

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

DOLORES MAIDA FONSECA BATISTA

PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PRESENTES PARA
DESENVOLVER DIABETES MELLITUS E SUAS
COMPLICAÇÕES: Projeto de intervenção

SANTA LUZIA - MINAS GERAIS

2015

DOLORES MAIDA FONSECA BATISTA

**PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PRESENTES PARA
DESENVOLVER DIABETES MELLITUS E SUAS
COMPLICAÇÕES: Projeto de intervenção**

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Selme Silqueira de Matos

SANTA LUZIA - MINAS GERAIS

2015

DOLORES MAIDA FONSECA BATISTA

**PRINCIPAIS FATORES DE RISCO PRESENTES PARA
DESENVOLVER DIABETES MELLITUS E SUAS
COMPLICAÇÕES: Projeto de intervenção**

- Banca examinadora
 - Prof^a Dr^a Selme Silqueira de Matos - orientadora
 - Prof^a Ms Eulita Maria Barcelos
-
- Aprovado em Belo Horizonte,2015

AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, a quem devo parte do que tenho e do que sou, agradeço a dedicação e amor recebidos sempre e, em especial, a minha mãe Líbia Batista Garcia e ao meu filho Andy Milanes Fonseca.

As minhas amigas brasileiras Sandra Sousa e Joelma Campos, por todo o apoio e auxílio para que este trabalho acontecesse. Àqueles que acreditaram em mim, muito obrigada!

A orientadora Profa Dra Selme Siqueira de Matos pela contribuição e por todo apoio prestado durante a realização desse trabalho .

A Profa Ms. Eulita Maria Barcelos como membro da banca examinadora pela contribuição para aprimoramento desse projeto de intervenção.

RESUMO

Como o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença que necessita de mudanças que duram por toda a vida, torna-se necessária uma ação educativa para instruir e conscientizar o diabético da importância do seu conhecimento sobre a doença como parte integral do cuidado. O objetivo desse projeto foi elaborar um plano de intervenção com vistas a redução dos principais fatores de risco do diabetes mellitus e suas complicações em uma unidade da estratégia saúde da família na Unidade Básica Londrina no município Santa Luzia, Minas Gerais. Trata-se de um estudo descritivo qualitativo realizado com pacientes atendidos em um ambulatório de uma unidade básica de saúde. Participaram deste estudo 752 diabéticos selecionados por amostragem sistemática. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada. As questões norteadoras à entrevista foram compostas por temas referentes aos conhecimentos adquiridos a respeito do Diabetes Mellitus, terapêutica, nutrição, automonitorização, atividade física e cuidados com o corpo. Os entrevistados mostraram um precário conhecimento de Diabetes Mellitus, terapêutica medicamentosa, nutrição e importância da atividade física. A automonitorização foi referida como necessária para os cuidados com os pés já que foi um dos cuidados corporais a serem adotados. O conhecimento sobre a temática questionada foi superior após realização das atividades educativas. Concluiu-se que, após reformulação da atividade educativa, os pacientes passaram a conhecer mais sobre a sua doença, evidenciando a importância da educação em saúde no controle do Diabetes .

Palavras chave: Educação em diabetes. Diabetes mellitus. Equipe interdisciplinar.

ABSTRACT

Such as diabetes mellitus (DM) is a disease that needs changes that last for a lifetime, it is necessary an educational action to instruct and educate the diabetic the importance of their knowledge about the disease as an integral part of care. The objective of this project was to develop an action plan aimed at reducing the main Diabetes Mellitus -DM risk factors and its complications in a Family Health Strategy Unit at UBS Londrina in the city Santa Luzia General - Minas. Methodology: This is a qualitative descriptive study of patients treated at a clinic for a Basic Health Unit The study included 752 diabetic patients selected by systematic sampling. Data were collected through semi-structured interviews. The questions guiding the interview were composed of subjects related to knowledge acquired regarding DM, therapy, nutrition, self-monitoring, physical activity and body care. Results: Respondents showed a poor knowledge of diabetes mellitus, drug therapy, nutrition and the importance of physical activity. The self-monitoring has been referred to as necessary for foot care since it was one of the body care to be adopted. Knowledge about the questioned theme was higher after carrying out educational activities. It was concluded that after reformulate educational policies, patients roasted to know more about their disease, highlighting the importance of health education for DM control. education. It was concluded that after reformulate educational policies, patients roasted to know more about their disease, highlighting the importance of health education for DM control.

Key words: Diabetes education. Diabetes Mellitus. Team interdisciplinary.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 Distribuição da população da população de Sobralia segundo a faixa etária, 2014.	12
Quadro 2 Priorização dos problemas segundo levantamento de necessidades realizado na UBS Londrina SantaLuzia- MG, 2014.....	26
Quadro 3 Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da elevada prevalência UBS Londrina SantaLuzia- MG MG, 2014..	28
Quadro 4 Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento do problema de elevada prevalência de DM do UBS Londrina Santa LuziaMG, 2014.....	30
Quadro 5 Identificação dos recursos críticos na UBS Londrina SantaLuzia- MG 2014	32
Quadro 6 Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de DM ,NA UBS Londrina Santa Luzia-MG 2014.....	33
Quadro 7 Gestão do Plano para enfrentamento do problema da elevada prevalência de DM da UBS Londrina SantaLuzia- MG M, 2014.....	35
Quadro 8 Propostas de ações para motivação dos atores.....	37

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION	Associação Americana de Diabetes
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DMT2	Diabetes Mellitus tipo 2
OMS	Organização Mundial de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
PIB	Produto Interno Bruto

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	10
2-JUSTIFICATIVA	19
3-OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo Geral	20
3.2 Objetivos Específicos	20
4-METODOLOGIA	21
4.1 Local do estudo :Identificação do município	Erro! Indicador não definido.
4.2 Histórico de criação do município:	Erro! Indicador não definido.
4.3.Descrição do município.....	Erro! Indicador não definido.
4.4 -Aspectos Demográficos.....	Erro! Indicador não definido.
4.5 -Aspectos socioeconômicos	Erro! Indicador não definido.
4.6 Saneamento Básico.....	Erro! Indicador não definido.
4.7 Educação.....	Erro! Indicador não definido.
4.8 Recurso da comunidade	Erro! Indicador não definido.
4.9 Sistema Municipal de saúde	14
4.10 Recursos humanos.....	Erro! Indicador não definido.
4.11 Área Física.....	Erro! Indicador não definido.
4.12 Outros recursos de saúde.....	Erro! Indicador não definido.
5-REVISÃO DE LITERATURA	22
6-PROJETO DE INTERVENÇÃO	25
6.1. Identificação dos problemas	25
6.2. Priorizações dos Problemas:	25
6.3. Descrição do Problema.....	26
6.4. Explicação do problema.....	26
6.5. Identificação dos nós críticos.....	27
6.6. Desenhos das operações	28
6.7 Análises da Viabilidade.....	30
6.8. Identificação dos Recursos críticos	32
6.9. Plano Operativo	33
6.10 Gestão do plano	35
7-RESULTADOS ESPERADOS.....	40
8-CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS.....	42
ANEXO.....	45

1-INTRODUÇÃO

Contextualizando o local de estudo, Santa Luzia é um município localizado na região metropolitana de Minas Gerais. A população é de 205.666 habitantes segundo a estimativa do IBGE para o ano de 2014.

