

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

YUNIEL CÁCERES PAZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DO
DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE VÁRZEA BONITA,
MUNICÍPIO DE JANUÁRIA- MINAS GERAIS**

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2016**

YUNIEL CÁCERES PAZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DO
DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE VÁRZEA BONITA,
MUNICÍPIO DE JANUÁRIA- MINAS GERAIS**

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.

Orientador: Profa. Rebeca dos Santos Duarte Rosa

**MONTES CLAROS - MINAS GERAIS
2016**

YUNIEL CÁCERES PAZ

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DO
DIABETES MELLITUS NA COMUNIDADE VÁRZEA BONITA,
MUNICÍPIO DE JANUÁRIA- MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Profa. Rebeca dos Santos Duarte Rosa - Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 10/08/2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

À comunidade que me acolheu.

À equipe de saúde, que compartilhou comigo da realização deste trabalho.

A minha família por sua compreensão e apoio para a realização desta nova experiência em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha equipe pela ajuda.

À Coordenação de Atenção Básica pelo apoio.

A minha orientadora pelo seu interesse.

Meu objetivo é aprender, aperfeiçoar meus conhecimentos pessoais e profissionais, e crescer

Patrícia Torres

RESUMO

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis representam um importante problema de saúde pública, pois são a primeira causa de morte no país. O diabetes mellitus conjuntamente com a Hipertensão Arterial Sistêmica, constituem os mais importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações para o controle da diabetes mellitus, uma vez que, através de uma equipe multidisciplinar, há atuação na promoção e manutenção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a comunidade. O problema mais relevante na Estratégia de Saúde da Família de Várzea Bonita é a elevada frequência de Diabetes Mellitus. Este trabalho apresenta como objetivo elaborar plano de intervenção para o enfrentamento da diabetes mellitus na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Várzea Bonita, Município de Januária- MG. Utilizou-se o Método do Planejamento Estratégico Situacional e foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Regional de Medicina. Ao final da intervenção, espera-se que seja minimizada a prevalência de diabetes mellitus e ocorra a melhoria da qualidade de vida dos portadores destes agravos na área adscrita da Estratégia Saúde da Família.

Descritores: Hipertensão. Diabetes Mellitus. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

In Brazil, chronic diseases represent a major public health problem, because they are the leading cause of death in the country. Diabetes mellitus in conjunction with systemic hypertension are the most important risk factors for cardiovascular disease. In this context, the Family Health Strategy is configured as a key element in the development of actions for the control of diabetes mellitus, since, through a multidisciplinary team's performance in the promotion and maintenance of health, prevention, recovery and rehabilitation of more frequent diseases and injuries, and establishing links commitment and responsibility to the community. The most important problem in Bonita Lowland Family Health Strategy is the high frequency of diabetes mellitus. This work has as objective to elaborate action plan to combat the diabetes mellitus in the area covered by the Health Strategy Bonita Lowland Family, City of Januária- MG. We used the Strategic Planning Method Situational and a literature review on the subject based on electronic data of virtual libraries as Scientific Electronic Library Online and Regional Library of Medicine was held. At the end of the intervention, it is expected to be minimized the prevalence of diabetes and occurs to improve the quality of life of patients of these diseases in the area enrolled in the Family Health Strategy.

Keywords: Hypertension. Diabetes Mellitus. Health Strategy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde.

BIREME: Biblioteca Regional de Medicina

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

COPASA: Companhia de Saneamento de Minas Gerais.

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

DM: Diabetes Mellitus.

ESF: Equipe de Saúde da Família.

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica.

PES: Planejamento Estratégico Situacional.

SciELO: Scientific Electronic Library Online.

SIAB: Sistema informação de Atenção Básica.

UBS: Unidade Básica de Saúde.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Pirâmide etária	13
Figura 2 - Árvore explicativa do problema identificado na ESF, 2014	24
Quadro 1 - Priorização dos Problemas.....	22
Quadro 2 - Distribuição dos pacientes diabéticos da ESF Várzea Bonita.....	25
Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” Processo de trabalho.....	27
Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” População pouco informada.....	28

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
4 MÉTODOS.....	18
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	32

1 INTRODUÇÃO

Januária é um município brasileiro do estado de Minas Gerais situado na região do Médio São Francisco, distante 603 km da capital do estado. Conta com uma população de 67.875 habitantes, sendo a 3ª cidade em população geral do Norte de Minas, e também a 54ª maior do estado com uma área da unidade territorial de 6.661,66 km². A Densidade demográfica é de 9,83 (hab/km²). (IBGE, 2015).

