

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE**

JUCIVÂNIA VALDENICE DA SILVA

**REDUÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR
DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DE FLORESTA - PE**

RECIFE

2011

JUCIVÂNIA VALDENICE DA SILVA

**REDUÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR DIABETES MELLITUS NO
MUNICÍPIO DE FLORESTA - PE**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde.

Orientador: Wallacy Milton do Nascimento Feitosa

RECIFE
2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S586r Silva, Jucivânia Valdenice da.

Redução do Número de Internações por Diabetes Mellitus no Município de Floresta – PE. / Jucivânia Valdenice da Silva. - Recife: J. V. Silva, 2011.

26 p.

Plano de intervenção (Especialista em Gestão de sistemas e serviços de saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

Orientador: Wallacy Milton do Nascimento Feitosa.

1. Vigilância em saúde. 2. Situação de riscos. 3. Vulnerabilidade. 4. Saúde pública. I. Feitosa, Wallacy Milton do Nascimento. II. Título.

CDU 614.39

JUCIVÂNIA VALDENICE DA SILVA

**REDUÇÃO DO NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR DIABETES MELLITUS NO
MUNICÍPIO DE FLORESTA - PE**

Plano de Intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde Pública, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços em Saúde.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Wallacy Milton do Nascimento Feitosa
ASCES

Prof. Dr. Rafael da Silveira Moreira
CPqAM/Fiocruz/PE

AGRADECIMENTOS

A **Deus** pelo dom da vida e por me guiar com inteligência para chegar até aqui.

A minha mãe **Valdenice Maria da Silva** e avó **Maria Lucinda da Silva** por estar sempre presente me dando todo apoio necessário para a realização do meu sonho.

Ao meu filho **Lucas Erik** por ser minha fonte de força para seguir em frente em busca dos meus ideais e dele.

Ao meu orientador **Wallacy M. N. Feitosa**, por me compreender neste momento difícil e pelos ensinamentos.

Ao secretário do Curso **Semente**, pela atenção, disponibilidade e cuidado em todo período do curso.

Aos professores pela oportunidade de amadurecimento e crescimento profissional por serem um importante referencial na minha formação.

Aos meus amigos por estarem presentes quando necessitei, nas angustias e felicidades, colaborando durante todo curso.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho.

SILVA, Jucivânia Valdenice da. **Redução do Número de Internações por Diabetes Mellitus no Município de Floresta – PE.** Plano de Intervenção (curso de especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo. O plano de intervenção visa possibilitar uma maior compreensão a respeito da influência dos hábitos alimentares no perfil nutricional bem como da prevalência de patologias em indivíduos atendidos em ambulatórios públicos municipais de nutrição. Este plano tem como principal objetivo reduzir o número de internamentos por complicações/ agravos do Diabetes Mellitus em pacientes atendidos no Hospital Álvaro Ferraz – Floresta/ PE. Despertando nos gestores e outros profissionais um olhar mais atento para as questões abordadas neste plano, afim de estimular novos estudos, ações e intervenções para com a saúde da população.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Prevenção, Internações, Saúde Pública.

SILVA, Jucivânia of Valdenice. **Reducing the Number of Hospitalizations for Diabetes Mellitus in the City of Woodland - PE.** Intervention Plan (specialization course in systems management and health services) - Aggeu Magalhães Research Center, Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is configured as a global epidemic today, translating into major challenge to health systems worldwide. An aging population, increasing urbanization and the adoption of unhealthy lifestyles such as physical inactivity, poor diet and obesity are largely responsible for the increased incidence and prevalence of diabetes around the world. The intervention plan aims to enable a greater understanding about the influence of diet on nutritional status and the prevalence of diseases in individuals treated in outpatient municipal nutrition. This plan's main objective is to reduce the number of hospitalizations for complications / injuries Diabetes mellitus in patients treated at Hospital Álvaro Ferraz - Forest / PE. Awakening in managers and other professionals a closer look into the issues addressed in this plan, in order to stimulate new studies, actions and interventions for the health of the population.

