas, com 712 famílias cadastradas, sendo 533 hipertensos, 146 diabéticos, 359 idosos, 27 gestantes e 86 crianças menores de dois anos. As maiores causas de óbitos constatados, atualmente nessa população, são mortes por violência, geralmente homens, depois as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares e, por ultimo, as doenças neoplásicas.

Foi realizado um diagnóstico situacional por parte da equipe de saúde da família a fim de identificar e priorizar os problemas de saúde da comunidade. A partir disso, foi identificado como problema prioritário para intervenção a dificuldade no controle e acompanhamento de usuários diabéticos. Com isso, proposto projeto para intervir nesta problemática.

2 JUSTIFICATIVA

A ESF Fortaleza possui aproximadamente 3651 habitantes cadastrados, sendo 1914 com mais de 30 anos. Nesse grupo, temos uma prevalência de 146 diabéticos diagnosticados, o que representa um total 7.6 % da população adulta e de idosos. A prevalência dos diabéticos e a tolerância à glicose diminuída em população urbana é de 7,6 e 7,8%, na população entre 30 e 69 anos de idade. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Percebe-se no cotidiano que há uma baixa procura de diabéticos para consultas e acompanhamento, além de haver muitos casos não diagnosticados por ser uma doença silenciosa. Assim avalia-se como relevante a elaboração de um projeto de intervenção para o diagnóstico precoce da doença, controle dos pacientes e prevenção da doença e de complicações que podem levar à morte. Caso não haja um controle adequado, há redução da qualidade de vida dos pacientes, além de repercussão negativa no ambiente familiar. Ao mesmo tempo, a prevenção do diabetes, por meio do combate contra a obesidade e sedentarismo, tem um papel essencial para preservar o futuro.

É importante considerar que a prevenção da diabetes mellitus (DM) não envolve somente uma mudança na postura dos indivíduos como alimentar melhor, fazer atividade física e perder peso. É importante considerar ações no nível coletivo com participação de profissionais de saúde, indústrias, políticos para controlar o desenvolvimento e complicações da diabetes.

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para o controle e acompanhamento da diabetes mellitus na população da Equipe Saúde da Família Fortaleza, localizada no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Para a elaboração deste trabalho foi realizado um diagnóstico situacional, por meio do método de Estimativa Rápida, que possibilitou o levantamento de problemas de saúde da comunidade e do processo de trabalho da equipe. A Estimativa Rápida é uma das etapas do Planejamento Estratégico Situacional (PES), posteriormente, foi realizada a elaboração do plano de ação. O PES possui dez passos, conforme proposto no Módulo Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010,).

Para subsidiar a análise conceitual sobre o tema, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, no período de 2006 a 2016, nos bancos de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e sites governamentais de saúde. Os seguintes descritores serão utilizados: Diabetes Mellitus; Doença Crônica; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Estudos apontam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) correspondem a uma importante causa de morbimortalidade no mundo, sendo responsáveis por aproximadamente 54% dos anos de vida perdidos em 2010. (MURRAY *et al.*, 2010). De acordo com a Federação Internacional de Diabetes, o Brasil está na quarta posição entre os países com o maior número de diabéticos, cerca de 11,9 milhões em 2013 (BERTOLDI *et al.*, 2013). Estimativas também indicam que em 2030 o número de portadores da doença pode chegar a 439 milhões. Ressalta-se ainda que aproximadamente 50% dos diabéticos não sabem que tem a doença (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

