



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**KARLY MICHELLE NERIS RODRIGUES**

**DIABETES MELLITUS: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADAPTAÇÃO  
NA ALIMENTAÇÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS**

**FORTALEZA**  
**2019**

**KARLY MICHELLE NERIS RODRIGUES**

**DIABETES MELLITUS: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADAPTAÇÃO NA  
ALIMENTAÇÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup> Juliana Noronha da Silva

**FORTALEZA**

**2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

R613d Rodrigues, Karly.

DIABETES MELLITUS: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADAPTAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS: DIABETES MELLITUS: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADAPTAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS / Karly Rodrigues. – 2019.  
28 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2019.  
Orientação: Prof. Me. Juliana Noronha da Silva.

1. Diabetes Mellitus. 2. Alimentação. 3. Equipe saúde da família. I. Título.

---

CDD 362.1

## **DIABETES MELLITUS: PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA ADAPTAÇÃO NA ALIMENTAÇÃO DOS PACIENTES DIABÉTICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 02/08/2019

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> ROSANA DE JESUS SANTOS MARTINS

---

Prof<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> THAIANE COELHO DOS SANTOS

## **RESUMO**

O presente estudo discutirá a problemática da adesão a alimentação adequada de pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que são atendidos pela Equipe de Saúde da Família Baías, povoado pertencente a cidade de Viana no estado do Maranhão. O objetivo deste trabalho é elaborar um projeto de intervenção para adequação da alimentação da população que é assistida pela UBS Baías com o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Trata-se de um estudo exploratório, realizado a partir de referências bibliográficas relacionadas com o assunto. Posteriormente serão apontados resultados de um acompanhamento que será realizado quinzenalmente nos meses de janeiro a março de 2019, com 20 pacientes diagnósticos com Diabetes Mellitus. Serão avaliados pela coleta do HGT uma vez por semana e no momento da verificação os pacientes receberão orientação quanto aos alimentos e exercícios adequados para cada um deles. Para o sucesso das operações desenhadas é essencial o acompanhamento da realização das atividades, não sendo suficiente somente um plano de ação bem formulado sem ter a garantia de recursos para pôr em prática os planos de ação. Neste trabalho demonstrou-se que apesar da fundamental importância da atitude cooperativa do usuário com DM e sua família, a equipe de saúde deve identificar os obstáculos que predisõem à resistência para adesão ao tratamento. Evidenciou-se também que a criação de vínculo proposta como um dos princípios do trabalho dos profissionais que atuam na ESF poderá ser decisivo no apoio para adaptar-se com mais qualidade aos novos hábitos de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus, Alimentação, Equipe saúde da família.

## **ABSTRACT**

The present study will discuss the problem of adherence to adequate diet of patients diagnosed with Diabetes Mellitus (DM) who are attended by the Baías Family Health Team, a town located in the city of Viana in the state of Maranhão. The objective of this work is to elaborate an intervention project to adequately feed the population that is assisted by UBS Baías with the diagnosis of Diabetes Mellitus. This is an exploratory study, based on bibliographical references related to the subject. Subsequently, results of a follow-up will be indicated, which will be held every two weeks from January to March 2019, with 20 patients diagnosed with Diabetes Mellitus. They will be evaluated by the HGT collection once a week and at the time of the verification the patients will receive adequate food guidance and exercises for each one. Monitoring is essential for the success of the designed operations. It is not enough to have a well-formulated action plan and to guarantee the availability of the resources demanded. In this study, it was demonstrated that despite the fundamental importance of the cooperative attitude of the user with DM and his / her family, the health team must identify the obstacles that predispose to resistance to adherence to treatment. It was also shown that the creation of a link proposed as one of the principles of the work of professionals working in the FHT can be decisive in the support to adapt to the new habits of life with better quality.

Keywords: Diabetes Mellitus, Food, Family health team.

## SUMÁRIO

|                                |    |
|--------------------------------|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b>            | 7  |
| <b>2 PROBLEMA</b>              | 8  |
| <b>3 JUSTIFICATIVA</b>         | 9  |
| <b>4 OBJETIVOS</b>             | 10 |
| 4.1 OBJETIVO GERAL             | 10 |
| 4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS      | 10 |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA</b> | 11 |
| <b>6 METODOLOGIA</b>           | 16 |
| <b>7 RESULTADOS ESPERADOS</b>  | 17 |
| <b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>  | 26 |
| <b>REFERENCIAS</b>             | 27 |

## 1 INTRODUÇÃO

O presente estudo discutirá a problemática da adesão a alimentação adequada de pacientes diagnosticados com Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que são atendidos pela Equipe de Saúde da Família Baías, povoado pertencente a cidade de Viana no estado do Maranhão.