Segundo os dados históricos o município originou-se com aventureiros que em busca de riquezas, descobriram Santa Luzia. Tudo começou, em 1692, durante o ciclo do ouro. Uma expedição dos remanescentes da bandeira de Borba Gato implantou o primeiro núcleo da Vila, as margens do Rio das Velhas, no qual se fazia garimpo de ouro de aluvião. Em 1695 uma grande enchente do rio destruiu todo o povoado, localizado próximo ao atual bairro de Bicas, então o pequeno vilarejo mudou-se para o alto da colina, onde hoje, é o Centro Histórico da cidade. Em 1697, ergueu-se o definitivo povoado, que recebeu o nome de Bom Retiro. Em 1724 foi criada a Freguesia de Santa Luzia, subordinado a Sabará (IBGE, 2011).

O povoado definitivo de Santa Luzia teria surgido entre 1721 e 1729, no alto das colinas, em cujos vales corriam o córrego das Calçadas, o córrego Seco ou do Dantas e o córrego dos Cordeiros, socavados na época, por mineradores em busca de ouro. (IBGE, 2011).

Nesse local, no topo da colina, edificou-se um rancho que acolhia numerosas tropas vindas de Sabará e outras localidades, pelas estradas que se cruzavam em forma de um "T" e que deram origem à rua do Serro, rua Direita e rua Santa Luzia. Porém, ao contrário da maioria das povoações mineiras da época, Santa Luzia cresceu e floresceu muito mais em função do comércio que da mineração. (IBGE, 2011).

A partir da segunda metade do século XIX, Santa Luzia sofreu um processo paulatino de declínio. Vários fatores concorreram para isto e o mais importante parece ter sido a queda do comércio entre o sertão e o Rio de Janeiro, decorrente da decadência da mineração e, conseqüentemente, do poder aquisitivo da população que vivia dessa atividade. Desaparecia, assim, o sustentáculo do dinamismo econômico luziense, ou seja, papel de entreposto

comercial do sertão. O centro dinâmico da Província deslocara-se para as zonas cafeeiras da Mata e Sul e as áreas que não se estruturaram em função dessa atividade, como era o caso de Santa Luzia, tiveram que reorganizar-se e passaram por períodos de crise até encontrar opções econômicas relevantes. O município voltou-se, principalmente, para a atividade agrícola de subsistência, produzindo, em 1864, milho, arroz, feijão, mandioca, trigo, batatas, café, mamona e algodão. Sua produção artesanal chegou a adquirir certo vulto nessa época, tendo-se notícia da fabricação de moveis, como por exemplo oratórios, além de imagens delicadíssimas de pedra de jaspe, chegando, ambos, a serem vendidos fora da Província. [IBGE\(2011\)](#)

Uma atração extra de Santa Luzia é o Convento de Macaúbas, fundado pelos irmãos Manuel e Felix da Costa Soares em 1714. O convento, devido à proibição da existência de obras de ordem segunda em Minas, não era propriamente um convento mas sim uma casa de recolhimento. Só foi devidamente regulamentado no final do século XVIII. A instituição também foi visitada por Burton que anotou que a construção que visitara era de 1745 e não a primitiva de 1714 cujas ruínas ainda podiam ser vistas. [IBGE\(2001\)](#)

Um dos acontecimentos mais relevantes na vida do luziense do séc. XIX foi sua participação na Revolução Liberal de 1842 contra o governo Imperial, quando alguns moradores uniram-se aos revoltosos, comandado por Teófilo Ottoni, fazendo o seu quartel-general no próprio povoado - o solar Teixeira da Costa, localizado em frente à matriz e que ainda guarda as marcas de balas em suas janelas. Santa Luzia foi palco da batalha final desta revolução, sendo um Muro de Pedras utilizado como trincheira contra as tropas legalistas de Duque de Caxias, monumento que constitui, atualmente, parte de seu acervo histórico.

Com o fim da exploração do ouro, Santa Luzia tornou-se um importante centro comercial, ponto de parada dos tropeiros que vinham negociar e comprar mercadorias. Na rua do Comércio, no bairro da Ponte, existia um porto para os barcos que navegavam pelo Rio das Velhas, transportando mercadorias comercializadas em Minas Gerais. Assim, Santa Luzia passa a ser um ponto de referência do comércio, cultura e arte. [IBGE\(2011\)](#)

Em relação aos aspectos demográficos, o quadro 1 apresenta a distribuição da população segundo a faixa etária para o ano de 2014

Quadro 1- Distribuição da população segundo a faixa etária e sexo, 2014.

Faixa etária	feminino	masculino
0 a 1 anos	3185	2539
1 a 4 anos	8366	8122
10 a 14 anos	9852	9513
15 a 19 anos	8916	8928
20 a 25 anos	9280	9310
25 a 39 anos	22983	27485
40 a 59 anos	21367	24196
+ 60 anos	7223	9854
total	98670	106996

Taxa de crescimento anual da população no período 2000-2013: 0,75%

Abordando as principais atividades socioeconômicas, Santa Luzia possui uma vocação econômica antiga, graças ao ciclo do ouro, muito abundante na região. A extração de ouro fez a cidade se fortalecer economicamente nos primeiros 100 anos. Mas com o fim do ciclo do ouro a cidade se viu fadada a agropecuária, mas se mantendo estabilizada como entreposto comercial. Novas expectativas surgiram com construção de uma fábrica de tecidos e a construção da Estrada de Ferro Central do Brasil. A partir de 1950, com a decisão do governo de fortalecer a capital Belo Horizonte, assim como as áreas vizinhas, principalmente com a atividade industrial, a cidade teve um crescimento industrial e populacional.

A construção do maior frigorífico da América Latina, o FRIMISA, inaugurado por Juscelino Kubitschek, onde hoje se está instalado o centro administrativo de Santa Luzia, trouxe fama a mais nas indústrias.