Dentre as DCNT, o diabetes mellitus tipo 2 é notado como uma epidemia, sendo responsável por 90% dos habitantes com a doença. Considera-se que o envelhecimento da população, o aumento de indivíduos obesos e sedentários e os processos de urbanização são os principais responsáveis pelo aumento na incidência e prevalência do diabetes tipo II em todo mundo (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Esse cenário traz um elevado custo social e financeiro não só ao paciente, mas ao sistema de saúde, uma vez que a doença pode desencadear complicações como insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira, doença cardiovascular, entre outras (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2013).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) a doença é caracterizada pelo aumento da glicose no sangue (hiperglicemia). Isso pode ser desencadeado por defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina que é produzido pelas células beta do pâncreas. A principal função deste hormônio é promover a entrada de glicose para as células do organismo para que ela possa ser utilizada para as atividades celulares. Caso haja as alterações em sua função ocorre o acúmulo de glicose no sangue (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016). A classificação da doença pode ser feita em: DM tipo I (DMI), DM tipo II (DM II), diabetes gestacional (DMG) e outros

tipos de DM, sendo os dois primeiros tipos os mais conhecidos, no qual o tipo II é o de maior prevalência na população (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2016).

No caso do Diabetes Tipo I, de acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), o sistema imunitário ataca as células beta do pâncreas o que faz com que nenhuma ou pouca insulina seja liberada. Este grupo concentra cerca de cinco a 10% do total das pessoas, ficando evidente na infância ou adolescência. Essa variedade é sempre tratada com insulina, melhora dos hábitos alimentares e atividades físicas, para ajudar a controlar a glicemia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O Tipo II, que se manifesta em 90% dos adultos com diabetes, se desenvolve quando o corpo não consegue utilizar a insulina que produz ou não produz suficientemente. A doença ocorre em uma minoria de crianças e adolescentes, abrangendo as demais faixas etárias. Pode ser controlado com atividade física e melhora dos hábitos alimentares. Porém, em alguns casos necessita do uso de hipoglicemiantes orais e insulina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

A assistência às pessoas com esta doença faz com que seja necessário um trabalho multiprofissional para a elaboração do plano de cuidados que tem ênfase no plano alimentar (alimentação saudável), na inserção de atividade física, no monitoramento e controle glicêmico e uso de medicamentos hipoglicemiantes. Em pacientes com DM, o não cumprimento do tratamento proposto pode interferir na avaliação da resposta clínica e desencadear em um fracasso terapêutico que levará a um aumento da glicemia com consequentes complicações agudas e crônicas (HARRISON *et al.*, 2017).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta refere-se ao problema priorizado “Elevada prevalência de Diabetes Mellitus sem acompanhamento adequado” (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Identificação de problemas (primeiro passo)

- Elevada prevalência de Diabetes Mellitus sem acompanhamento adequado.
- Elevada prevalência de Hipertensão arterial.
- Baixa adesão ao tratamento de portadores de doenças crônicas.
- Elevada prevalência de obesos
- Elevado índice de sedentarismo.

6.2 Priorização dos problemas (segundo passo)

Quadro 1 –Problemas de saúde da Equipe Saúde da Família Fortaleza, localizada no município de Ribeirão das Neves, Minas Gerais

Principais problemas	Importância	Urgência (0-10)	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de Diabetes Mellitus sem acompanhamento adequado	Alta	8	Parcial	1
Elevada prevalência de Hipertensão Arterial	Alta	7	Parcial	2
Baixa adesão ao tratamento de pacientes com doenças crônicas.	Alta	6	Parcial	3
Elevada prevalência de obesos	Alta	5	Parcial	4
Elevado índice de sedentarismo.	Alta	4	Parcial	5

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

6.3 Descrição do problema selecionado

A ESF Fortaleza possui aproximadamente 3651 habitantes cadastrados, sendo 1914 com mais de 30 anos. Nesse grupo, temos uma prevalência de 146 diabéticos diagnosticados, o que representa um total 7.6 % da população adulta e de idosos. Percebe-se no cotidiano que há uma baixa procura de diabéticos para consultas e acompanhamento, além de haver muitos casos não diagnosticados por ser uma doença silenciosa. Assim avalia-se como relevante a elaboração de um projeto de intervenção para o diagnóstico precoce da doença, controle dos pacientes e prevenção da doença e de complicações que podem levar à morte. Caso não haja um controle adequado, há redução da qualidade de vida dos pacientes, além de repercussão negativa no ambiente familiar. Ao mesmo tempo, a prevenção do diabetes, por meio do combate contra a obesidade e sedentarismo, tem um papel essencial para preservar o futuro.