Para uma definição breve sobre o diabetes mellitus (DM) Valle et al (2000) apontam como sendo uma doença de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina bem como da incapacidade desta de exercer adequadamente seus efeitos, resultando em resistência à insulina. Caracteriza-se pela presença de hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, obesidade abdominal, hipertensão arterial e disfunção endotelial. O conjunto desses fatores pode elevar o risco de desenvolver outras comorbidades, tais como doenças cardiovasculares.

Observamos atualmente no quadro do Brasil o aumento na prevalência de DM tipo 2 (DM2) devido ao envelhecimento populacional, à crescente prevalência de obesidade, a fatores relacionados ao estilo de vida, além de modificações no consumo alimentar. Nota-se baixa frequência de alimentos ricos em fibras, tais como frutas e hortaliças, aumento da proporção de gorduras saturadas e açúcares da dieta. Artigos têm demonstrado que mudanças na alimentação em pacientes portadores de DM2, tais como consumo de alimentos com baixo índice glicêmico e ricos em fibras alimentares, induzem menor aumento nos níveis séricos de glicose e insulina no período pós-prandial (Dall et al., 2008).

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (2010), a obesidade tem sido considerada a mais importante desordem nutricional nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, esse agravo possivelmente atinge 10% da população destes países. A educação em diabetes cumpre importante papel na prevenção e em suas complicações. Programas de educação enfatizam a importância do autocuidado e orientam as pessoas com diabetes a melhorar seu controle glicêmico. Tais medidas melhoram o controle glicêmico, reduzem as complicações e, portanto, representam benefícios econômicos tanto a curto quanto a longo prazo.

## 2 PROBLEMA

Quais os efeitos de um programa de conscientização da alimentação adequada a portadores de Diabetes Mellitus?

Fica cada vez mais evidente que a incidência de diabetes mellitus no mundo cresce de forma alarmante. Em 1985, o número de adultos diabéticos, a nível mundial, chegava a 30 milhões, avançando no ano de 1995 para 135 milhões. Em 2002, já alcançava 173 milhões de pessoas, e a previsão para 2030 é que esses números possam chegar à casa dos 300 milhões.

No Brasil, ao final da década de 1980, relatava-se que 8,0% da população entre 30 e 69 anos, residente em regiões metropolitanas, era diabética. Em 2005, estimava-se que 11,0% dos que tinham 40 anos ou mais eram acometidos pela doença, o que correspondia a cerca de cinco milhões e meio de pessoas, de acordo com a população brasileira estimada pelo IBGE no respectivo ano.

No caso do diabetes, sabe-se das dificuldades encontradas pelos indivíduos para aderir ao tratamento da doença, e da influência de fatores como baixo nível de escolaridade, crenças, não aceitação da doença, entre outros, que podem impedir o indivíduo de adotar mudanças necessárias para cuidar de sua saúde.

É evidente que um programa de educação precisa oferecer orientação mediante ações associadas a estratégias de apoio emocional, oportunidades para interação social, valorização pessoal, resgate do prazer sensorial da alimentação, manejo do estresse e estímulo para a reconquista do apoio familiar. Além disso, mais do que apenas ouvir as orientações dos profissionais de saúde, necessitam que se lhes ofereça a oportunidade de expressar seus sentimentos, organizar seus pensamentos e refletir sobre sua realidade de seus problemas, reunindo recursos para alterar a situação limitadora, isto é, transformando-lhes de beneficiárias passivos em agentes do seu próprio cuidado.



### 3 JUSTIFICATIVA

Dentre as inúmeras doenças enfocadas no nível de problemas alarmantes na saúde pública observa-se que o DM é um importante e crescente problema de saúde mundial, independentemente do grau de desenvolvimento do país, tanto em termos de números de pessoas afetadas, incapacitadas, mortalidade prematura, como dos custos envolvidos no controle e tratamento de suas complicações. É a quarta causa de morte no mundo e uma das doenças crônicas mais frequentes.

Ficando assim evidente a relevância do presente projeto de intervenção que se propõe trabalhar para que pessoas com DM e seus familiares sejam inseridos em programas de educação alimentar, tão logo conhecido o diagnóstico. Uma vez que tal ação deve-se constituir como parte integrante do processo de conscientização do autocuidado e da manutenção da independência funcional.