Para atrair investidores no município, a prefeitura municipal adotou a política de incentivos fiscais, como a alíquota de 2% do ISSQN. Nos cinco distritos industriais estão instaladas diversas empresas de vários segmentos de mercado. Nos últimos anos, a taxa de crescimento da cidade foi de 13% e o PIB (Produto Interno Bruto) cresceu 78%. Este crescimento é reflexo de uma política voltada para o desenvolvimento econômico e social, ou seja, investir na geração de empregos, no atendimento social e na preservação da identidade cultural do município.

Por se uma cidade polinucleada, o município não possui uma localidade com característica de centro econômico, as atividades estão localizadas em bairros polos, sendo que no distrito de São Benedito está concentrada a maior atividade comercial, sendo muitas vezes confundido com sendo o centro por pessoas que não conhecem a cidade direito.

O município conta com 06 fontes de recursos financeiros para a saúde.

Quanto a estrutura de saneamento básico na área de abrangência do PSF Londrina é razoavelmente boa, conta-se com coleta de lixo e instalação sanitária na maioria das residências. A área de abrangência é urbana. Tem famílias em situações precárias de moradia.

Em relação à Renda Média Familiar é de R\$ 900,00. Conta com 77,6% de abastecimento de água tratada e 95.9% de recolhimento de esgoto por rede pública

Em se tratando da situação da educação no município pode ser sintetizada nos seguintes indicadores:

- Taxa de Escolarização Pré escolar 68,7%, pré escolar líquida 53,9%, Bruta EF 53,9%, líquida e F94,9%
- Taxa de analfabetismo entre maiores de 15 anos: 21%
- Crianças em idade escolar fora da escola: 2,5%

Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) - 2011/2013

O município conta com outros recursos da comunidade, incluindo área de saúde (hospitais, clínicas, laboratórios, escolas, creches, igrejas) Serviços existentes (luz elétrica, água, telefonia, correios, bancos); em área de comunidade tem escolas de ensino básico (2) creches (5), igrejas (6) tem serviços de luz elétrica, água, telefonia,

O Sistema Municipal de saúde, cerca de 90% da população do município é completamente dependente do SUS.

Conselho municipal de saúde é composto de representantes de serviços de saúde sendo seu presidente eleito entre os membros do conselho em reunião plenária. 50% usuários, 25% trabalhadores de saúde entre seus membros tem uma mesa diretora (presidente, vice presidente, 1 a 2 secretários), se reúne uma vez por mês toda última quinta feira.

No momento o município de Santa Luzia conta com 23 equipes de Estratégia de Saúde da Família, cobertura de cerca de 30%. O município conta com um centro de Especialidades de Odontologia, um pronto atendimento e um Hospital Geral. O município possui convênio com Centro Vida -vida, hiperdia com atendimento especializado e Hiperdia com clínica de laboratório com três pontos de coletas de exames.

Sistema de Referência e Contra referência tem sistema de referência e contra referência e tem redes de média e alta complexidade.

No município, tem 39 estabelecimentos de saúde entre hospitais, pronto socorros, postos de saúde e serviços odontológicos. A cidade possui

tem 96 leitos para internação em estabelecimento de saúde. Existe um único hospital São João de Deus.

Os profissionais disponíveis na Unidade de Saúde da Família para atendimento da população, são constituídos por 49 auxiliares de enfermagem, 42 cirurgiões dentistas, 171 clínicos gerais, 21 cirurgiões gerais, 86 enfermeiros, 33 pediatras, 26 ginecologistas/obstetras, 230 distribuídos em outras categorias totalizando 658 profissionais de saúde. Geograficamente tem um relevo plano com a maioria das ruas pavimentadas. É uma sede própria localizada no centro de cidade. O prédio foi inaugurado a cerca de 8 anos tem área adequada e um bom espaço físico. Existe sala para reuniões, recepção com quantidade de cadeiras suficientes para a demanda, uma sala para consulta médica, uma para consulta de enfermagem, pré consulta, sala de expurgo e de esterilização. Funciona de segunda a sexta de 8 horas as 17 horas na Rua Machado de Assis nº 269 – Barro Londrina.

Na área de abrangência da Unidade de Saúde Santa Luzia, tem 742 (setecentos e cinquenta e dois) pacientes cadastrados como diabéticos. A equipe envolvida é composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Durante as consultas na Unidade de Saúde da Família Londrina, município de Santa Luzia, o número acentuado de pacientes que consultam por serem portadores de Diabetes Mellitus ou sejam casos novos, assim com diabetes descompensação muitos.

Para realizar este projeto inicialmente foi necessário a identificação da população com diabetes mellitus e fatores de risco presente antes de desenvolver a doença e com complicações secundárias aos mesmos, presentes entre os pacientes cadastrados na equipe, para assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será por meio de abordagem no momento do acolhimento da equipe durante as consultas e as visitas domiciliares.

Durante as consultas os pacientes foram entrevistados por meio de um questionário com o objetivo de detectar quais conhecimentos eles possuíam sobre sua doença e sobre os fatores de risco como: alimentação inadequada, falta de exercícios físicos, controle de obesidade e sedentarismo, doenças crônicas associadas, além disso, a falta de adesão ao tratamento.

Diante deste fato a equipe em reunião discutiu e foi consenso elaborar o projeto de intervenção que fosse capaz de reduzir os principais fatores de risco do Diabetes Mellitus -DM e suas complicações. Entre os principais fatores de risco para desenvolver a doença, que chamou a atenção da equipe foram os hábitos alimentares inadequados, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemias associadas a DM, no sedentarismo e sobrepeso ou obesidade, no tabagismo, antecedente familiar de diabetes.

O projeto de intervenção envolve os 752 (setecentos e cinquenta e dois) sujeitos envolvidos no benefício da intervenção, como diabéticos, no território de abrangência da Unidade de Saúde Londrina da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Luzia. A equipe envolvida é composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) segundo a American Diabetes Association (2009) são as principais causas de mortes no mundo, em idades precoces, perda de qualidade de vida, além disso, devido à falta de controle sobre elas e ocorrência de complicações tem alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, geram impactos econômicos negativos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. Estas doenças afetam a população mundial e tem Diabetes Mellitus (DM) como uma das mais freqüentes com dificuldades em sua gestão e controle, devido à falta de conhecimento ou comportamento inadequado de pacientes com fatores de risco. Esta situação é agravada pela falta de cumprimento de terapias farmacológicas por pacientes adequadamente levando ao descontrole do mesmo e a ocorrência de complicações (CERCATO 2004).

A DM é definida como uma condição metabólica de origem permanente, heterogênea e multicausal que impede ou uso normal de açúcares, proteínas e gorduras, porque o pâncreas não produz insulina suficiente. Isto provoca um aumento da glicose no sangue, o que pode danificar gravemente os órgãos do corpo e sexo (BARRETO 2005).

