

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

**MAYRA ADELAIDE GOMES VELOSO**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE DIABÉTICO -  
PSF VARGEM GRANDE - BRASÍLIA DE MINAS-MG**

**BRASÍLIA DE MINAS-MG**

**2015**

**MAYRA ADELAIDE GOMES VELOSO**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE DIABÉTICO -  
PSF VARGEM GRANDE - BRASÍLIA DE MINAS-MG**

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

Orientadora: Erika Maria Parlato de Oliveira

**BRASÍLIA DE MINAS-MG**

**2015**

**MAYRA ADELAIDE GOMES VELOSO**

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE DIABÉTICO -  
PSF VARGEM GRANDE - BRASÍLIA DE MINAS-MG**

Banca Examinadora

Prof. Erika Maria Parlato de Oliveira (orientadora)

Prof. Daniela Coelho Zazá (examinadora)

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

O Diabetes Mellitus constitui um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento. Devido a este importante crescimento, deu-se a importância de realizar este trabalho com os pacientes diabéticos da Vargem Grande em Brasília de Minas-MG, com objetivo de sistematizar a assistência aos pacientes diabéticos, visando um atendimento mais detalhado e um acompanhamento regular, partindo de orientações e troca de informações mediante reunião realizada com os pacientes, posteriormente a execução da ficha de atendimento dos pacientes em questão. Foi realizada revisão de literatura sobre o diabetes, o material coletado foi lido, analisado e interpretado para a confecção do trabalho, bem como o plano de intervenção, de acordo com o planejamento estratégico situacional. Busca-se sistematizar a assistência aos pacientes diabéticos, buscando uma adesão efetiva ao tratamento, controle da doença, minimizando morbidades referentes ao diabetes, além de prevenir e minimizar internações acerca de complicações da doença.

**Palavras chave:** Diabetes Mellitus; sistematização da assistência.

## **ABSTRACT**

Diabetes mellitus is a major public health problems worldwide, with increasing prevalence, particularly in developing countries. Because of this significant growth, given the importance of doing this work with diabetic patients of Vargem Grande in Brasilia of Minas Gerais, in order to systematize the care of diabetic patients, aiming at a more detailed care and regular monitoring, starting from guidelines and exchange of information by meeting with patients, then the implementation of patient medical record in question. We performed a literature review about diabetes, the collected material was read, analyzed and interpreted for the making of the work and intervention plan, according to the situational strategic planning. Seeks to systematize assistance to diabetic patients seeking an effective treatment adherence, disease control, minimizing morbidity related to diabetes, and to prevent and minimize admissions about complications of the disease.

**Keywords:** Diabetes Mellitus; care system.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>06</b>
1.1 Justificativa .....	09
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>10</b>
2.1 Objetivo Geral .....	10
2.2 Objetivos específicos .....	10
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
<b>4 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
<b>5 PLANO DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>18</b>
5.1 Resultados esperados .....	20
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>22</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>23</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A cidade de Brasília de Minas encontra-se localizada no estado de Minas Gerais, norte de Minas, distante 540 Km de Belo Horizonte, 58 Km de São Francisco, 452 km de Brasília – DF, 103 km de Montes Claros, 57 Km de Coração de Jesus, 48 Km de Ubaí e 37 Km de Mirabela. Mediante os dados publicados em 2010 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), sua população é constituída de aproximadamente 31.213 habitantes, dos quais 20675 residem na zona urbana e 10538 na zona rural.

O município engloba uma área geográfica de 1.399 Km<sup>2</sup>, destes, 4,48 Km<sup>2</sup> são da área urbana e 1.394,20 Km<sup>2</sup> da área rural. Esta que é distribuída em seis distritos (Brasília de Minas, Fernão Dias, Vila de Fátima, Angicos de Minas, Retiro de Santo Antônio e Vargem Grande). Apresenta densidade de 22,32 habitantes por Km<sup>2</sup>. Atualmente, residem 5.559 famílias na zona urbana e 2.690 na zona rural, totalizando 8.249 famílias/domicílios particulares.

