

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

Yalmys Herrera Matos

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA NA POPULAÇÃO DA EQUIPE DO
PSF ENFERMEIRA DONA NANA EM PADRE PARAISO - MG**

POLO: TEOFILO OTONI- MG

2016

Yalmys Herrera Matos

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA NA POPULAÇÃO DA EQUIPE DO
PSF ENFERMEIRA DONA NANA EM PADRE PARAISO - MG**

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

Orientadora: Prof. Miguir Teresinha Donoso

Polo Teófilo Otoni– MG

2016

Yalmys Herrera Matos

**PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA REDUZIR A PREVALÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA NA POPULAÇÃO DA EQUIPE DO
PSF ENFERMEIRA DONA NANA EM PADRE PARAISO - MG**

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

Banca Examinadora:

Examinador 1: Miguir Teresinha Donoso.

Examinador 2: Fernanda Magalhães Duarte

Aprovada em Belo Horizonte em ----de-----2016.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir fazer esta investigação, a meus pais que são a fonte da minha inspiração meu namorado ,que com seu amor me ajuda a seguir cada dia ,e a minha orientadora Miguir pela ajuda.

RESUMO

O Diabetes mellitus é uma doença frequente, que constitui um importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo responsável por um número importante de atendimentos em atenção primária. A alta incidência da doença na equipe do PSF Enfermeira Dona Nana é crescente, e os pacientes embora diagnosticados e utilizando medicamentos no seu tratamento, não vem alcançando o controle da doença e procuram consultar periodicamente, aumentando a demanda espontânea, reduzindo a qualidade de vida e ficando expostos às complicações desta. O presente trabalho foi realizado através de três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de intervenção que ajudo na melhora dos hábitos de vida da população atendida pela equipe, visando melhores resultados no tratamento proposto. Para a construção deste projeto foram utilizados trabalhos, revistas e artigos científicos para revisão bibliográfica. A intervenção propõe um seguimento continuo, alcançando melhores resultados dos níveis glicêmicos, havendo a possibilidade de se corrigir os rumos e sendo possível impactar o problema apresentado. Espera-se que com este trabalho, os pacientes diabéticos adquiram conhecimentos adequados sobre a doença, visando readequar os hábitos e estilos de vida, bem como evitar agravos decorrentes da doença . Com um melhor acompanhamento familiar, seguimento padronizados durante a consulta, reunião e grupos, visitas domiciliares e relacionamento em grupo, será possível um controle satisfatório da doença, evitando as oscilações de glicemia.

Palavras Chave: Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Prevenção.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a disease frequently, which is an important public health problem in Brazil and in the world, being responsible for a large number of visits in primary care. The high incidence of the disease in the PSF team Nurse Dona Nana is growing, and the patients although diagnosed and using drugs in their treatment, does not come by reaching the control of the disease and seek to consult regularly, increasing the spontaneous demand, reducing the quality of life and being exposed to the complications of this. The present study was conducted through three steps: situational diagnosis, literature review and elaboration of the plan of intervention that helped in the improvement of the life habits of the population treated by the team, aiming at better results in the treatment proposed. For the construction of this project were used work, magazines and scientific articles for review. The intervention proposes a follow-up to continue, reaching better results of glucose levels, with the possibility to correct the direction and being able to impact the problem presented. It is expected that with this work, the diabetic patients to acquire adequate knowledge about the disease, to re the habits and life styles, as well as avoid complications resulting from the disease. With a better understanding of the family, following standardized during the consultation meeting and groups, visits and relationship in group, it will be possible to a satisfactory control of the disease, avoiding the fluctuations in blood glucose levels.

Keywords: Primary Health Care; Diabetes Mellitus; Prevention.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEESF – Curso de Especialização Estratégia em Saúde da Família

CID-10 – Classificação Internacional de Doenças - 10ª edição

DOU – Diário Oficial da União

ESF – Estratégia de Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

NASF – Núcleo de Apoio em Saúde da Família

PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

CEO -- Centro de Especialidades Odontológicas

UBR -- Unidade Básica de Referência .

ACS -- Agente Comunitário de Saúde .

UPA -- Unidade de Pronto Atendimento .

SAMU -- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência .

SMS— Sistema Municipal de Saúde

PPI---Proclamação pactuada e integrada.

SUMÁRIO

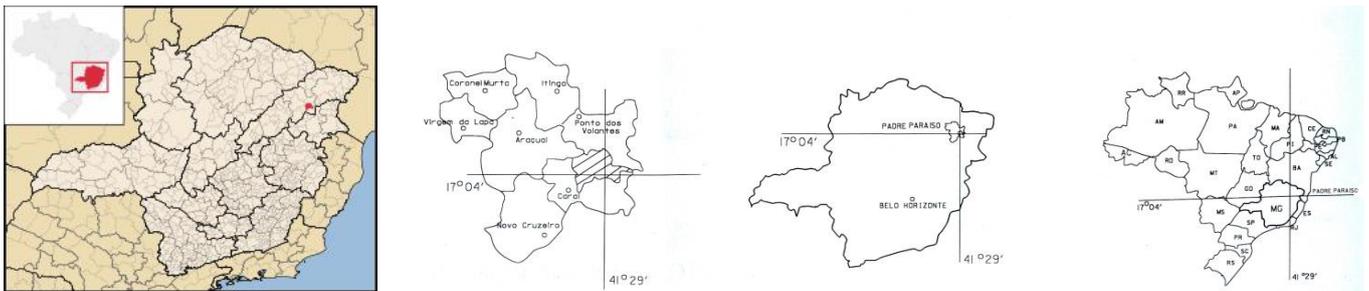
1 INTRODUÇÃO	9
2 JUSTIFICATIVA	31
3 OBJETIVO.....	32
4 REVISÃO DE LITERATURA	33
5 MÉTODOS	38
6 PLANO DE AÇÃO	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	52
REFERÊNCIAS.....	53

1 INTRODUÇÃO

LOCALIZAÇÃO

O município de Padre Paraíso está situado no Nordeste do Estado de Minas, na região do Médio Vale do Rio Jequitinhonha a 930 metros de altitude. Sua superfície total é de 543, 942 km². Tem um clima tropical com temperaturas médias de 24°C e a pluviosidade média ronda os 900 mm. Limita-se entre os municípios de Araçuaí, Carai, Ponto dos Volantes e Novo Oriente. Dista 538 km de Belo Horizonte, 1276 km de Brasília, 850 km do Rio de Janeiro e 100 km de Teófilo Otoni, cujo acesso é através da BR-116 (Rio-Bahia), estrada asfaltada. Foi emancipado em 31 de dezembro de 1962, possuindo hoje 52 anos.

Localização geográfica do Município de Padre Paraíso MG



HISTÓRIA DA CIDADE

Na segunda metade do séc. XIX, o padre Agostinho Francisco de Mendonça Paraíso chega à região empenhada em catequizar os índios botocudos. Posteriormente, estabelece-se como fazendeiro de cacau, às margens do rio Marambaia, iniciando assim o desbravamento e povoamento desta área. Em 1902, formam-se os povoados na confluência dos córregos Água Vermelha e São João, com a denominação de São João da Água Vermelha, alterada em 1948, para Padre Paraíso. Em 1962, é elevado à categoria de município.

