

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

ROLANDO DUARTE BATISTA

**ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO DO
AUTOCUIDADO AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS
NO PSF ROSA NEVES II, MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES,
MINAS GERAIS.**

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

ROLANDO DUARTE BATISTA

**ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO DO
AUTOCUIDADO AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS
NO PSF ROSA NEVES II, 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: Fernanda Magalhães Duarte Rocha.

BELO HORIZONTE/ MINAS GERAIS

2018

ROLANDO DUARTE BATISTA

**ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A ADESÃO DO
AUTOCUIDADO AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS
NO PSF ROSA NEVES II, MUNICÍPIO RIBEIRÃO DAS NEVES,
MINAS GERAIS.**

Examinador 1: Professora. Fernanda Magalhães Duarte Rocha

Examinador 2: Professora. Maria Dolores Soares Madureira

Aprovado em Belo Horizonte, de de 2018

DEDICATÓRIA

À minha família, em especial a minha esposa, os que sempre estão presentes em toda e cada uma de minhas realizações, pois seus ensinamentos na vida sempre me acompanharam.

A meus professores e companheiros da unidade básica de saúde pelo apoio brindado em momentos difíceis e por dar-me a possibilidade de criar como profissional da saúde, e formar parte dos guardiões da saúde na comunidade.

AGRADECIMENTOS

Na realização deste trabalho agradeço a Deus sobre todas as coisas que está em meu caminho, às pessoas que me encorajaram o fim deste projeto, que significa um passo mais na vida para ser melhor e dar um melhor serviço, à população que é minha razão de ser.

Às pessoas especiais que nos motivam cada dia a seguir adiante e nos impulsionam a seguir avante, mesmo que, todas as circunstâncias indiquem que não se pode, como nossas famílias especialmente, seres queridos e amigos.

Agradecer à orientadora Fernanda Magalhães Duarte Rocha e todos os nossos professores nos quais somos ensinados de uma moda carinhosa a arte da paciência, a dedicação com os seres humanos sem buscar nada a cambio. Reconhecemos que sem seu apoio não poderia apresentar este trabalho.

RESUMO

A partir da experiência com os diabéticos da Unidade de Saúde de Rosa Neves II, no município Ribeirão das Neves, observou-se que os pacientes tinham dificuldades para o autocuidado no seu cotidiano, como: mudanças alimentares, prática de atividade física, além de motivações individuais. Atribui-se esta problemática do baixo autocuidado dos diabéticos a alguns fatores, como o desconhecimento sobre diabetes, a idade, o baixo poder aquisitivo para uma dieta adequada e a baixa escolaridade. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo geral a elaboração de um plano de ação para diminuir os fatores de risco que levam à descompensação dos pacientes portadores de Diabetes mellitus no PSF Rosa Neves II, do município Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Durante este processo, os pacientes diabéticos serão reavaliados durante a consulta quanto a hábitos alimentares, medicação, prática de atividade física e coleta de dados, como a mensuração da glicemia capilar, pressão arterial, circunferência abdominal, peso e altura. Espera-se que a intervenção contribua à prática de profissionais de saúde que se dedicam ao acompanhamento clínico das pessoas diabéticas e aumentar os comportamentos referentes ao autocuidado, uma vez que estes pacientes são resistentes à adoção de medidas que alterem o seu cotidiano.

Palavras-chave: Adesão. Autocuidado. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

From the experience with diabetics of the Health Unit of Rosa Neves II, Ribeirão das Neves municipality, it was observed that the patients had difficulties to self-care in their daily life, such as: food changes, physical activity practice, as well as individual motivations. This problem is attributed to the low self-care of diabetics to some factors, such as lack of knowledge about diabetes, age, low purchasing power for an adequate diet and low schooling. Thus, this work had as general objective the elaboration of a plan of action to reduce the risk factors that lead to the decompensation of patients with Diabetes mellitus in the PSF Rosa Neves II, in Ribeirão das Neves, Minas Gerais. During this process, diabetic patients will be reevaluated during the consultation while eating habits, medication, physical activity practice and data collection, such as measurement of capillary blood glucose, blood pressure, waist circumference, weight and height. The intervention is expected to contribute to the practice of health professionals who are dedicated to the clinical follow-up of diabetic people and to increase the behaviors related to self-care, since these patients are resistant to adopting measures that alter their daily life.