A administração municipal é realizada pelo prefeito Jair Oliva Júnior, secretária de saúde e gestor do Sistema Único de Saúde (SUS) municipal Polyane Martins Veloso, coordenadora da atenção básica e saúde bucal Janete de Almeida Rocha.

As equipes de saúde da família (ESF) foram implantadas no município no ano de 1996, as quais constam atualmente de 11 equipes, das quais 03 localizadas na zona rural, 07 postos de saúde, 01 centro de saúde e um núcleo de apoio a saúde da família (NASF). As ESF e os centros de saúde funcionam de segunda à sexta, de 07 às 11h e das 13 às 17h. Existem duas ESF que funcionam em regime de plantão, com horário extra até às 22h. Dentre as 11 equipes da ESF, 10 apresentam o certificado de qualidade da atenção básica, o qual é proporcionado pelo programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB). Atualmente a cobertura das ESF e da saúde bucal é de 100% na localidade. Os profissionais que exercem suas atividades são compostos por 82 agentes comunitários cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), 11 enfermeiros responsáveis pelas unidades e 11 médicos, os quais decorrentes de contratados, efetivos e enviados através de programas do governo federal.

A cidade de Brasília de Minas é portadora do Hospital Municipal Senhora Santana (24 horas de funcionamento), Hospital São Vicente (24 horas de funcionamento), hemodiálise (Pró-rim), clínicas especializadas, centro viva vida de atenção secundária, centros psicossociais, centro mais vida, os quais trabalham com a rede de média e alta complexidade.

Infelizmente o sistema de referência e contra referência deveria atuar, mas na prática não é evidenciado sucesso nas atividades, o que proporciona uma perda de eficácia na assistência a saúde. Em conformidade com Ministério da Saúde, no ano de 2013 foi disponível um repasse financeiro para atenção básica de R\$ 1.071.939,37, vigilância em saúde R\$ 108.595,86 e investimentos R\$ 102.400,00.

O município de Brasília de Minas encontra-se inserido no serviço organizado em rede, pois conduzimos as condições agudas e crônicas por meio de uma rede integrada dos pontos de atenção à saúde, sendo a atenção primária a coordenadora do fluxo de pacientes.

O PSF Vargem Grande está localizado na zona rural do município de Brasília de Minas, ficando a uma distância de 12 km do centro da cidade.

O território-área compreende as seguintes comunidades: Barreiro, Lagoinha III, Retiro Cesáreo, Cabana, Umbuzeiro, Pedras de Fogo, Cinco Buritis, Vargem Grande, Cercado, Capim de Cheiro, Goiabeira, Ribeirão do Estreito, Vila de Fátima, Porções, Olhos d'Água, Coitado, Boa Sorte, Bamburral, Capoeira dos Gatos, Guaribas, Bóias, Jandainha. Em duas destas comunidades (Vila de Fátima e Ribeirão do Estreito) há um ponto de apoio que fica respectivamente a uma distância de 13 e 07 km de distância do PSF Vargem Grande.

O território de responsabilidade do PSF apresenta um relevo variado com presença de declives e aclives, morros, grotas e terreno arenoso (estradas não pavimentadas). Em apenas 04 ruas próximas ao PSF que há asfalto.

Acidentes geográficos como: estradas esburacadas e grotas são as barreiras existentes. A presença de 02 lixões são as áreas de risco ambiental na região.

Há no território, um rio, cinco nascentes e cinco poços artesianos. Tais poços e nascentes são fontes de água para toda a população, uma vez que esta não foi beneficiada ainda com a rede pública.

PSF Vargem Grande conta com pontos de atenção à saúde que ficam localizados na zona urbana de Brasília de Minas. São eles: Centro de Referência Secundária Viva Vida e Hiperdia, 01 CAPS, 02 hospitais (Hospital Municipal Senhora Santana e Hospital Municipal São Vicente de Paula) 01 pronto atendimento e 01 laboratório, 01 Centro de Hemodiálise.