6.4 Explicações do problema selecionado

Percebe-se que alguns aspectos podem influenciar no controle e acompanhamento dos usuários. Há aspectos tanto relacionados aos usuários quanto ao serviço de saúde. São eles: modo e estilo de vida dos usuários influenciam no controle e acompanhamento do diabetes; baixo nível informacional dos usuários sobre a doença, o tratamento e suas complicações, também fazem com que haja uma deficiência na efetividade dos cuidados prestados. Tem-se também como causa relacionada ao serviço: a falta de uso dos protocolos; a baixa capacitação dos profissionais de saúde; as dificuldades no apoio diagnóstico e a pouca oferta de ações preventivas e promotoras à saúde relacionadas à diabetes mellitus. Considera-se que intervindo nestes aspectos pode haver melhora do acompanhamento dos casos e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos usuários.

6.5 Identificação e seleção dos nós críticos

- ❖ Tratamento farmacológico inadequado
- ❖ Baixo nível informacional sobre a doença e suas complicações.
- ❖ Hábitos de vida inadequados.
- ❖ Processo de trabalho de equipe de saúde inadequado.

6.6 Desenhos das operações (sexto passo)

Quadro 2 - Desenhos das operações relacionados aos “nos” críticos do problema elevada prevalência da doença crônica de Diabetes Mellitus.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados esperados	Produtos	Recursos necessários
Tratamento farmacológico inadequado.	Medicamento Certo Aumentar o nível de informação da população sobre a doença e a importância do tratamento adequado.	População mais informada sobre a doença e os tratamentos adequados para o diabetes mellitus.	Avaliação do nível da informação da população de risco, campanha educativa na radio local; consultas individualizadas para avaliação da medicação.	Cognitivo- conhecimento sobre o tratamento farmacológico organizacional- agenda organizada para atendimento individualizado Politico- mobilização social; articulação intersetorial

Baixo nível informacional sobre a doença e suas complicações	Saber mais Aumentar o nível de informação da população através do trabalho com os grupos operativos.	População mais informada sobre a doença e suas complicações.	Campanha educativa na rádio local, folhetos educativos, palestras, grupos operativos.	Cognitivo- conhecimento sobre fatores de risco e complicações da doença, Organizacional- agenda organizada para atendimento individualizado. Politico- mobilização social; Financeiros recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Hábitos de vida inadequados.	Mais saúde Modificar estilos de vida.	Reduzir a obesidade e o sedentarismo. Melhorar estilo alimentar para um mais saudável.	Programas de divulgação sobre hábitos e estilos de vida saudáveis na unidade de saúde, por meio de palestras e rádio local. Grupos de caminhada. Folhetos informativos	Organizacional organização da agenda para caminhadas e palestras. Cognitivo conhecimento sobre hábitos e estilos de vida saudáveis Politico- articular o local, mobilização social. Financeiros recursos audiovisuais, folhetos educativos.
Processo de trabalho de equipe de saúde inadequado.	Linha de cuidado Implantar a linha de cuidado para diabetes mellitus, incluindo os mecanismos de referências e contra referências.	Ampliação da cobertura da população com diabetes Mellitus pela ESF para controle e monitoramento da doença	Protocolos discutidos e implantados, recursos humanos capacitados; agenda ampliada para ações de	Cognitivo- elaboração do projeto da linha de cuidados e protocolos. Politico- articulação entre os setores de saúde, adesão dos profissionais.

			prevenção.	Organizacionais- adequação do fluxo referencia e contra referência; organização da agenda. Financeiros- folhetos, recursos audiovisuais.
--	--	--	------------	--

6.7 Recursos críticos

Quadro 3 - Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nos” críticos do problema elevada prevalência da doença crônica de Diabetes Mellitus.