Keywords: Diabetes Mellitus, Prevention, Hospitalization, Public Health

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	JUSTIFICATIVA	10
3	MARCO TEÓRICO - CONCEITUAL	11
4	OBJETIVOS.....	15
4.1	Objetivo Geral	15
4.2	Objetivos Específicos	15
5	DIRETRIZES	16
6	METAS.....	17
7	ESTRATÉGIAS	18
8	PLANO OPERATIVO PARA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO	19
8.1	Período de estudo	19
8.2	Área de estudo	19
8.3	População	19
8.4	Atividades necessárias para construção do Plano de Intervenção	19
9	ASPECTOS OPERACIONAIS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO	20
9.1	Cronograma das atividades	20
9.2	Recursos Humanos	20
9.3	Recursos Materiais/Equipamentos	20
9.4	Orçamento	21
10	VIABILIDADE	22
11	RESULTADOS ESPERADOS	23
12	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24

1 INTRODUÇÃO

Modificações no perfil de morbidade e de mortalidade vêm ocorrendo nos países em desenvolvimento, dentre eles, o Brasil (CASTRO et al, 2004). Nesse sentido, tem-se observado um grande aumento das doenças crônicas não – transmissíveis (DCNT), sendo consideradas atualmente um importante problema de saúde pública (MONTEIRO et al, 2000).

Estima – se que as DCNT são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% da carga global de doenças, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

O aumento da expectativa de vida média e o envelhecimento populacional aumentam a probabilidade de acometimento das doenças crônicas não-transmissíveis DCNT, normalmente associadas com alterações do estilo de vida (PINHEIRO et al, 2004).

A obesidade destaca- se entre os fatores de risco que contribuem para o aparecimento das DCNT.

Definida como uma enfermidade crônica, a obesidade é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura e que representa um comprometimento da saúde, esta associada a outras condições, como dislipidemia, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HAS) e hipertrofia ventricular esquerda todos conhecidos como fatores de risco coronariano (WHO, 2004). A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso (BRASIL, 2006).

Santos em 2011 definiu o DM como uma condição crônica de saúde que exige cuidados permanentes para seu controle. Esses cuidados estão relacionados aos aspectos nutricionais, ao incremento da atividade física regular, uso de terapêutica medicamentosa e auto monitorização da glicemia capilar no domicílio, entre outros. Para instituir e manter esses cuidados de modo sistemático é necessário o apoio de uma equipe multiprofissional capacitada e insumos para favorecer um melhor controle metabólico.

Para o alcance de um bom controle metabólico, a pessoa com DM necessita introduzir mudanças nos hábitos de vida. Essa é uma tarefa difícil e deve levar em consideração alguns fatores que se encontram intimamente entrelaçados com as questões instrumentais e comportamentais. Tais fatores reportam-se a um conjunto de influências interpessoais familiares e de pares, e que se encontram alicerçados em crenças e valores que interferem na motivação e na capacidade da pessoa enfrentar a sua doença e buscar soluções para controlá-la. Assim, é importante entender os padrões individuais de resposta da pessoa com diabetes,

bem como de sua família em relação aos seus sentimentos, angústias, ansiedades, conflitos e necessidades (SANTOS et al, 2005).

O tratamento da pessoa com diabetes tem como finalidade obter um adequado controle metabólico e deve abranger um programa de educação continuada, modificações no estilo de vida, que incluem aumento da atividade física, reorganização dos hábitos alimentares, abolição do tabagismo e, se necessário, uso de medicamentos (SILVA et al, 2006). No entanto, as dificuldades do usuário em utilizar a medicação prescrita, seguir rigorosamente o planejamento alimentar recomendado ou modificar seu estilo de vida, de acordo com as orientações da equipe multiprofissional, é um problema sempre presente na prática clínica (FARIA et al, 2009).

Tendo em vista a complexidade da doença e do tratamento e de acordo com o que se pode observar na prática clínica, o DM é considerado um problema de importância crescente em saúde pública. Além de afetar a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas, o DM envolve altos custos para manutenção do tratamento e prevenção e/ou tratamento de complicações crônicas e agudas

Segundo um estudo realizado com o objetivo de descrever as hospitalizações por DM no Brasil, no período de 1999 e 2001, foi possível observar que o número de internações por DM é elevado e possui diferenças regionais (ROSA et al, 2007). Dessa forma, os custos em saúde aumentam e se encontram relacionados à alta taxa de permanência hospitalar da pessoa com diabetes e também à gravidade das complicações, que muitas vezes demandam procedimentos de alta complexidade.