Keywords: Adhesion. Self-care. Diabetes Mellitus.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Breves informações sobre o município.	9
1.2 O sistema municipal de saúde.	9
1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população.	10
2. JUSTIFICATIVA	11
3. OBJETIVOS	12
4. METODOLOGIA	13
5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
6. PLANO DE AÇÃO	29
6.1 Definição dos problemas	19
6.2 Priorização de problemas	20
6.3 Explicação do problema	21
6.4 Seleção dos nós críticos	21
6.5 Análise de viabilidade do plano	24
6.6 Elaboração do plano operativo	26
6.7 Gestão do plano	28
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31

1.INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Ribeirão das Neves

O município Ribeirão das Neves está localizado na região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, no Brasil, a 32 km da capital Belo Horizonte. Ribeirão das Neves foi considerado um município dormitório, pois a maior parte de seus moradores trabalhavam na capital mineira, ou nos municípios vizinhos que também fazem parte da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Conta com uma população de 328.871 habitantes de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2017.

Geograficamente a cidade está dividida em três macrorregionais: o distrito de Justinópolis, o regional Centro e a regional Veneza, com 155 bairros aprovados e uma área total: 157 km². Limita-se com: Belo Horizonte, Contagem, Esmeralda, Pedro Leopoldo, Vespasiano e São José da Lapa, segundo wikipédia.

O município conta com algumas fábricas, que fortalecem o crescimento do município, e um comércio em crescimento, contando com muitos bares, pizzarias, salões de beleza, supermercados, magazines, diversos bancos como CEF, Banco do Brasil, Bradesco, Itaú, que ainda abriga uma parte pequena da população economicamente ativa.

1.2 O sistema municipal de saúde.

Atualmente o sistema de saúde conta com 55 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) que tem uma abrangência de população entre 2400 e 4000 pessoas cada um, duas unidades de pronto atendimento (UPA), salas de estabilização, um hospital público (Hospital São Judas Tadeu) e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O partido político que está no comando do município é o PSC.

1.3A Equipe de Saúde da Família PSF Rosa Neves II.

A Unidade de Saúde da equipe de Rosa neves II encontra-se situada na Rua Dália número 83, do bairro Rosa neves município Ribeirão das Neves, Minas Gerais, atende uma população de 2505 habitantes, distribuída em 869 famílias segundo fontes do SIAB. Hoje a população empregada é muito maior relacionada com o

número de desempregados. A estrutura de saneamento básico na comunidade ainda tem problemas principalmente na coleta de lixo.

O analfabetismo é elevado, sobretudo entre os maiores de 55 anos. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira sendo a alta prevalência da Diabetes Mellitus o problema que mais afeta a população.

No que se refere à estrutura de nosso ponto de atendimento, temos hoje uma casa, sendo esta alugada e adaptada para ser uma Unidade de Saúde, tendo seu estado de conservação dentro dos parâmetros adequados. Vale salientar que a área destinada à recepção é pequena, com isso, nos horários de pico de atendimento (manhã), cria-se certo tumulto na Unidade levando a certa dificuldade para a administração, sobre tudo o atendimento, gerando então certa insatisfação dos usuários e dos profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos, e muita gente tem que aguardar o atendimento em pé.

No que diz respeito aos consultórios de atendimentos, observa-se que não há uma estrutura adequada, fazendo com que as reuniões com a comunidade como grupos operativos sejam realizadas na área da recepção, ocasionando assim mais insatisfação devido a não ter cadeiras necessárias para todo o mundo fique sentado.

