

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

GALIA MARICHAL MANSO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA USUÁRIOS COM DIABETES
MELLITUS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

**SETE LAGOAS - MINAS GERAIS
2016**

GALIA MARICHAL MANSO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA USUÁRIOS COM DIABETES
MELLITUS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

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

Orientadora: Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim

**SETE LAGOAS - MINAS GERAIS
2016**

GALIA MARICHAL MANSO

**EDUCAÇÃO ALIMENTAR PARA USUÁRIOS COM DIABETES
MELLITUS: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Banca examinadora

Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim - UNABh

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 01/06/2016.

AGRADECIMENTOS

A minha família, pelo carinho, compreensão e por sempre me apoiar e incentivar incondicionalmente.

A equipe e comunidade da Estratégia de Saúde da Família Iporanga do município Sete Lagoas, que tão bem me acolheram e por ter me motivado a ser uma melhor profissional.

A minha orientadora Profa. Dra. Maria Marta Amâncio Amorim e aos tutores do curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pela atenção e disponibilidade na orientação deste trabalho.

“Sonhos determinam o que você quer. Ação determina o que
você conquista.”

Aldo Novak

RESUMO

O Diabetes Mellitus 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 ao sistema de saúde. A educação nutricional é um dos pontos fundamentais no tratamento. Não é possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. O objetivo deste trabalho foi elaborar um projeto de intervenção para promover ações educativas sobre os hábitos alimentares de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na Equipe de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas/MG. Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, da base de dados municipal do Sistema de Informação da Atenção Básica, dos sites eletrônicos do Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil, entre outros. Foi realizada uma revisão da literatura utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, publicações do Ministério da Saúde e outros. Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. No plano de intervenção estruturado as ações não focalizam somente o usuário com Diabetes Mellitus, 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 ao processo de enfrentamento da doença, aumentando a adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Educação Alimentar e Nutricional. Estratégia Saúde da Família. Planejamento em Saúde.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a major and growing health problem worldwide, regardless of the degree of development of the country, both in terms of numbers of people affected, incapacitated, premature mortality, as the costs to the health system. Nutrition education is one of the key points in treatment. And not possible a good metabolic control without adequate food. The aim of this work was to elaborate a project of intervention to promote educational activities about the eating habits of Diabetes Mellitus users registered at the family health team Iporanga, Sete Lagoas, MG. Surveys were carried out from the database of the Brazilian Institute of Geography and Statistics, the municipal database Information System of basic attention, the electronic Registration system sites and monitoring of hypertensive and diabetic patients and the Department of Informatics of the unified health system of Brazil, among others. A review of the literature was conducted using search engines such as: Scientific Electronic Library Online, Latin American Literature and Caribbean Center on health sciences, publications of the Ministry of health and others. For the preparation of the action plan were used the steps to drawing up a plan of action described in the planning and evaluation of health of the specialization course in basic care in family health. Structured intervention plan, noted that the actions do not focus on only the user with Diabetes Mellitus, also involves health team and population in General. Share experiences through educational programs by purchasing a higher level of information, help to fight disease, increasing treatment adherence.

Key words: Diabetes Melitus. Food and Nutrition Education. Family Health Strategy. Health Planning.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ADA - Associação Americana de Diabetes

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DM - Diabetes Mellitus

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HbA1c - Hemoglobina Glicada

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

NASF - Núcleos de Apoio a Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PIB - Produto Interno Bruto

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC - Trabalho de Conclusão de Curso

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> e seus estágios pré-clínicos.....	22
Quadro 2 – Composição nutricional do plano alimentar indicado para usuários com DM.....	28
Quadro 3 – Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Iporanga, Sete Lagoas/ MG, 2015.....	30
Quadro 4 – Descritores dos usuários com DM e alguns fatores de risco associados. ESF Iporanga, Sete Lagoas/ MG, 2015.....	31
Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico: “Baixo nível de informação acerca do Diabetes Mellitus” relacionado ao problema: A baixa adesão dos usuários com DM ao tratamento não medicamentoso, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.....	32
Quadro 6 – Operações sobre o nó crítico: “Hábitos e estilos de vida inadequados” relacionado ao problema: A baixa adesão dos usuários diabéticos ao tratamento não medicamentoso, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.....	34
Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico: “Assistência inadequada ao usuário com DM” relacionado ao problema: A baixa adesão dos usuários diabéticos ao tratamento não medicamentoso, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.....	35

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	14
3 OBJETIVOS.....	16
3.1 Geral.....	16
3.2 Específicos.....	16
4 METODOLOGIA.....	17
5 REVISÃO BIBLOGRÁFICA.....	19
5.1 Diabetes Mellitus.....	19
5.2 Educação Nutricional em Diabetes Mellitus.....	26
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Sete Lagoas é um município situado na região centro-norte do estado de Minas Gerais, Zona Metalúrgica, localizado ao norte de Belo Horizonte, capital do estado, aproximadamente a 70 quilômetros. Apresenta uma área de unidade territorial de 537.639 km², com altimetria média entre 700 e 800m. A fundação da cidade data de 1667, do tempo da febre do ouro. Atualmente tem uma população estimada de 229.887 habitantes, sua densidade demográfica é de 398,32 habitantes/km² e uma taxa de urbanização aproximada de 97% (BRASIL, 2014).

O município conta com um índice de desenvolvimento humano (IDH) relativamente elevado em comparação à média do estado e do país. No ano 2010 o IDH foi de 0,705 na Educação, 0,840 na Longevidade e 0,742 na Renda e o Índice Médio foi 0,760, ou seja, em todos os aspectos foi alto (BRASIL, 2014).