É considerada uma cidade universitária e conta com quatro universidades. Sua economia concentra-se na agricultura, na pecuária e nos serviços gerais. É uma das principais cidades do Norte de Minas, sendo cidade-polo da microrregião do alto médio São Francisco. Como meios de comunicação, o município tem várias rádios e um canal de TV. (JANUARIA,2015)

O município se situa às margens do rio São Francisco, que oferece excelentes praias fluviais temporárias, pesca, cachoeiras, destacando-se também grutas de formação calcária, com algumas pinturas rupestres. (JANUARIA,2015)

O município busca o seu desenvolvimento na prestação de serviços, no artesanato, na produção da cachaça de alta qualidade, no extrativismo de frutos e essências do cerrado, e, principalmente, no incremento da atividade turística. (JANUARIA,2015)

Januária conta com uma infraestrutura de cidade de porte médio, onde conta com um Hospital Regional, Superintendência Regional de Ensino, Gerência Regional de Saúde, Pelotão do Corpo de Bombeiros, Polícia Civil, Polícia Militar, Estação de Tratamento de Água, estação de tratamento de esgoto, Aeroporto, Rodoviária, Habitações Populares, Condomínios, Parque de exposição, Supermercados, Hipermercado, Academias para terceira idade, Estádio Monte Castelo. A cidade tem 68 bairros, divididos em quatro regiões: Sul, Norte, Leste, Oeste (IBGE, 2015).

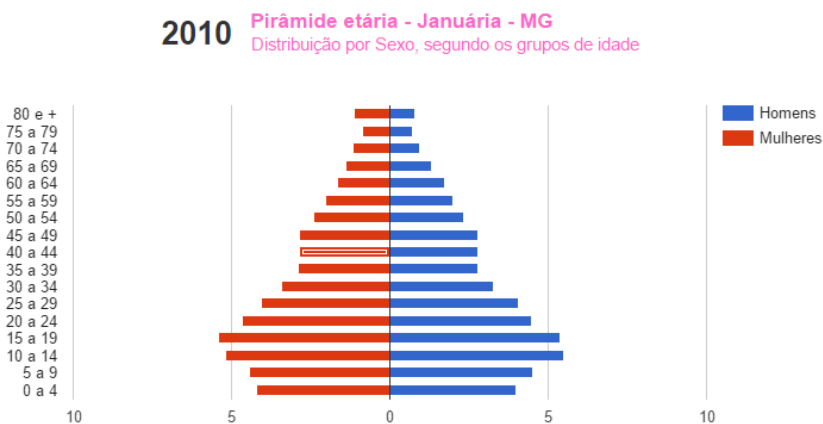
Dentro dos aspectos socioeconômicos apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,699, classificado como médio. A taxa de urbanização é de 56,48, a renda média familiar de R\$ 354,94 *per capita* (2010) e 53% da população tem abastecimento de água tratada (PNUD, 2010).

Januária é um dos municípios de maior extensão territorial de Minas Gerais. A área urbana é privilegiada pela proximidade do São Francisco, e a população é abastecida por companhia de saneamento de Minas Gerais que iniciou a operação do sistema do município no ano de 1971, capta água diretamente do rio e faz o tratamento tornando-a potável para assim distribuir com índice de atendimento de 97,57 % por toda rede urbana (IBGE, 2015).

O sistema público de esgotamento sanitário da sede é operado pela companhia de saneamento de Minas Gerais (COPASA), sendo o índice de atendimento de 47% para coleta e de 17,82% para tratamento, com capacidade de tratamento de 50l/s. (IBGE, 2015).

A população de Januária é jovem, sendo a faixa etária mais prevalente entre 15 a 19 anos com predomínio do sexo masculino.

Figura 1- Pirâmide etária da população de Januária em 2010 com distinção por sexo, 2010.



Fonte: PNUD, IPEA e FJP, 2015.