Tabela 1- População de Padre Paraíso, conforme faixa etária e sexo, segundo o IBGE, 2012

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
Menor 1 ano	134	130	264
1 a 4 anos	663	559	1222
5 a 9 anos	967	879	1846
10 a 14 anos	1076	1059	2135
15 a 19 anos	929	964	1893
20 a 29 anos	1437	1583	3020
30 a 39 anos	1268	1218	2486
40 a 49 anos	1075	1042	2117
50 a 59 anos	704	840	1544
60 a 69 anos	619	715	1334
70 a 79 anos	400	418	818
80 anos e mais	166	212	378
Total	9.438	9.619	19.057
Fonte: IBGE, Censos e Estimativas, dezembro de 2013			

ATIVIDADE ECONOMICA

A atividade econômica do município baseia-se em agricultura de subsistência e o garimpo de pedras preciosas e semipreciosas. Os principais produtos agrícolas são: alface, beterraba, milho, café, mandioca, mexerica, ananás etc. Existe também a agricultura familiar, produtos produzidos pelos trabalhadores de uma mesma família (leite, frutas, hortaliças, cana de açúcar, mandioca, carne, etc.), a agroindústria (queijos, requeijão, doces, pão de queijo e biscoito, etc.) e a produção artesanal. No garimpo, além das gemas (elementos minerais que servem para fazer jóias ou enfeites de uso pessoal – águas marinhas, crisoberilos, topázios), também são extraídos minerais industriais como o feldspato, usado para fabricação de vidros e os granitos para o revestimento de prédios.

HIDROGRAFIA

Seu território é banhado por vários cursos d'água, entre os quais os Córregos Água Vermelha e São João, tributários do Rio Jequitinhonha. Com suas 378 nascentes, muitos córregos e ribeirões perenes, diferem da maioria das cidades do Vale do Jequitinhonha, que sofrem com a seca.

RELEVO

As altitudes variam de 881 metros, onde o Córrego Comprido encontra o Ribeirão São João, e 1.070 metros, na divisa com o município de Caraí. Os fundos dos vales são habitados e cultivados. As vertentes são cultivadas quando não são muito abruptas.

VEGETAÇÃO

O município de Padre Paraíso apresenta vários tipos de vegetação. Ao norte e noroeste, próximo aos municípios de Araçuaí e Pontos dos Volantes, o solo é mais seco, com menor número de nascentes e córregos. A vegetação apresenta árvores espaçadas, pequenas, com troncos retorcidos. O solo é coberto por plantas do tipo das gramíneas: é a vegetação típica do cerrado. Na mesma região, nas partes mais secas, pode se observar uma vegetação formada por cactos e espécies que perdem suas folhas na época da seca. Apresentam muitos espinhos. Essa vegetação é a caatinga. Ao leste, ainda na divisa com o município de Pontos dos Volantes e, ao sul, na divisa com Caraí, encontra-se uma vegetação com imbaúbas, braúnas, peroba do campo, ipês, arco, jacarandá, remanescentes da mata atlântica, ou seja,

da floresta nativa, natural da região. Muitas comunidades receberam seus nomes em homenagem a belas árvores nativas existentes no local como: Gameleira, Coqueiros, Brejaúba, Cedro, Sapucaia e Jenipapo. Ao longo dos cursos d'água, uma mata preserva as margens evitando o assoreamento, é a chamada mata ciliar.

PROBLEMAS AMBIENTAIS

O município apresenta vários problemas ambientais: urbanização em encostas íngremes, com risco de desabamentos; existência de um rio que atravessa o município e onde vai parar quase todo o esgoto do mesmo, criando riscos de contrair doenças infecto contagiosas; queimadas, levando ao empobrecimento do solo; garimpo ou mineração inadequada que acaba impedindo a agricultura, além de poluir os córregos; lançamento de efluentes nos corpos d'água. (Relatório de Realidade Municipal/EMATER-2002)

SERVIÇOS PUBLICOS

Prefeitura Municipal; Correio; Telemar; CEMIG; COPASA; Cartório; Banco de Brasil; Conselho tutelar; Policia militar; Associações comunitárias (ASCOOP, Creche ALERTAS).

EDUCAÇÃO (SME/ 2005)

Existem escolas de ensino fundamental, médio e Família Agrícola, assistindo 5.627 alunos. São 20 escolas na rede municipal (16 rurais e quatro urbanas): 18 de ensino fundamental e duas de educação infantil. A rede estadual conta com quatro escolas (todas urbanas): três de ensino fundamental e um de ensino fundamental e médio. Há uma Escola Família Agrícola (EFA) na zona rural. Possui uma biblioteca pública municipal situada no centro da cidade contando com o programa de internet comunitária.

LAZER

O município possui belas paisagens como cachoeiras, lajedos, lagoas, nascentes, córregos, represas e campos. Na sede do município encontra-se o Estádio de Futebol João de Lino, quadras cobertas, além de bares e lanchonetes.

SANEAMENTO BÁSICO

O município conta com os serviços da COPASA para tratamento da água.

Padre Paraíso tem 90,28 % dos domicílios com água canalizada, 7,49 % tem água proveniente de poços e 2,26 % de outros recursos. O tratamento da água no domicílio se apresenta de seguinte forma: 3,46% tem água filtrada, 0,67% de água fervida, 88,02% é clorada e 7,86% é água sem tratar. Cerca de 42,48% da população usa rede de esgoto, 43,81% usa fossa e 13,72% deixa resíduos a céu aberto. Uma média de 38,08% da população tem acesso a coleta pública do lixo, 18,54% queima ou enterra o seu lixo e 48,85% deixa o lixo a céu aberto. O município conta com uma usina de compostagem, atualmente inativada.

2. O SISTEMA DE SAÚDE DE PADRE PARAÍSO

SEDE DE MICRORREGIÃO

Tabela 2 - População da microrregião de Padre Paraíso por município

Município	População
Padre Paraíso	19.057
Caraí	22.549
Catuji	6.614
Itaipé	11.957
Total	60.177

Fonte: MS/ DATASUS. Dezembro 2013

GESTÃO MUNICIPAL

A equipe de Gestão Municipal Conta com o seguinte quadro de funcionários: um Gestor, um Sub Secretario, uma Enfermeira Coordenadora da Atenção Primária, um Enfermeiro Coordenador de Vigilância em Saúde, um Enfermeiro Coordenador de Vigilância Sanitária, cinco Auxiliares Administrativos, dois Digitadores.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O setor da VISA é composto por um Enfermeiro e três Fiscais Sanitários. Segundo avaliação do Plano de Vigilância em Saúde nos últimos três quadrimestres o município cumpriu apenas 33,3% das metas. Vale ressaltar que no último trimestre as metas alcançadas corresponderam a 100%, demonstrando um avanço no setor.

REGULAÇÃO

O SMS(Sistema Municipal de Saúde) possui um funcionário específico para regulação dos pacientes dentro da Rede Assistencial. O mesmo trabalha apenas agendando atendimento fora de domicílio. Não há na SMS um profissional para avaliação e acompanhamento da PPI. A mesma se encontra desatualizada, tendo muitos procedimentos alocados em locais e quantidades desnecessárias. Faz-se necessário uma reavaliação e remanejamentos de diversos procedimentos.

ATENÇÃO FARMACÊUTICA

A equipe conta com uma farmacêutica e dois funcionários de apoio. É ofertada uma lista extensa de medicamentos em quantidade suficiente para tratar os principais problemas de saúde local. Os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes são distribuídos nas UBS pelas ESF, facilitando o acesso e favorecendo o tratamento e acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos.