A economia está centrada na indústria, comércio, agricultura e pecuária, têm um produto interno bruto (PIB) acima dos seis bilhões de reais, com PIB *per capita* aproximado de R\$ 27.500,00 reais consideravelmente superiores ao PIB *per capita* médio do Brasil (BRASIL, 2014).

No município a rede de ensino conta com 46 escolas (infantil e fundamental). São 27 escolas estaduais de ensino médio e 19 escolas particulares. Possui um Centro Universitário (24 cursos superiores), um campus da Universidade Federal de São João Del Rey (três cursos) e três faculdades particulares (12 cursos superiores). A taxa de alfabetização é de 96,7% (SETE LAGOAS, 2014).

Em relação aos aspectos sanitários devemos mencionar que o abastecimento de água é através de um sistema composto por 95 poços artesianos de captação subterrânea, com aproximadamente 150 metros de profundidade. O tratamento da água é realizado por simples desinfecção através de cloração. Existem cinco estações de tratamento de esgoto, todas do tipo Reatores Analógicos de Fluxo

Ascendente. Em 2013 a rede de coleta de Esgoto Sanitário cobria 94.7% dos domicílios (SETE LAGOAS, 2014).

Em 2001 a cidade foi contemplada com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e, há 13 anos, os cidadãos contam com esse serviço que visa a orientação e prevenção de doenças. Atualmente, a cidade possui 45 ESF, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) tipo II, 16 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e três Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), além de oito Centros de Saúde, oito farmácias do Sistema Único de Saúde (SUS) e duas farmácias populares. A atenção especializada conta com um Centro Viva Vida de Referência Secundária (CVVRS), um centro de especialidades médica (CEM) e uma Policlínica Municipal de Saúde. Na área de saúde mental conta com três centros de atenção psicossocial; um para adultos, um para crianças e adolescentes e outro para usuários com problemas de álcool e drogas. Os exames laboratoriais são realizados no laboratório municipal Pedro Lanza com o apoio do Consorcio Intermunicipal de Saúde da microrregião de Sete Lagoas (CISMISEL), entidade última que oferece consultas e exames de média e alta complexidade. A atenção hospitalar é efetuada no Hospital Municipal Monsenhor Flávio D'Amato e o Hospital Nossa Senhora das Graças. O serviço de urgência e emergência conta com três Prontos Atendimentos assim como um serviço de atendimento móvel de urgência-SAMU (SETE LAGOAS, 2014).

A ESF que desenvolveu o projeto de intervenção deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) atende à população pertencente ao bairro Iporanga, o qual se situa geograficamente no perímetro urbano do município distando do centro da cidade aproximadamente 4 km. A estrutura física da unidade se localiza na Rua João Alves França nº 502, foi inaugurada em outubro de 2014, é uma casa alugada que foi adaptada para essa função. A estrutura da mesma é adequada.

Na ESF são feitos atendimentos aos usuários como: consultas médicas e de enfermagem; acompanhamento da gestante e do bebê (pré-natal e puericultura); pequenos procedimentos como curativos, injeções, micro nebulização; exame

preventivo (câncer do colo do útero); visitas domiciliares; acompanhamento de usuários com doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), entre outros.

A comunidade atualmente conta com 1901 habitantes cadastrados, deles 1424 adultos de 20 ou mais anos, em 522 famílias. A população está dividida em seis microáreas.

Dentro dos principais problemas de saúde identificados na área de abrangência a equipe selecionou: a baixa adesão dos usuários com HAS e DM ao tratamento não medicamentoso; o elevado índice de obesidade; o uso indiscriminado de psicotrópicos e as queixas ortopédicas. Após priorização dos mesmos, segundo os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento foi selecionado como primeiro a ser enfrentada a baixa adesão de usuários com DM ao tratamento não medicamentoso, com ênfase na educação nutricional.

O DM é uma doença que exige da pessoa tratamento contínuo e permanente que deve ser executado durante toda a vida. Para a eficácia do mesmo é necessária perseverança, motivação e educação continuada (MALERBI, 2011).

A terapia nutricional em DM tem como alvo o bom estado nutricional, saúde fisiológica e qualidade de vida do indivíduo, bem como prevenir e tratar complicações a curto e a longo prazo e comorbidades associadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

2 JUSTIFICATIVA

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 (TORRES *et al.*, 2009).

Dados epidemiológicos demonstram que o DM cresceu de modo expressivo nos últimos anos, sendo que em 1985 estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo e esse número cresceu para 135 milhões em projeções para 2020. Tal incremento se deve preponderantemente ao maior envelhecimento populacional e pela adoção global de estilos de vida deletérios (BRASIL, 2006a).

No Brasil, no final da década de 1980 estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%, dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas. No estado de Minas Gérias estima-se que 10% dos adultos (com idade maior ou igual a 20 anos) tenham DM (BRASIL, 2010a).

Em Sete Lagoas a prevalência de DM na população adulta se comporta similar ao estado. Quando se avalia a população cadastrada na ESF Iporanga, observa-se que 134 usuários (9,4%), da população adulta são pessoas com DM.

Pelo descrito anteriormente é 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 (CADEI e COSTA, 2009).

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Elaborar um projeto de intervenção para promover ações educativas sobre os hábitos alimentares de usuários com Diabetes Mellitus cadastrados na Equipe de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas/MG.

3.2 Específicos

Sensibilizar a equipe de saúde da família para reorganização do processo de trabalho tendo em vista o estabelecimento de cuidado mais qualificado à pessoa com Diabetes Mellitus.