Torna-se evidente, também, a necessidade de empenho de lideranças do governo e gestores de saúde na criação de mecanismos que minimizem o aparecimento, bem como o agravamento da doença (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2003). Esses esforços devem ser direcionados tanto à reorganização da atenção à pessoa com diabetes quanto ao provimento de insumos necessários para o controle da doença, com o intuito de reduzir os custos advindos da não detecção precoce e das complicações relacionadas à falta de controle metabólico no DM (OLIVEIRA et al, 2007).

Dada a necessidade de proporcionar um serviço de atenção à pessoa com diabetes de elevada qualidade e de racionalizar custos, políticas públicas têm sido instituídas no contexto brasileiro. Dentre as políticas de saúde, o fornecimento de insumos para melhor acompanhamento das pessoas acometidas pelo DM é uma estratégia que está em fase de consolidação pelo SUS (SANTOS et al, 2011).

2 JUSTIFICATIVA

A transição nutricional que se desencadeia em esfera global nas últimas décadas, coloca em debate as temáticas sobre obesidade e doenças crônicas não transmissíveis, causas e conseqüências destes distúrbios.

O plano visa possibilitar uma maior compreensão a respeito da influência dos hábitos alimentares no perfil nutricional bem como da prevalência de patologias em indivíduos atendidos em ambulatórios públicos municipais de nutrição.

Torna-se cada vez mais urgente refletir-mos sobre a importância de mudanças nos hábitos alimentares, adequando qualidade e quantidade dos alimentos e atividade física.

As mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida e o envelhecimento da população têm contribuído para o crescente aumento na incidência das doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil e no mundo. Apesar dos esforços empreendidos pelas várias organizações nacionais e internacionais em ações preventivas, milhões de pessoas no mundo são acometidas por essas doenças. Seu tratamento é complexo e demanda ações conjuntas dos vários profissionais da área da saúde. A terapia nutricional é parte fundamental do tratamento, pois contribui para a prevenção das complicações, diminuição de internamentos e para manutenção da condição nutricional e da qualidade de vida.

A implantação do programa proposto nesse plano é de grande relevância visto que beneficiará não só a gestão municipal com a diminuição dos custos com internações e investimento em promoção e prevenção da saúde, como também com aperfeiçoamento profissional e aos pacientes com qualidade de vida.

3 MARCO TEÓRICO - CONCEITUAL

O Diabetes Mellitus (DM) configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes em todo o mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025. No Brasil em 2010 estima-se que tenha alcançado o número de 10 milhões de pessoas. Um indicador macroeconômico a ser considerado é que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso impacta de forma muito negativa devido à morbimortalidade precoce que atinge pessoas ainda em plena vida produtiva, onera a previdência social e contribui para a continuidade do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social.

As conseqüências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são 4 milhões de mortes por ano relativas ao DM e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total. O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

O maior custo, entretanto recai sobre os portadores, suas famílias, seus amigos e comunidade: o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2; os adultos com diabetes têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna.

No Brasil, o DM junto com a HAS, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para

prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados.

Neste contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência que estão impulsionando a epidemia de diabetes, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade. Por sua vez, o Ministério da Saúde implementa diversas estratégias de saúde pública, economicamente eficazes, para prevenir o Diabetes e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade.

O diabetes é comum e de incidência crescente. Estima-se que, em 1995, atingia 4,0% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará a cifra de 5,4%. A maior parte desse aumento se dará em países em desenvolvimento, acentuando-se, nesses países, o padrão atual de concentração de casos na faixa etária de 45-64 anos.

No Brasil, no final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Essa prevalência variava de 3% a 17% entre as faixas de 30-39 e de 60-69 anos. A prevalência da tolerância à glicose diminuída era igualmente de 8%, variando de 6 a 11% entre as mesmas faixas etárias.

Hoje estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (IBGE 2004).

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade, com perda importante na qualidade de vida. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular.

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao diabetes variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O diabetes representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbi-mortalidade na população brasileira, segundo Silva (2008), a HAS e o DM representam um dos principais fatores de risco para o agravamento desse cenário, por estar relacionada ao surgimento de outras doenças crônicas não transmissíveis, que trazem repercussões negativas para a qualidade de vida.

Brito e Volp (2008), afirmam que DM é o nome de um respectivo grupo de disfunções crônicas que interrompe o modo com que o organismo aproveita os alimentos para fabricar a energia necessária para a vida, o qual é uma modificação no metabolismo dos carboidratos (açúcar e amido), que também altera lipídeos e proteínas. Sendo assim, há duas formas principais de diabete (Tipo 1 e Tipo 2), bem como estados de intolerância à glicose, diabete gestacional e diabete causada por doenças pancreáticas.