É um fator de risco para outras doenças, tais como doença cardíaca isquêmica, insuficiência cardíaca, doença vascular. Uma das principais dificuldades para cuidar de pacientes diabéticos continua sendo a falta de educação para um estilo de vida e uma atitude favorável para a doença, que só pode ser alcançada do por meio de estratégias de ensino; pois devem envolver todos os três níveis do SNS, cuidados especialmente primários. O DM é uma condição complexa que pode afetar todos os aspectos da vida cotidiana da pessoa que sofre e o melhor fracasso do tratamento, se o paciente não participar do dia-a-dia os níveis de controle da glicemia (BARRETO 2005).

Um relatório recente da Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere convincentemente a associação entre ganho de peso e obesidade, observando que o consumo habitual de alimentos, sedentarismo e DM tipo 2 são fatores essenciais relacionados com o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis.

Da mesma forma, a redução dos fatores de risco modificáveis, como peso, ingestão alimentar e de atividade física mostrou potencial significativo na redução do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus, mesmo em indivíduos com história familiar desta doença (BRASIL,2002)

Uma das principais dificuldades para cuidar de pacientes diabéticos continua sendo a falta de educação para um estilo de vida e uma atitude favorável para a doença, que só pode ser alcançada por meio de estratégias de ensino; pois deve envolver todos os três níveis do SNS, cuidados especialmente primários. O DM é uma condição complexa que pode afetar todos os aspectos da vida cotidiana da pessoa (BARRETO 2005).

Um relatório recente da Organização Mundial de Saúde (OMS) sugere convincentemente a associação entre ganho de peso e obesidade, observando que o consumo habitual de alimentos, sedentarismo e DM tipo 2 são fatores essenciais relacionados com o desenvolvimento de doenças crônicas não-transmissíveis.

Da mesma forma, a redução dos fatores de risco modificava, como peso, ingestão alimentar e de atividade física mostrou potencial significativo na redução do risco de desenvolvimento de diabetes mellitus, mesmo em indivíduos com história familiar desta doença (BRASIL,2002)

A educação de pessoas com esta condição é um componente essencial das estratégias de prevenção e tratamento, mas não é um substituto para o tratamento médico, mas fornece o suficiente para olhar para uma mudança radical no estilo de vida em relação ao estímulo, novas concepções de educação e promoção do direito à educação para a saúde, se você quiser garantir a participação ativa no controle e tratamento eficaz da diabetes mellitus (BRASIL 2006).

As estratégias que envolvem a alimentação e a nutrição, como formas de intervenção, tornam-se imprescindíveis a qualquer programa que vise, a partir do princípio da integralidade das ações, elevar a qualidade de vida da população (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION.(2002)

A efetividade de políticas de promoção de vida saudável requer a participação dos diversos setores e atores sociais responsáveis e comprometidos com a saúde e qualidade de vida da população brasileira (ASSIS 2002).

2- JUSTIFICATIVA

Este trabalho se justifica pela alta incidência e prevalência de pacientes com DM na área de abrangência atendida pelo UBS Londrina, pela quantidade de consultas semanais de usuários diabéticos, muitos deles com inadequado controle metabólico e nos usuários com fatores de risco que favorecem a aparição da doença, comportando-se assim em todas as micro-áreas da população ;o que constitui um sério problema de saúde. Por isto, o meu interesse em elaborar meu projeto nessa área do conhecimento.

Após análise junto equipe de saúde sobre o levantamento dos problemas apontados no diagnóstico situacional. constatou número suficiente de recursos humanos e materiais para fazer este projeto de intervenção que afeta grande número da população adstrita, através de orientações e intervenções para mudanças importantes em seus hábitos de vida.

Neste sentido, o trabalho da equipe foi direcionado para implantação do projeto de Intervenção eficiente e eficaz e assim minimizar os problemas. .

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

-Elaborar um projeto de intervenção com vistas a redução dos principais fatores de risco do Diabetes Mellitus -DM e suas complicações em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família.

3.2 Objetivos Específicos

-Identificar os principais fatores de risco em pacientes atendidos que desenvolvem o Diabetes Mellitus.

-Identificar as principais complicações apresentadas pelos pacientes atendidos com Diabetes Mellitus.

4 METODOLOGIA

Este trabalho configura-se uma proposta de intervenção. Ao realizarmos o Curso de Especialização Saúde da família deparamos com a possibilidade de desenvolver esta proposta. O material didático-pedagógico fornecido pelo curso foi fundamental para nossas aproximações com o tema.

Para dar sustentação teórica à proposta realizou-se inicialmente a busca do referencial bibliográfico no período de Agosto de 2014 a setembro de 2015, acerca dos temas Diabetes Mellitus nos bancos de dados Lilacs e Bireme da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos descritores: Educação em diabetes. Diabetes Mellitus. Equipe interdisciplinar.

Foram selecionados artigos completos no idioma português e inglês. Além disso, foram consultados programas do Ministério da Saúde e módulo do NESCON, Sendo assim, 19 publicações foram utilizadas na elaboração deste trabalho.

Tendo como base o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) a elaboração do plano de ação consistiu em quatro momentos: explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). No *momento explicativo* buscou-se identificar, priorizar e analisar os problemas da comunidade, considerando os diversos atores envolvidos: usuários, equipe de saúde, lideranças governamentais e não governamentais. O problema da alta prevalência de Diabetes na Comunidade do PSF Londrina bem como o aumento da complexidade da assistência nessa região, tem sido um desencadeador de inúmeras reorganizações da rotina de trabalho.

No *momento normativo* foram elaboradas propostas resolutivas para os problemas analisados. As propostas estabelecidas pela equipe após análise do problema foram: trabalhar a conscientização da família e comunidade sobre a importância do conhecimento da doença e dos riscos e suas consequências. No *momento estratégico* busca-se viabilizar as propostas elaboradas para solucionar os problemas da comunidade de forma prática. Para tanto, a proposta de intervenção para o problema identificado.

5- REVISÃO DE LITERATURA

A DM para Assis (2002) e Barreto (2005), é definida como uma condição metabólica, origem permanente, heterogênea e multicausal que impede o uso normal de açúcares, proteínas e gorduras, porque o pâncreas produz insulina suficiente ou deixa de produzir. Isto provoca um aumento da glicose no sangue, o que pode danificar gravemente os órgãos do corpo, especialmente nos vasos sanguíneos e nervos.

Esta doença pode causar diversas consequências em longo prazo, que incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos, além de ser um dos principais fatores de risco populacional para as doenças cardiovasculares (BARRETO, 2005).