O Conselho Municipal de Saúde é paritário com representantes do governo, dos trabalhadores, dos usuários através dos diversos setores da sociedade. Tem caráter deliberativo e fiscalizador. Além das Conferências Municipais de Saúde, onde a

participação popular ajuda a construir e fortalecer as políticas públicas de saúde do município, a gestão utiliza de outros instrumentos de avaliação da satisfação dos usuários como, por exemplo, reuniões com funcionários, caixas de sugestões e reuniões em parceria com outras secretarias em todas as comunidades rurais. Realizando-se as reuniões uma vez por mês (BRASIL, 2007).

A estrutura do sistema de saúde do município de Januária é composta por 27 estabelecimentos de saúde. Há um Hospital Municipal e um Pronto Atendimento municipal, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de referência da Atenção Primária e 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS), duas unidades na atenção secundária (BRASIL, 2014).

Dentre estas unidades, localiza-se a equipe de saúde da família (ESF) de Várzea Bonita com horário de atendimento de 8 horas/dia. A unidade dispõe de sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com 40hs com contrato de trabalho por prazo determinado, um enfermeiro e um técnico de enfermagem, 40 horas, estatutários e um médico de saúde da família, 40 horas, bolsista.

Na área de abrangência da ESF residem 423 famílias e 2973 habitantes sendo que 45,3% são alfabetizado e 35,6% estão empregados. As pessoas que moram na área de abrangência buscam o seu sustento na prestação de serviços, na construção e no extrativismo de frutos e essências do cerrado (BRASIL, 2014).

Na comunidade da Várzea há duas escolas, uma creche, seis igrejas, além de outras pequenas instituições que ofertam outros serviços à referida comunidade. Conta também com uma associação de agricultores. A comunidade tem serviços básicos como luz elétrica oferecida por a CEMIG, água oferecida por COPASA e serviço de telefonia fixa.

A ESF ocupa-se quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (maior parte) e a alguns programas como saúde bucal, pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento a crianças desnutridas. Além disso, existem grupos de homens e de mulheres, de caminhadas e realiza

visitas domiciliares. Esta equipe faz reunião mensal com todos seus integrantes para avaliar o seu processo de trabalho.

A equipe atua com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. A Estratégia Saúde da Família apresenta como um dos propósitos, incorporar a família, bem como seu ambiente físico e social como objeto das ações em saúde (DUNCAN *et al.*, 2012)

Apesar do pouco tempo de atividade na ESF, percebe-se que existem pontos que devem ser melhorados em relação à abordagem dos problemas de saúde mais prevalentes na população. Entre os problemas identificados no diagnóstico situacional a equipe destacou:

- Alto índice de doenças crônica não transmissível (Diabetes Mellitus).
- Alto índice de gestantes adolescentes.
- Alto índice de doenças mentais com abuso de psicofármacos.
- Carência de saneamento básico (esgotamento sanitário muito deficiente).
- Baixo índice de emprego.

Após considerar a importância, urgência e capacidade de enfrentamento, a equipe estabeleceu a classificação dos problemas para definir o de maior relevância. O enfrentamento deficiente a diabetes mellitus foi selecionado como problema prioritário para intervenção.

2 JUSTIFICATIVA

O diabetes mellitus constitui um problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, e está associada a elevada morbidade e mortalidade devido às complicações que surgem em seu curso (SAMPAIO, 2010).

Nas consultas que foram feitas, as principais causas de aparecimento das descompensações causadas pela diabetes mellitus e suas complicações foram baseadas nos fatores de risco e nas ações necessárias quanto ao correto controle.

A alta prevalência de descompensações dos pacientes com diabetes mellitus na comunidade, o grande número de paciente com níveis de glicose não controlada e os riscos de complicações aumentados e suas consequências justificam a realização desse trabalho.

A equipe participou da análise dos problemas levantados e considerou que a nível local existem recursos humanos e materiais para fazer um projeto de intervenção, portanto, a proposta é viável.

3 OBJETIVO

Elaborar plano de intervenção para enfrentamento do diabetes mellitus na área de abrangência da ESF Várzea Bonita, Município de Januária- MG.

4 METODOLOGIA

Para a realização deste trabalho foi desenvolvido um plano de intervenção utilizando o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme definido módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde citados por Campos; Faria; Santos (2010). O plano proposto de intervenção foi feito para o enfrentamento das descompensações dos Diabetes Mellitus.