APOIO DIAGNÓSTICO

A SMS mantém convênio com o Laboratório Marconi, disponibilizando os exames básicos de Patologia Clínica a toda população. O Laboratório de Análises Clínicas Municipal está desativado. Já foi realizada a compra dos aparelhos para sua reativação e há dois bioquímicos concursados no município.

O serviço de radiodiagnóstico é ofertado no Hospital Nossa Senhora Mãe da Igreja; Raio X Odontológico na policlínica odontológica; ultrassonografia no Centro de Especialidades Médicas; endoscopia no Centro de Especialidades Médicas; EEG no Centro de Especialidades Médicas e ECG no Centro Municipal de Saúde

EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O município conta com sete ESF e cobertura de 100% da população do município. A Atenção Primária conta com o seguinte quadro de participantes: sete médicos, quatro estagiários de medicina da UFMG, sete enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, três auxiliares de enfermagem, 47 ACS e oito auxiliares de serviços gerais. As equipes contam com o apoio e suporte de um coordenador de atenção primária, um coordenador de vigilância em saúde e epidemiologia, um coordenador de imunização e um coordenador de vigilância sanitária.

TRANSPORTE EM SAÚDE

O município não conta com SETS, pois possui veículo próprio para deslocamento dos pacientes para outros municípios.

SAÚDE BUCAL

A Assistência em Saúde Bucal tem como base as ESB que contam com o seguinte quadro de profissionais e consultórios odontológicos:

Tabela 3: Distribuição de odontólogos e ASB por PSF.

Unidade	Odontologo	ASB	THD
UBS Encachoeirado	1	1	0
USB Barra Nova	1	1	0
USB Adson da Silva	1	1	0
USB Enfermeira Dona Nana	1	1	0
UBS Dr Domingos Sávio	1	0	1
UBS Dr Domingos Sávio	1	1	0
UBS DNER	1	0	1
Policlínica Municipal	1	1	0
Esc. Mun. Dom José de Haas	1	1	0
E. Est. Candido Ulhôa	1	1	0
E. Est Vila São João	1	1	0
E. Est. Pref ^o . José Monteiro Fonseca	1	1	0
E. Est. João Pinheiro	1	1	0
APAE	1	1	0

ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dando suporte à Rede de Atenção Primária o município possui um Centro de Especialidades Médicas oferecendo as seguintes especialidades: pediatria, ginecologia, ortopedia, cardiologia, urologia, gastroenterologia com realização de endoscopia, neurologia, ultrassonografia, otorrinolaringologia.

O atendimento realizado dentro do município reduz custos e diminui a necessidade de deslocamentos da população para outros municípios, gerando mais comodidade ao paciente. Além dos atendimentos listados anteriormente, contratados pelo município, outras especialidades médicas são disponibilizadas à população através do Consórcio Intermunicipal de Saúde entre Vales Mucuri e Jequitinhonha (CIS/EVMJ) – Teófilo Otoni, o Centro Viva Vida de Referência Secundária e Centro Hiperdia.

CENTRO DE CONTROLE DE ENDEMIAS

Conta com os seguintes profissionais: um coordenador, 13 agentes de endemias, dois bioquímicos e um auxiliar de serviços gerais.

O principal objetivo é a prevenção das doenças endêmicas, principalmente dengue, esquistossomose e doença de Chagas. No Programa de Combate a Dengue são realizadas diariamente visitas domiciliares para identificação de áreas de risco para o desenvolvimento do *Aedes Aegypti*, Levantamentos Epidemiológicos e tratamento, através do PCE são realizados exames laboratoriais e tratamentos para a Esquistossomose. No Combate ao vetor da Doença de Chagas são realizadas visitas domiciliares e a borrifação, quando necessário. Faz-se também Campanha de Vacinação Antirrábica e o Controle da Qualidade da Água.

IMUNIZAÇÃO

A equipe de imunização conta com os seguintes profissionais: um enfermeiro coordenador e quatro vacinadores. O município conta apenas com uma sala de vacina centralizada no bairro DNER, e não dispõe de transporte para deslocamento até as unidades de saúde. Não foi possível implementar a vacinação no hospital devido a carência de funcionários.

SAUDE MENTAL

A equipe de Saúde Mental conta com um psiquiatra, um enfermeiro, um psicólogo, um fonoaudiólogo, uma auxiliar de enfermagem e um auxiliar de serviços gerais.

CENTRO DE REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA

O Centro de Fisioterapia conta com os seguintes profissionais: um auxiliar administrativo, quatro fisioterapeutas e um auxiliar de serviços gerais. A Clínica Municipal de Fisioterapia da cidade de Padre Paraíso possui uma estrutura física moderna e bem projetada. São realizados atendimentos na área preventiva e de reabilitação.

URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A Rede de Urgência/ Emergência do município de Padre Paraíso conta com uma Base do SAMU, para atendimento pré-hospitalar. Possui como referência o Hospital Nossa Senhora Mãe da Igreja – capacidade de 39 leitos distribuídos em: obstetria (cinco), pré-parto (dois), pediatria (12), clínica médica (14), cirúrgico (quatro), pós-cirúrgico (dois). Possui uma unidade de urgência e emergência, ambulatório conveniado ao SUS, serviço de Raio-X, laboratório e um banco de sangue. (Fonte: MS/SE/ Datasus).

RECURSOS FINANCEIROS

Tabela 4 - Despesa total em saúde e recursos próprios investidos em 2011 e 2012. Padre Paraíso MG

Dados e Indicadores	2011	2012
Despesa total com saúde	6.264.195,59	5.906.068,08
Despesa com recursos próprios	3.412.777,69	3.341.247,06
Transferências SUS	2.851.417,90	2.564.821,02
% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)	22,21%	19,50%

Fonte: SIOPS

PRINCIPAIS INDICADORES DE SAÚDE

MORBIDADE HOSPITALAR

Tabela 5 - Principais internações, por grupos de causas do CID -10, exceto gravidez, parto e puerpério. Padre Paraíso MG, 2010 a 2012

Lista de morbidade segundo lista do CID-10	2010	2011	2012	Total	%
Doenças do aparelho respiratório	287	232	217	736	17,8
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	338	187	158	683	16,6
Doenças do aparelho circulatório	143	139	110	392	9,5
Doenças do aparelho geniturinário	76	118	144	338	8,2
Doenças do aparelho digestivo	73	98	106	277	6,7
Lesões eventuais e outras causas externas	77	73	102	252	6,1
Total	1434	1336	1352	4122	

Fonte: SIH/MS, março de 2013.

Os principais grupo de causas de internação nos últimos três anos, exceto gravidez, parto e puerpério, foram as doenças do aparelho respiratório (17,8%), doenças infecciosas e parasitárias (16,6%) e as doenças dos aparelho circulatório (9,5%). Essas 3 causas corresponderam a 43,9% das internações nesse período.

Tabela 6 - Principais internações, exceto gravidez, parto e puerpério, segundo lista do CID -10, Padre Paraíso MG – 2010 a 2012

Lista de causas do CID 10	2010	2011	2012	Total	%
Pneumonia	176	157	139	472	11,4
Diarréia e gastroenterite origem infeccioso	229	69	72	370	9,0
Outras doenças bacterianas	58	88	66	212	5,1
Restante de outras doenças bacterianas	58	88	66	212	5,1
Outras doenças do aparelho urinário	52	68	71	191	4,6
Asma	81	36	40	157	3,8
Total	1434	1336	1352	4122	

Fonte: SIH/MS, março de 2013.