Visando um acompanhamento constante, e devido ao aumento dos agravos em pacientes portadores de doenças cardiovasculares, foi criado em 2002, um Plano de Reorganização da Atenção à HAS e DM, sendo este, denominado Hiperdia. Este programa objetiva atacar a fundo estes agravos, estabelecendo metas e diretrizes para ampliar ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e controle dessas patologias, através da reorganização do trabalho de atenção à saúde, das unidades da rede básica dos Serviços de Saúde/Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002).

Promover saúde é educar para a autonomia como construído por Paulo Freire (2009), é tocar nas diferentes dimensões humanas, é considerar a afetividade, a amorosidade e a capacidade criadora e a busca da felicidade como igualmente relevantes e como indissociáveis das demais dimensões. Por isso, a promoção da saúde é vivencial e é colada ao sentido de viver e aos saberes acumulados tanto pela ciência quanto pelas tradições culturais locais e universais.

A promoção da saúde trabalha a mobilização comunitária. Mobilização que tenta romper o individualismo que se tornou uma das principais características das sociedades modernas. Neste espaço atua no fortalecimento da ação comunitária, compartilhando os saberes técnicos e saberes populares e criando condições para a construção de estratégias que têm se mostrado eficazes na abordagem dos problemas de saúde. Mobilização que se posiciona a favor da vida e se conecta aos movimentos globais a favor do desenvolvimento humano.

A promoção da saúde busca construir espaços saudáveis. As noções prevalentes de progresso vêm estimulando ataques permanentes ao meio ambiente: rios, mares, terra, floresta, ar, mangues. Além disso, os ambientes de trabalho muitas vezes não estão adequados

às condições mínimas de salubridade e convivência; nos ambientes escolares há dificuldades de se conter a violência, persiste o desrespeito às diferenças e há pouca integração entre a escola e comunidade. O estímulo à construção de espaços saudáveis, pensando o espaço enquanto território vivo como na concepção de Milton Santos (2002), favorece suas potencialidades na implementação de qualidade de vida.

A promoção da saúde propõe o desafio de reorientar os serviços de saúde a superar a fragmentação do assistir a doença, e irem em direção a perspectiva da atenção integral às pessoas em suas necessidades, numa relação dialógica do cuidar/ser cuidado, do ensinar/aprender. Traz os serviços a reflexão de que necessitam participar ativamente das soluções dos problemas de saúde levantados conjuntamente com as comunidades (BRASIL, 2002).

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

- ✓ Reduzir o número de internamentos por complicações/ agravos do Diabetes Mellitus em pacientes atendidos no Hospital Álvaro Ferraz – Floresta/ PE

4.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar nos pacientes pesquisados (atendidos) os principais fatores de risco para a descompensação do DM.
- ✓ Cadastrar todos os pacientes a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos, usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado no hospital e para planejar ou reformular as ações em saúde.
- ✓ Promover a educação profissional permanente sobre DM na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado.
- ✓ Incentivar atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu auto-cuidado.

5 DIRETRIZES

Este projeto terá como principal diretriz, a promoção e prevenção da saúde, na tentativa de garantir a efetividade dos profissionais envolvidos no cuidado e usuários na participação da formulação das políticas de saúde no município de Floresta/PE.

Estimular o uso das informações produzidas para reorganização das ações desenvolvidas na saúde.

Estimular a adoção de praticas bem sucedidas dos trabalhos realizados nos diversos setores da secretaria de saúde.

6 METAS

Este plano de intervenção destaca como metas:

- ✓ Reduzir em 20% o índice de internações no Hospital Álvaro Ferraz por DM.
- ✓ Cadastrar 100% dos diabéticos atendidos no ambulatório do Centro de Saúde no Programa Hiperdia.
- ✓ Realizar bimestralmente educação continuada englobando os diversos profissionais envolvidos nos cuidados com o diabético.
- ✓ Desenvolver atividades intersetoriais e multidisciplinares mensalmente, abordando educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente.