Além disto, foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema com base em dados eletrônicos de bibliotecas virtuais como SciELO (Scientific Eletronic Library Online) e BIREME (Biblioteca Regional de Medicina) .

Como critérios de inclusão foram adotados artigos publicados no idioma português e inglês entre os anos 2008 a 2015 com os seguintes descritores:

Hipertensão.

Diabetes Mellitus.

Estratégia Saúde da Família

5 REFERENCIAL TEÓRICO

O diabetes mellitus (DM) é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025. O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes. São 13,7 milhões de pessoas, e muitas ainda nem foram diagnosticadas. Além do fator genético, o diabetes é uma doença totalmente ligada ao estilo de vida adotado pelo indivíduo. Uma pessoa com alimentação desequilibrada, rica em gorduras, carboidratos, açúcares e produtos industrializados e pobres em vegetais, legumes e frutas tem mais propensão a desenvolver o diabetes. Além disto, o sedentarismo, obesidade e tabagismo também são fatores de risco e, juntos, contribuem para o aparecimento da doença. (COELHO, 2008).

O DM e a hipertensão apresentam alta incidência e baixas taxas de controle no Brasil e são considerados os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Destaca-se que portadores destes agravos quando não realizam acompanhamento adequado com uso de medicações, realização periódica de exames, além da prática de hábitos alimentares saudáveis e exercício físico estão susceptíveis a complicações (BRASIL, 2007).

Pode-se perceber que nas últimas décadas, registrou-se no Brasil e em muitos outros países mudanças relevantes e significativas no perfil de mortalidade da população, evidenciadas pelo aumento de óbitos devido às Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), com um grande destaque para a DM. Tal padrão de mortalidade está relacionado com mudanças no modo de viver das pessoas, decorrentes do processo de urbanização e do avanço tecnológico que contribuíram para a transição epidemiológica (BRASIL, 2007).

Ao compreender o assunto das DCNT com caráter crônico, progressivo e silencioso, fica evidente que o cliente deve ser acompanhado pelo serviço de saúde periodicamente, embora, muitas vezes, possa parecer saudável. Tal acompanhamento se faz indispensável para a identificação de fatores de risco e a

possibilidade de se atuar sobre eles, além de minimizar as complicações dos agravos já diagnosticados (COELHO, 2008).

Tudo isso indica a importância de ações de prevenção e controle da doença para melhoria da qualidade de vida, sempre visando à diminuição das complicações e óbitos dela decorrentes. Por isso, a abordagem da DM constitui também um desafio para profissionais de saúde, autoridades públicas, bem como para indivíduos hipertensos (SAMPAIO, 2010).

A prevenção e controle da DM no Brasil é um desafio. A implantação da ESF trouxe um ganho significativo na abordagem dessa patologia. No entanto, a minimização dos fatores de risco ainda é algo a ser trabalhado de maneira interdisciplinar (SAMPAIO, 2010).

É importante destacar que apenas as medidas farmacológicas são insuficientes para o adequado controle da DM, sendo necessárias intervenções que favoreçam o autocuidado dos indivíduos e suas famílias (DUNCAN *et al.*, 2012).

A literatura sugere que estabelecer um processo de educação permanente com os profissionais de Atenção Básica possibilita a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas (PIANCASTELLI; SPIRITO; FLISCH, 2013).

Vale lembrar que HAS e DM são afecções silenciosas, isto é, as alterações vão progredindo sem a manifestação de sinais e sintomas. Normalmente são diagnosticadas quando já há importantes modificações no organismo. Outros sim, são moléstias previsíveis quanto ao surgimento e, em alguns casos, controláveis, permitindo que as pessoas acometidas possam ter qualidade de vida e menores possibilidades de complicações e redução da gravidade. Portanto, são processos que podem se desenvolver ao longo da vida do sujeito e surgirem, ano a ano, mais pessoas em diferentes graus de morbidade, tornando-se um problema de saúde pública. As ações, nesse âmbito, incluem mudanças no estilo de vida e

tratamento farmacológico, entre outros, e a educação em saúde torna-se ferramenta para o ensino às pessoas e seus familiares, viabilizando a socialização de informações e orientações. (BRASIL, 2006).