As causas de internação são pneumonias (11,4%), diarreias e gastroenterites de origem infecciosa (9,0%), asma (3,8%), desnutrição (3,3%) e insuficiência cardíaca (3,0%). Estes agravos representaram juntos 30,5% das internações nos últimos 3 anos. Faz-se importante salientar que essas causas são sensíveis à atenção ambulatorial.

MORTALIDADE**Tabela 7 – Mortalidade Geral por sexo. Padre Paraíso MG.**

Sexo	2007	2008	2009	2010	2011	Total	%
Masculino	83	64	83	91	89	410	59,7
Feminino	59	61	57	61	39	277	40,3
Ign.	-					--	--
TOTAL	142	125	140	152	128	687	100,0

Fonte: DATASUS/ SIM

A taxa de mortalidade geral masculinos representaram nos últimos 5 anos, em média a 59,7% da mortalidade em relação a 40,3% aos femininos.

Tabela 8- Principais causas de mortalidade segundo grupo de causas do CID 10, Padre Paraíso MG – 2008 - 2010

Grupo de Causa - CID-BR-10	2008	2009	2010	Total	%
Doenças do aparelho circulatório	32	33	50	115	27,5
sintomas, sinais e anomalias clínicas e laboratoriais.	31	42	17	90	21,6
Causas externas de morbidade e mortalidade	11	13	15	39	9,3
Doenças do aparelho digestivo	13	9	12	34	8,1
Neoplasias	7	6	18	31	7,4
Doenças endócrinas, nutricionais metabólicas	11	3	13	27	6,5
Doenças do aparelho respiratório	6	8	12	26	6,6
Total	125	140	152	417	

Fonte: SIM/MS, março de 2013.

O grupo das doenças do aparelho circulatório é a primeira causa de mortalidade (em média 27,5% nos últimos três anos) seguido do grupo de sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial (21,6%) e das causas externas 9,3,0%). Estes 3 grupos foram responsáveis, nos últimos 3 anos, por 58,4% da mortalidade no município de Padre Paraíso.

Tabela 9 - Principais causas de mortalidade segundo lista do CID 10, Padre Paraíso MG – 2008 - 2010

Lista CID 10	2008	2009	2010	Total	%
Outras doenças.	12	25	16	53	12,7
Doenças isquêmicas do coração	8	9	22	39	9,3
Infarto agudo do miocárdio	8	8	21	37	8,9
Morte sem assistência médica	19	16	1	36	8,6
Doenças cerebrovasculares	11	8	11	30	8,6
Doenças hipertensivas	5	9	8	22	5,3
Outras doenças cardíacas	8	6	8	22	5,3
Total	125	140	152	417	

Fonte: SIM/MS, março de 2013.

As principais causas de mortalidade nos últimos 3 anos foram *outras doenças* (12,7%), Doenças Isquêmicas do Coração (9,3%), Infarto Agudo do Miocárdio (8,9) respectivamente.

Essas 3 principais causas representaram nos últimos 3 anos 30,9% da mortalidade.

Os óbitos por problemas cardiovasculares vem sendo o grande responsável pela mortalidade no município. É importante implementar ações de saúde que visem a redução dos fatores de risco cardiovascular, proporcionando uma vida mais longa e saudável à população.

Mortalidade Infantil

Tabela 10 - Principais Causas de Mortalidade Infantil, segundo grupo de causas do CID 10. Padre Paraíso MG, 2008 a 2011

Lista Mortalidade CID-10	2008	2009	2010	2011	Total
Algumas afecções originadas no período perinatal	5	5	1	3	14
Sintomas, sinais e achados anormais de exame clínico.	1	1	-	1	3
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	1	1	-	-	2
Doenças do aparelho respiratório	1	-	1	-	2
Malformações congênitas, deformidades e anomalias	-	2	-	-	2
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	-	1	-	-	1
Total	8	10	2	5	25

Fonte: SIM/MS, dezembro de 2013.

No período de 2008 a 2011 os principais grupos de causas de mortalidade infantil foram as Afecções originadas no período perinatal com (56,0%), sintomas, sinais e achados anormais ao exame clínico e laboratorial (12,0%).

Tabela 11 - Principais Causas de Mortalidade Infantil, segundo lista de morbidade do CID 10. Padre Paraíso, 2008 a 2011

Lista Mort CID-10	2008	2009	2010	2011	Total
Septicemia bacteriana do recém-nascido	3	3	-	1	7
Outras afecções respiratórias do recém-nascido	2	-	-	1	3
Pneumonia	1	-	1	-	2
Síndrome da morte súbita na infância	1	1	-	-	2
Septicemia	-	1	-	-	1
Leucemia	-	-	-	1	1
Total	8	10	2	5	25

Fonte: SIM/MS, março de 2013.

As principais causas de mortalidade infantil foram as septicemias bacterianas (28%) seguido de outras afecções respiratórias do RN (12%) e pneumonias (8%). As três juntas corresponderam a 48% da mortalidade infantil nos últimos 4 anos.

Tabela 12 - Frequência e proporção de óbitos infantis segundo os componentes neonatal e pós-neonatal. Padre Paraíso MG

Faixa etária	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Total	%
0 a 6 dias	7	1	2	1	2		13	36,1
7 a 27 dias	-	3	4	0	1		8	22,2
28 a 364 dias	4	4	4	1	2		15	41,7
Total	11	8	10	2	5	6	36	100,0

Fonte: DATASUS/ SIM

Observa-se que houve uma queda na mortalidade infantil a partir de 2007, passando de 11 óbitos em 2007 para 5 óbitos em 2011.

Segundo os componentes da mortalidade infantil, nos últimos 5 anos os óbitos se concentraram no componente pós-neonatal (em média 41,7% dos óbitos infantis) seguido do componente neonatal precoce (36,1%) e neonatal tardio (22,2%).

NASCIDOS VIVOS**Tabela 13 – Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. Padre Paraíso MG**

		2007	2008	2009	2010	2011
Total NV		414	325	299	279	287
Prop. Baixo peso		4,8	8,0	5,0	7,9	7,0

Fonte: DATASUS/ SINASC

A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer vem se mantendo estável de 2007 a 2011.

PERFIL INSTITUCIONAL

O PSF Enfermeira Dona Nana encontra-se localizado no Bairro Bom Jesus. O horário de funcionamento é de 7:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00 horas. A nossa equipe está composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma recepcionista e sete ACS.

A população na área de é de 2418 habitantes, divididos em 680 famílias, todas cadastradas. A população em sua totalidade tem acesso aos serviços de saúde. Um dos fatores que influi no trabalho do PSF é a falta de capacitação dos ACS e o baixo nível educacional da população.

Tabela14: Total de população do PSF Enfermeira Dona Nana. 2015

Nº de indivíduos	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-25	25-39	40-59	60e+	Total
Área urbana	20	130	220	280	260	300	501	404	303	2418

Fonte: registros da equipe.