Realizar atividades educativas com intuito de produzir mudanças benéficas nos hábitos e costumes alimentares das pessoas com Diabetes Mellitus.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção foi desenvolvido no território de abrangência da ESF Iporanga, localizada no município de Sete Lagoas/MG no período de junho a agosto de 2015, pela equipe de saúde composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde (ACS), uma auxiliar geral, uma atendente da portaria e uma equipe do NASF. A ESF possui predomínio de uma população com doenças crônicas e dificuldades nos hábitos higiênicos e dietéticos.

Os sujeitos da intervenção foram os membros da equipe, os usuários com DM cadastrados no território de abrangência e familiares que desejaram participar na intervenção educativa.

Foram realizados levantamentos a partir do banco de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da base de dados municipal do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), do site eletrônico do Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA), do site eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), entre outros. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, utilizando sites de busca, como: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados de Enfermagem (BDENF), publicações do Ministério da Saúde e outros. A busca foi guiada utilizando-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Diabetes Mellitus, Educação Alimentar e Nutricional, Estratégia Saúde da Família e Planejamento em Saúde. O período de busca foi de publicações entre 2005 e 2015, exceto legislações e outras publicações básicas anteriores. As informações contidas nos artigos e os dados do diagnóstico situacional serviram de base para o desenvolvimento do plano de ação.

Para a elaboração do Plano de Intervenção foram utilizados os passos para elaboração de um plano de ação descritos no Módulo de Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS; FARIA e SANTOS, 2010).

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Diabetes Mellitus

O DM representa hoje uma epidemia mundial. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que existam 12,5 milhões de pessoas com DM e muitos deles sem diagnóstico (SANTANA, 2012). A doença constitui um dos principais problemas em saúde pública no mundo, com prevalência crescente, sobretudo nos países em desenvolvimento. Previsões para os próximos anos apontam que em 2030, 438 milhões de indivíduos, em todo o mundo terão a doença. Acredita-se, ainda, que no ano de 2030 472 milhões de indivíduos terão pré-diabetes, condição clínica que evolui, na maioria dos casos para DM, em um período de 10 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2009).

Os países em desenvolvimento tendem a exibir maior transcendência na prevalência de DM, seja pelo rápido envelhecimento de suas populações, seja pelo aumento da prevalência de obesidade em crianças e adolescentes, que resulta em maior risco de desenvolvimento da doença (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Mundialmente, os custos diretos para o atendimento das pessoas com DM variam de 2,5% a 15 % dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de DM e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o DM acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias. O DM representa também carga adicional à sociedade, em decorrência a perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BRASIL, 2006b).

O DM é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo, caracterizada por hiperglicemia crônica com distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e

proteínas, resultante das alterações na produção e secreção e/ou no mecanismo de ação da insulina (GUIDONI *et al.*, 2009).

Outro conceito similar é o proposto pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), ao enfatizar que o DM não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é o resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

A classificação proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA) inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Também há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância a glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares – DCV (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2013).

De acordo com o Ministério da Saúde o DM1 resulta primariamente da destruição das células beta pancreáticas e tem tendência à cetoacidose. Esse tipo ocorre em cerca de 5 a 10% das pessoas com DM. Inclui casos decorrentes de doença autoimune e aqueles nos quais a causa da destruição das células beta não é conhecida, dividindo-se em: imunomediado e idiopático. Já o DM2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O DM2 é hoje considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou de resistência à insulina e ocorre em 90% dos usuários com DM2 (BRASIL, 2001).

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), o DM gestacional trata-se de qualquer intolerância a glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Entretanto, aquelas usuárias de alto risco e que na consulta inicial de pré-natal já reúnem os critérios para DM fora da gestação serão classificadas não como DM gestacional, mas como DM. Similar ao DM2, o DM gestacional associa-se tanto a resistência à insulina quanto a diminuição da função

das células beta. O DM gestacional ocorre em 1% a 14% de todas as gestações, dependendo da população estudada, e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais. No Brasil, cerca de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional.

Os fatores de risco para o DM gestacional são: faixa etária acima de 25 anos, obesidade ou excessivo ganho de peso, excesso de gordura na área do abdome, histórico familiar de DM, baixa estatura (1,50 metros), e crescimento fetal demasiado (VIEIRA, 2012). O mesmo autor destaca que as gestantes necessitam de cuidados e acompanhamento da alimentação, em razão da precaução para com o DM, pois como já demonstrado algumas não possuem dietas balanceadas durante o período de gestação.

Na maioria dos casos o DM é assintomático, cerca de 50% dos usuários desconhecem a doença. Quando as manifestações clínicas estão presentes a pessoa apresenta hiperglicemia, que leva à poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso involuntária, fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, e disfunção erétil (BRASIL, 2006b).

A evolução para o DM2 ocorre ao longo de um período de tempo variável, passando por estágios intermediários que recebem a denominação de glicemia de jejum alterada e tolerância à glicose diminuída. Tais estágios seriam decorrentes de uma combinação de resistência à ação insulínica e disfunção de célula beta. No DM1, o início geralmente é abrupto, com sintomas indicando de maneira contundente a presença da enfermidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013).

Segundo Segatto (2010), a doença pode afetar o organismo dez anos antes mesmo da pessoa suspeitar dos sintomas. Neste sentido Vieira (2012), enfatiza que, seu desenvolvimento é progressivo, especialmente em crianças e adolescentes, nos adultos, tal desenvolvimento é mais lento.

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013, p. 9), atualmente são três os critérios aceitos para o diagnóstico de DM com utilização da glicemia (Quadro 1):

- Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl. Compreende-se por glicemia casual aquela realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.
- Glicemia de jejum \geq 126 mg/dl (7mmol/L). Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia.
- Glicemia de 2 horas pos-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl. [...]