A população tem muito apreço pela Unidade de Saúde, fruto de anos de luta da associação. A unidade não conta com os recursos adequados para o trabalho da equipe. A falta desses materiais constitui uma grande dificuldade para o atendimento.

2. JUSTIFICATIVA

A Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial. A Federação Internacional do Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problema em todo o mundo – 4% delas (10 milhões) estão no Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 33% da população brasileira dos 60 aos 79 anos de idade têm diabetes ou alguma alteração relacionada à glicose, com projeção de chegar a 300 milhões no ano 2030.

A epidemia tem maior intensidade nos países em desenvolvimento, afetando em grande proporção grupos etários mais jovens (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).”Enquanto nos países desenvolvidos a maioria dos diabéticos estará com 65 anos ou mais, nos países em desenvolvimento as pessoas mais afetadas estarão na faixa de 45-65 anos, ou seja, nos seus anos mais produtivos” (OPAS, 2003,p.46). A principal relevância da identificação e controle da Diabetes Mellitus reside na redução das suas complicações.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da Diabetes Mellitus na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, nos esforços requeridos para informar e educar os pacientes diabéticos e como de fazê-los seguir o tratamento. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente diabético (BRASIL, 2006, p. 9).. Para complicar ainda mais a situação, é importante lembrar que um grande contingente de pacientes Diabéticos também apresenta outras comorbidades, como Hipertensão, dislipidemia e obesidade, o que traz implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada. (BRASIL, 2006).

Além disso, foi escolhido o tema pelo elevado número de pacientes com Diabetes Mellitus na área de abrangência do PSF Rosa neves II do município Ribeirão das Neves/MG, por isso é preciso elaborar um projeto de intervenção para garantir o acompanhamento e abordagem adequada desses pacientes.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Elaborar um plano de ação para diminuir os fatores de risco que levam à sua descompensação dos pacientes portadores de Diabetes mellitus no PSF Rosa Neves II, do município Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Objetivos Específicos

- Verificar o conhecimento dos portadores de DM com relação ao autocuidado e complicações da patologia antes e após as intervenções.

- Identificar barreiras ao autocuidado no paciente diabético através de ações educativas para os grupos em atendimento.

- Estimular o autocuidado por meio da formação de grupos com atividades educativas entre profissionais de saúde e usuários diabéticos.

4. METODOLOGIA

Nesta investigação foi realizada uma revisão narrativa da literatura por meio de uma pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicos e bibliotecas virtuais, além de dados coletados pela equipe com importante participação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) nas visitas domiciliares, a observação ativa e registros escritos, as diferentes instituições tais como a Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Secretaria Municipal de Saúde (SMS), e Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

Sendo realizada por meio de palavras-chave: adesão, autocuidado, diabetes mellitus; esses estudos foram utilizados para a discussão deste trabalho.

A partir do diagnóstico situacional realizado em setembro 2017, fizemos levantamento de problema prioritário e revisão da literatura, elaborando assim um plano de intervenção no sentido de viabilizar uma melhor integração das informações em saúde dos pacientes em diversos níveis da rede de atenção – coordenação. O método utilizado no plano de ação foi preconizado pelo Planejamento Estratégico Situacional (PES) simplificado de acordo com Campos, Faria e Santos (2010).

.

.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

“As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira”, sendo que a “hipertensão arterial e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, contribuindo decisivamente para o agravamento deste cenário, em nível nacional” (BRASIL, 2001 p.5).

Conforme OPAS (2003, p. 7) “gradativamente, o problema afeta as populações dos países desenvolvidos e em desenvolvimento”, sendo isso tudo reflexo das grandes mudanças no estilo de vida, “adotado pelas pessoas do mundo inteiro, sobretudo nos hábitos alimentares, tabagismo e níveis de atividade física.” Ainda segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2003, p45), “cerca de 177 milhões de pessoas sofrem de diabetes no mundo e esse índice deverá dobrar em 2030”.