O PSF Enfermeira Dona Nana encontra-se na parte noroeste do município de Padre Paraíso, onde se concentra a população mais carente do município. Na Área do PSF há grandes problemas quanto a estrutura do saneamento básico. O maior problema verificado é a falta de conscientização de algumas famílias quanto a higiene do lar e ambiental. Muitos depositam o lixo em locais inapropriados, mantêm suas casas e arredores sem limpeza adequada. Muitos terrenos baldios não são capinados, o que favorece o acúmulo de lixo e depósito de água parada, favorecendo a infestação por mosquitos (principalmente o da dengue). Nossa área conta com o maior índice de analfabetismo do município, assim como a maior taxa de desemprego, 48%, repercutindo nas taxas de etilismo nesta área. A principal fonte de ingresso econômico é pela Bolsa Família e trabalhos agrícolas. A maioria da população apresenta doenças psiquiátricas. Muitos morrem pelas complicações causadas pelo álcool, doenças cardíacas e respiratórias.

A população conta com o hospital do município, que fica na nossa área de abrangência, um laboratório, duas creches, duas escolas e quatro igrejas.

A nossa população tem luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças crônicas não transmissíveis e, entre elas, o Diabetes Mellitus (DM) constitui um problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, e associada à elevada morbidade e mortalidade devido às complicações que surgem em seu curso. Na nossa comunidade o número de pessoas com esta doença vem aumentando. É rotina nas consultas de nosso PSF a verificação de glicemia capilar de todos os usuários que chegam ao serviço. Com este procedimento descobriu-se que a maioria deles estava com seus níveis glicêmicos descompensados e desconhecia esse fato. Além disso, essas pessoas não tinham sintomas, o que levou a equipe a decidir intervir nessa situação.

Este trabalho se justifica pela alta prevalência de pacientes com Diabetes Mellitus (DM), mais ainda aqueles pacientes que ficam descompensados, e pelos riscos de complicações.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção com vistas à redução da alta prevalência de Diabetes Mellitus descompensada em pacientes do PSF Enfermeira Dona Nana do município Padre Paraíso, Minas Gerais.

4 REVISÃO DE LITERATURA

O Diabetes mellitus (DM) é um importante problema de saúde pois, causa incapacidade e mortalidade, sendo classificado como a quarta causa de morte no Brasil. Conceitualmente, Diabetes Mellitus é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer devido a defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, que é produzido no pâncreas, pelas células beta. A função principal da insulina é promover a entrada de glicose para as células do organismo de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta de insulina ou um defeito na sua ação resulta portanto em acúmulo de glicose no sangue, o que chamamos de hiperglicemia. (©sociedade brasileira de endocrinologia e metabologia, 2016) Ainda de acordo com os autor

[...]Com a implementação do SUS, novas tecnologias, resultantes dos investimentos em pesquisas científicas, são continuamente incorporadas à área de saúde, tais como técnicas cirúrgicas e transplantes de órgãos, formas de tratamentos e equipamentos médicos de alta tecnologia, exames laboratoriais mais detalhados e principalmente novos medicamentos. Apesar destes avanços e os esforços na reorganização da atenção básica, o distanciamento entre os profissionais de saúde e seus pacientes continua preocupante, provocando a desumanização da atenção à saúde (MS, 2006a apud GUIDONI et. al., 2009, p. 38).

Apresentando alta morbi-mortalidade, além do DM representar perdas consideráveis na qualidade de vida, é uma doença que resulta em altos gastos para o sistema de saúde, "onde indivíduos com diabetes precisam de aproximadamente 2 a 3 vezes mais recursos para o cuidado com a saúde do que os não-diabéticos" (TOSCANO, 2004, p. 886).

Os tipos de diabetes frequentemente encontrados são o diabetes tipo 1, tipo 2 e diabetes gestacional, sendo o diabetes tipo 2 o mais comum e que corresponde a aproximadamente 90% de todos os casos. Já os tipos menos frequentes são os derivados de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes (BRASIL, 2006). O diagnóstico do diabetes é realizado mediante alterações da glicose plasmática de jejum ou após uma sobrecarga de glicose por via oral (GROSS et.al. 2002) e medida da glico-hemoglobina que é um marcador da glicemia crônica que reflete a exposição glicêmica dos últimos dois a três meses

anteriores à coleta do sangue.(GROSS, et. al.; 2002 MAGALHÃES, et. al., 2012, p. 361). De acordo com Brasil (2001),

[...]o diagnóstico de DM Pode ser feito diante das seguintes situações: sintomas clássicos de DM e valores de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl; sintomas clássicos de DM e valores de glicemia realizada em qualquer momento do dia, iguais ou superiores a 200 mg/dl; indivíduos assintomáticos, porém com níveis de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl, em mais de uma ocasião; indivíduos com valores de glicemia de jejum menores que 126 mg/dl e, na segunda hora, após uma sobrecarga com 75 g de glicose via oral, iguais ou superiores a 200 mg/dl.(BRASIL, 2002, p. 25).

Para os indivíduos que, apesar de não manifestarem sintomas e caso não exista comprovação clínica, mas que apresentem risco de desenvolver o diabetes, indica-se os testes de rastreamento (BRASIL, 2006), que são propostos pelo Ministério da Saúde. Para tal, o indivíduo deve ter idade superior a 45 anos; Índice de Massa Corporal (IMC)>25; Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e ; >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas); Antecedente familiar (mãe ou pai) com histórico de diabetes; Hipertensão arterial com valor acima de > 140/90 mmHg; Colesterol HDL d"35 mg/dL e/ou triglicerídeos e"150 mg/dL; História de macrossomia ou diabetes gestacional; Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos e Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (BRASIL, 2006, p. 14).

De acordo com Assunção, Usine (2008), a extensão do comportamento do paciente crônico coincidindo com o aconselhamento dado pelo profissional de saúde, representa a adesão ao tratamento que são descritos em situações distintas, como,

[...]1) concordância no qual o indivíduo, inicialmente, concorda com o tratamento, seguindo as recomendações dadas pelos profissionais da saúde. Existe, frequentemente, uma boa supervisão, assim como uma elevada eficácia do tratamento; 2) adesão, fase de transição entre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde e o autocuidado, no qual, com uma vigilância limitada, o doente continua com o seu tratamento, o que implica uma grande participação e controle da sua parte; 3) manutenção, quando, já sem vigilância (ou vigilância limitada), o doente incorpora o tratamento no seu estilo de vida, possuindo

um determinado nível de autocontrole sobre os novos comportamentos (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008, p. 2190).

A adesão ao tratamento vai além de simplesmente cumprir as determinações feitas pelo profissional de saúde, assumindo o controle do seu estado de saúde, demonstrando autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais tornando-se participante ativo do processo de cura (GONÇALVES et. al., 1999 apud PONTIERI, BACHION, 2010). Além disso, fatores como,

[...] respostas corporais, diminuição dos episódios de hiperglicemia/hipoglicemia diminuição dos níveis de glicemia, variáveis socioeconômicas (sexo, idade, raça, estado civil, ocupação, renda e educação), relação custo-benefício do tratamento, interação entre médicos e pacientes, efeitos e interações medicamentosas (efeitos adversos e colaterais), concepções e conhecimentos a respeito da própria síndrome e participação da família. O vínculo do paciente com a unidade de saúde, contando com terapias e profissionais atualizados, também é parte importante desse processo (PAIVA, BERBUSA, ESCUDER, 2006; GONÇALVES et. al. 1999; LEITE, VASCONCELLOS, 2003 apud PONTIERI, BACHION, 2010, p. 152).