Operação/Projeto	Recursos críticos
Medicamento Certo	Cognitivo- conhecimento sobre o tratamento farmacológico Organizacional- agenda organizada para atendimento individualizado Político- mobilização social;
Saber mais	Cognitivo, mais conhecimento sobre fatores de risco, complicações da doença, estratégias de comunicação e pedagogia. Organizacional- agenda organizada para atendimento individualizado. Político- mobilização social;
Mais saúde	Organizacional organização da agenda para caminhadas e palestras. Cognitivo conhecimento sobre hábitos e estilos de vida saudáveis Político- articular o local, mobilização social.
Linha de cuidado.	Cognitivo, elaboração do projeto da linha de cuidados e protocolos. Político, articulação entre os setores de saúde, adesão dos profissionais. Organizacionais, adequação do fluxo referencia e contra referências.

6.8 Análises de viabilidade do plano

Quadro 4 - Propostas de ações para a motivação dos atores.

Operações / Projetos	Recursos Críticos	Recursos Críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Medicamento Certo Tratamentos farmacológicos inadequados.	Cognitivo- conhecimento sobre o tratamento farmacológico Organizacional- agenda organizada para atendimento individualizado Politico- mobilização social;	Equipe de Saúde da Família (médico e enfermeiro)	Favorável. Favorável.	Apresentar projeto a equipe e comunidade
Saber mais Baixo nível informacional sobre a doença e suas complicações.	Cognitivo, mais conhecimento sobre fatores de risco, complicações da doença, estratégias de comunicação e pedagogia. Organizacional- agenda organizada para atendimento individualizado. Politico- mobilização social;	Equipe de Saúde da Família Usuários	Favorável. Favorável.	Apresentar projeto a equipe e comunidade

<p>Mais saúde Hábitos de vida inadequados.</p>	<p>Organizacional: organização da agenda para caminhadas e palestras. Cognitivo: conhecimento sobre hábitos e estilos de vida saudáveis Político: articular o local, mobilização social.</p>	<p>Equipe de Saúde da Família Fisioterapeuta</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projetos de apoio a os movimentos pela saúde.</p>
<p>Linha de cuidado. Processo de trabalho de equipe de saúde inadequado.</p>	<p>Cognitivo: elaboração do projeto da linha de cuidados e protocolos. Político: articulação entre os setores de saúde, adesão dos profissionais. Organizacionais: adequação do fluxo referencia e contra referências.</p>	<p>Equipe Saúde da Família</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação das redes de saúde e em prol de sua interrelação.</p>

6.9. Elaboração do plano operativo

A finalidade principal deste passo é designar os responsáveis pelas operações/projetos, além de estabelecer prazos. O gerente tem a responsabilidade de acompanhar todas as ações definidas.

Quadro 5 - Plano Operativo.

Operações	Resultados	Produtos.	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Medicamento Certo Tratamento farmacológico inadequado.	População mais informada sobre a doença e os tratamentos adequados para a diabetes mellitus.	Avaliação do nível de informação da população sobre o diabetes mellitus, programas educativos na rádio local, capacitação dos ACS dos cuidadores.	Apresentar projeto a equipe e comunidade	Medico. Enfermeira.	Início das atividades em 2 meses Termino em 6 meses.
Saber mais Baixo nível informacional sobre a doença e suas complicações.	População mais informada sobre a doença, os tratamentos adequados e suas complicações.	Avaliação do nível de informação da população a diabetes mellitus, programas educativos na rádio local, capacitação dos ACS dos cuidadores.	Apresentar projeto a equipe e comunidade	Medico. Enfermeira.	Início das atividades em 2 meses termino em 6 meses.
Mais saúde Hábitos de vida inadequados.	Diminuir a obesidade e o sedentarismo em um ano.	Programa de atividades físicas e culturais, Programa educativos na rádio local.	Apresentar projeto a equipe e comunidade	ACS. Técnica de enfermagem Fisioterapeuta	Início em 3 meses com avaliação cada 6 meses.
Linha de cuidado. Processo de trabalho de equipe de saúde inadequado.	Cobertura aos 80 % da população com diabetes Mellitus.	Linha de cuidado para Diabetes mellitus. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados.	Apresentar projeto de estruturação das redes de saúde e em prol de sua inter-relação.	Medico. Enfermeira.	Apresentação do projeto em 3 meses e 6 meses para Execução.