Em 1979, surge a Unidade de Saúde Vargem Grande como Posto de Saúde e com equipe formada por 01(um) médico e 01(um) Auxiliar de Saúde. Em 2005 tal unidade adere ao Programa Saúde da Família.

Atualmente, o Programa Saúde Família Vargem Grande é composto por 01 Médica, 01 Enfermeira, 02 Técnicos e 01 Auxiliar de Enfermagem, 07 Agentes Comunitários



de Saúde, 01 Dentista, 01 Técnico em Higiene Dental, 01 Auxiliar de Consultório Dental e 01 Auxiliar de Serviços Gerais.

Sua estrutura física é composta por 01 (uma) sala de espera para pacientes e acompanhantes, e um ambiente destinado à recepção, registro, preenchimento de prontuários e aferição de dados vitais e antropométricos dos pacientes. Há também 01 sala para agentes destinada também à realização de fechamento do SIAB e reuniões de grupos e da equipe, 01 para ambiente para guardar medicamentos, 01 sala de curativos, sala de vacinação, 02 consultórios clínicos (Médico e Enfermagem), este destinado também a consultas na área de atenção à mulher. Consultório odontológico, sala de esterilização, copa, DML, 04 banheiros. Não há, porém, sala exclusiva para lavagem e desinfecção de materiais.

O PSF Vargem Grande atende a uma população de 3.141 habitantes. Apenas 0,4% da população adscrita tem acesso a um plano de saúde.

O distrito Vargem Grande e seus meados não sofrem mudanças significativas em intervalos com curto espaço de tempo, já que se trata de uma comunidade da zona rural e muitas vezes isso prejudica as modificações, a mudança no estilo de vida, além da acessibilidade a informações pertinentes à população. Porém a ESF tem se empenhado em tentar mudar esta realidade e com o tempo, muitos objetivos serão alcançados, como muitos já foram.

Sendo um dos principais agravos da saúde no território de Vargem Grande, têm-se a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM), bem como dislipidemia e obesidade, os quais estão intimamente inter reacionados.

Sabe-se que o diabetes mellitus é um dos problemas mais frequentes em nosso meio, com uma elevada prevalência e incidência entre a população adulta (KASPER *et al.*, 2006).

A doença tem uma elevada morbimortalidade, gerando custos elevados para a população quando não é tratada adequadamente. Por isso ,o conhecimento pela população da doença, seus fatores de risco, manutenção e tratamento são importantes para um adequado controle.

Um dos principais fatores de risco para a doença é o estilo de vida da população. Pessoas sedentárias, obesas e com uma dieta inadequada são mais propensas a adquirir o diabetes, que vem aumentando exponencialmente sua incidência nas populações mais pobres. Esse aumento ocorre principalmente devido a alimentação inadequada, com alimentos calóricos e de baixo valor nutritivo (LOPES; AMATO NETO, 2009), principalmente quando se trata de uma população carente de recursos financeiros e de informações da zona rural,

como é o distrito de Vargem Grande. Já que há grandes dificuldades em realizar exames laboratoriais com uma periodicidade recomendada, além de não obter financeiramente a aquisição de glicosímetros ou mesmo das fitas, para estarem realizando o controle e manejo da doença.

### **1.1 Justificativa**

A DM se tornou um grande problema de saúde pública, por ser causadora de grande morbimortalidade devido às sérias complicações que gera, dessa forma, se torna fundamental um acompanhamento sistematizado dos pacientes portadores.

Durante os atendimentos realizados de pacientes diabéticos do PSF Vargem Grande, foi percebida resistência à adesão ao tratamento, como uso da medicação de forma irregular, a não realização de dieta adequada e sedentarismo, o qual permeia entre os pacientes. Diante de uma prevalência da doença e suas complicações, que vem tornando assustadora, deu-se a importância da realização deste trabalho, justificando, portanto, sempre estarem acompanhando minuciosamente e periodicamente os pacientes portadores do DM, afim de que os mesmos sintam-se assistidos e adquiram compromisso e responsabilidade perante seu tratamento.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Elaborar um plano de ação para sistematizar a assistência aos pacientes diabéticos do PSF Vargem Grande.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Melhorar o estilo de vida dos pacientes;
- Aumentar o nível de informação sobre a doença;
- Realizar reuniões com os pacientes;
- Promover educação continuada para toda a equipe de saúde.