Boa parte da população não conhece a abordagem da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados, até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável. Fatores indicativos de maior risco são idade maior de 45 anos, sobre peso com IMC maior de 25, obesidade abdominal, antecedente familiar, hipertensão arterial, colesterol e triglicérides alterados, história de macrossomia e diabetes gestacional, diagnóstico prévio de rins policísticos, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida (BRASIL, 2006).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Descrição do problema

Para descrição do problema prioritário, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo sistema de informação de atenção básica (SIAB) e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas por agentes comunitários de saúde conforme demonstrados no quadro 1.

Quadro 1- Distribuição dos pacientes diabéticos da ESF Várzea Bonita

ACS	PC	P DM	P DMd	PI DMc
1	396	45	12	23
2	387	32	9	13
3	384	33	12	21
4	462	52	10	32
5	467	45	19	7
6	153	49	22	27
7	424	68	13	45
Total	2973	324	97	187

Legenda:

PC- Pacientes cadastrados

P DM- Pacientes diabéticos cadastrados

P DM d- Pacientes idosos diabéticos cadastrados

PI DMc- Pacientes idosos diabéticos cadastrados controlados.

Foram consideradas variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco associados ao desenvolvimento de descompensações de doenças diabetes mellitus, número de pacientes diabéticos, número de pacientes controlados, não adesão ao tratamento e fatores de risco como: tabagismo, obesidade e dislipidemia. Os

indicadores selecionados podem dar uma ideia da eficácia de ações que precisam ser feitas. Houve diferenças entre as informações contidas no sistema de cuidados básicos e a realidade na área da saúde.

Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou os dados de pacientes diabéticos cadastrados, descompensados ou não.

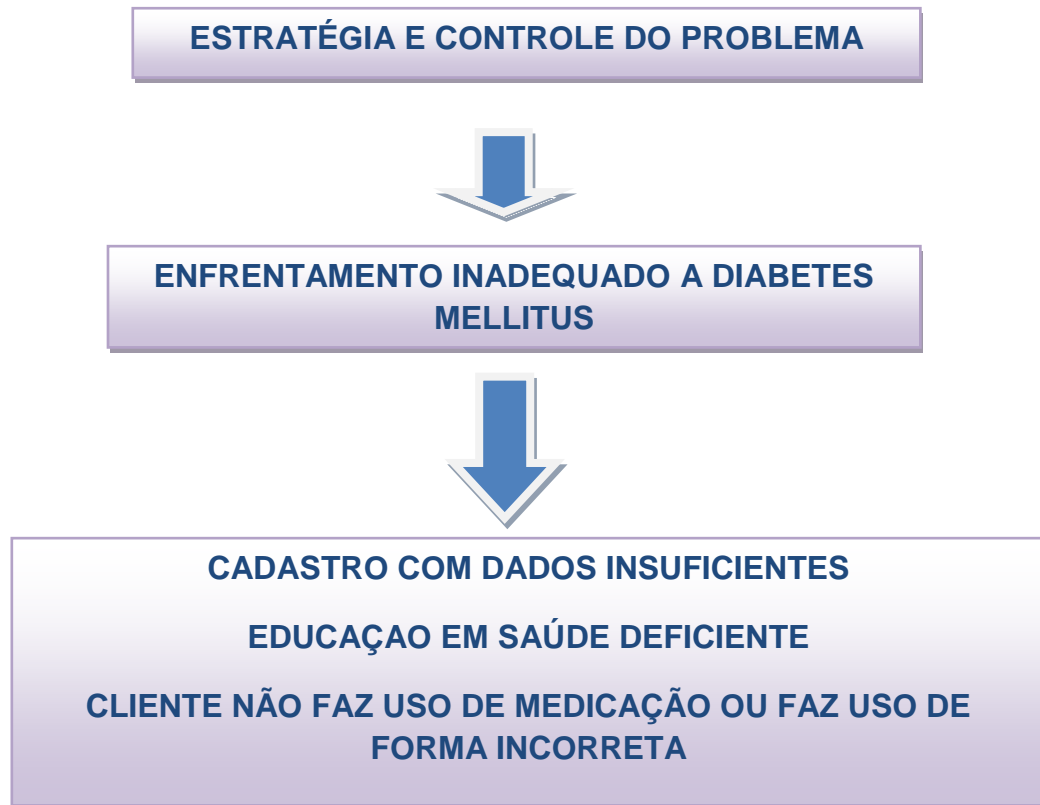
Na contextualização do problema, identificamos que vários fatores influenciam a alta prevalência dessas doenças, sobretudo sua correta identificação. Verificou-se que o cadastro das famílias não descrevia os dados necessários para o acompanhamento adequado das pessoas. Tal situação incorria no fato do usuário não ter atendimento específico na unidade de saúde, levando-o ao uso inadequado da medicação e acompanhamento insuficiente, sem realização dos exames complementares.