O acesso aos serviços para o portador de diabetes na rede pública de saúde, é feito através da Unidade Básica de Saúde, que está estruturada de acordo com o Programa Saúde da Família (PSF) cujo objetivo é reorganizar a prática da atenção básica à saúde e reorientar o modelo tradicional de assistência, por meio de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral. O atendimento ao usuário é prestado na Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família, por meio da criação de vínculo entre equipe e usuário visando a co-responsabilidade, auxiliando na identificação dos problemas de saúde da comunidade (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008). Como alternativa de ampliação do trabalho da ESF, foi criado em 24 de janeiro de 2008, através da Portaria GM/MS n. 154, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) destinado a atender as demandas apresentadas pelos usuários do território, agregando às ESF profissionais de diferentes áreas, capazes de auxiliar na solução de problemas de saúde, e os aspectos política, social, cultural e econômica visando a integralidade da assistência e fortalecendo do Sistema Único de Saúde (SUS). (BARBOSA, et. al., 2010).

De acordo com Lyra et.al.,(2006), para reduzir o impacto do Diabetes mellitus é necessário,

[...]reduzir a incidência da doença, antecipando-se ao seu aparecimento com medidas preventivas, sobretudo em indivíduos de alto risco, tais como os portadores de tolerância diminuída à glicose (TDG) e de glicemia de jejum alterada (GJA). Intervenções comportamentais e farmacológicas têm sido estudadas e implementadas com esse objetivo. Modificações no estilo de vida, tais como controle dietoterápico e prática sistemática de exercícios físicos, bem como o uso de alguns agentes orais, têm se mostrado eficazes. Aqui serão discutidos os principais estudos direcionados para a prevenção do DM2.(Lyra et.al., 2006, p. 240).

Em relação ao acompanhamento dos pacientes diabéticos, estes "quando estáveis e com controle satisfatório podem ser avaliados pela equipe multidisciplinar, a cada três ou quatro meses" (BRASIL, 2001, p. 69), com investigação das complicações crônicas uma vez ao ano. Já os pacientes instáveis ou com controle inadequado devem ser avaliados, conforme a necessidade e com frequência a cada 3 meses, verificando-se peso, pressão arterial, exame físico dos pés, glicemia de jejum e glico-hemoglobina. A cada ano pesquisar microalbuminúria, triglicerídeos, colesterol total e frações, ECG e fundo-de-olho. O monitoramento do diabetes é parte fundamental do tratamento. Assim, o paciente deve fazer o automonitoramento utilizando o teste de referência do controle glicêmico através da medida de glicemia capilar. Além disso, a equipe deve orientar os portadores de DM sobre os objetivos do tratamento e as medidas que devem ser tomadas, se os níveis de controle metabólico forem constantemente insatisfatórios (BRASIL, 2001).

"A equipe mínima de Saúde da Família deve trabalhar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos, na abordagem do diabetes" (BRASIL, 2006, p. 46). Além disso deve definir especificamente as responsabilidades para cada profissional de acordo com a capacitação de cada um dos membros da equipe, devendo se necessário procurar o apoio do gestor para que os membros da equipe adquiram os conhecimentos e habilidades para desenvolver o cuidado, estando a equipe articulada em busca da capacitação específica (BRASIL, 2006).

Para intensificar as atividades de prevenção, os grupos ajudam no tratamento propriamente dito e no apoio psicológico, onde o paciente pode descrever seus

problemas para os demais acometidos do grupo, debater, o problema e receber respostas e condutas corretas, ouvindo as experiências dos outros indivíduos com problemas semelhantes. Outra ferramenta é a educação em saúde, que promove a internalização que acontece quando o indivíduo consegue interpretar a importância da informação recebida e relacioná-la com sua vida particular, dos familiares e ou da comunidade, e passa a aplicar a informação recebida, ocorrendo a promoção da saúde e consequente a mudança no estilo de vida (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008). Além disso:

“[...]O profissional da saúde tem um papel importante no processo de adesão ao tratamento, já que atua como agente facilitador e mobilizador através da conscientização, mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o autocuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e à realidade do paciente. Para isso, os profissionais de saúde necessitam de ter um conhecimento avançado sobre o controle, a prevenção e as complicações da doença, sendo responsáveis por propiciar condições favoráveis ao processo de aquisição de conhecimentos e possíveis mudanças comportamentais por parte do indivíduo diabético. Além disso, o entendimento pelo indivíduo da prática educativa e as interfaces estabelecidas entre esta e o profissional de saúde, favorecem o desenvolvimento de atitudes pessoais que se associam à mudança no estilo de vida.” (ASSUNÇÃO, URSINE, 2008, p. 2195).

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado pela Portaria 154/GM de 24 de janeiro de 2008 com a proposta de ampliar a capacidade das equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF) e para atender as demandas dos usuários adscritos na área de abrangência. Sendo formado de profissionais de diferentes áreas como fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, educação física e psicologia, o NASF trabalha conforme os princípios da integralidade e interdisciplinaridade (OLIVEIRA, ROCHA, CUTOLO, 2012), trabalhando atendimentos e projetos terapêuticos envolvendo os usuários e considerando a singularidade dos sujeitos assistidos (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010 SOUZA et., al., 2013, p. 234).

5 MÉTODO

Esta proposta de intervenção foi realizada para a equipe do PSF Enfermeira Dona Nana do município Padre Paraíso Minas Gerais, que após a realização da análise situacional da área de abrangência sob responsabilidade da equipe, visa reduzir a prevalência de Diabetes Mellitus, naquele território. A aplicabilidade das ações planejadas para melhorar a qualidade de vida da população local se deu após análises dos recursos da equipe, análise da governabilidade da equipe sobre o problema e pela formação de parceria com a secretaria de saúde, juntamente da prefeitura municipal de Padre Paraíso.

Para realizar esta intervenção, criou-se um plano de ação com medidas educativas capazes de reduzir a prevalência de Diabetes Mellitus, sendo que para isso houve a necessidade de realizar uma revisão bibliográfica e conhecer mais profundamente sobre a doença. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional, foram observados os registros da equipe do PSF Dona Nana, dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) além de pesquisa nos trabalhos da Biblioteca Virtual da Nescon-UFMG, que forneceram bases científicas para a elaboração do planejamento e ações envolvidas. Foram revistos artigos na Scientific Electronic Library Online (SciELO) que permitiram embasamento teórico do tema e material presente em sites disponibilizados pelo governo federal que retratam a doença Diabetes Mellitus sua origem, fatores de risco, prejuízos ao organismo e cuidados na atenção básica de saúde.

Os artigos citados no trabalho foram pesquisados em português e com datas recentes além de terem sido selecionados por estarem relacionados ao tema abordado, destacando-se os descritores: Atenção Primária à Saúde; Diabetes Mellitus; Prevenção.

6 PLANO DE AÇÃO

Um método de planejamento é aquele que propõe etapas ou sequência lógica de atividades para serem desenvolvidas e seguidos de forma cronológica para não prejudicar o resultado final para cada problema diagnosticado em uma área de abrangência. Para cada problema encontrado, deve ser proposto apenas um projeto de intervenção e a partir do diagnóstico situacional do território. Para o sucesso de cada projeto, é necessário avaliar sua viabilidade (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2010), bem como construir o plano de ação, seguindo os 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional(PES).