Estima-se que no Brasil, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos. O dado do estudo multicêntrico sobre prevalência em diabetes revelou o alto desconhecimento da doença, em que 46,5% dos diagnosticados desconheciam o fato de ser portador de diabetes (BRASIL, 2001). O diabetes mellitus (DM) se refere a uma enfermidade metabólica, não transmissível e de etiologia multifatorial, caracterizada por hiperglicemia resultante de defeito na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION , 2004).

Após a alteração do critério de diagnóstico de Diabetes Mellitus através da American Diabetes Association (ADA), em 1997, posteriormente aceito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), foram estabelecidos os seguintes critérios para o diagnóstico de DM: - sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual acima de 200 mg/dl. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições; - Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl. Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste no outro dia; - Glicemia de 2 horas pós-

sobrecarga de 75g de glicose acima de 200mg/dl. (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014).

É válido salientar que o jejum é definido como a “falta de ingestão calórica por no mínimo 8 horas” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2007, p14).

Para Smeltzer e Bare (2005, p. 154) os diabéticos devem ter uma vida de comportamentos especiais auto gerenciados e aprender a equilibrar múltiplos fatores, como a dieta, a atividade física, estresse físico e emocional e afetam o seu controle pessoal. Devem, ainda, adquirir habilidades de autocuidado diário para evitarem as flutuações agudas na glicose sanguínea; também devem incorporar no estilo de vida muitos comportamentos preventivos para evitar complicações do diabetes em longo prazo.

Com o envelhecimento do paciente diabético existem alguns problemas que podem afetar o tratamento, como o envelhecimento cerebral, redução dos hormônios contra regulatórios (catecolaminas e cortisol), redução do glicogênio hepático, catarata, enfermidades cardiovasculares e redução do potencial de sobrevivência.

No entanto, “os princípios básicos do tratamento no paciente idoso (acima de 65 anos de idade), não diferem daqueles estabelecidos aos indivíduos diabéticos mais jovens, incluindo os critérios no diagnóstico, na classificação e nas metas de controle metabólico (glicêmico e lipídico) e outros, como a pressão arterial e a massa corpórea” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014, p. 198).

Uma das preocupações do Ministério da Saúde e medida de controle do Programa de controle do diabetes é promover a formação e o aperfeiçoamento de profissionais que atuam na rede de atenção básica, de modo a estimular e aprimorar o desenvolvimento de ações e atividades de apoio, e realização do auto cuidado pelo portador de diabetes (BRASIL,2007 apud COELHO,2009, p.14).

Segundo Schimith e Lima (2008) o Programa Saúde da Família visa atender o indivíduo de forma integral e educativa, com um modelo de atenção que pressupõe a saúde como um direito à cidadania que é expressa em melhores condições de vida. Os grupos analisados pelo PSF visam também “esse direito ao cidadão, proporcionando-lhes mais condições de sanar suas dúvidas quanto à

patologia que são acometidos e como forma de prevenir-se das demais complicações adversas (SCHIMITH e LIMA, 2008, p. 1487).

Segundo Smeltzer e Bare (2005, p. 163). os grupos de apoio propiciam uma oportunidade para a discussão das estratégias para lidar com o diabetes e seu tratamento e para esclarecer e verificar as informações com os profissionais de saúde. Esclarecem, ainda, para os usuários e seus familiares a ficarem mais instruídos sobre o diabetes e seu controle, e pode promover a adesão ao plano de tratamento e ao autocuidado.

O aumento dos pacientes diabéticos e das complicações é motivo de preocupação para o Ministério da Saúde pelo que está desenvolvendo uma Estratégia de Educação em Saúde para o Autocuidado voltado para o portador de diabetes e sua família, com a construção de uma rede de tutores e multiplicadores em âmbitos regional, estadual e local, com o objetivo de desencadear uma metodologia ativa que tenha impacto na prática de cada profissional e capacitá-lo a executar ações com a finalidade de desenvolver autonomia para o autocuidado, construção de habilidades e desenvolvimento de atitudes que conduzam o portador de diabetes à contínua melhoria do controle sobre a doença, alcançando o progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações do diabetes mellitus (BRASIL, 2007).