7 ESTRATÉGIAS

- ✓ Solicitar junto à secretaria de saúde municipal um funcionário específico para alimentar o sistema do HIPERDIA.
- ✓ Estruturar a sala do ambulatório de nutrição para o melhor acolhimento do paciente.
- ✓ Realizar formação continuada com o tema “Diabetes como cuidar” para os Agentes Comunitário de Saúde – ACS, técnicos de enfermagem e enfermeiros das Unidades de Saúde da Família – USF.
- ✓ Desenvolver atividades de prevenção da doença com o grupo de convivência de idosos.
- ✓ Elaborar panfletos para divulgação dos cuidados para prevenção.
- ✓ Articular junto aos profissionais médicos do centro de saúde ações para o funcionamento do HIPERDIA.

8 PLANO OPERATIVO PARA A CONTRUÇÃO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

8.1 Período do estudo

O período para a execução das atividades e sua previsão são nos meses de janeiro a junho de 2012.

8.2 Área de estudo

O Hospital Municipal Álvaro Ferraz em Floresta/PE.

8.3 População

A equipe do Hospital constituída por técnicos em enfermagem e enfermeiros e das Unidade de Saúde da Família por Agentes Comunitário de Saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

8.4 Atividades necessárias para a construção do Plano de Intervenção

As atividades serão realizadas de acordo com as estratégias definidas neste plano seguindo uma programação definida pelo cronograma.

9 ASPECTOS OPERACIONAIS PARA ELABORAÇÃO DO PLANO

9.1 Cronograma das atividades

Atividade	Meses/2011						Meses/2012					
	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun
Revisão de Literatura	X	X										
Elaboração do plano		X	X									
Redação final do plano				X	X							
Apresentação do plano						X						
Diagnóstico situacional							X					
Identificar/ Cadastrar os pacientes							X	X				
Apresentar aos gestores o plano									X			
Capacitar os profissionais									X		X	
Realizar oficinas com pacientes										X	X	X
Avaliar a realização do plano												X

Fonte: autora, 2011

9.2 Recursos Humanos

- ✓ Contarei com a colaboração das equipes do hospital e USF, uma nutricionista convidada e o pessoal do Núcleo de Promoção a Saúde.

9.3 Recursos Materiais/Equipamentos

- ✓ Computador;
- ✓ Pirâmide alimentar;
- ✓ Balanças;
- ✓ Fitas métrica;
- ✓ Jalecos;
- ✓ Data- show;
- ✓ Fichas e carteiras para cadastro;
- ✓ Impressões de panfletos;

- ✓ Jornal de anuncio de supermercado (reciclado);
- ✓ Revistas (doador).

9.2 Orçamento

Item	Produto	Quantidade	Valor unit.	Valor total
1.	Impressão de ficha	500 unid	R\$ 0,10	R\$ 50,00
2.	Impressão de carteira	500 unid	R\$ 0,10	R\$ 50,00
3.	Impressão de panfleto	1000 unid	R\$ 0,30	R\$ 300,00
4.	Computador	01unid	R\$ 1.500,00	R\$ 1.500,00
5.	Pirâmide alimentar	02 unid	R\$ 190,00	R\$ 380,00
6.	Balança	02 unid	R\$ 120,00	R\$ 240,00
7.	Fita métrica	04 unid	R\$ 18,00	R\$ 72,00
8.	Jaleco	02 unid	R\$ 35,00	R\$ 70,00
9.	Data-show	01 unid	R\$ 1.600,00	R\$ 1.600,00
Total				R\$ 3.262,00

Fonte: autora, 2011

10 VIABILIDADE

A viabilidade desse plano está garantida pela priorização do Diabetes como problema de saúde pública por todos os níveis de governo e pela promoção e prevenção da saúde.

A sustentabilidade das ações do plano está orçada no Piso de Atenção Básica (PAB) que consiste em um montante de recursos financeiros federais destinados à viabilização de ações de Atenção Básica à saúde e compõe o Teto Financeiro do Bloco Atenção Básica. O PAB é composto de uma parte fixa (PAB fixo) destinada a todos os municípios e de uma parte variável (PAB variável) que consiste em montante de recursos financeiros destinados a estimular a implantação das seguintes estratégias nacionais de reorganização do modelo de atenção à saúde: Saúde da Família – SF; Agentes Comunitários de Saúde – ACS; Saúde Bucal – SB; Compensação de Especificidades Regionais; Saúde Indígena – SI; e Saúde no Sistema Penitenciário. Os repasses dos recursos dos PABs fixo e variável aos municípios são efetuados em conta aberta especificamente para essa finalidade, com o objetivo de facilitar o acompanhamento pelos Conselhos de Saúde no âmbito dos municípios, dos estados e do Distrito Federal.