6.10. Gestão do plano.

Quadro 6 - Operação “Medicamento Certo”

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação do nível de informação da população sobre o diabetes mellitus	Medico.	6 meses	Andamento.		
Programas educativos na rádio local	Enfermeira	4 meses	Andamento		
Capacitação dos ACS dos cuidadores	Enfermeira	3 Meses.	Andamento		

Quadro 7 - Operação saber Mais.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Avaliação do nível de informação da população a diabetes mellitus,	Medico.	6 meses	Andamento.		
Programas educativos na rádio local	Enfermeira	4 meses	Andamento		
Capacitação dos ACS dos cuidadores	Enfermeira	3 Meses.	Andamento		

Quadro 8 - Operação Mais saúde.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de atividades físicas e culturais.	ACS. Técnica de enfermagem Fisioterapeuta	6 meses.	Andamento		
Programas educativos na rádio local.	ACS. Técnica de enfermagem.	6 meses.	Andamento		

Quadro 9 - Operação Linha de cuidado.

Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Linha de cuidado para Diabetes mellitus.	Medico. Enfermeira.	6 meses.	Andamento		
Protocolos implantados.	Medico. Enfermeira.	6 meses.	Andamento		
Recursos humanos capacitados.	Medico. Enfermeira.	10 meses	Andamento		

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se relevante a prevenção primária da diabetes a fim de evitar complicações agudas e crônicas da doença. Sendo assim, elaborar um projeto de intervenção com foco no controle de alguns fatores de risco modificáveis como o peso, alimentação, uso de tabaco, atividade física, tem um potencial elevado de melhora na qualidade de vida dos usuários e redução das complicações causadas pela doença. Aponta-se que essa proposta é viável nas unidades básicas de saúde e no contexto da ESF tendo como objetivo educar a população de forma que as pessoas compreendam a gravidade da doença.

Assim, foi proposto que os usuários da área de abrangência deste estudo fossem acompanhados pela equipe através de atendimentos individualizados e grupos propostos na unidade. Com isso, espera-se que os diabéticos já diagnosticados melhorem sua qualidade de vida e repercuta menos negativamente no contexto familiar.

REFERENCIAS

BERTOLDI, A.D. *et al.* Epidemiology, management, complications and costs associated with type 2 diabetes in Brazil: a comprehensive literature review. **Global Health**, v.3, p.9-62, 2013.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Nescon/UFMG. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

Disponível em:

<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: 27 fev.2018.

HARRISON, T.R. *et al.*, **Medicina Interna**. 19ª ed. Rio de Janeiro: AMGH Editora Ltda, 2017. Vol II, cap.417, p.2398.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas**. 6th Ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades@**. Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

MURRAY, C.J.L. *et al.* Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. **Lancet** 2012; 380:2197-223.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**: 2013-2014. Disponível em:

<<http://www.sgc.goias.gov.br/upload/arquivos/2014-05/diretrizes-sbd-2014.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Epidemiologia e prevenção do diabetes Mellitus**: 2015. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes_tipo2/001-Diretrizes_SBD-Epidemiologia-pg1.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tipos de diabetes, 2016**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/diabetes/tipos-de-diabetes>>. Acesso em: 23 fev.2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **O que é Diabetes?** , 2017. Disponível em:

<<https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/> >. Acesso em: 22 fev.2018.