Quadro 1. Valores de glicose plasmática (em mg/dl) para diagnóstico de diabetes *mellitus* e seus estágios pré-clínicos.

Categoria	Jejum	2 h após 75 g de glicose	Casual
Glicemia normal	<100	< 140	
Tolerância à glicose diminuída	>100 a <126	\geq 140 a < 200	
Diabetes Mellitus	\geq 126	\geq 200	\geq 200 (com sintomas clássicos)

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2013).

O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes fatores responsáveis pelo aumento de prevalência do DM (BRASIL, 2010b).

O DM, além de representar um problema imediato, também tem como consequência a situação dos indivíduos que dela padecem piora com o passar do tempo, quando começam a apresentar as complicações derivadas de um mau controle glicêmico e de fatores associados. Esses usuários têm que enfrentar diversos problemas, os

quais podem afetar sua qualidade de vida. É uma doença que persiste por toda a vida, e, no transcorrer dela, surgem múltiplas complicações, algumas vezes acompanhadas de outras doenças crônicas (FARIA, 2008).

De acordo com Silva e Silva (2005), as complicações em longo prazo, advindas do aumento crônico da glicemia em usuários com DM 2 incluem: nefropatia, doença arterial coronariana, doença vascular periférica, retinopatia, doença cerebrovascular, neuropatia diabética, disfunção sexual, além do transtorno do pé diabético.

Ainda segundo Silva e Silva (2005), a nefropatia diabética é progressiva (atinge 20 % dos usuários com DM há 20 anos), inicia com microalbuminúria, aumento da creatinina, e redução da taxa de filtração glomerular. Posteriormente destaca-se proteinúria, culminando com insuficiência renal. Os mesmos autores afirmam que no caso da neuropatia diabética é uma das complicações em longo prazo mais comuns, acometendo cerca de 50% das pessoas após 20 anos de doença. Tem apresentação variada dependendo de sua localização (fibras nervosas sensoriais, motoras e/ou autonômicas), pode ser assintomática até fisicamente incapacitante. Seu aparecimento identifica indivíduos em risco de desenvolver lesões e conseqüentemente amputações em membros inferiores.

Quanto ao tratamento medicamentoso as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), advertem que quando o usuário recebe o diagnóstico de DM2, junto com as medidas que orientam modificações adequadas no seu estilo de vida (educação em saúde, alimentação e atividade física), o médico em geral deve prescrever um agente antidiabético oral. Na indicação da medicação oral, os mecanismos de resistência à insulina, a falência progressiva da célula beta, os múltiplos transtornos metabólicos (disglicemia, dislipidemia e inflamação vascular) e as repercussões micro e macrovasculares que acompanham a história natural do DM2 também devem ser lembrados.

É importante ressaltar que a escolha do medicamento deve levar em conta o estado geral do usuário, peso, idade e comorbidades presentes, os valores das glicemias de jejum, pós-prandial e da hemoglobina glicada (HbA1c) e as possíveis interações com outros medicamentos, reações adversas e contraindicações.

Os agentes antidiabéticos orais, segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013, p. 47):

São substâncias que, quando ingeridas, têm a finalidade de baixar a glicemia e mantê-la normal (jejum < 100 mg/ dl e pós-prandial < 140 mg/ dl). Sob esse conceito amplo, de acordo com mecanismo de ação principal, os antidiabéticos orais podem ser separados em: aqueles que incrementam a secreção pancreática de insulina (sulfonilureias e glinidas); os que reduzem a velocidade de absorção de glicídios (inibidores das alfa-glicosidases); os que diminuem a produção hepática de glicose (biguanidas); e/ou os que aumentam a utilização periférica de glicose (glitazonas) [...]

De acordo ainda com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), a terapêutica com insulina é imprescindível no tratamento do DM1 deve ser instituída assim que o diagnóstico for realizado. Já no caso do DM2 deve ser iniciada quando, a despeito de doses máximas de duas ou três drogas orais utilizadas por alguns meses, a pessoa mantiver níveis de HbA1c > 7%. Também deve ser iniciada quando a pessoa apresentar sintomas de hiperglicemia graves e significantes ou níveis de glicose muito elevados (> 300 mg/dl) ou perda de peso significativa ou presença de cetonúria. A insulina é a mais efetiva medicação hipoglicemiante conhecida e pode reduzir a HbA1c aos níveis de controle desejáveis, a partir de quaisquer níveis de HbA1c iniciais. Não existem doses máximas acima das quais seu efeito terapêutico não ocorra, nem contraindicações ao seu uso.

Segundo Xavier, Bittar e Ataíde (2009), a educação é um dos pontos fundamentais no tratamento do DM, sendo também necessária a motivação do indivíduo para a aquisição de novos conhecimentos e para o desenvolvimento das habilidades nas

mudanças de hábitos. A esse respeito teríamos como objetivo geral o bom controle metabólico e melhor qualidade de vida.

A cronicidade da doença, associada às características do regime terapêutico e às responsabilidades do doente, pode contribuir para a baixa adesão vulgarmente encontrada nas pessoas com DM. Naquelas pessoas que recebem orientações quanto a prática de atividade física, realizam algum tipo de atividade; já os que recebem orientações quanto á dieta, apenas metade seguem as recomendações (ASSUNÇÃO e URSINE, 2008).

Groff; Simões e Faria (2011) alegam que como o DM trata de uma doença que frequentemente não apresenta um desconforto imediato, algumas pessoas podem não aderir adequadamente à terapia proposta. Outro motivo que dificulta essa adesão é o fato de incluir mudanças nos hábitos de vida da pessoa. Além disto, o tratamento visa apenas à profilaxia das complicações, e não a cura definitiva, desmotivando as pessoas.