### 3 METODOLOGIA

O plano de intervenção baseou-se em duas etapas:

Primeira: definição do problema prioritário da área de abrangência com a utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenvolvido pelo chileno Carlos Matus, por meio do qual, após processados os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da equipe de saúde da família Vargem Grande, no município de Brasília de Minas, estado de Minas Gerais, fez-se a eleição do que era prioritário no momento atual (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

De acordo com este método elaborou-se o plano de ação para buscar sanar o problema identificado como prioritário, tal seja: melhorar a adesão dos diabéticos ao tratamento e seu acompanhamento clínico. Neste contexto, quatro momentos caracterizaram o processo de planejamento, sendo eles: o momento explicativo, o momento normativo, o momento estratégico e o momento tático-operacional.

Segunda etapa: fez-se pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde e documentos do Ministério da Saúde para fundamentação teórica do plano.

A fundamentação do plano de intervenção se faz por meio de pesquisas bibliográficas com vistas à busca de evidências existentes e publicadas sobre o tema, além de possibilitar a utilização das estratégias já utilizadas na prática assistencial no que diz respeito à melhoria dos níveis glicêmicos das pessoas com DM2 e como tratá-las e acompanhá-las, sistematizando a assistência.

Foi realizada revisão bibliográfica sobre DM, níveis glicêmicos adequados, tratamento e possíveis complicações.

A pesquisa bibliográfica foi realizada por meio dos seguintes descritores: DM na atenção básica; controle glicêmico adequado; tratamento não medicamentoso e medicamentoso; complicações que norteiam o DM, principalmente com doença mau controlada.

#### 4 REVISÃO DE LITERATURA

Diabetes mellitus (DM) é um distúrbio metabólico, de caráter crônico-degenerativo e de etiologia múltipla, associado à deficiência relativa ou absoluta de insulina, clinicamente caracterizada por alterações metabólica, vascular e neuropática. Além da hiperglicemia, o DM também envolve alterações no metabolismo dos lipídeos e proteínas (ALMINO; QUEIROZ; JORGE, 2009).

Lopes e Amato Neto (2009) definem o DM como uma doença do metabolismo intermediário, caracterizada fundamentalmente pela ocorrência de hiperglicemia crônica, que em longo prazo promove lesões em órgãos-alvo, podendo cursar também com descompensações metabólicas. Os fatores que contribuem para hiperglicemia são: déficit de insulina (absoluto ou relativo) e/ou resistência à insulina. De qualquer forma o resultado final é sempre a diminuição da utilização periférica e aumento da produção hepática de glicose.

A classificação do DM pode ser feita de maneira didática, dividindo as de maior prevalência na população nos seguintes grupos: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo2 (DM2), Diabetes Gestacional (DMG) e outros tipos de DM, sendo os dois primeiros tipos os mais conhecidos, onde o tipo 2 é o de maior prevalência na população (BAZOTTE, 2012). É necessário para se diagnosticar o tipo do DM que o portador realize além de exames complementares, um acompanhamento médico para definição da tipologia.

Para Lopes e Amato Neto (2009), o DM1 é uma doença autoimune, que cursa com destruição primária das células beta e hipoinsulinismo absoluto, predomina em pacientes jovens não obesos. O DM2 cursa primariamente com resistência periférica a insulina, que ao longo do tempo se associa à disfunção progressiva das células beta. Predomina em adultos obesos, mas tem se tornado cada vez mais frequente em crianças e adolescentes.

O diagnóstico do DM2 costuma ser tardio, uma vez que muitos pacientes passam anos ou mesmo décadas assintomáticos. O reconhecimento da doença pode ser feito quando já ocorreu lesão em órgãos-alvo. Com menos frequência os sintomas de franca hiperglicemia podem ser referidos, enquanto que no DM1 os pacientes costumam revelar a doença mais precocemente, devido a uma hiperglicemia acentuada e descompensação metabólica (KASPER *et al.*, 2006).