Além disso, evidenciou-se que há, por parte dos usuários, falta de informações sobre a doença, como importância de seu tratamento, as mudanças no estilo de vida, incluindo alimentação saudável e atividade física. O alto índice de doenças crônicas afeta diretamente a comunidade de Várzea Bonita principalmente o diabetes mellitus já que cerca de 50% da população adulta que padece dessa doença.

Destaca-se também a ausência de realização de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe, baixo nível de informação da população em relação à DM, alta rotatividade de profissionais na equipe e equipe de saúde incompleta.

Levando em consideração de que uma ESF não dispõe de recursos suficientes para reduzir todas as causas dos problemas identificados de uma vez, podemos citar dentro as causas mais frequentes: não realização de ações de promoção da saúde e prevenção por parte da equipe, baixo nível de informação da população em relação a diabetes, não uso adequado de medicações (Figura 2).

Figura 2 - Árvore explicativa do problema identificado na ESF, 2014.



Desse modo, está clara a necessidade de um plano de ação que favoreça a minimização da prevalência de DM na área adscrita da ESF.

Identificação dos problemas

Após a identificação dos principais problemas, foi necessário priorizar os mais importantes. Para tal, foram utilizados os seguintes critérios: importância do problema; urgência e capacidade do grupo para enfrentá-lo. A seleção dos problemas foi feita através da análise dos pontos obtidos, conforme evidenciado no quadro 2.

Quadro 2 - Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alto índice de doenças crônica não transmissível Diabetes Mellitus.	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de gestantes adolescentes	Alta	6	Parcial	2
Altos índices de doenças mentais com abuso de psicofármacos.	Alta	5	Parcial	4
Saneamento básico (esgotamento sanitário muito deficiente)	Alta	6	Parcial	3

Seleção do Problema

Elaborando uma primeira aproximação ao diagnóstico situacional de minha área de abrangência, e considerando a distribuição dos pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está dentro, fora ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto, e numerando os problemas por ordem de prioridade, a equipe escolheu a o Alto índice de diabetes mellitus na população como problema prioritário.

Caracterização do problema

Doenças não transmissíveis como o DM, compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados à globalização e à urbanização. O controle dos fatores de risco como o tabagismo, o sedentarismo, a má alimentação e o uso excessivo de álcool se torna mais crítico, tendo em conta que, por exemplo, de 45% a 50% das pessoas com diabetes não sabem que têm a doença. Isso significa que faleceram principalmente por complicações da diabetes. Além disso, muitos pacientes

desconhecem as principais complicações da doença, a influência dos fatores de riscos no seu controle, a importância da adesão ao tratamento, o cumprimento da dieta, o controle do peso e prática de exercício físico, a importância do acompanhamento do paciente por parte de equipe, a baixa percepção do risco, praticando hábitos e estilos de vida pouco saudável que incrementam a presença de fatores de riscos e doenças crônicas que ajudam a falta de controle, o não cumprimento de protocolos de tratamentos: (uso de muitos medicamentos, às vezes com dosagem insuficiente), pouca aderência ao tratamento pelo o paciente, alguns são iletrados, moram só, incapacitados e que pode interferir nas condutas para o tratamento.

Explicação do problema. Dentro do Momento Explicativo, tratando a tentativa de explicação da realidade do problema e considerando o alto impacto sobre os fatos que revelam sua existência e os sintomas que o manifestam (Vetor de Descrição do Problema); o centro prático de ação, ou seja, deve-se poder agir de modo prático, efetivo e direto sobre a causa; e o centro oportuno de ação política durante o período do plano, foram selecionados os **``nós críticos``** do problema prioritário: o baixo nível de conhecimento dos fatores de risco, a estrutura dos serviços de saúde e o processo de trabalho da equipe de saúde com predomínio do modelo assistencial, constituindo-se assim o Árvore do Problema.