Desde os anos 60, a população brasileira tem passado pelos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o que levou a elevação da prevalência das DCNT e principalmente a DM. Apenas no ano de 2007, aproximadamente 72% das mortes no país foram atribuídas a estas doenças. A Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT2), continua aumentando de forma significativa, sendo a DCNT que mais cresce, principalmente nos países em desenvolvimento (CERCATO, 2004).

A DMT2 pode ser considerada, portanto, uma das doenças crônicas de maior impacto para o sistema de saúde pública, devido a seu elevado grau de morbimortalidade e dos altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações (DOMINGUEZ, 2011).

Na DMT2 existem os fatores de risco modificáveis e os não modificáveis. Os principais fatores de risco não modificáveis são a idade e o antecedente familiar de diabetes. Os fatores de risco modificáveis consistem no sobrepeso, na distribuição central de gordura, na Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), nas dislipidemias, no sedentarismo e no tabagismo (FAGET, 2000; FARIA, 2008). Portanto, mudanças no estilo de vida, visando uma reeducação alimentar e

realização de exercícios, com consequente perda de peso são consideravelmente efetivas na prevenção e controle do DMT2.

Cerca de 80% dos casos de DMT2 são atendidos em sua maioria na atenção básica. Esta atenção pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes, da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes, da identificação de casos não diagnosticados de diabetes para tratamento e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando prevenir complicações agudas e crônicas (FAGET, 2000).

Pesquisas evidenciam que o fator de risco mais importante é o sobrepeso. Ele é diretamente influenciado por hábitos como dieta inadequada e sedentarismo, cabendo a recomendação para as ESF no sentido de implantarem ações que objetivem a adoção de hábitos alimentares saudáveis e práticas regulares de atividade física. A alta prevalência do sedentarismo está relacionada ao estilo de vida atual e segue uma tendência mundial. É notoriamente conhecido que quanto menor o nível de atividade física, maior o risco de se desenvolver DMT2 (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, (2002, 2009).

A patologia associada ao DMT2 mais prevalente é a HAS. Esta pode ser considerada um fator de risco ou uma comorbidade do DMT2, sendo identificada como a principal condição associada ao Diabetes (DOMINGUEZ, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde, as dislipidemias são fatores de risco freqüentemente presentes para desenvolver Diabetes Mellitus principalmente pela ingestão de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol (GARCÍA,2011).

O DMT2 possui várias complicações crônicas que incluem as macrovasculares, as microvasculares e as neuropatias periféricas. A associação entre estas complicações e os níveis elevados de glicose no sangue foi postulada no início do século passado, no entanto, somente nas três últimas décadas estudos importantes demonstraram ligação direta da hiperglicemia com o desenvolvimento de complicações decorrentes do diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2000, 2002, 2009). Além disso, a prevalência destas complicações é tradicionalmente associada com a duração

do DM, e aumenta linearmente de acordo com o número de fatores de risco presentes OMS (2003).

Apesar da eficácia dos tratamentos, é difícil convencer os portadores de diabetes a mudar radicalmente seus hábitos, pois normalmente são sedentários, e costumam alimentar-se basicamente de embutidos ou qualquer refeição rápida e/ou fora de hora super calórica, o que agrava o quadro clínico e dificulta os resultados destes tratamentos (RBAC, 2009).

A base do tratamento do diabetes é a terapia nutricional e o estímulo à atividade física, aliado à perda de peso quando necessário. O tratamento com anti-diabéticos orais e/ou insulina, quando necessário, é sempre adjuvante ao tratamento dietético e físico. Se ao paciente é apenas oferecido o tratamento farmacológico, sem a devida orientação nutricional e de hábitos de vida, tanto o paciente quanto o profissional de saúde serão frustrados nos esforços de controle glicêmico e prevenção de complicações (FARIAS, 2008).

Alguns indivíduos ainda deixam a desejar esquecendo a medicação, não realizando a dieta alimentar corretamente, não dando ênfase aos exercícios físicos. Infere-se que a maioria segue o tratamento corretamente, mas ainda assim os cuidados são precários. A educação em saúde para os diabéticos conscientizando-os para que os cuidados sejam consolidados visa a adesão ao tratamento de forma regular (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2009).

É importante, para uma melhor qualidade de vida para pacientes com Diabetes Mellitus, proteger todos os órgãos que podem ser danificados quando do descontrole da doença. Então, o primeiro passo é encontrar os fatores que influenciam a não adesão ao tratamento, que são condicionados pela ignorância, baixo nível cultural da população e resistência ao tratamento. É importante estimular o uso contínuo dos medicamentos, realização de exercícios e controle glicêmico adequado.

Esta doença pode ser controlada em cinquenta por cento dos casos, e depende da sua terapêutica continuada. Portanto, existe uma necessidade de um plano de ação para estimular cuidados primários, promovendo este tratamento terapêutico e não terapêutico para prevenir a doença ou suas complicações.

Educação para a saúde é uma arma estratégica para controlar o diabetes. Quando os pacientes e equipe de saúde adquirem conhecimento

sobre a doença e seu tratamento, aumentará a perspectiva de um maior controle da doença e uma melhor qualidade de vida para os pacientes diabéticos.

6- PROJETO DE INTERVENÇÃO

6.1. Identificação dos problemas

Para realizar este projeto inicialmente foi necessário a identificação da população com diabetes mellitus e fatores de risco presente antes de desenvolver a doença e com complicações secundárias aos mesmos, presentes entre os pacientes cadastrados na equipe, para assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação foi por meio de abordagem no momento do acolhimento da equipe durante as consultas e as visitas domiciliares.

Durante as consultas os pacientes foram entrevistados por meio de um questionário com o objetivo de detectar quais conhecimentos eles possuíam sobre sua doença e sobre os fatores de risco como: alimentação inadequada, a falta de exercícios físicos, controle de obesidade e sedentarismo, doenças crônicas associadas, além disso, a falta de adesão ao tratamento.

Após realização final e análise do diagnóstico situacional, foi feita discussão com a equipe para a identificação dos principais problemas de saúde da comunidade. Assim foram identificados cinco problemas considerados fundamentais:

-Prevalência elevada de Diabetes Mellitu-DM, com incremento dos tratamentos não farmacológicos irregulares e sem controle adequado, apesar das indicações da equipe de saúde os problemas são:

- 1-Falta de conhecimento dos pacientes sobre sua doença DM
- 2-Doenças não transmissíveis prevalentes
- 3 -Cuidados deficientes realizados pelos pacientes
- 4 -Tratamento insuficiente da terapêutica clínica

6.2. Priorizações dos Problemas:

A seguir priorizada a alta prevalência de pacientes diabéticos baseados nos três critérios fundamentais: importância de problema, urgência e capacidade, e de enfrentamento pela equipe, conforme abordado por Campos; Faria; Santos, (2010).