6. PLANO DE AÇÃO

6.1 Definição dos problemas

A Diabetes acontece quando há pouca produção de insulina no organismo ou quando o corpo não consegue usá-la apropriadamente, sendo causada por dose incorreta de insulinas. Nossa Estratégia Saúde da Família (ESF) de um total de 2505 pessoas de nossa área de abrangência, 221 pacientes, representando 8,82% da população que sofre desta doença. Mediante os controles realizados e os atendimentos feitos pelos demais membros da equipe de saúde aos pacientes, muitos deles mantem níveis de glicemia elevados, principalmente os pacientes do sexo masculino com mais de 45 anos.

Quadro1- Descritores do problema Alta prevalência de Diabete Mellitus na Unidade Básica de Saúde, Rosaneves II, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Descritores	Valores	Fontes.
População maior de 15 anos	1764	SIAB
Total de pacientes Diabéticos	221	Registros da equipe

6.2 Priorização de problemas

Através de estimativa rápida determinamos os problemas de saúde. Os problemas identificados estão relacionados no quadro 2.

Quadro 2. Classificação de prioridades para os problemas identificados Unidade Básica de Saúde, Rosaneves II, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada influência dos fatores de risco cardiovascular na morbidade e mortalidade da população (alto índice de pacientes diabéticos descontrolados).	ALTA	9	PARCIAL	1
Alta prevalência de Diabetes Mellitus.	ALTA	8	PARCIAL	1
Aumento do consumo de Psicofarmacos.	ALTA	6	PARCIAL	2
Alta prevalência de transtornos mentais.	ALTA	4	FORA	3

Fonte: próprio autor.

Realizou-se uma análise pela equipe de saúde para determinar as prioridades e aplicaram-se diferentes variáveis a cada problema para determinar as prioridades.

As variáveis aplicadas foram

- ❖ Importância
- ❖ Urgência
- ❖ Capacidade de Enfrentamento
- ❖ Seleção

Nota: Esta Pontuação foi conformada por prioridade numa escala que vai de 1-10

6.3 Descrição do problema selecionado

Elevada influência dos fatores de risco cardiovascular na morbidade e mortalidade da população (alta incidência de diabéticos descontrolados). A área de abrangência da equipe tem aproximadamente 2505 habitantes sendo 1764 com mais de 15 anos, nesse grupo temos uma incidência de 359 diabéticos diagnosticados. Assim, a importância de um projeto de intervenção para o controle dos pacientes, prevenir fatores de riscos e futuras complicações que podem levar à morte.

6.3 Explicação do problema

Em uma população podemos medir o impacto da diabetes mellitus descontrolada através da aparição das complicações como, insuficiência renal, insuficiência vascular periférica, e retinopatia diabética. Em nossa área entre as causas de mortalidade em maiores de 20 anos de 2013, 38 % forem por complicações da diabetes.

Influem muitos fatores para que uma pessoa diabética este descontrolada não somente da não adesão ao tratamento, também inadequação da droga, quantidade de drogas e número de doses diárias da medicação prescrita, resistência ao tratamento, efeitos adversos, indisponibilidade de medicação na rede básica de saúde, dificuldade do acesso ao sistema de saúde, hábitos e estilos de vida inadequados e ineficiência na divulgação sobre: prevenção, fatores de riscos, complicações e consequências da diabetes. (BRASIL,2013)

O controle da diabetes inclui o irrestrito acesso à atenção básica de saúde e o atendimento de boa qualidade, cumprindo com os programas de saúde com participação ativa do paciente, da família e dos profissionais da saúde o que

possibilita a melhoria da qualidade de vida sem deterioro das suas condições e uma redução dos custos monetários para o indivíduo, família, sociedade e o sistema de saúde.