Em relação ao DM2, este pode envolver as seguintes possibilidades: redução da ação da insulina ou resistência a ela, redução da secreção de insulina e por fim, a simultânea redução e secreção de insulina. Sua prevalência é maior em adultos, mas pode também se

iniciar na infância ou adolescência em função do crescimento da obesidade nessas faixas etárias (BAZOTTE, 2012; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

O diagnóstico requer demonstração laboratorial de hiperglicemia e confirmação em uma segunda dosagem.

- 1) Hemoglobina Glicada >6,5% ou
- 2) Glicemia de Jejum >126 mg/dl ou
- 3) Glicemia 2h após TOTG-75 > 200mg/dl ou
- 4) Glicemia aleatória >200 mg/dl + sintomas de hiperglicemia (KASPER *et al.*, 2006).

O DMG é o problema metabólico mais comum em gestantes, tem a prevalência de 3% a 13% das gestações. É caracterizado como uma intolerância dos carboidratos durante a gestação, e podendo ou não continuar após o parto. Pode representar, às vezes, o aparecimento do DM2 durante o período gestacional. Existem fatores que são levados em conta para desenvolver o DMG, tais como: idade de trinta de cinco anos ou mais, sobrepeso ou obesidade (antes da gestação), ou ainda aumento de peso exagerado durante o período gestacional, histórico de diabetes na família, ou seja, um fator genético, baixa estatura (menor que 1,5 m), crescimento do feto excessivamente anormal, polidrâmnio (aumento do líquido amniótico excessivo), hipertensão ou pré-eclampsia na gravidez atual, antecedentes de macrossomia ou DMG e síndrome de ovários policísticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A base da estratégia para o tratamento está centrada no controle dos fatores de risco para aterosclerose, diminuindo o risco cardiovascular do paciente, como controle da hipertensão arterial, obesidade, dislipidemia, parar de fumar e sair do sedentarismo. Os grandes estudos mostram que essas medidas são fundamentais para diminuir a morbimortalidade nos pacientes com diabetes DM2 (LOPES; AMATO NETO, 2009).

Para o controle da glicemia contamos com diversas formas terapêuticas, que incluem atividades físicas regulares, alimentação balanceada e acompanhamento com equipe interdisciplinar de saúde (MATSUMOTO *et al.*, 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a atenção à saúde fornece informação oportuna, apoio e monitoramento pode melhorar a adesão aos tratamentos, reduzindo o ônus das condições crônicas e proporcionando melhor qualidade de vida às pessoas com DM (MATSUMOTO *et al.*, 2012).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá

aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise qualidade de vida e autonomia (BRASIL, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde são quatro milhões de mortes por ano relativas ao DM e suas complicações. Ocorre grande impacto econômico nos serviços de saúde como consequência dos custos para tratamento da doença e suas complicações, como doença cardiovascular, diálise por insuficiência renal crônica e cirurgias para amputação de membros inferiores. No Brasil, o DM associado à hipertensão arterial sistêmica representa 62,1 % dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise (MATTOS; TASSARA, 2009).

As políticas públicas de saúde do Brasil, atualmente, vêm priorizando a atenção aos portadores de DM com o provimento gratuito de medicamentos, equipamentos para auto monitoramento da glicemia capilar e administração de insulina inscritos em programas de educação para os portadores. (MATTOS; TASSARA, 2009).

O tratamento da obesidade é fundamental, com dieta e exercícios físicos adequados. A diminuição do peso está associada com uma menor resistência a insulina. Os antidiabéticos orais formam a base terapêutica medicamentosa do DM2, exercem seus efeitos estimulando a secreção de insulina pelas células beta, aumentando o efeito periférico de insulina, retardando a absorção de carboidratos (KASPER *et al.*, 2006).