Durante as consultas o número acentuado de pacientes que consultam por serem portadores de diabetes mellitus ou sejam casos novos, assim com diabetes descompensada são muitos.

Por sua importância e capacidade de enfrentamento da equipe, foi considerada a DM como o problema de saúde prioritário.

Uma vez que os problemas foram levantados, foi necessário priorizá-los, conforme o quadro 2:

Quadro 2: Priorização dos problemas segundo levantamento de necessidades realizado na UBS Londrina Santa Luzia- MG, 2014.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Doenças não transmissíveis prevalentes: diabetes, hipertensão arterial, hiperlipidemias	Alta	5	Parcial	5

6.3. Descrição do Problema

Elevada incidência de DM na área adscrita da UBS UBS Londrina Santa Luzia- MG

6.4. Explicação do problema

O diabetes está associado ao aumento da mortalidade devido ao alto risco de desenvolvimento de complicações agudas e crônicas. Nas primeiras

estão listadas a hipoglicemia, cetoacidose diabética e o coma hiperosmolar. Já as complicações crônicas podem ser decorrentes de alterações na microcirculação causando retinopatia e nefropatia e, na macrocirculação levando a cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular e doença vascular periférica e, ainda, neuropáticas (DATASUS, 2007) .

6.5. Identificação dos nós críticos

“Nó crítico” é um tipo de causa que, ao ser combatido, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. Traz também a idéia de algo sobre o qual se pode intervir, ou seja, que está dentro do espaço de governabilidade do interventor (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Aqui serão descritos os nós críticos, as operações, o produto e os resultados esperados e os recursos necessários para sua realização;

1 -Falta de conhecimento dos pacientes sobre sua doença DM: deve-se lembrar que o grau de escolaridade da população que vive no bairro é muito baixo. Neste problema a operação é aumentar o nível de conhecimento da população em relação à doença. Para que a população seja mais informada,

2-Doenças não transmissíveis prevalentes

Foram realizadas reuniões, grupo operativo e palestras conforme quadro

3- Cuidados deficientes realizados pelos pacientes

Nesse problema a operação foi modificar os hábitos de vida para diminuir a quantidade de pacientes com fatores de risco modificáveis que podem desencadear a doença em um momento determinado. Para isso a equipe pode aumentar o número de palestras, programar caminhadas e campanhas educativas. Os recursos necessários para levar adiante estas ações são os conhecimentos que tem cada membro da equipe de saúde e o poder organizacional da equipe.

4 -Tratamento insuficiente da terapêutica clínica

Ações de saúde insuficientes para evitar a DM: para este nó é necessário uma reorganização do processo de trabalho, rever a terapêutica prescrita, discutir com a equipe as funções de cada membro e a co-responsabilidade e compromisso na execução das mesmas. A partir desta negociação, a operação foi aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes com DM e com risco de desenvolver a doença, organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde. Com essas ações objetiva-se ter a agenda organizada e aumentar a satisfação dos pacientes pelo atendimento programado. O produto final foi avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção e promoção. Os recursos necessários são ligados à organização na agenda de trabalho.

6.6. Desenhos das operações

Após a explicação e identificação das causas consideradas mais importantes, foi necessário elaborar soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração de um plano de ação. Devem ser descritas as operações para o enfrentamento dos “nós críticos” e identificados os produtos e resultados para cada operação definida e os recursos necessários para a concretização das operações (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 3 permite uma visualização do problema e o desenho de operações traçadas para o enfrentamento de cada nó crítico.

Quadro 3- Desenho das operações para resolução dos “nós” críticos do problema da elevada prevalência UBS Londrina SantaLuzia- MG, 2014.

Nós Críticos	Operação /Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários

Falta de Informação	Conhecer Mais - Fomentar o conhecimento sobre a doença (DM)	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e conseqüências da DM	Pacientes mais comprometidos e responsáveis Campanhas de Promoção e Prevenção da DM	Capacitação da equipe executora Metodologia : conhecimentos científicos, habilidade comunicativa. Organizacionais: cronograma da estratégia, recursos básicos, agenda de trabalho. Políticos: conseguir espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com rede de ensino; Financeiros: Aquisição de recursos Áudiovisuais, material didático (folder, folhetos, cartazes, etc)
Hábitos de Vida não saudáveis	Vida saudável - Estimular e explicar a importância da aquisição de hábitos e modos de vida saudáveis.	Adesão a Hábitos de alimentação mais saudáveis e redução do tabagismo, alcoolismo e estímulo à prática de exercícios físicos.	Pacientes mais Ativos, realizando atividade física Realização de Caminhada. Orientações e informações nos grupos de DM Campanha educativa através de folhetos explicativos.	Econômico: recursos financeiros para aquisição de folhetos explicativos, recursos audiovisuais, material e uniforme para atividade física e caminhada. Organizacional: para organizar as caminhadas, as atividades físicas e os grupos. Política: mobilização intersetorial Cognitiva: Conhecimento necessário para transmissão das informações dos folhetos, divulgação na rádio sobre as atividades físicas e caminhadas.
Ações de saúde	Reavaliar - aumentar as ações	Agenda organizada.Satisf	Avaliação de maior número	Organizacional: Organização da

insuficiente	de saúde para fazer busca ativa de pacientes com DM Organizar a Agenda para aumentar o número de atendimentos dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde.	ação dos pacientes pelo atendimento programado Melhor assistência ao paciente hipertenso.	de pacientes com fatores de risco e programar maior número de atividades de prevenção e promoção.	agenda para realizar capacitação. Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais, material didático (folder, folhetos, cartazes, etc).
--------------	---	---	---	---

6.7 Análises da Viabilidade

No Planejamento Estratégico Situacional (PES), o plano é entendido como um instrumento para ser utilizado em situações de baixa governabilidade. Para analisar a viabilidade de um plano, inicialmente devem ser identificadas três variáveis fundamentais: quais são os atores que controlam recursos críticos das operações que compõem o plano; quais recursos cada um desses atores controla; qual a motivação de cada ator em relação aos objetivos pretendidos com o plano. E então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou motivar o ator que controla os recursos críticos (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

O quadro 4- apresenta as ações necessárias para a execução do plano operativo, os atores responsáveis e as ações estratégicas:

Quadro 4- Proposta de ações motivacionais dos atores responsáveis pelo controle dos recursos necessários à execução do plano de ação para o enfrentamento do problema de elevada prevalência de DM do UBS Londrina Santa LuziaMG, 2014.