Para Matos, Trombeta e Negrão (2005), o sucesso do tratamento com dieta e exercício físico é atingido quando a pessoa mantém um crescimento adequado, com controle de peso, glicemia de jejum próximo da normalidade (inferior a 120 mg/dl) e uma HbA1c próxima de seus valores normais. Quando as metas do tratamento não são atingidas apenas com as mudanças de estilo de vida, a terapia farmacológica deve ser indicada.

Segundo as recomendações do Ministério da Saúde sugere-se a realização de 30 minutos de prática corporal/ atividade física regular diária ou, ao menos, três vezes por semana. Uma das vantagens dessa prática é a fácil adesão por aqueles que têm baixa motivação para a prática de exercícios (BRASIL, 2006c).

Outro aspecto importante é que fazer atividades moderadas de forma sistemática dá melhor resultado do que atividades intensas durante um curto espaço de tempo, ou

seja, o aumento de exercício deve ocorrer de forma gradual, com base no estilo de vida individual, evitando o cansaço intenso e a dor, objetivando desenvolver a resistência e manter níveis aceitáveis de capacitação física (MATOS, TROMBETA e NEGRÃO, 2005).

5.2 Educação Nutricional em DM

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013, p.19) ressaltam que:

Portadores de DM tipos 1 e 2 e seus familiares devem ser inseridos em programas de educação nutricional a partir do diagnóstico, mediante conscientização da importância do autocuidado e da independência quanto a decisões e atitudes em relação a alimentação para o controle do DM [...]

Ainda segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2013, p. 19):

[...] Os profissionais responsáveis pela educação devem ser treinados não somente em DM, mas principalmente em educação em saúde/nutrição. Técnicas educativas devem ser diferenciadas de acordo com as características do indivíduo, como idade, escolaridade e tempo de diagnóstico. É um processo contínuo e tem como objetivos: adesão ao plano alimentar prescrito; independência quanto a trocas alimentares; atitudes e decisões em situações não rotineiras e conscientização da influência das escolhas alimentares no controle glicêmico e na prevenção de complicações agudas e crônicas [...]

Para Oliveira e Franco (2010, p. 313), os cuidados com a dieta são de grande importância para o tratamento e eficiência no controle do DM. Os autores revelam que:

[...] a educação nutricional é um dos pontos fundamentais no tratamento do DM. Não é possível um bom controle metabólico sem uma alimentação adequada. Entretanto, os profissionais da área da saúde e pessoas com DM relatam que a adesão aos princípios do plano de refeições e nutricional é um dos aspectos mais desafiadores no cuidado do DM [...]

Ainda de acordo com Oliveira e Franco (2010), a dieta recomendada reveste-se de vários significados, pois o ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. Dessa forma, o comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos, como também com aspectos socioculturais e psicológicos. Além disso, as condições financeiras, a falta de apoio da família e dos profissionais da saúde, bem como o despreparo técnico destes, são preponderantes para o não cumprimento do plano alimentar.

Recomenda-se que o plano alimentar seja fracionado em seis refeições, sendo três principais e três lanches. Quanto à forma de preparo dos alimentos, deve-se dar preferência aos grelhados, assados, cozidos no vapor ou até mesmo crus. Os alimentos diet, light ou zero podem ser indicados no contexto do plano alimentar e não utilizados de forma exclusiva. Devem-se respeitar as preferências individuais e o poder aquisitivo do paciente e da família (Ainda de acordo com Oliveira e Franco (2010), a dieta recomendada reveste-se de vários significados, pois o ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. Dessa forma, o comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos, como também com aspectos socioculturais e psicológicos. Além disso, as condições financeiras, a falta de apoio da família e dos profissionais da saúde, bem como o despreparo técnico destes, são preponderantes para o não cumprimento do plano alimentar (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013).

A nutrição equilibrada estabelecida a partir de quantidades adequadas de macronutrientes e micronutrientes, prescritos de forma individualizada, deve ser os objetivos do tratamento. A ingestão dietética recomendada (Quadro 2) segue recomendações semelhantes daquelas definidas para a população geral, considerando todas as faixas etárias (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2013).

Quadro 2 - Composição nutricional do plano alimentar indicado para pessoas com DM.

Macronutrientes	Ingestão recomendada / dia
Carboidratos	Carboidratos totais: 45% - 60% Não inferiores a 130 g/dia
Sacarose	Até 10%
Frutose	Não se recomenda adição nos alimentos
Fibra alimentar	Mínimo de 20 g/dia ou 14 g/1000 kcal
Gordura total	Até 30% do VET
Ácidos graxos saturados	< 7% do VET
Ácidos graxos trans.	< OU = 2 g
Ácidos graxos poli-insaturados	Até 10% do VET
Ácidos graxos monoinsaturados	Completar de forma individualizada
Colesterol	< 200 mg/dia
Proteína	15% - 20% do VET
Micronutrientes	Ingestão recomendada / dia
Vitaminas e minerais	Segue as recomendações da população não diabética
Sódio	Até 2400 mg

(VET) Valor Energético Total: considerar as necessidades individuais, utilizando parâmetros semelhantes à população que não possui DM, em todas as faixas etárias.

Fonte: Sociedade Brasileira de Diabetes (2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A ESF tem como objetivo primordial oferecer um atendimento básico mais eficiente, eficaz e humanizado. Para isso, conta com ações de saúde individuais e coletivas, priorizando a prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e promoção da saúde.