As metas laboratoriais para o tratamento adequado do DM2 são hemoglobina glicada <7%, glicemia de jejum entre 70-130mg/dl, glicemia pré-prandial até 130mg/dl, glicemia pós-prandial até 180 mg/dl. A pressão arterial deve manter-se abaixo de 120x80 mmHg, sendo que para um melhor controle devem ser usados como primeira escolha os inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueador dos receptores de angiotensina, que tem como efeito adicional a proteção renal. O LDL abaixo de 100 mg/dl, e se necessário, deve-se usar como primeira escolha as estatinas (KASPER *et al.*, 2006).

As principais complicações microvasculares são as renais e retinianas. Para controle das complicações retinianas o diabético tipo 1 deve ser submetido a fundoscopia cinco anos após o diagnóstico e repetido a cada ano, enquanto o diabético tipo 2 deve se submeter a fundoscopia no momento do diagnóstico e repetida a cada ano. Para as complicações renais o diabético tipo 1 deve ser avaliado quanto a proteinúria após cinco anos do diagnóstico e repetida a cada ano, enquanto o diabético tipo 2 no momento do diagnóstico e repetido a cada ano (KASPER *et al.*, 2006).

Segundo Brasil (2006), a OMS estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, ou seja, até 2012, cerca de 2% dos indivíduos acometidos pelo DM estarão cegos, 10% terão

deficiência visual grave e que 30% a 45% terão algum grau de retinopatia. 10% a 20% desenvolverão nefropatia, 20% a 35% de neuropatia e 10% a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. Esses são dados relevantes a se indagar sobre os problemas causados pelo DM, são essas as principais complicações causadas pela doença que se desenvolvem quando o diabetes não é tratado ou quando não diagnosticado precocemente.

Bazzote (2012) acrescenta ainda que pacientes diabéticos também apresentam maior incidência de catarata, impotência sexual, hipertensão, acidente vascular cerebral e infarto do miocárdio. O DM e suas complicações são problemas de relevância para a população mundial, e no Brasil não é diferente, o número de diabéticos aqui é assustador, já existem 13 milhões de pessoas, sendo necessárias intervenções através de políticas públicas em saúde, criando estratégias de promoção e prevenção; dentre elas o rastreamento e o diagnóstico precoce do DM.

Devido às inúmeras complicações decorrentes do DM, faz-se a importância em sistematizar a assistência aos pacientes, para que o acompanhamento e tratamento sejam monitorados e adequados para os portadores da doença.



## 5 PLANO DE INTERVENÇÃO

Toda a equipe de saúde da ESF Vargem Grande tem uma função importante no projeto de intervenção, e a partir dos nós críticos detectados conseguimos enfrentar os problemas presentes.

Os dados foram organizados na forma de quadros, de modo que facilite a visualização e compreensão dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos e análise da viabilidade do plano.

Para elaboração do plano de ação deve-se pensar em soluções e estratégias para enfrentamento do problema, identificando os produtos e os resultados para as operações definidas. Além disso, deve-se levar em consideração os recursos necessários para sua concretização. No Quadro 1 estão apresentadas as operações para os nós críticos selecionados.

Quadro 1 - Desenho de operações para os nós críticos selecionados.

Nó crítico	Operação/Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Hábitos e estilo de vida inadequados	Melhorar o estilo de vida da população.	Diminuir o número de obesos e sedentários.	Alimentação adequada, atividade física regular, diminuição do peso.	<b>Organizacional</b> = para organizar as atividades físicas. <b>Cognitivo</b> = informar sobre a importância das atividades e dieta.
Baixo nível de informação da população sobre o DM	Aumentar o conhecimento sobre a doença.	População informada sobre a doença.	Palestras e informações da doença e acompanhamento regular.	<b>Organizacional</b> = estrutura física adequada <b>Cognitivo</b> = palestras e grupos para diabéticos e população de risco
Equipe de saúde incapacitada e despreparada para orientar, auxiliar e acompanhar os pacientes diabéticos	Realizar capacitação e educação continuada com toda a equipe.	Conhecimento teórico/prático.	Equipe de saúde da ESF capacitada e apta para realizar acompanhamento eficaz dos diabéticos adscritos.	<b>Organizacional</b> = estrutura física adequada, material didático como vídeos, cartazes . <b>Cognitivo</b> = reuniões com toda equipe, capacitação, educação continuada.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Visando elaborar estratégias necessárias para execução das ações projetadas a serem trabalhadas com a população e à equipe, foram estabelecidos os recursos críticos, fundamentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Identificação dos recursos Críticos.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>
Melhorar o estilo de vida da população.	<b>Político</b> = Praças e opções de atividade física para população.
Aumentar o nível de informação com reuniões aos pacientes e à população de risco e capacitação da equipe	<b>Financeiro</b> = Materiais adequados para palestras e realização de grupos e para capacitação da equipe. <b>Recursos Humanos</b> : capacitação do pessoal envolvido
Capacitar à equipe de saúde	<b>Financeiro</b> = Materiais didáticos e estrutura física para capacitação <b>Recursos humanos</b> : médico e enfermeira