É preciso ampliar o acesso da população aos recursos e aos serviços das Unidades Básicas de Saúde: a utilização dos serviços e dos recursos de Saúde nem sempre ocorrem de forma que quem mais precisa consiga acesso. Frequentemente, pessoas com menores riscos à saúde têm número de consultas considerado maior que o necessário para o adequado acompanhamento de suas condições crônicas de saúde, enquanto outras com maiores riscos e vulnerabilidade não conseguem acesso ao cuidado.

Além disso, é necessário buscar maior qualidade da atenção à saúde, ou seja, maior capacidade dos serviços em responder de forma efetiva as necessidades de saúde, no momento em que as pessoas precisam. Refere-se, ainda, à abordagem integral do indivíduo (todos os sistemas fisiológicos, bem como os aspectos psicológicos, e contexto familiar e social)

Identificação dos nós críticos. A partir das informações dos prontuários individuais dos pacientes cadastrados no PSF, os dados aportados pelos agentes comunitários de saúde e, além disso, foram utilizados dados SIAB. Assim foram identificados os seguintes nós críticos:

- Processo de trabalho da equipe com orientações inadequadas para as pessoas com fatores de risco.
- Dificuldades da população na compreensão dos fatores de risco/ educação baixa em saúde.

A descrição das operações em relação aos Nós críticos são apresentados nos quadros 3 e 4.

Quadro 3 - Operações sobre o “nó crítico 1” processo de trabalho.

Nó crítico 1	Processo de trabalho da equipe de Saúde da família inadequado para enfrentar o problema
Operação	Estabelecer práticas para busca e identificação precoce e ativa dos fatores de riscos.
Projeto	Trabalhando com o diabético.
Resultados esperados	Identificar e acompanhar no mínimo 70% das pessoas com fatores de risco para DM.
Produtos esperados	Linha de cuidado para pacientes com risco de Diabetes Mellitus. Protocolos implantados. Recursos Humanos capacitados. Regulação implantada. Gestão da linha de cuidado implantada.
Atores sociais/ responsabilidades	Amostra de população e a equipe Laranja.
Recursos necessários	Político – articulação entre os setores da saúde e adesão dos profissionais Cognitivo-Elaboração de projeto de linha de cuidado e de protocolo Financeiros – recursos necessários para a estruturação do serviço (custeio e equipamentos) Organizacional-Adequação de fluxos (referência e contrarreferência)
Recursos críticos	Político- articulação entre os setores assistenciais da saúde
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentação o projeto para a coordenação municipal da atenção primária à saúde. Recursos humanos capacitados
Responsáveis:	Yuniel Caceres Paz e Coordenador de atenção Primária.
Cronograma / Prazo	Linha de cuidado para pacientes com risco de Diabetes Mellitus. Início:junho 2015 e término: agosto 2015 Protocolos implantados: Setembro 2015 Recursos Humanos capacitados: outubro 2015 Regulação implantada: início: novembro 2015 e término: janeiro 2016 Gestão da linha de cuidado implantada: início: fevereiro 2016 e

	término: abril 2016
Gestão, acompanhamento e avaliação.	<p>Linha de cuidado para pacientes com risco de Diabetes Mellitus elaborado.</p> <p>Protocolos implantados. Editados.</p> <p>Recursos Humanos capacitados</p> <p>Regulação implantada. Em discussão.</p> <p>Gestão da linha de cuidado implantada. Em processamento.</p>