Com este intuito, pretende-se realizar atividades educacionais, como grupos operativos, oficinas e palestras, considerando como premissa básica, a necessidade de se construir coletiva e reflexivamente ações que objetivem alterações em hábitos fortemente arraigados e influenciados por questões psicológicas, econômicas, sociais e culturais, como é o caso da alimentação. Os trabalhos educativos fornecem informações, conhecimentos, consciência crítica de grande notoriedade a respeito do estado de saúde, por meio do entendimento da enfermidade e assim as pessoas serão capazes de fazerem suas próprias escolhas e usando-as a seu favor.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GERAL

Elaborar um projeto de intervenção para adequação da alimentação da população que é assistida pela UBS Baías com o diagnóstico de Diabetes Mellitus.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar a literatura sobre o tema Diabetes Mellitus;
- Realizar palestras educativas sobre alimentação;
- Criar grupos de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA);
- Orientar junto a nutricionistas quais alimentos são permitidos para portadores de DM;
- Organizar modelo educativo com os grupos de diabéticos.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

No diabetes mellitus (DM) há a dificuldade ou inexistência da produção de insulina necessária para o organismo. O efeito do diabetes não controlado é a hiperglicemia.

Brito e Volp (2008) asseguram que DM é o nome dado ao grupo de disfunções crônicas que impossibilitam o organismo de processar e aproveitar aproveitada os alimentos com vistas a fabricação de energia necessária para a vida. Há, portanto, mudanças no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. No que diz respeito a classificação, tem-se duas formas principais de diabetes denominadas de Tipo 1 (DM1) e Tipo 2 (DM2). Associam-se a essas formas os estados de intolerância à glicose, o diabetes gestacional e o diabetes originado por doenças pancreáticas.

Sob o ponto de vista de saúde pública, o alto custo associado ao cuidado de pessoas com doenças crônicas como o DM é uma das questões mais urgentes a serem resolvidas em todo o mundo. As consequências humanas, sociais e econômicas relacionadas ao DM são devastadoras, sendo a doença responsável direta ou indiretamente por aproximadamente 4 milhões de mortes por ano, o que representa 9% da mortalidade mundial total (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008). A expectativa de vida é reduzida em média em cinco a sete anos em pacientes com DM2.

Os adultos com DM têm risco maior, duas a quatro vezes, de doença cardiovascular (DCV) em comparação com os não diabéticos, doença vascular periférica e acidente vascular cerebral (BRASIL, 2006). Essas complicações são responsáveis por 65% da mortalidade por DM e fazem do DM a sétima maior causa de morte nos Estados Unidos. O DM é também a causa mais comum de amputações não traumáticas de membros inferiores, cegueira irreversível e doença renal crônica (BRASIL, 2006; DALL et al., 2008).

Embora o risco de desenvolver DM2 ao longo da vida seja alto, nossa capacidade em prever e prevenir o DM2 na população em geral ainda é limitada. Além disso, a efetividade da detecção precoce por meio de rastreamento em massa de indivíduos assintomáticos ainda não foi definitivamente comprovada (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

Contudo, o DM preenche critérios bem estabelecidos para condições nas quais a detecção precoce é apropriada: é uma doença comum, com prevalência crescente, impõe grande carga aos serviços de saúde, é de fácil diagnóstico, e medidas efetivas para a prevenção de suas complicações podem ser tomadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

As metas de prevenção do diabetes são retardar o aparecimento da doença, preservando a função das células beta, e prevenir ou retardar complicações micro e macrovasculares. Os indivíduos comprovadamente com maior risco de desenvolvimento de diabetes incluem aqueles com glicemia de jejum alterada (GJA) e tolerância diminuída à glicose (TDG), fases pré-clínicas da doença, e especialmente aqueles com GJA e TDG combinadas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

O diabetes atinge comumente a população brasileira de forma silenciosa sendo que, cerca de 30% da população acometida pela doença não sabe que a possui ou não faz o tratamento corretamente por falta de motivação ou recursos. Sabe-se que quando o tratamento é feito de forma correta, menores serão as complicações e maior será a qualidade de vida do paciente (Pontieri, F. M.; Bachion, 2010).

O tratamento do diabetes possui regras complexas muitas vezes difíceis de serem seguidas, porém, verifica-se na literatura que quando o paciente possui conhecimento substancial sobre a doença e de todos os aspectos que a envolvem, a probabilidade de aderir às recomendações do tratamento aumenta (Dall'alba, Azevedo, 2010).

### **A atenção ao diabetes mellitus na equipe de saúde da família**

A Atenção Básica (AB) ou Atenção Primária em Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2006).

A APS é a porta de entrada dos indivíduos, das famílias e da comunidade ao sistema de saúde, o primeiro nível de contato com o serviço de

saúde. Uma abordagem que serve de base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde. Atenta-se aos problemas mais comuns da comunidade, oferecendo serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar.

Atualmente, a Estratégia Saúde da Família (ESF), que faz parte da APS, busca reverter a forma atual de assistência à saúde centrada no tratamento e cura da doença, mas sobretudo visa a promoção da saúde e da qualidade de vida, intervindo nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 2006; BRASIL, 2008; SOUSA, 2009). A ESF vem sendo considerada um novo modelo organizacional e assistencial, em substituição ao modelo biomédico e hegemônico.