6.4 Seleção dos nós críticos

- 1) Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença).
- 2) Hábitos e estilo de vida da população pouco saudáveis.
- 3) Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).

Quadro 3: Desenho de operações para os nós críticos do problema na Unidade Básica de Saúde Rosaneves II, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Nó crítico	Operação Projeto	Resultados esperados	Produto	Recursos necessários
Nível de informação (pouco conhecimento do usuário sobre a doença)	“Saber +” com o objetivo de aumentar o conhecimento dos usuários sobre a doença.	O usuário torna-se mais bem informado quanto a como prevenir a doença.	Aumento de informação sobre a Diabetes e como preveni-la.	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Político: parceria. Financeiros: disponibilização de materiais educativos.

<p>Hábitos e estilo de vida da população pouco saudáveis.</p>	<p>“Cuidar melhor, + saúde” Com o objetivo de melhorar os hábitos e estilos de vida da população principalmente hábitos alimentares e estimular a prática sistemática de exercícios físicos.</p>	<p>Alterar os hábitos alimentares na população e diminuir o sedentarismo.</p>	<p>Programa de alimentação saudável e apoio nutricional. Programas saudáveis na rádio e nas escolas. Programa de caminhada orientada. Programa de academia ao ar livre da terceira idade.</p>	<p>Cognitivos: conhecimento sobre o tema e informar. Organizacional: Organização dos encontros para as caminhadas e a academia ao ar livre. Político: conseguir a articulação intersetorial. Financeiros: disponibilização de materiais educativos e recursos necessários.</p>
<p>Processo de trabalho da equipe de saúde (pouca informação ao usuário; falta de grupo operativo).</p>	<p>“Linha de cuidado” com objetivo de melhorar o processo de trabalho da equipe tanto dentro como fora da unidade.</p>	<p>A equipe será capaz de acolher e oferecer maior informação ao usuário, sendo participe das ações com o fim de obter as mudanças.</p>	<p>Cursos de capacitação da equipe de saúde da família. Palestras e grupos operativos da população com maior risco.</p>	<p>Organizacional: Organização da agenda junto à os profissionais e a equipe em geral. Político: articulação entre os setores da saúde e a educação. Financeiros: Garantir os recursos e materiais</p>

				necessários para lograr os objetivos desejados.
--	--	--	--	---

fonte próprio autor

6.5 Análises de viabilidade do plano.

A análise da viabilidade do plano de ação da Equipe de Saúde da Família Lagoa é explicada no quadro 4. É importante salientar que o ator que está planejando não controla todos os recursos do seu plano, por isso ele precisa identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para assim definir operações/ ações estratégicas para construir viabilidade para seu plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 4: Propostas de ações para a motivação dos atores, Unidade Básica de Saúde Rosaneves II, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Operações/ Projetos	Recursos Críticos	Recursos Críticos		Operações estratégicas
		Ator que controla	Motivação	
Viver com Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida	Político - conseguir o espaço na rádio local, na televisão. Financeiros - para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos e outros documentos didáticos.	Setor de comunicação social Secretário de Saúde	Favorável Favorável	Presentar projetos para a criação de estacoes de rádio nas comunidades

<p>Viver Melhor. Fornecer empregos, melhorar o salario.</p>	<p>Organizacional - mobilização social em torno das questões do desemprego e da violência. Políticos - articulação Inter setorial e aprovação dos projetos. Financeiros - financiamento dos projetos.</p>	<p>Associações de Bairro Secretários de Saúde, Planejamento, Ação Social, Educação, Cultura e Lazer, ONGs, Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário, Ministério da Ação Social, Organizações Não-Governamentais.</p>	<p>Favorável, ainda temos instituições que são indiferentes.</p>	<p>Apresentar o projeto Apoio das associações de bairro</p>
<p>Saber+ Aumentar o nível de conhecimento na população sob os fatores de risco das doenças cardiovasculares conhecimentos</p>	<p>Financeiro - Espaço de divulgação. Profissional capacitado. Estimulo a participação de grupos operativos. Político-articulação Inter setorial.</p>	<p>Medico e Enfermeira do PSF. Rolando e Ariana</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projetos de apoio a os movimentos pela saúde no setor educação</p>