O diagnóstico situacional da área de abrangência é uma ferramenta imprescindível para que a ESF seja capaz de identificar e discutir os principais problemas que prejudicam a comunidade e que exigem maior atenção por todos os envolvidos.

Uma vez realizado o diagnóstico situacional é preciso o desenvolvimento de um plano de ação para o problema selecionado seguindo os dez passos conforme abordado por Campos; Faria e Santos (2010).

Primeiro passo: definição dos problemas

Foram citados vários problemas, sendo selecionados por consenso da equipe segundo sua relevância: a baixa adesão dos usuários com HAS e DM ao tratamento não medicamentoso; o elevado índice de obesidade; o uso indiscriminado de psicotrópicos e as queixas ortopédicas.

Segundo passo: priorização de problemas

Depois de identificados os principais problemas presentes na área de abrangência a equipe estabeleceu os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento para definir o nível de prioridade dos mesmos, expostos no Quadro 3. Após priorização foi selecionado como primeiro problema a ser enfrentado: a baixa adesão de usuários com DM ao tratamento não medicamentoso.

Quadro 3. Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF Iporanga, Sete Lagoas/ MG, 2015.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Baixa adesão dos usuários com DM ao tratamento não medicamentoso.	Alta	7	Parcial	1
Baixa adesão dos usuários com HAS ao tratamento não medicamentoso.	Alta	7	Parcial	2
Elevado índice de obesidade.	Alta	6	Parcial	3
Uso indiscriminado de psicotrópicos.	Alta	5	Parcial	4
Queixas ortopédicas (lombalgia, artralguas, etc.).	Alta	4	Parcial	5

Terceiro passo: descrição do problema selecionado

O DM é um dos maiores problemas enfrentados pela população e a equipe de nossa ESF julga que essa patologia tem uma estreita relação com a queda da qualidade de vida, representando um desafio entre os problemas de saúde. A comunidade apresenta estatísticas similares ao município e o resto do país, ocupando uma demanda importante das consultas. Um número significativo de usuários demonstram dificuldades de adesão ao tratamento, fundamentalmente ao relacionado com as medidas não medicamentosas, aumentando ainda mais o risco de problemas oftalmológicos, cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, os que se encontram dentro de os principais causadores de morte no município.

No Quadro 4 é ilustrada a quantidade de usuários com DM cadastrados e acompanhados e alguns fatores de risco encontrados na população estudada. Dados que foram levantados de registros da ESF e do site eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS.

Quadro 4 - Descritores dos usuários com DM e alguns fatores de risco associados. ESF Iporanga, Sete Lagoas/ MG, 2015.

Descritores	Quantidade de usuários com DM
Cadastrados	134
Acompanhados	110
Controlados	72
Hipertensos	49
Obesos	96
Tabagistas	19
Sedentários	78
Dislipidêmicos	55

Fonte: DATASUS (2015) e Registros da ESF Iporanga/Sete Lagoas.

Foi possível identificar os problemas mais comuns encontrados nesta população específica, facilitando a elaboração do plano de ação e direcionamento das estratégias de intervenção.

Quarto passo: explicação do problema selecionado

Os usuários com DM são uma demonstração palpável de que os fatores sociais, culturais, econômicos, ambientais e políticos estão diretamente relacionados no surgimento de muitas doenças. Existem fatores que tem uma relação direta com o padecimento do DM como a dieta inadequada, sedentarismo, obesidade e tabagismo.

Para conseguir melhorar a qualidade de vida destas pessoas, são necessárias medidas que facilitem a modificação dos fatores acima mencionados assim como o acesso a medicamentos. O conhecimento da enfermidade e suas complicações por parte das pessoas com DM, suas famílias e os membros da equipe de saúde é fundamental para a adesão disciplinada ao tratamento tanto medicamentoso como o não medicamentoso. Na vivência cotidiana podemos observar o abandono do tratamento devido a diversos motivos; a falta de informação efetiva em quanto às características da doença, sua condição de evolução crônica e incurável, os mitos sobre a alimentação, entre outros.

Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” considerados do problema priorizado pela equipe foram:

- Baixo nível de informação acerca do DM.
- Hábitos e estilos de vida inadequados.
- Assistência inadequada ao usuário com DM.

Os demais passos recomendados por Campos; Faria e Santos (2010) estão descritos nos Quadros 5, 6 e 7 relativos às ações de cada nó crítico.

Quadro 5 – Operações sobre o nó crítico: “Baixo nível de informação acerca do DM” relacionado ao problema: A baixa adesão dos usuários com DM ao tratamento não medicamentoso, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Nó crítico 1	Baixo nível de informação acerca do DM
Operação	Aumentar o nível de conhecimento dos ACS, dos usuários com DM e seus familiares sobre a doença, enfatizando a educação nutricional.