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A proposta do plano de ação exposta no Quadro 3 visa descrever as ações estratégicas para executar o plano de ação elaborado de acordo com os nós críticos apresentados, sendo necessário recursos para a realização da mesma, com objetivo de melhorar a assistência prestada aos portadores de DM da área de abrangência.

Quadro 3 - Proposta de ação para a motivação dos atores.

<b>Operação/Projeto</b>	<b>Recursos Críticos</b>	<b>Controle dos recursos Críticos</b>	<b>Ação Estratégica</b>
Melhorar o estilo de vida da população.	<b>Político</b> = Praças e opções de atividade física para população.	Ator que controla: Prefeitura. Motivação: Favorável	Construção de área adequada para realização das práticas, contratação de educador físico.
Aumentar o nível de informação com reuniões aos pacientes e à população de risco.	<b>Financeiro</b> = Materiais adequados para palestras e realização de grupos e para capacitação da equipe	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável	Material audiovisual para palestras e grupos e para a realização da educação.
Capacitar toda equipe de saúde.	<b>Financeiro</b> = Materiais e estrutura para uma adequada	Ator que controla: médico e enfermeiro Motivação: Favorável	Obtenção de uma equipe de saúde capacitada e apta a acompanhar os diabéticos.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

São necessários vários aspectos para execução das operações apresentadas, bem como levantar possíveis resultados, produtos, ações estratégicas, os responsáveis envolvidos nas ações e o prazo estabelecido, construindo um plano operativo, citado no Quadro 4.

Quadro 4 - Elaboração do plano operativo.

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ações Estratégicas</b>	<b>Responsável</b>	<b>Prazo</b>
Melhorar o estilo de vida da população.	Diminuir o número de obesos e sedentários.	Alimentação adequada, atividade física regular, diminuição do peso.	Orientação sobre dieta adequada, atividade física regular, durante a consulta clínica. Se necessário encaminhament o para nutricionista.	Clinico, educador físico, nutricionista.	Início o mais breve possível, Finalização indeterminada.
Aumentar o nível de informação dos pacientes, da população de risco.	População informada sobre a doença.	Palestras e informações da doença e acompanhamento regular.	Criação de grupos para diabéticos, e para população de risco. Palestras sobre diabetes mellitus.	Clínico, Enfermeira, agentes de saúde.	Início o mais breve possível, Finalização indeterminada.
Capacitar toda equipe de saúde	Equipe capacitada para prestar assistência adequada aos pacientes e informa-los de forma adequada.	Educação continuada à equipe.	Capacitação da equipe acerca da doença, seu tratamento e suas complicações, além do controle almejado.	Clínico e Enfermeira.	Início o mais breve possível, Finalização em tempo indeterminado, conforme demanda.

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

### 5.1 Resultados esperados

Com este projeto de intervenção pretende-se melhorar a assistência prestada aos pacientes diabéticos adscritos na ESF Vargem Grande, bem como melhorar o nível de informação dos mesmos acerca da doença. Almeja-se realizar ainda uma consulta adequada

aos pacientes, com anamnese detalhada e exame físico minucioso, bem como a realização de exames laboratoriais anualmente, ou conforme necessidade, para verificar o controle glicêmico da doença, a função renal e avaliação ocular pela fundoscopia, importantes pelas complicações decorrentes do DM. Sistematizando a assistência aos portadores de diabetes.