<p>Cuidar Melhor Melhorar as estruturas dos serviços de saúde e assim a efetividade de os cuidados.</p>	<p>Políticos - decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço para assim obter melhores resultados de saúde. Financeiros - recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos).</p>	<p>Prefeito Municipal, Secretária de Saúde Fundo Nacional de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentar projeto de estruturação das redes de saúde e em pro de sua inter-relação</p>
<p>Linha de Cuidado Criar estratégias no processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.</p>	<p>Político - Articulação de equipe multiprofissional e Inter setorial, fundamentalmente com o setor educação articulação entre os setores e adesão dos profissionais.</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde</p>	<p>Favorável</p>	<p>Criar programas de trabalho conjuntos entre os diferentes setores</p>

Fonte: próprio autor

6.6 Elaboração do plano operativo

A finalidade deste passo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 5: Plano Operativo. Unidade Básica de Saúde Rosaneves II, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Operações	Resultados	Produtos	Operações estratégicas	Responsável	Prazo
Viver com Saúde. Modificar hábitos e estilos de vida	Controlar o 80% de nossa população com risco das doenças em período de um ano	Programa de atividades físicas e culturais, Programas educativos na rádio local.	Presentar projetos para a criação de estações de rádio nas comunidades	Médico e enfermeira do PSF, Rolando e Ariana.	Início das atividades em 2 meses
Viver Melhor. Fornecer empregos, melhorar o salario	Diminuir desemprego. Diminuir a pobreza	Programa de geração de emprego e renda.	Apresentar o projeto Apoio das associações de bairro	Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário, Ministério da Ação Social, Organizações Não-Governamentais.	Apresentar projetos em 3 meses e termino em 6 meses
Saber mais.	População	Avaliação do	Apresentar	Médico e	Início em 3

Aumentar o nível de conhecimento na população sob os fatores de risco das doenças cardiovasculares conhecimentos.	com melhores conhecimentos sobre os riscos de piorar a doença.	nível de informação da população sobre fatores de risco da doença acionando programas educativos na rádio local, capacitação dos ACS dos cuidadores	ar projetos de apoio a os movimentos pela saúde no setor educação	enfermeira do PSF, Rolando e Ariana.	meses com avaliação cada 6 meses.
Cuidar Melhor melhorar as estruturas dos serviços de saúde e assim a efetividade de os cuidados.	Melhorar as ofertas de consultas, exames e medicamentos , acrescentando as atividades de promoção e prevenção de saúde com uma cobertura de 60 %	Equipamento da rede; Contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamentos, criação e grupos operativos	Apresentar projeto de estruturação das redes de saúde e em pro de sua inter-relação	Atenção Primaria de Saúde do município.	Apresentação do projeto em 3 meses e 6 meses para aprovação e liberação dos recursos,5 meses para compra de os equipamentos, finalização em 10 meses
Linha de	Cobertura de	Linha de	Criar	Atenção	Início em 2

Cuidado para criar estratégias no processo de trabalho para melhorar a efetividade do cuidado.	80% da população com risco aumentado de apresentar a diabetes.	cuidado para implantar. Protocolos de atuação usando recursos humanos capacitados.	programas de trabalho conjuntos entre os diferentes setores.	Primaria de Saúde do município.	meses culminação em 8 meses.
--	--	--	--	---------------------------------	------------------------------

Fonte: próprio autor

6.7 Gestão do plano

Com os problemas da equipe identificados e a elaboração de plano de ação só isso não é suficiente, é necessário para execução dos projetos garantirem os recursos e a coordenação para ser feito.

Quadro 6: Avaliação do projeto após 6 meses, Unidade Básica de Saúde Lagoa, Ribeirão das Neves, Minas Gerais.