A ESF constituiu-se de novos saberes e práticas de saúde, assim como a regulação e normatização dos processos de trabalho, capazes de contribuir para a resolutividade e a integralidade das intervenções sanitárias no SUS (BRASIL, 2006). A ESF com ênfase na promoção da saúde, diferencia sua estratégia de cuidado, pautada no modo de agir dos profissionais e na produção social de saúde.

O trabalho dos profissionais está associado ao saber e técnicas científicas à valorização e o cuidado humanizado do indivíduo, não focado somente na doença, mas na saúde, no indivíduo e sua família, no contexto social e epidemiológico.

Esta forma de pensar em saúde vem acompanhando as mudanças e revoluções pelas quais a saúde no Brasil tem passado, considerando aqui o modelo biomédico e hegemônico, o modelo biopsicosocial e por fim, o modelo de resultados. Este último modelo, não está centralizado na identificação dos mecanismos causadores, mas nos determinantes dos resultados da intervenção, a prática baseada em evidências (RIBEIRO, 2007).

Em 2001, a Secretaria de Políticas Públicas do Ministério da Saúde, e as Secretarias de Saúde dos estados e municípios lançaram o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, tendo em vista que o vínculo entre os portadores de diabetes e as unidades de saúde da atenção básica se dava de forma bastante precária. Constituíram-se como diretrizes, de acordo com a Portaria n.º 235/GM de 20 de fevereiro de 2001, o aperfeiçoamento do sistema de programação, aquisição e distribuição de

insumos estratégicos para a garantia da resolubilidade da atenção aos portadores; a intensificação e articulação de iniciativas existentes no campo da promoção da saúde; e a definição de um elenco mínimo de informações sobre a ocorrência desses agravos, em conformidade com os sistemas de informação em saúde (BRASIL, 2001b).

Em 2002, foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte do Plano de reorganização da atenção e com base, ainda, na Política Nacional de Medicamentos. Apesar de toda a mobilização, em atividades que se estenderam desde campanhas para o rastreamento da população diabética até a formulação de programas de capacitação para profissionais da atenção básica, estudos recentes de impacto demonstraram alguns problemas relacionados à estratégia utilizada, dentre as quais se destacaram: a dificuldade de confirmação diagnóstica dos casos suspeitos além de uma baixa vinculação dos casos diagnosticados às unidades básicas de saúde. Assim, se constituem como obstáculos, além da complexidade da patologia, a fragilidade das rotinas no âmbito da atenção básica frente ao incremento dessas doenças no quadro epidemiológico brasileiro (BRASIL, 2004).

Estudo sobre autocuidado no diabetes mostrou que as dificuldades na adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos podem ser minimizadas através da forma em que os profissionais de saúde se comunicam com os doentes, e que características pessoais dos mesmos devem ser levadas em conta. Isto difere da maneira tradicional de comunicação, baseada em uma relação desigual, na qual o médico assume a condição de detentor do conhecimento e o transmite ao paciente que acaba se sentindo incapaz de opinar no seu procedimento de cura e obrigado a obedecer a orientações mesmo sem ter condições de realizá-las. O mesmo estudo mostra opções para uma maior participação do doente no seu tratamento, que seria a “potência de ação coletiva”, que depende da interação de um grupo cujo objetivo é produzir, trocar e utilizar conhecimentos sobre a patologia e seu tratamento (CYRINO, 2009).

Há muito se considera que a modificação do estilo de vida para o controle de fatores de risco modificáveis, como alimentação, sedentarismo,

tabagismo, dislipidemias, obesidade, pressão arterial, entre outros, é base do tratamento e controle das doenças cardiovasculares.

Especialmente em relação à dieta, vários estudos têm enfatizado sua associação com o controle de fatores de risco para as doenças arteriais coronarianas e, portanto, com a prevenção e controle das mesmas. Para tanto, os processos educativos são tidos como a chave nas intervenções preventivas no âmbito coletivo, particularmente aqueles que têm evoluído de uma relação emissor-receptor para uma comunicação em que o profissional de saúde compartilha seus conhecimentos e o receptor passa de uma atitude passiva para outra ativa e responsável (ARÁUZ et al., 2001).

A educação alimentar e nutricional entendida como um campo da educação em saúde comporta em sua concepção os mesmos referenciais da educação em saúde. Para Boog (2004), a educação nutricional, assim como todos os processos educativos inerentes ao ser humano, ocorre no cotidiano social, ao longo da existência das pessoas, no esforço que elas fazem para responder aos desafios cotidianos. Mas pode também se dar por intermédio de ações de instrução e ensino planejadas por pessoas capacitadas para tal fim.