1º Passo: Definição dos problemas

Problema é uma situação que pode ser descrita como um obstáculo que impede um indivíduo de alcançar seus objetivos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Assim, foi possível verificar alguns problemas enfrentados pela população da área de abrangência da equipe durante a rotina de trabalho dos profissionais, nas visitas domiciliares e em reuniões ou atividades em grupo na Unidade Básica de Saúde . A partir da realização do diagnóstico situacional da área de abrangência, os maiores problemas enfrentados pelo usuário foram o elevado número de pacientes diagnosticados com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doenças respiratórias (bronquite, pneumonia, amigdalite), doenças psiquiátricas, elevada incidência de gravidez na adolescência e elevado número de portadores de Diabetes Mellitus descompensada, sendo este o problema selecionado para esta intervenção.

2º passo: Priorização do problema

Dentre todos os problemas identificados na área de abrangência da equipe do nosso PSF, o que mais chamou a atenção foi elevado número de portadores de Diabetes Mellitus descompensada. Ao observar o problema, percebeu-se que somente o médico vem orientando o paciente sobre a doença, resumindo o acompanhamento às atribuições de somente 01 profissional sendo a medicalização

a maior tendência, já que é um momento único e relacionado à confirmação do diagnóstico e é baseado em informações rápidas sobre o estilo de vida, ficando em aberto as várias contribuições que os demais profissionais da equipe tem condições de acrescentar.

Dentre os problemas encontrados no território dificilmente, seria possível a equipe conseguir resolver todos ao mesmo tempo, pois, estão envolvidos recursos financeiros, humanos, educação permanente, materiais, bem como a atualização dos profissionais. Assim, o problema foi selecionado pela urgência, capacidade de enfrentamento pela equipe e relevância (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

3º Passo: Descrição do problema

O elevado número de portadores de Diabetes Mellitus descompensada na área de abrangência da nossa equipe vem alterando o processo de trabalho da mesma. Através da consulta médica e de exames laboratoriais, os pacientes são diagnosticados e recebem as orientações básicas e a prescrição do medicamento. Em seguida estes mesmos pacientes que embora tenham acesso ao serviço de saúde e aos medicamentos por rede pública, acabam voltando para nova consulta, muitas vezes com crises relacionadas à síndrome do diabetes, e nesse ciclo quando questionados, percebe-se a falta de atividades de prevenção para melhorar a qualidade de vida, como a modificação da dieta, do estilo de vida, sedentarismo além da interrupção do medicamento.

4º Passo: explicação do problema

Sempre que procura a equipe do PSF Enfermeira Dona Nana, os pacientes diagnosticados com diabetes recebem atendimento baseado na consulta médica e na receita para adquirir o medicamento prescrito pela médica, não sendo acolhido pelos demais profissionais. A equipe percebendo a falta das atividades não farmacológicas achou necessário a construção deste plano de ação na tentativa de enfrentar o problema e melhorar o cuidado recrutando ações preventivas apoiando-se na equipe multidisciplinar. A proposta visa utilizar o espaço do grupo operativo que já existe na unidade de saúde para aplicar a educação em saúde e incrementar

com o trabalho com atividades físicas, nutricionais e educativas na tentativa de transformar hábitos.

5º Passo: Seleção dos nós críticos

Os “nós críticos” relacionados ao problema selecionado para este trabalho são:

1. Baixo nível de informação sobre a doença e os fatores de risco.
2. Sedentarismo
3. Falta de regularidade das tomadas de medicamentos por parte dos diabéticos.
4. Dieta inadequada

6º Passo: desenho das operações

Desenho de operações para os “nós” críticos para o problema "Alta prevalência de diabéticos descompensados na equipe Enfermeira Dona Nana Padre Paraíso/MG"				
Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
1. Baixo nível de informação sobre a doença e os fatores de risco.	<u>Conhecimen- to</u>	Usuários que conhecem os riscos de conviver com a síndrome do diabetes e a necessidade de tratar a doença.	Espaço do usuário: Reunião semanal sobre a doença	<u>Organizacional:</u> criação do espaço na agenda da equipe. <u>Cognitivo:</u> Interesse coletivo
2. Sedentarismo	<u>Atividade</u>	Usuários comprometidos com atividade física proposta por profissionais da equipe	"Criação da agenda do movimento", com atividades de caminhada e alongamento	<u>Organizacional:</u> criação de espaço na agenda do NASF <u>Cognitivo:</u> criação calendário para as atividades físicas <u>Político:</u> apoio da equipe do NASF
3. Falta de regularidade no uso de medicamentos por parte dos diabéticos.	<u>Bula</u> Estabelecer melhores horários para a ingestão dos medicamentos.	Usuários orientados quanto aos horários, qualidade e quantidade de medicamentos (uso adequado dos medicamen-	"Criação do espaço do remédio": Antes e depois da consulta, com orientação adequada do médico e dos demais profissionais da equipe.	<u>Organizacional:</u> Receitas impressas <u>Cognitivo:</u> Profissionais e usuários da equipe mais seguros. <u>Político:</u> Articulação com

		tos).	<p>Sala de espera com orientação da equipe;</p> <p>Orientações no próprio domicílio do usuário pelos ACS.</p> <p>Reunir os medicamentos mais comuns a cores. Horários relacionado às tomadas aos períodos do dia (sol e lua).</p>	<p>o NASF</p> <p><u>Econômico:</u> Investimento para compra e manutenção de computador e impressora</p>
4. Dieta inadequada	<u>Alimento</u>	Usuários que se comprometam com sua saúde e com a equipe de alimentar-se de forma regular e saudável.	<p>Criação do Prato verde: estimular a alimentação hipocalórica para o diabético e sua família.</p>	<p><u>Organizacional:</u> criação de espaço na agenda de toda a equipe para acordar procedimentos</p> <p><u>Cognitivo:</u> Interesse coletivo</p>

7º Passo: Identificação dos recursos críticos

Recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos nós críticos do problema "Alta prevalência de diabéticos descompensados na equipe Enfermeira Dona Nana Padre Paraíso /MG"	
Operação/Projeto	Recursos críticos
<u>Conhecimento</u>	<u>Organizacional</u> : criação do espaço na agenda da equipe. <u>Cognitivo</u> : Interesse coletivo
<u>Atividade</u>	<u>Organizacional</u> : criação de espaço na agenda do NASF <u>Cognitivo</u> : criação calendário para as atividades físicas <u>Político</u> : apoio da equipe do NASF
<u>Bula</u>	<u>Organizacional</u> : Receitas impressas <u>Cognitivo</u> : Profissionais e usuários da equipe mais seguros. <u>Político</u> : Articulação com o NASF <u>Econômico</u> : Investimento para compra e manutenção de computador e impressora
<u>Alimento</u>	<u>Organizacional</u> : criação de espaço na agenda de toda a equipe para acordar procedimentos <u>Cognitivo</u> : Interesse coletivo

8º Passo: análise de viabilidade do plano

Análise da viabilidade do plano para o problema "Alta prevalência de diabéticos descompensados na equipe Enfermeira Dona Nana Padre Paraíso /MG"				
Operações/ Projetos	Recursos críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
<u>Conhecimento</u>	<u>Organizacional:</u> criação do espaço na agenda da equipe. <u>Cognitivo:</u> Interesse coletivo	Enfermeira e médica	Favorável	Apresentar o projeto para as equipes. Apoio dos usuários
<u>Atividade</u>	<u>Organizacional:</u> criação de espaço na agenda do NASF <u>Cognitivo:</u> criação calendário para as atividades físicas <u>Político:</u> apoio da equipe do NASF	Educador físico	Favorável	Apresentar o projeto para o NASF
<u>Bula</u>	<u>Organizacional:</u> Receitas impressas <u>Cognitivo:</u> Profissionais e usuários da equipe mais seguros. <u>Político:</u> Articulação com o NASF <u>Econômico:</u> Investimento para compra e manutenção de computador e impressora	Médica, Farmacêutico e ACS	Favorável	Apresentar o projeto para as equipes.