Produtos	Responsável	Prazo	Sit. Atual	Justificativa	Novo prazo
Programa de atividades físicas e culturais, Programas educativos na rádio local.	Enfermeira do posto	Início das atividades em 2 meses	Andamento	Não iniciado	A determinar junto à equipe e coordenação
Programa de geração de emprego e renda.	Sociedade Civil, Defesa Social, Judiciário, Ministério da Ação Social, Organizações Não-Governamentais	Apresentar projetos em 3 meses e termino em 6 meses	Andamento	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação
Avaliação do nível de informação da população sobre riscos cardiovasculares, programas educativos na	Médico e enfermeira do PSF, Rolando e Arianna.	Início em 3 meses com avaliação cada 6 meses	Andamento	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação.

rádio local, capacitação dos ACS dos cuidadores					
Equipamento da rede; Contratação de compra de exames e consultas especializadas e compra de medicamento, criação de grupos operativos.	Atenção Primária de Saúde do município	Apresentação do projeto em 3 meses e 6 meses para aprovação e liberação dos recursos, 5 meses para compra dos recursos, finalização em 10 meses	Aguarda começo, ainda em discussão.	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação
Linha de cuidado para risco cardiovascular implantada. Protocolos implantados. Recursos humanos capacitados	Atenção Primária de Saúde do município.	Início em 2 meses culminação em 8 meses.	Não iniciado	Momento de elaboração do plano de Ação.	A determinar junto à equipe e coordenação

Fonte: próprio autor

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após proceder a pesquisa bibliográfica relacionada ao tema, ocorreu uma nova forma de encarar esta problemática que põe em perigo a vida de muitas pessoas no mundo. O Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família-Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – 2018 possibilitou o resgate de minha trajetória profissional, constitui uma oportunidade inovadora que me motivou a buscar novos conhecimentos sobre a realidade de cada paciente que padece de Diabetes Mellitus. Através da realização do diagnóstico situacional elaborado no decorrer do Curso de Especialização foi possível conhecer a realidade de cada paciente e identificou-se como problema principal a não adesão aos medicamentos dos pacientes diabéticos o que leva a graves complicações.

A Equipe de saúde está se organizando para dar início ao plano educacional para o diabético, para assim obtermos os resultados esperados: a adesão ao tratamento e a melhora da qualidade de vida do paciente portador de diabetes mellitus. Trata-se de uma mudança de perspectiva dessa equipe multiprofissional com vista a ser integradora e que valoriza a importância de compreender a pessoa em seu contexto de vida biopsicossocial o qual interfere na prática educativa,-o que o outro precisa saber, e como se pode participar, desse processo educativo junto com o outro.

Cada profissional será responsável por um ou mais assuntos e, pretende-se em cada encontro, estimular a participação dos diabéticos para identificar suas dúvidas. Realizar oficinas educativas para grupos de diabéticos significa aumentar a longevidade desses pacientes, prevenir hospitalizações, diminuindo assim, os gastos em saúde pública e favorecendo o bem-estar destes pacientes.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 27, p.5-10, jan. 2004. Suplemento 1.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, 2014. Suplemento 37:S81-90.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2001. 102 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017, n. 27, p. 128.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Caderno de Atenção Básica**, no15. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58p. (Cadernos de Atenção Básica; 15) (Série A. Normas e Manuais Técnicos

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: **histórico e tratamento de pacientes com diabetes mellitus**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 1216-1271.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2010. Disponível em <[http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/planejamento e avaliação das ações de saúde 2/3](http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/planejamento_e_avaliacao_dasacoes_de_saude_23)>. Acesso em: 18 nov 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2003. 60 p.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica: doença crônica**. Tradução de Brunner, L. S.; Suddarth, D. S. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 154-163.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe de programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus: diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2017, <http://www.diabetes.org.br/>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014**. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014. 382p

World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. Geneva, Switzerland: WHO; 2003.