No âmbito das políticas públicas, o impacto da morbimortalidade cardiovascular na população brasileira impõe que o Sistema de Saúde garanta, no espaço político-operacional, o acompanhamento e a assistência sistemática dos indivíduos identificados como portadores desses agravos. Isso nos remete ao que tem sido considerado o grande desafio do SUS: reorientar as práticas de atenção à saúde, garantindo às pessoas o acesso universal, integral e equânime a uma rede de serviços resolutivos (BARRETO e CARMO, 2007).

## **6 METODOLOGIA**

### **6. 1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo exploratório, realizado a partir de referências bibliográficas relacionados com o assunto. Posteriormente será apontado resultados de um acompanhamento que será realizado quinzenalmente nos meses de janeiro à março de 2019, com 20 pacientes diagnósticos com Diabetes Mellitus. Serão avaliados pela coleta do HGT uma vez por semana e no momento da verificação os pacientes receberão orientação quanto aos alimentos e exercícios adequados para cada um deles.

### **6. 2 Critérios de inclusão e exclusão**

Para inclusão dos artigos, foram considerados os seguintes critérios: artigos originais e dissertações que apresentaram ações e/ou estratégias para melhorar a qualidade de vida de pacientes diabéticos, redigidos no idioma português e inglês, publicados a partir do ano de 2015 e disponíveis na íntegra *online*. Serão escolhidos 20 pacientes que passam por consulta médica e já tem o diagnóstico de Diabetes Mellitus, os mesmos serão informados sobre o estudo que estará sendo realizado e será garantido total sigilo de dados pessoais. A forma de escolha será aleatória e conforme a aceitação dos pacientes.

### **6. 3 Coleta de dados**

Primeiramente serão analisados artigos que ajudarão a embasar a parte teórica do presente trabalho. Posteriormente será semanalmente colhido o HGT dos pacientes e anotado em sua ficha de atendimento, sendo assim aproveitado esse período para oferecer orientação quanto a alimentação e atividades físicas que podem ser realizadas. Ao final esses dados serão



analisados e comparados para observar se houve melhor na taxa do exame rápido de glicose e no relato dos pacientes.

## **7 RESULTADOS ESPERADOS**

Para a realização do plano de intervenção foi revisado o modelo de Planejamento Estratégico Situacional seguindo os passos do módulo de Planejamento e avaliação em saúde. Os problemas identificados no Diagnóstico Situacional da ESF Baías este período serão utilizados para realizar o plano de intervenção.

### **Identificações dos problemas**

Após o análise do Diagnóstico Situacional a equipe identificou os seguintes problemas:

- ✓ Dificuldade no cadastramento atualizado do total da população da área de abrangência.
- ✓ Alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis.
- ✓ Grande incidência de Diabetes Mellitus nos últimos anos.
- ✓ Demora com necessidade de atendimento especializado.
- ✓ Uso de drogas e alcoolismo.
- ✓ Doenças sexualmente transmissíveis.
- ✓ Desemprego.
- ✓ Gravidez na adolescência.
- ✓ Deficiente pavimentação das ruas.

### **Priorização dos Problemas**

Além da identificação dos problemas ter uma grande importância, precisa-se dar um ordem de prioridade de acordo com a importância de cada um deles, urgência e capacidade de enfrentamento, o qual mostra-se o quadro seguinte.

**Tabela 1.** Classificação dos problemas identificados no Diagnostico Situacional da ESF Baías

| <b>Principais problemas</b>                                   | <b>Importância</b> | <b>Urgência</b> | <b>Capacidade de enfrentamento</b> | <b>Seleção</b> |
|---|--------------------|-----------------|------------------------------------|----------------|
| Dificuldade no cadastramento atualizado do total da população | Alta               | 10              | Dentro                             | 1              |
| Alta incidência de doenças crônicas não transmissíveis        | Alta               | 8               | Parcial                            | 2              |
| Grande incidência de Diabetes Mellitus nos últimos anos       | Alta               | 8               | Parcial                            | 2              |
| Demora com necessidade de atendimento especializado           | Alta               | 4               | Parcial                            | 4              |
| Uso de drogas e alcoolismo                                    | Alta               | 5               | Parcial                            | 5              |
| Doenças sexualmente transmissíveis                            | Alta               | 6               | Parcial                            | 4              |
| Desemprego  | Alta               | 3               | Fora                               | 7              |
| Gravidez na adolescência                                      | Alta               | 7               | Parcial                            | 3              |
| Deficiente pavimentação das ruas                              | Alta               | 4               | Fora                               | 6              |

Foi selecionado como problema de maior prioridade a grande incidência de pacientes diabéticos nos últimos anos por isso será realizada um plano de intervenção para proporcionar aos pacientes com pré-diabetes e familiares de pacientes diabéticos o conhecimento necessário para alcançar melhor qualidade de vida e evitar o desenvolvimento da doença.