Busca-se maior adesão do paciente ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, para que use a medicação de forma correta e sem interrupções, melhoria do estilo de vida dos pacientes, que devem conhecer a importância de uma dieta e exercícios físicos regulares, imprescindíveis para o controle do diabetes. E a falta de conhecimento da doença, que é um problema comum à maioria dos doentes, e da população de risco, e isso é de grande importância para um bom resultado da intervenção. Para uma melhor assistência, procura-se sistematizar a assistência com a realização de consulta orientada, anamnese e exames físicos detalhados.

Em longo prazo, espera-se assistência adequada a todos os pacientes adscritos na ESF Vargem Grande, de forma sistematizada e regular, que os pacientes aderem de forma consciente e responsável o tratamento medicamentoso e não medicamentoso para o controle da doença. Almeja-se ainda diminuição de gastos com internações por complicações, uso de insulina, e diminuição da morbidade relacionada à doença, com a adesão adequada do tratamento. Verificar o controle glicêmico com os exames realizados, além de manter a população e a equipe sempre informados.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O controle do Diabetes Mellitus entre os pacientes da ESF Vargem Grande é dificultado pela má adesão ao tratamento, tanto medicamentoso, quanto não medicamentoso, já que a população é da zona rural, com costumes e crenças bem estabelecidas, possuindo uma alimentação inadequada, sem prática de atividade física, muitas vezes por falta de informação suficiente, ou mesmo orientação convincente.

O presente trabalho conta por implantar um atendimento perspicaz a estes pacientes, sistematizando a assistência com consultas especializadas, além de realizar com frequência reuniões com os pacientes e também com a população de risco, bem como educação continuada a toda a equipe de saúde que lida diretamente com os usuários. Por tratar-se de um trabalho a médio e longo prazo, a participação de toda a equipe, juntamente com a gestão local, é de fundamental importância para que consigamos êxito na realização, pois necessitaremos de profissionais capacitados, equipe multiprofissional, além de medicações e exames disponíveis, para sistematizar e oferecer um atendimento de qualidade, atingindo o objetivo de manter a doença com níveis glicêmicos desejáveis, além de obter uma qualidade de vida saudável com alimentação adequada e realização de atividade física, conseguindo um controle da doença e com isso, reduzindo complicações que norteiam a doença e impedir internações desencadeadas pelo diabetes descompensado.

## REFERÊNCIAS

ALMINO, MAFB; QUEIROZ, MVO; JORGE, MSB. Diabetes Mellitus na adolescência: experiência e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. **Revista Escola Enfermagem USP**, 2009.

BAZOTTE, R. B. **Paciente diabético: Cuidados Farmacêuticos**. Rio de Janeiro: MedBook, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde 2006. 64p il – (Cadernos de Atenção Básica, nº 16) (Série A. normas e Manuais Técnicos).

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. Elaboração do plano de ação. In: CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

KASPER, DL. *et al.* **Harrison Medicina Interna**. V.2. 16.ed. Rio de Janeiro: McGrawHill, 2006.

LOPES, A.C.; AMATO NETO, V. **Tratado de clínica médica** . 2 ed.São Paulo: Roca, 2009.

MATSUMOTO, P. M.; BARRETO, A. R. B.; SAKATA, K. N; SIQUEIRA, Y. M. C.; ZOBON, E. L. C. P.; FRACOLLII, L. A. A Educação em saúde no cuidado de Usuários do programa Automonitoramento Glicêmico. **Revista Escola Enfermagem USP**. 2012; 46(3): 761-5.

MATTOS, R. C. A.; TASSARA, V. editores. **Fatores para a não Adesão ao Tratamento dos Portadores de diabetes Mellitus Tipo 1 na Equipe de Saúde da Família São José na Cidade de Jequitinhonha – MG**. Belo Horizonte / Minas Gerais 2009. 31p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009**. Sociedade brasileira de diabetes. 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.