Regra financeira do PAB fixo

É distribuído um valor de R\$ 10 a R\$ 18 por habitante do município.

As ações financiadas com esses recursos são:

- ✓ consultas médicas em especialidades básicas;
- ✓ atendimento odontológico básico;
- ✓ atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior e nível médio;
- ✓ visita e atendimento ambulatorial e domiciliar do Programa de Saúde da Família (PSF);
- ✓ vacinação;
- ✓ atividades educativas a grupos da comunidade;
- ✓ assistência pré-natal e ao parto domiciliar;
- ✓ atividades de planejamento familiar;
- ✓ pequenas cirurgias;
- ✓ atividades dos agentes comunitários de saúde;
- ✓ pronto atendimento em unidade básica de saúde.

11 RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Contribuir para o cumprimento do que está pactuado no Plano Municipal de Saúde reduzindo o número de internações.
- ✓ Alcançar os 100% de pacientes cadastrados no HIPERDIA.
- ✓ Formar profissionais de saúde comprometidos no cuidado com o paciente.
- ✓ Promover as atividades de educação em saúde com os pacientes e população gradativamente.
- ✓ Despertar nos gestores e outros profissionais um olhar mais atento para as questões abordadas neste plano, afim de estimular novos estudos, ações e intervenções para com a saúde da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, R. B; BARCELÓ, A; MACHADO, C. A. Campanha nacional de detecção de casos suspeitos de diabetes mellitus no Brasil: relatório preliminar. **Rev. Panam. Salud Publica.** v. 10, n. 5, p. 5-30, 2001.

BRASIL. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de Reorganização da Atenção Básica à Hipertensão arterial e do Diabetes mellitus: **Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus/**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade. **Série Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, 2006; n.12, p.1-110. Disponível em:
<<http://nutricao.saude.gov.br/documentos/docobesidade.pdf>>. Acesso em: 12 de março de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

BRITO, C. J; VOLP, A. C. P. Nutrição, Atividades Físicas e Diabetes. 2008. Universidade Federal de Viçosa. Brasil. **Revista Digital Buenos Aires:** n. 3, p. 119. Abr 2011.

CASTRO, L. C. V; et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. **Rev. Nutr.** 2004; v.17, n.3, p. 369-77.

FARIA, H. T. G et al. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. **Acta Paul. Enferm.** v. 22, n. 5, p. 612-7, 2009.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 39ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional do Brasil:** Pesquisa de Orçamentos Familiares 2000-2003. Rio de Janeiro, 2004.

MONTEIRO, C. A; MONDINI, L.; COSTA, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). **Rev. Saúde Pública.** v. 34 n.3, p. 251-8, Junho 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial.** Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde; 2003.

OLIVEIRA, S. L. C; LUNARDI FILHO, W. D. AIDS e Diabetes mellitus versus justiça distributiva no sistema público de saúde. **Rev Bras Enferm.** v. 57, n. 6, p. 750-3, 2004.

PINHEIRO, A. R. O; FREITAS S. F. T; CORSO A.C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr.** v.17, n.4, p.523-33, 2004.

ROSA, R. S et al. Internações por Diabetes Mellitus como diagnóstico principal na Rede Pública do Brasil, 1999-2001. **Rev. Bras. Epidemiol,** v.10, n. 4, p. 465-78, 2007.

SANTOS, E. C. B et al. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2011, v. .64, n.5, pp. 952-957. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000500023>>. Acesso em: 18 jul. 2011.

SANTOS, E. C. B et al.. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e seu principal cuidador. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** v. 13, n. 3, p. 397-406, 2005.

SANTOS, Milton. **O Espaço do Cidadão,** São Paulo/SP: Ed. Nobel, 2002

SILVA, D. G. V et al. Pessoas com Diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. **Rev Bras Enferm.** v. 59, n. 3, p. 297-302, 2006.

SILVA, M. E. As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial: **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 61, n.4, jul/ago. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n4/17.pdf> 6>. Acesso em: 17 mar. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Building blocks for tobacco control: a handbook.** Geneva, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Health Report 2002.** Reducing risks, promoting healthy life. Geneva, 2002