### **Descrição do Problema**

A ESF Baía nos últimos anos tem níveis ascendentes na incidência de pacientes com desenvolvimento de Diabetes Mellitus. O Diabetes Mellitus é uma doença crônica com complicações cardiovasculares e microvasculares

muitas vezes irreversíveis e que afetam a qualidade de vida do paciente por isso é necessário ações educativas para o controle de condições de risco como tabagismo, obesidade, sedentarismo, dislipidemias. Mas estas condições são fatores que incidem nos pacientes com síndrome metabólica de pré-diabetes e naqueles que têm história familiar de diabetes para o desenvolvimento da doença conhecendo que 1/3 dos pacientes com pré-diabetes podem desenvolver a doença num período de 3 a 5 anos.

### **Explicação do problema**

Não existe na unidade um programa de educação para os pacientes portadores de síndrome metabólica de pré-diabetes e com história familiar de diabetes dedicado a educar essa população de risco de desenvolvimento futuro de diabetes. Frente ao problema busca-se realizar ações de promoção de modificações no estilo de vida como uma dieta reduzida em calorias, gorduras saturadas e carboidratos, além disso, precisa-se evitar o sedentarismo, tabagismo e o consumo de álcool, que são fatores modificáveis que podem retardar ou evitar o desenvolvimento da doença. Nas consultas médicas diárias observa-se que os pacientes portadores de pré-diabetes e com história familiar de diabetes tem pouco conhecimento da doença e as possíveis complicações em sua vida futura.

### **Identificação dos nós críticos**

Os “nós críticos” são as causas de um problema que ao realizar uma análise aprofundada, determinando as causas principais podemos agir sobre eles e transformar o problema. Ou seja, o “nos críticos” estão no espaço de minha governabilidade.

**Tabela 2.** Nós críticos: prevenção de diabetes em pacientes pré-diabéticos e com história familiar de diabetes, ESF Baías

| <b>Problema enfrentado</b> | <b>Nós críticos</b> |
|----------------------------|---------------------|
|----------------------------|---------------------|

|   |   |
|---|---|
| Risco de diabetes em pacientes pré-diabéticos e com historia familiar de diabetes | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hábitos alimentares inadequados.</li> <li>✓ Obesidade e sedentarismo</li> <li>✓ Tabagismo e alcoolismo</li> <li>✓ Baixo nível de informação</li> </ul> |
|---|---|

### Desenho das operações

Uma vez definidas as causas do problema é necessário identificar as possíveis soluções para o enfrentamento do problema, para isso precisa-se descrever as operações para enfrentar os “nós críticos”, identificar os produtos, resultados e recursos necessários para cada operação.

**Tabela 3:** Desenho de operações para os “nós críticos” do problema risco de diabetes em pacientes com pré-diabetes, diabéticos e com história familiar de diabetes, ESF Baías

| Nós críticos                    | Operação projeto   | Resultados Esperados   | Produtos   | Recursos necessários   |
|---------------------------------|--|--|--|--|
| Hábitos alimentares inadequados | “Comer bem”:<br>Modificar hábitos alimentares inadequados. | Consumir dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixo nível de gorduras saturadas e totais e reduzir o consumo de açúcares e sódio | Avaliar o nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis | Cognitivo: Conhecimento científico acerca do temas abordados.<br>Organizacional : definir agenda para trabalhar em parceria com nutricionista e psicólogo da atenção básica. |

|                        |  |  |   |   |
|------------------------|--|--|---|---|
| Sedentismo e obesidade | "Viver Melhor"<br>Proporcionar atividade física orientada              | Diminuir em 20% o número de sedentários<br><br>Diminuir em 20% o número de pessoas com IMC acima de 25 | Fortalecimento do grupo de caminhadas e exercícios físicos orientados   | Organizacional : formalizar agenda em conjunto com a unidade.<br><br>Intersetorial: Formalizar ação com apoio do NASF, para fortalecer o Grupo "Amigos do peso"                                   |
| Tabagismo e Etilismo.  | + Saúde e vida<br>Incentivar hábitos de vida saudáveis, supervisionado | Diminuir em 30% o número de tabagistas e etilistas para o período de 1 ano.                            | Implantação de grupos para redução de tabagismo e alcoolismo no centro de saúde   | Organizacional:<br><br>Local para os encontros, formalizar agenda em conjunto com a unidade.<br><br>Cognitivo: Informações sobre o tema<br><br>Financeiro: educativos, audiovisuais               |
| Falta de informação    | +conhecimento<br>Fomentar o conhecimento sobre Diabetes Mellitus       | População mais informada sobre os riscos, causas da Diabetes   | Avaliação do nível de conhecimento dos participantes sobre diabetes<br><br>Grupos de pacientes pré diabéticos e familiares de diabéticos<br>Campanhas de Promoção e Prevenção do Diabetes | Organizacional: Local para os encontros, equipe multidisciplinar agenda de trabalho<br><br>Cognitivos: Capacitação da equipe executora com informação científica sobre o tema<br><br>Financeiros: |

|  |  |  |  |   |
|--|--|--|--|---|
|  |  |  |  | Recursos audiovisuais, cartazes, material |
|--|--|--|--|---|

### Identificação dos recursos críticos

Definir os recursos críticos é uma atividade fundamental para avaliar a viabilidade do projeto.