Operações	Recursos Críticos	Ator que Controla	Motivação	Ações Estratégicas
-----------	-------------------	-------------------	-----------	--------------------

<p>“conhecer mais” Fomentar o conhecimento sobre a doença DM</p>	<p>Político: conseguir espaços para divulgação na rádio, imprensa para debates do tema sobre DM Financeiro: aquisição de recursos para aquisição de equipamentos audiovisuais, material didático, docentes, etc.</p>	<p>Setor de Comunicação Social. Secretário Municipal de Saúde.</p>	<p>Favorável Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
<p>“Vida saudável” Estimular e explicar a importância da mudança de hábitos e modos de vida saudáveis.</p>	<p>Econômico: para aquisição de folhetos explicativos, recursos audiovisuais, material e uniforme para atividade física e caminhada. Político: mobilização intersetorial e conseguir espaço para divulgação</p>	<p>-Secretário de Saúde. Prefeito (proprietário da rádio). Coordenadora da Educação em saúde</p>	<p>Favorável Favorável Favorável</p>	<p>Não é necessária</p>
<p>“Reavaliar” Aumentar as ações de saúde para fazer busca ativa de pacientes</p>	<p>Financeiros: aquisição de recursos audiovisuais, Material didático, folder</p>	<p>Secretario de saúde Prefeito (proprietário da</p>	<p>Favorável</p>	<p>Apresentação do projeto</p>

com Diabetes		radio)		
Organizar a agenda para aumentar o atendimento dos pacientes com fatores de risco e aumentar a realização de atividades de promoção e prevenção em saúde	folhetos, cartazes, etc. Política: mobilização intersetorial e conseguir espaço na rádio.	Coordenadora da Educação em saúde	Favorável	

6.8. Identificação dos Recursos críticos

Essa etapa busca identificar os recursos críticos que são aqueles indispensáveis para a execução da operação e que não estão disponíveis, sendo importante conhecê-los e criar estratégias para viabilizá-los. No quadro 5 foram identificados pela equipe os recursos críticos de cada operação.

Quadro 5 Identificação dos recursos críticos na UBS Londrina SantaLuzia- MG 2014

Operações	Recursos Críticos
Conhecer mais	Econômico: recurso necessário para aquisição de folhetos e blitz educativa. Política: mobilização social e intersetorial. Organizacional: Rever processo de trabalho, Conseguir outros espaços para divulgação Cognitivo: conhecimento Corrigir Maus hábitos de vida
Vida saudável	Econômico:

	<p>Para aquisição de recursos audiovisuais, Cognitivo: conhecimento Corrigir Maus hábitos de vida</p> <p>Organizacional: Rever processo de trabalho, Conseguir outros espaços para divulgação Folhetos, folder, educativos, cartazes, materiais didáticos.</p>
Reavaliar	<p>Econômico: recurso necessário para aquisição de folhetos e cartazes educativos. Política: mobilização social e intersectorial. Conseguir espaço na rádio. Cognitivo: conhecimento Corrigir Maus hábitos de vida</p> <p>Organizacional: Rever processo de trabalho, Conseguir outros espaços para divulgação Folhetos, folder, educativos, cartazes, materiais didáticos.</p>

Fonte: Autoria própria.

6.9- Plano Operativo

A principal finalidade do plano operativo é a designação de responsáveis pelos projetos e operações estratégicas, além de estabelecer os prazos para o cumprimento das ações necessárias. O gerente de uma operação/projeto é aquele que se responsabilizará pelo acompanhamento da execução de todas as ações definidas, o que não significa que deva executá-las. O seu papel principal é garantir que as ações sejam executadas de forma coerente e sincronizadas, prestando contas do andamento do projeto nos espaços definidos para o sistema de gestão do plano (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Quadro 6- Plano operativo para enfrentamento do problema da elevada prevalência de DM , na UBS Londrina Santa Luzia-MG 2014.

Operações	Resultado	Produto	Ações Estratégicas	Responsável	Prazos
Conhecer mais	População mais consciente e informada sobre os riscos, causas e consequências da DM.	Avaliação do nível de conhecimento dos participantes sobre o tema DM Campanhas de Promoção e Prevenção da DM Palestras por meio da Rádio local; Informação em imprensa sobre os temas da intervenção.	Não é necessária	UBS	Dois meses para o início das atividades
Vida Saudável	Melhores hábitos de alimentação e redução do tabagismo, alcoolismo e sedentarismo.	Realização de atividade física na Quadra “Nossa Senhora de Aparecida”; Realização de caminhadas; Orientações nos grupos de DM Campanha Educativa na rádio local e através de folhetos explicativos.	Não é necessária	UBS	três meses para dar início das atividades
Reavaliar	Agenda organizada	Avaliar o maior	Apresentação	ACS, médico,	Dois meses

	e aumentar a satisfação dos pacientes com atendiment o programad o	número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção da DM e promoção da saúde.	do projeto	Enfermeir a	para o início das ativida des
--	--	--	------------	----------------	---

Fonte: autoria própria

6.10 Gestão do plano

Na efetivação de um plano de ação em saúde é sempre necessária a preparação de um modelo de avaliação e monitoramento. Assim os objetivos, resultados e impacto definido serão acompanhados e orientados para permitir uma resposta satisfatória, utilizando os recursos disponíveis de maneira racional, evitando o fracasso e o gasto desnecessário.

Quadro 7- Gestão do Plano para enfrentamento do problema da elevada prevalência de DM da UBS Londrina Santa Luzia- MG ,2014

Operaçã o projeto	Produtos	Responsável	Prazo	Situa ção Atual	Justificativ a	Novo Prazo
Conhece r mais	Avaliação do nível de	UBS	Dois meses			

	<p>conheciment o dos participantes sobre o tema DM Campanhas de Promoção e Prevenção da DM; Palestras Através da rádio local; Informação na imprensa sobre o tema: intervenção.</p>		<p>para o início das atividade s</p>			
Vida saudável	<p>Realização de atividade física “caminhada” Orientação e informação nos grupos de DM; Campanha educativa na rádio local e através de</p>	UBS	<p>três meses para dar início das atividade s.</p>			

	folhetos explicativos.					
Reavaliar	Avaliar o maior número de pacientes com fatores de risco e programar cada vez mais as atividades de prevenção de DM e promoção da saúde.	ACS, médico, Enfermeira	Dois meses para o início das Atividades			

Fonte: Autoria própria

Quadro 8 Propostas de ações para motivação dos atores.
Plano de Ações preventivas para o Diabetes Mellitus (DM)

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	Acolhimento e explanação do projeto.	Equipe de Saúde
2º dia	Indicação, manejo adequado da dieta e orientações médicas.	Médico
3º dia	Alimentação saudável, Obesidade	Médico
4º dia	Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas para controlar a diabetes mellitus	Enfermeira

5° dia	Como evitar as principais complicações da DM.	Enfermeira
6° dia	Importância da dieta exercícios para o controle da DM.	Médico
7° dia	Discussão analítica e global do projeto. Aplicação do questionário. Confraternização.	Equipe de Saúde

Fonte :Autoria Própria

Essas ações foram realizadas porque durante a maior parte das consultas temos detectado na entrevista que muitos pacientes têm falta de conhecimento sobre o que causa a doença e porque fatores de risco são modificáveis e não modificáveis, o tratamento farmacológico e não farmacológico que deve ser realizado para evitar descompensações e complicações futuras.