Projeto	Saber +
Resultados esperados	Melhor compreensão dos usuários com DM, seus familiares e ACS sobre a doença, fatores de risco, complicações e tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Incluir ao grupo familiar no contexto do tratamento e acompanhamento dos usuários diabéticos.
Produtos esperados	Avaliação do nível de conhecimento sobre o DM e o tratamento nutricional Programas de educação permanente para os ACS e a comunidade. Maior número de familiares participando e acompanhando o tratamento de usuários com DM.
Atores sociais/ responsabilidades	Médica, enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e nutricionista.
Recursos necessários	-Organizacional: Inicialmente serão desenvolvidas oficinas de planejamento e de capacitação com os profissionais, em especial com as ACS para que se tornem multiplicadoras de informações relativas à alimentação saudável do usuário diabético, 2 vezes por semana com duração de 1 hora por 2 semanas. Posteriormente a equipe utilizará algumas técnicas educativas e participativas como palestras, rodas de conversa e dinâmica de grupo para explicar o tema aos usuários com DM e familiares, 1 vez por semana com tempo de duração de 1 hora, durante dois meses. Ao término das atividades se esclarecerão dúvidas sobre os aspectos tratados e se recolheram sugestões e demandas trazidas pelos participantes para próximos encontros. Afixar cartazes e distribuir folders e folhetos na recepção da ESF. -Cognitivo: Informações sobre o tema. -Financeiro: Aquisição de materiais educativos e recursos audiovisuais. -Político: Articulação intersetorial (parceria entre os setores de educação e saúde) e mobilização social.
Recursos críticos	-Políticos: Mobilização intersetorial (Secretaria da Saúde e Educação) -Organizacional: Cumprimento da agenda -Financeiro: Aquisição de materiais educativos, recursos audiovisuais.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais da ESF. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Apresentar planilha sobre o índice de conhecimento sobre o DM e a nutrição por parte da comunidade e dos ACS. Apresentar projeto de educação continuada.

Responsáveis:	Enfermeira, médica, técnica de enfermagem e ACS.
Cronograma / Prazo	Trinta dias para o planejamento das ações, grupos operativos, sensibilização da equipe e elaboração dos materiais a utilizar. Dois meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Realização de avaliações técnicas por meio da aplicação de um questionário ao grupo e relatórios de presença dos usuários com DM e seus familiares a cada palestra.

Quadro 6– Operações sobre o nó crítico: “Hábitos e estilos de vida inadequados” relacionado ao problema: A baixa adesão dos usuários com DM ao tratamento não medicamentoso, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida dos usuários com DM, seus familiares e população em geral.
Projeto	+ saúde
Resultados esperados	Diminuir o índice de pessoas com DM sedentárias e obesas no prazo de um ano. Conscientizar a população da importância de hábitos saudáveis. Prevenir o DM e suas complicações.
Produtos esperados	Campanha educativa de nutrição balanceada através de folders, cartazes, palestras, rodas de conversa e dinâmica de grupo. Programa de atividade física e caminhada. Campanha de prevenção com orientação nutricional.
Atores sociais/ responsabilidades	ACS para convidar a população. Médica, nutricionista e enfermeira para a orientação nutricional. Fisioterapeuta e educador físico para dar instruções sobre a atividade física e realizar monitoramento da mesma.
Recursos necessários	-Organizacional: Organização de atividades de educação nutricional, 1 vez por semana com tempo de duração de 1 hora, durante dois meses e plano de exercícios físicos supervisionados, 2 vezes por semana por 6 meses. -Cognitivo: Busca de informação sobre o tema. -Financeiro: Aquisição dos folhetos educativos. -Político: Mobilização social para formar parcerias com educadores físicos, voluntários, espaço para as atividades físicas e parcerias com agências de publicidade.

Recursos críticos	-Político: Disponibilização de espaços físicos para as atividades físicas e adesão de educadores físico-voluntários e nutricionista. -Financeiro: Obtenção de verba para confecção dos folhetos educativos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Profissionais de saúde da ESF. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Reunião com a equipe de saúde e o NASF.
Responsáveis:	Enfermeira, técnica de enfermagem, ACS e nutricionista.
Cronograma / Prazo	Trinta dias para o planejamento das ações e elaboração dos materiais a serem utilizados. Dois meses para o início das atividades.
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Reunião mensal de acompanhamento com a enfermeira, nutricionista e médica. Avaliação nutricional dos usuários com DM após seis meses de início das atividades.

Quadro 7 – Operações sobre o nó crítico: “Assistência inadequada ao usuário com DM” relacionado ao problema: A baixa adesão dos usuários com DM ao tratamento não medicamentoso, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Iporanga, Sete Lagoas, Minas Gerais, 2015.

Nó crítico 3	Assistência inadequada ao usuário com DM
Operação	Elaborar e programar a agenda de trabalho conforme as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde.
Projeto	Cuidar +
Resultados esperados	Agendas organizadas. Atendimentos com horários flexíveis. Satisfação do usuário tendo uma melhor adesão.
Produtos esperados	Controle das receitas médicas com a criação de um fichário rotativo para a renovação das mesmas Formar um arquivo rotativo a fim de organizar e aperfeiçoar o controle e a frequência das consultas medica e de enfermagem assim como visitas domiciliar segundo a necessidade Organização dos prontuários Identificar e avaliar as causas de abandono ou não adesão ao tratamento Controle metabólico adequado
Atores sociais/	ACS e enfermeira.

responsabilidades	
Recursos necessários	-Organizacional: Organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho da equipe para o correto acolhimento, orientação e atenção aos usuários com DM, contribuindo para melhor controle da doença e comorbidades decorrentes do descontrole metabólico. -Cognitivo: Obtenção de informação sobre o tema. -Financeiro: Aquisição de agendas e atas. -Político: Apoio da gestão, envolvimento da equipe.
Recursos críticos	-Organizacional: Organização da agenda programada e mudança no processo de trabalho. -Político: Apoio da gestão, envolvimento da equipe. -Financeiro: Aquisição de agendas e atas.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde da família, coordenação de atenção primária e Secretaria Municipal de Saúde. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar o projeto para a Secretaria de Saúde e a coordenação de atenção primária
Responsáveis:	Coordenação de atenção primária, médica e enfermeira.
Cronograma / Prazo	60 dias para a implantação da agenda e do fichário rotativo
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Taxa de adequação do atendimento em relação à agenda programada. Relatório de avaliação das causas de abandono ou não adesão ao tratamento.