**Tabela 3.** Recursos críticos definidos das operações do problema risco de diabetes em pacientes com pré-diabetes, diabéticos e com história familiar de diabetes, ESF Baías

| <b>Operação projeto</b>   | <b>Recursos Críticos</b>   |
|---|--|
| Comer bem: Modificar hábitos alimentares inadequados.           | Financeiro para aquisição de recursos audiovisuais, para cartazes informativos e educativos                    |
| Viver melhor: proporcionar atividade física supervisionada.     | Político: articulação intersetorial.<br>Financeiro: Aquisição de material educativo                            |
| + Saúde e vida: Incentivar hábitos de vida saudáveis            | Político: articulação intersetorial.   |
| + Conhecimento: Fomentar o conhecimento sobre Diabetes Mellitus | Políticos: Conseguir espaço na rádio local, mobilização social.<br>Financeiro: Aquisição de material educativo |

### Análise da Viabilidade

O plano apresentado deve ter viabilidade para ser operacionalizado. Tem-se que identificar os autores que controlam os recursos críticos necessários. Deve-se realizar análise e desenhar ações estratégicas para motivar os atores a contribuir com a viabilidade do projeto.

**Tabela 4** - Proposta de ações motivacionais dos atores do problema risco de diabetes em pacientes com pré-diabetes, diabéticos e história familiar de diabetes, ESF Baías

| Operação projeto   | Recursos Críticos  | Controle dos recursos Críticos                         |                            | Ação estratégica                                     |
|--|--|--|----------------------------|--|
|  |  | Ator que controla                                      | Motivação                  |  |
| Comer bem:<br>Modificar hábitos alimentares inadequados.       | Financeiro<br>par<br>a<br>Aquisição de recursos audiovisuais, cartazes informativos e educativos | Secretaria de saúde                                    | Favorável                  | Apresentar a demanda                                 |
| Viver melhor:<br>proporcionar atividade física supervisionada. | Político: articulação intersetorial.<br><br>Financeiro: Aquisição de material educativo          | Secretaria de saúde                                    | Favorável                  | Expor o projeto para a Secretaria Municipal de Saúde |
| + Saúde e vida:<br>Incentivar hábitos de vida saudáveis        | Político: articulação intersetorial.   | Secretaria de saúde                                    | Favorável                  | Apresentação de projeto de ação específico           |
| + Conhecimento:<br>Fomentar                                    | Político Conseguir espaços na rádio local<br><br>Financeiro: Aquisição de material educativo     | Setor de Comunicação social<br><br>Secretaria de Saúde | Favorável<br><br>Favorável | Não se faz necessário                                |

### Elaboração do Plano Operativo

O objetivo desse passo é designar os responsáveis por cada projeto e operações estratégicas e também estabelecer os prazos para o cumprimento das ações.

**Tabela 5.** Plano operativo do problema risco de diabetes em pacientes com pré- diabetes, diabéticos e história familiar de diabetes, ESF Baías

| <b>Operação projeto</b>  | <b>Resultados esperados</b>  | <b>Produtos</b>   | <b>Ação estratégica</b>                                   | <b>Responsável</b>                          | <b>Prazo</b>                       |
|--|--|---|---|---|------------------------------------|
| Comer bem: Modificar hábitos alimentares inadequados.          | Consumir dieta rica em frutas, vegetais e alimentos com baixo nível de gorduras saturadas e totais e reduzir o consumo de açúcares e sódio | Avaliação do nível de informação do grupo acerca das práticas alimentares saudáveis   | Apresentar demanda de aquisição de materiais audiovisuais | Enfermeira, médico e funcionários da equipe | 1 meses para início das atividades |
| Conhecimento : Fomentar o conhecimento sobre Diabetes Mellitus | População mais informada sobre os riscos, causas e conseqüências do Diabetes   | Grupos de pacientes pré-diabéticos e familiares de diabéticos<br><br>Campanhas de Promoção e Prevenção do Diabetes<br><br>Avaliação do nível de conhecimento dos participantes sobre diabetes | Solicitar material para repasse das informações           | Enfermeira, médico e funcionários da equipe | 1 meses para início das atividades |