Quadro 4 - Operações sobre o “nó crítico 2” população pouco informada

Nó crítico 2	População pouco informada.
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre Diabetes.
Projeto	Saiba mas sobre Diabetes Mellitus.
Resultados esperados	<p>Oferecer informação a população sobre a Diabetes Mellitus através de organização de grupos operativos pelos integrantes da equipe, utilizando recursos interativos, dinâmicos, multimídia para chamar a atenção dos usuários, escutar o que eles sabem a respeito da doença e fornecer todas as informações importantes para melhorar a adesão ao tratamento.</p> <p>Realizar os grupos operativos com datas fixas semanalmente, palestras em comunidades. Durante as visitas domiciliares monitorizar o uso adequado do tratamento. Durante reuniões com comunidades e líderes trabalhar a promoção de saúde.</p>
Produtos esperados	Avaliação de nível de informação da população. Campanha educativa na rádio local. Capacitação dos agentes comunitários de saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	População, setores sociais e a equipe.
Recursos necessários	<p>Político - conseguir o espaço de difusão por automóveis falantes.</p> <p>Financeiro – para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, esfigmomanômetros para técnicos de enfermagem e glicosímetro.</p> <p>Cognitivo-Conhecimentos sobre estratégias de comunicação e pedagógicas</p> <p>Organizacional-Organizar agenda</p>
Recursos críticos	<p>Político- conseguir espaço na divulgação local.</p> <p>Financeiro- para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: setor de comunicação social</p> <p>Motivação: indiferente</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Apresentar projeto</p> <p>Apoio das associações</p>
Responsáveis:	Yuniel Caceres Paz
Cronograma / Prazo	<p>Avaliação de nível de informação da população. Início: junho 2015 e término: setembro 2015.</p> <p>Campanha educativa na rádio local. Início: outubro 2015 e término: dezembro 2015.</p> <p>Capacitação dos agentes comunitários de saúde: Início em janeiro 2015 e término Abril 2015</p>
Gestão,	Avaliação de nível de informação da população. Determinado

acompanhamento e avaliação	Campanha educativa na radio local. Sensibilizados. Capacitação dos agentes comunitários de saúde. Capacitados.
-----------------------------------	---

Destacam-se algumas ações e condutas que devem fazer parte do trabalho de nossa equipe a fim garantir o fortalecimento do vínculo, a garantia do cuidado e que foram trabalhadas nos projetos supracitados. São elas:

- Oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa.
- Encorajar relação paciente – equipe colaborativa, com participação ativa do paciente na consulta;
- criar oportunidades para que o paciente expresse suas dúvidas e preocupações,
- respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado.
- Avaliar periodicamente ou estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar levando em consideração o fato de portar uma doença crônica.
- Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com a concordância previa do paciente.
- Promover e incentivar atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares em grupos o individualmente levando em consideração aspectos culturais e psicossociais com ênfase no empoderamento e na autonomia no paciente para seu autocuidado.
- Lembrar que educar não e só informar.
- Envolver os pacientes nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes na unidade.
- Promover a educação profissional permanente sobre Diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado.

O monitoramento e avaliação são considerados úteis na melhoria da qualidade dos serviços e devem ser um processo critico e reflexivo. Portanto, fizemos uma análise sistemática e periódica das informações e indicadores de saúde da população

juntamente com a equipe, visando observar se as atividades e ações estão sendo executadas adequadamente e os resultados esperados alcançados.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este plano de ação espera-se mudar a forma e estilo de vida da população adscrita a minha UBS para resolver o problema prioritário elencado pela equipe e garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo uma melhor comunicação entre os planejadores e executores.

Buscou-se ainda enfrentar os problemas de maneira mais sistemática onde é fundamental que a equipe acompanhe cada passo do processo e os resultados das ações implementadas para garantir a qualidade de seu trabalho.

O trabalho em equipe é uma forma de desenvolver atividades em grupo com todos os membros tendo o mesmo objetivo ou finalidade, ou seja, melhorar a qualidade e a efetividade das atividades da equipe de saúde da família.

Isso se torna fundamental, visto que as atividades são articuladas e pensadas coletivamente melhorando assim, a assistência a ser oferecida ao usuário.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Censo 2014**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 11 jul. 2015.

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

COELHO, J.S. **Construindo a participação social no SUS**: um constante repensar em busca de equidade e transformação. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. 2008, 44p.

DUNCAN, B. B. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dec. 2012.

JANUÁRIA. Relatório de Gestão - Prefeitura de Januária / Secretaria Municipal de Januária, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades**. 2015. <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313520>>. Acesso em: outubro de 2015

PIANCASTELLI, C. H.; SPIRITO, G. C. D.; FLISCH, T. M. P. **Saúde do Adulto**. 2 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2013. 183p

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Relatório do Desenvolvimento Humano Brasil 2009/2010. Disponível em: http://www.pnud.org.br/HDR/Relatorios-Desenvolvimento-Humano-Brasil.aspx?indiceAccordion=2&li=li_RDHBrasil

SAMPAIO, L. R. Avaliação Nutricional e Envelhecimento. **Revista Nutrição**, Campinas. v. 12, n. 12, p. 15 – 22, 2010.