Sexto passo: desenho das operações

Neste passo a equipe da ESF Iporanga recomendou a partir das causas selecionadas como “nós críticos”; do problema: a baixa adesão de usuários com DM ao tratamento não medicamentoso, as operações/projetos necessários para sua solução, os produtos e resultados esperados dessas operações e os recursos necessários para seu cumprimento.

Sétimo passo: identificação dos recursos críticos

Como atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano, a equipe da ESF Iporanga identificou os recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas para o enfrentamento dos “nós” críticos. São considerados recursos críticos aqueles imprescindíveis para a execução de uma operação e que não estão disponíveis.

Oitavo passo: análise de viabilidade do plano

Neste passo nossa equipe identificou os atores que controlam os recursos críticos necessários para a implementação de cada operação. Foi feita uma análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano e foram sugeridas ações estratégicas para motivar aos mesmos e construir a viabilidade de cada operação.

Nono passo: elaboração do plano operativo

A principal finalidade deste passo é a designação de responsáveis pelas operações estratégicas, os quais devem garantir que as ações sejam executadas de forma lógica e sincronizadas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. A elaboração do plano operativo para cada nó crítico foi decidido por consenso da equipe em reunião com todos os participantes envolvidos no planejamento.

Décimo passo: gestão do plano

Este passo tem como objetivo fundamental projetar um modelo de gestão do plano de ação, que garantisse a coordenação e acompanhamento da execução das operações. Deve também garantir a eficiente utilização dos recursos, promovendo a comunicação entre os planejadores e executores. É importante ressaltar que o

sucesso de um plano, ou pelo menos a probabilidade de que ele seja efetivamente implementado depende de como será feita sua gestão.

7 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 predispõem 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. Dessa maneira a educação em saúde e o aperfeiçoamento do atendimento para usuários com DM mostram-se eficazes para a melhora do prognóstico.

Espera-se, com este projeto, beneficiar a comunidade atendida, sobretudo as pessoas com DM, através do incremento na adesão aos planos alimentares construídos; substituição de alimentos inadequados por saudáveis; fortalecimento de atitudes, decisões e ativação da intenção, frente a mudanças de hábito; melhor controle glicêmico e prevenção de complicações agudas e crônicas; garantindo maior qualidade de vida e redução de custos ao SUS.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Mellitus Care**, v. 36, suppl. 1, p. 67-74, 2013.

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

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). 2014. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 3 de março 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel_indicadores_sus_promocao_sau_de.pdf>. Acesso em: 25 de março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, (Caderno de Atenção, n.16)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**, 2006c. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/portaldab/>>. Acessado em: março 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Situação de Saúde – Brasil**. Brasília; 2010a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABSBR.def>>.. Acesso em: 25 de março 2015.

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

<http://portal.saudegov.br/portal/arquivos/pdf/painel_de_indicadores_7_final.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro 2015.

CADEI, M. S.; COSTA, T. **Educação em Saúde**. v. 1. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2009. 224p.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

DATASUS. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica. 2015. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?siab/cnv/SIABSMG.def>>. Acesso em: 25 de março 2015.

FARIA, H. T. G. Fatores relacionados á adesão do paciente diabético á terapêutica medicamentosa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 46-51, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-12032008-100144/pt-br.php>>. Acesso em: 29 de dezembro 2015.

GROFF, D. P.; SIMÕES, P. W. T. A.; FAGUNDES, A. L. S. C. Adesão ao tratamento dos pacientes diabéticos tipo II usuários da estratégia saúde da família situada no bairro Metrôpol de Criciúma, SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40, n.3, p. 43-48, 2011.

GUIDONI, C. M.; OLIVEIRA, C. M. X.; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R. L. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, n. 45, v. 1, p. 37-48, 2009.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF). **Diabetes Atlas**. 4 ed. Bélgica, 2009.

MALERBI, F. E. K. Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em diabetes. **E- book diabetes na pratica clinica**. 4 módulo, 2011.

MATOS, L. D. N. J.; TROMBETA, I. C.; NEGRÃO, C. E. **Sedentarismo e Benefícios da Atividade Física**. Tratado de Cardiologia – SOCESP. Barueri: Manole, 2005.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. J. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. v. 54, n. 5, p. 455-462, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v54n5/05.pdf>>. Acesso em 23 de dezembro 2015.

SANTANA, J. S. **Valor prognóstico da incompetência cronotrópica em idosos diabéticos**, 2012, 78 f. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] Universidade Federal de Sergipe, Aracajú, 2012.

SCHMIDT, M.I.; DUNCAN, B. B., SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais, **The Lancet**, v. 377, n. 4, p. 61-74, 2011.

SEGATTO, C. **Obesidade + Diabetes = Diabesidade**. 2010. Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EMI117661-15224,00-OBESIDADE+DIABETES+DIABESIDADE.html>>. Acesso em 15 de janeiro 2015.

SETE LAGOAS. Prefeitura Municipal de Sete lagoas. Secretaria de Saúde, 2014. Disponível em: <www.setelagoas.mg.gov.br>. Acesso em: 3 de março 2015.

SILVA, F. M. L.; SILVA, M. M. M. L. **Jornal Brasileiro de Medicina**. Rio de Janeiro: Editora de Publicações Científicas Ltda, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica, 2013-2014.

TORRES, H. C.; FRANCO, L. J.; STRADIOTO, M. A.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. T. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em diabetes. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 2, p. 291-8, 2009.

VIEIRA, V. H. F. B. **O papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Urgência e Emergência], Faculdade Redentor, Itaperuna, 2012.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. **Texto Contexto Enferm**, n. 18, v. 1, p. 124-30, 2009.