|   |   |  |  |  |   |
|---|---|--|--|--|---|
| <p>“Viver Melhor”</p> <p>Proporcionar atividade física orientada</p>              | <p>Diminuir em 20% o número de sedentários</p> <p>Diminuir em 20% o número de pessoas com IMC acima de 25</p> | <p>Fortalecimento do grupo</p>   | <p>Apresentação de projeto de ação específico.</p> | <p>Enfermeira, médico e funcionários da equipe</p> | <p>1 meses para início das atividades</p> |
| <p>+ Saúde e vida</p> <p>Incentivar hábitos de vida saudáveis, supervisionado</p> | <p>Diminuir em 30% o número de tabagistas e etilistas para o período de 1 ano.</p>                            | <p>Implantação de grupos para redução de tabagismo e alcoolismo no centro de saúde</p> | <p>Apresentação de projeto de ação específico.</p> | <p>Enfermeira, médico e funcionários da equipe</p> | <p>1 meses para início das atividades</p> |

### Gestão do plano

Para o sucesso das operações desenhadas é essencial o acompanhamento. Não é suficiente contar com um plano de ação bem formulado e com a garantia de disponibilidade dos recursos demandados.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste trabalho ficou demonstrado que apesar da fundamental importância da atitude cooperativa do usuário com DM e sua família, a equipe de saúde deve identificar os obstáculos que predisõem à resistência para adesão ao tratamento. Evidenciou-se também que a criação de vínculo proposta como um dos princípios do trabalho dos profissionais que atuam na ESF poderá ser decisivo no apoio para adaptar se com mais qualidade aos novos hábitos de vida.

No plano de intervenção estruturado, observou-se que as ações não focalizam somente o usuário com DM, também envolve a equipe de saúde e a população de modo geral. Compartilhar experiências através de programas educativos adquirindo um maior nível de informação, ajuda no processo de enfrentamento da doença, aumentando a adesão ao tratamento, bem como cambio de alimentação. Dessa maneira a educação em saúde e o aperfeiçoamento do atendimento para usuários com DM mostram-se eficazes para a melhora do prognóstico.

Por fim espera-se que com a implantação do projeto de intervenção, ocorra uma melhora no conhecimento dos pacientes portadores de pré-diabetes, diabéticos e aqueles com história familiar de diabetes e assim reduzir o número de portadores desta doença, estimulando mudanças nos estilos de vida.

## REFERENCIAS

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

ARAUZ, A. G.; et al. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes comunitaria en el ámbito de la atención primaria. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.9, n.3, p.145-153, 2001.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, p.1179-1790, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2004.

BRASIL. **Portaria n. 648, de 28 de março de 2006** dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica e revisão das diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa de saúde da família e programa de agentes comunitários de saúde. Ministério da Saúde, Brasília, 2006.

BRASIL. **Portaria n.º 235/GM, de 20 de fevereiro de 2001**, referente à instituição do Plano de Reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes, Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria da Gestão Estratégica e Participativa. Painel de indicadores do SUS n 7: Panorâmico VIII**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos da Atenção Básica: Diabetes Mellitus. Cadernos de atenção de básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos**: Brasília, 2006.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)**. 2014. Disponível em: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br). Acesso em: 3 de novembro 2018.

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

BRITO, D. M. S.; ARAÚJO, T. L. A.; GALVÃO, M. T. G.; MOREIRA, T. M. M.; LOPES, M. V. O. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. **Cad Saúde Pública**. v. 24, n.4, p. 933-40, 2008.

CYRINO, A. P. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. **São Paulo: Editora Unesp**, v. 1, p. 230, 2009.

DALL, T.; MANN, S. E.; ZHANG, Y.; MARTIN, J.; CHEN, Y.; HOGAN, P. Economic costs of diabetes in the U.S. American Diabetes Association, **Diabetes Care**, v.31, p. 596-615, 2008.

DALL'ALBA, V.; AZEVEDO, M. J. de. Papel das fibras alimentares sobre o controle do índice glicêmico, perfil lipídico e pressão arterial em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Serviço de Endocrinologia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul Porto Alegre, RS**, 2010.

FAVORETO, C. A. O.; CAMARGO Jr., K. R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, p. 303-312, 2002.

PACE, A. E.; OCHOA-VIGO, K.; CALIRI, M. H. L.; FERNANDES, A. P. M. O conhecimento sobre diabetes mellitus no processo de autocuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v.14, n.5, p. 728-734, 2006.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de paciente diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde**. Rio de Janeiro, Vol.15, nº 1. 2010.

RIBEIRO, J. L. P. Introdução à psicologia da saúde. Rio de Janeiro, **Quarteto**, p. 356, 2007.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. São Paulo, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**, 168, 2007.

Valle, Estevão Alves; Viegas, Eisler Cristiane; Castro, Cezar Augusto Costa; Toledo Junior, Antônio Carlos. A adesão ao tratamento. **Revista brasileira de clínica e terapêutica**. 26(3):83-86, maio 2000.