Além das consultas nos diferentes cenários, foram realizadas reuniões quinzenais, na unidade de saúde, nas quais cada dia foi discutido um tema relacionado com os fatores de risco, de acordo com o profissional selecionado para a data. Essas ações serão realizadas pela equipe para continuidade do projeto.

Avaliação e monitoramento

Os pacientes foram estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade e continuidade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões quinzenais que foram realizadas com toda a equipe de saúde, foi discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções futuras se necessárias.

A aplicação de questionário (Anexo I) possibilitou avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

7 -RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do Grupo alcançarão a percepção dos riscos como a dieta inadequada, falta de exercícios físicos gerando obesidade e sedentarismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e dislipidemia associada a ocorrência de DM, traz a eles e conseqüentemente as complicações que se podem prevenir.

8-CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Diabetes Mellitus (DM) é fator de risco para doenças cardiovasculares e representam agravos para a saúde pública e, portanto, torna-se necessário apresentar estratégias para o enfrentamento do problema prevenindo complicações. O elevado número de usuários com diagnóstico de DM, são condições que tem gerado elevado número de perda da qualidade de vida com alto grau de limitações nas atividades laborais e de lazer, além das mortes prematuras e impactos econômicos para o sistema de saúde e para as famílias.

A obesidade tem sido fortemente associada à ocorrência destas doenças e as principais estratégias de tratamento não farmacológico consistem em mudanças no estilo de vida e adoção de hábitos saudáveis, para prevenção e controle das doenças crônicas.

Esta doença pode ser controlada em cinquenta por cento dos casos, e depende da sua terapêutica continuada. Portanto, existe uma necessidade de um plano de ação permanente para estimular cuidados primários, promovendo este tratamento terapêutico e não terapêutico para prevenir a doença ou suas complicações.

Considerando que uma abordagem integral permite alcançar integralmente os fenômenos que interferem na saúde dos indivíduos, a continuidade da execução do projeto de capacitação da equipe será fundamental para contribuir na mudança de postura da comunidade .

Espera-se com esse estudo propiciar reflexões entre os profissionais de saúde e da comunidade após essa capacitação realizada conforme plano de ação apresentado ,avaliação e monitoramento da equipe gestora.

Com base no exposto, meus objetivos foram alcançados, uma vez que o plano de capacitação foi implementado e pacientes passaram a conhecer mais sobre a sua doença, evidenciando a importância da educação em saúde no controle do Diabetes Mellitus. Por outro lado fica a certeza da continuidade do projeto pela equipe devido ao envolvimento desta com esse projeto de intervenção

REFERÊNCIAS

1-AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, **Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study**, Diabetes Care, 25(1):28-32, 2002.

2-AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Clinical Practice Recommendations: Diabetic Nephropathy**. Diabetes Care, 2009.

3 -ARQUIVO PUBLICO MINEIRO (14 de mai. de 1858). Eleva a vila de Santa Luzia à categoria de cidade.. Visitado em 01 ago. 2011

4-ASSIS, A.M.O,*et al.*. **O Programa saúde da família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar.** Rev Nutr. 2002; 15 (3):255-66. doi: 10.1590/S141552732002000300001.

5- BARRETO, S.M.*et al*, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI, *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiol Serv Saúde.** 2005; 14 (1): 41-68.

6-BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil-** Brasília: Ministério da Saúde, 2004

7-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Brasília; 2002.

8--BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus-** Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9-CAMPOS, F C C de; FARIA, H Pde; SANTOS, M A dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 110 p.

10-Carolino IDR *et al*,. Fatores de risco em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Rev Latino-am Enfermagem**. 2008; 16(2):238-44.

11-CERCATO C, *et al* , Systemic Hypertension, Diabetes Mellitus, And Dyslipidemia in relation to Body Mass Index: evaluation of a brazilian population, **Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo**, 59(3):113-118, 2004.10

12-DOMÍNGUEZ BOFILL S, CORTINA MENA I, BELLO RODRÍGUEZ B. Intervención educativa en pacientes diabéticos en la parroquia Valle de Tucutunemo. Año 2004. **Revméd electrón** [Internet]. 2008 [citado 14 Nov 2011];30(2).

13-FAGET CEPERO O. Diabetes Mellitus, um problema de saúde. **Avances Méd de Cuba**. 2000;(23):19.

14_-FARIA, H.T.G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabéticos à terapêutica medicamentosa**.2008.146 f. Dissertação (Mestrado)-Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto,2008.

15-GARCÍA R, SUÁREZ R. La educación, el punto más débil de la atención integral del paciente diabético. **Reporte técnico de vigilancia** [Internet]. 1997 [citado 14 Nov 2011];2(6).

16-IBGE (06 out. 2006). [Histórico de Santa Luzia](#). Visitado em 24 jul. 2011.

17-Oliveira, D,S *et al*,Avaliação do Risco Cardiovascular Segundo os Critérios de Framingham em Pacientes Com Diabetes Tipo 2, **Arq Bras Endocrinol Metab**,51(2): 268-674, 2007.

18-ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde-** Brasília: OPAS; 2003.

19-Pérez Delgado A *et al* Intervenção educativa em diabéticos tipo 2. **Rev Cubana Med Gen Integr** [Internet]. 2009 [citado 14 Nov 2011];25(4).

20-Schmidt M I *et al* , Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006, **Rev Saúde Pública**, 43(2):74-82, 2009.

21-Scheffel RS *et al* Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com Diabetes Melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial. **Rev Assoc Med Bras**, 50 (3):663-667, 2004.

ANEXO**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO.**

1. Você gostou de participar do Projeto.

() sim () não

2. Qual era a dieta que você fez antes de participar do Grupo, tipos de alimentos, forma de preparação dos alimentos, frequência diária das refeições?

3. Com que frequência você pratica atividades físicas, tipo de atividades e tempo de realização?

4. O projeto ajudou você entender sobre a sua doença e o uso correto da dieta, exercícios, controle de outras doenças crônicas como HTA?

() sim () não

5. Na sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto? E os negativos?

6. As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você? Qual?

7. Você conseguiu, juntamente com seu médico, fazer uma dieta adequada, começar a pratica de esportes, continuar o tratamento farmacológico como o medico indicou?

() sim () não

Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades? Quais?