<u>Alimento</u>	<u>Organizacional:</u> criação de espaço na agenda de toda a equipe para acordar procedimentos. <u>Cognitivo:</u> Interesse coletivo.	Nutricionista	Favorável	Apresentar o projeto ao NASF
------------------------	--	---------------	-----------	------------------------------------

9º Passo: elaboração do plano operativo

Plano Operativo do Plano de ação para o problema "Alta prevalência de diabéticos descompensados na equipe Enfermeira Dona Nana Padre Paraíso /MG"					
Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsáveis	Prazo
<u>Conhecimento</u>	Usuários que conhecem os riscos de conviver com a síndrome do diabetes e a necessidade de tratar a doença.	Espaço do usuário: Reunião semanal sobre a doença	Apresentar o projeto para as equipes. Apoio dos usuários	Médica/enfermeira	6 meses
<u>Atividade</u>	Usuários comprometidos com atividade física proposta por profissionais da equipe	"Criação da agenda do movimento", com atividades de caminhada e alongamento	Apresentar o projeto para o NASF	Médica, enfermeira e ACS	3 meses
<u>Bula</u>	Usuários orientados quanto aos horários, qualidade e quantidade de medicamentos (uso adequado dos medicamentos)	"Criação do espaço do remédio": Antes e depois da consulta, com orientação adequada do médico, e equipe multidisciplinar Sala de espera com orientação da	Apresentar o projeto para as equipes.	ACS	1 mês. Prática contínua

		<p>equipe;</p> <p>Orientações no próprio domicílio do usuário pelos ACS.</p> <p>Reunir os medicamentos mais comuns a cores.</p> <p>Horários relacionado às tomadas aos períodos do dia (sol e lua).</p>			
<u>Alimento</u>	<p>Usuários que se comprometem com sua saúde e com a equipe de alimentar-se de forma regular.</p>	<p>Criação do prato verde: Estimular a alimentação hipocalórica para o diabético e sua família.</p>	<p>Apresentar o projeto ao NASF</p>	<p>Médica e enfermeira</p>	<p>3 meses</p>

10º Passo: Gestão do plano

Planilha de acompanhamento das operações/projeto o problema "Alta prevalência de diabéticos descompensados na equipe Enfermeira Dona Nana Padre Paraíso /MG"					
Operação <u>Conhecimento</u>					
Coordenação: Enfermeira - Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Espaço do usuário: Reunião semanal sobre a doença	ACS	2 meses	Realizado primeiro encontro com gestores.		
Operação <u>Atividade</u>					
Coordenação: Médica – Avaliação após 3 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
"Criação da agenda do movimento", com atividades de caminhada e alongamento	Preparador físico	9 meses	Em andamento. Iniciado estudos de caso e atualização com novas linhas guias.		
Operação <u>Bula</u>					
Coordenação: Farmacêutico– Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo

<p>"Criação do espaço do remédio": Antes e depois da consulta, com orientação adequada da médica, e equipe multidisciplinar</p> <p>Sala de espera com orientação da equipe;</p> <p>Orientações no próprio domicílio do usuário pelos ACS.</p> <p>Reunir os medicamentos mais comuns em cores. Horários relacionado às tomadas aos períodos do dia (sol e lua).</p>	Médica	3 meses			
<p>Operação <u>Alimento</u></p> <p>Coordenação: Médica – Avaliação após 6 meses do início do projeto</p>					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Criação do	ACS	3 meses			

prato verde: Estimular a alimentação hipocalórica para o diabético e sua família.					
---	--	--	--	--	--

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes mellitus é uma doença frequente, que constitui um importante problema de saúde pública no Brasil. A pós-graduação em saúde da família nos permite reafirmar a necessidade de mudança de paradigma assistencial para que as ações em saúde possam ser verdadeiramente preventivas. A perspectiva deste trabalho permite a redução da alta prevalência de Diabetes Mellitus descompensada em pacientes do PSF Enfermeira Dona Nana do município Padre Paraíso, Minas Gerais.

A construção da análise situacional, identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação foram etapas fundamentais para o processo de planejamento demandando o envolvimento de toda a equipe de saúde. Assim, o problema será enfrentado de forma sistematizada, menos improvisada, com ferramentas de monitoramento e avaliação de todas as etapas, acompanhando os passos e resultados das ações implementadas, permitindo correção de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho. Esta proposta de intervenção para ser possível, necessita do apoio da equipe multidisciplinar, além dos profissionais de saúde que trabalham na equipe Enfermeira Dona Nana, no município de Padre Paraíso. Como existe na equipe um grupo operativo em funcionamento na equipe, esta proposta irá implementar suas atividades através do trabalho dos profissionais das equipes de saúde e multiprofissional, que serão capazes de proporcionar atividades preventivas que irão contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos usuários, na tentativa de promover o cuidado integral.

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, T. S. , URSINE, P. G. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n. 2, p. 2189-2197. 2008.

BARBOSA, E. G. FERREIRA, D. L. S., FURBINO, S. A. R., RIBEIRO, E. E. N. Experiência da Fisioterapia no Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Governador Valadares, MG. **Rev. Fisioter. Mov.**, v. 23, n. 2, p. 323-30. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasil. 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional do Plano de Reorganização da Atenção Hipertensão arterial - HA e ao Diabetes mellitus - DM. Brasil. 2001

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus. Brasil. 2002

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

GUIDONI, C. M., OLIVERA , C. M. X., FREITAS, O., PEREIRA, L. R. O. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. vol. 45, n. 1, jan./mar., 2009.

GUIMARAES, Fernanda Pontin de Mattos; TAKAYANAGUI, Angela Maria Magosso. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 15, n. 1, p. 37-44, Jan. 2002

LYRA, Ruy et al . Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 50, n. 2, p. 239-249. Abr. 2006 .

MAIA, Clícia Adriana S.; CAMPOS, Carlos Alberto H. de. Diabetes Mellitus como causa de perda auditiva. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo , v. 71, n. 2, p. 208-214, Apr. 2005

OLIVEIRA, I.C.; ROCHA, R. M.; CUTOLO, L. R. A. Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro , v. 36, n. 4, p. 574-580, dez. 2012 .

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE Padre Paraíso. SIAB/Sistema de informação da Atenção Básica, 2013. Acesso em: Março, 2014.

© Sociedad brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2016

SOUZA, F. L. D. CHACUR, E. P., RABELO, M. R.G., GUIMARÃES, M. R., SILVA, L. A. M., VILLELA, W. Implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: percepção do usuário. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 233-240, abr./jun. Rio de Janeiro. 2013.

TOSCANO, 2004, p. 886.

WHO. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. 1999.