

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Cássio Coelho da Cruz**

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO À TERAPIA  
NUTRICIONAL DE PACIENTES IDOSOS DIABÉTICOS ATENDIDOS PELA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA II – “ANTÔNIO FLORENTINO” DA  
CIDADE DE SÃO MIGUEL DO ANTA EM MINAS GERAIS**

**Juiz de Fora / Minas Gerais**

**2020**

**Cássio Coelho da Cruz**

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO À TERAPIA  
NUTRICIONAL DE PACIENTES IDOSOS DIABÉTICOS ATENDIDOS PELA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA II – “ANTÔNIO FLORENTINO” DA  
CIDADE DE SÃO MIGUEL DO ANTA EM MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Bruno Leonardo de Castro Sena

**Juiz de Fora / Minas Gerais**

**2020**

**Cássio Coelho da Cruz**

**PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA AUMENTAR A ADESÃO À TERAPIA  
NUTRICIONAL DE PACIENTES IDOSOS DIABÉTICOS ATENDIDOS PELA  
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA II – “ANTÔNIO FLORENTINO” DA  
CIDADE DE SÃO MIGUEL DO ANTA EM MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

**Banca Examinadora:**

Bruno Leonardo de Castro Sena (Orientador)

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 12 de setembro de 2020.

## **DEDICO**

Aos meus familiares, amigos e colegas de trabalho, pela luta em conjunto, pela compreensão, amor e carinho. Pelos longos caminhos percorridos juntos e pelos obstáculos vencidos. Pela luta de cada dia rumo aos mesmos objetivos.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pelos momentos de coragem e perseverança ao longo desta caminhada. Sem fé e confiança eu não teria chegado até aqui.

À minha família, pelos momentos de carinho, de compreensão, de ajuda mútua, que me fortaleceram e me deram amparo nos momentos difíceis de minha jornada.

Agradeço ao meu orientador, pela paciência, confiança e troca de conhecimentos. Seus ensinamentos me guiaram e me fizeram conquistar um caminho cheio de alegrias e esperança em um novo mundo do saber.

Aos meus Tutores, pela dedicação, disponibilizando de tempo e vivenciando comigo novas experiências em busca de resultados satisfatórios para as minhas pesquisas.

Aos profissionais da área que têm contribuído para novos conhecimentos e novos achados com o objetivo de, cada vez mais, ajudarem a humanidade na busca por respostas e, principalmente para o crescimento do ser humano e de sua saúde.

A todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente para a realização e conclusão deste projeto.

A todos, muito obrigado.

*Os caminhos que seguimos nem sempre são os mais justos, mas nos permite aprender e criar novos conceitos para a vida e para nós mesmos em um mundo cheio de diversidades, conflitos e, acima de tudo, esperança.*

**Autor desconhecido**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|          |   |
|----------|---|
| ABNT     | Associação Brasileira de Normas Técnicas  |
| AVC      | Acidente Vascular Cerebral  |
| BVS      | Biblioteca Virtual em Saúde   |
| DAC      | Doença Arterial Coronariana   |
| DeCS     | Descritores em Ciência da Saúde   |
| DM       | Diabetes Mellitus   |
| DM1      | Diabetes Mellitus tipo 1  |
| DM2      | Diabetes Mellitus tipo 2  |
| ESF      | Estratégia de Saúde da Família  |
| HIPERDIA | Sistema informatizado de cadastro e acompanhamento dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes |
| IBGE     | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística   |
| IDH      | Índice de Desenvolvimento Humano  |
| IMC      | Índice de Massa Corporal  |
| MG       | Minas Gerais  |
| NASF     | Núcleo de Apoio de Saúde da Família   |
| NESCON   | Núcleo de Educação em Saúde Coletiva  |
| PNUD     | Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento   |
| SUS      | Sistema Único de Saúde  |
| UBS      | Unidade Básica de Saúde   |
| UTC      | Usina de Triagem e Compostagem  |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde – ESF II Antônio Florentino da cidade de São Miguel do Anta em Minas Gerais 20
- Quadro 2** Dados colhidos dos prontuários de pacientes idosos diabéticos da ESF II Antônio Florentino da cidade de São Miguel do Anta – MG 23
- Quadro 3** Descritores dos problemas encontrados na ESF II – Antônio Florentino em São Miguel do Anta – MG 34
- Quadro 4** Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Falta de informação sobre a importância de mudanças nos hábitos alimentares” da população sob responsabilidade da ESF II – Antônio Florentino do município de São Miguel do Anta – Minas Gerais. 37
- Quadro 5** Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de agentes comunitários para as visitas domiciliares para acompanhamento de paciente idoso diabético em terapia nutricional” da população sob responsabilidade da ESF II – Antônio Florentino do município de São Miguel do Anta – Minas Gerais 38

## RESUMO

O diabetes é uma das principais doenças crônicas que acometem a população, principalmente, os idosos. A crescente prevalência e os altos níveis de morbimortalidade tornam o diabetes um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento frente aos incrementos na expectativa de vida, uma vez que a prevalência da doença aumenta com a idade. Assim como a hipertensão, o diabetes é considerado uma doença prioritária para o Ministério da Saúde devido à alta incidência e prevalência na população brasileira, elevados níveis de mortalidade, e por ser responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais, vasculares periféricas, e por cegueira definitiva, abortos e mortes perinatais, além de 70% das amputações, principalmente de coxas e pernas, realizadas pelo Sistema Único de Saúde. Diante do exposto acima, o plano de ação se torna viável, pois em nossa unidade de atendimento temos um grande número de idosos com diabetes que já apresentam complicações por causa da doença e a baixa adesão ao tratamento, principalmente o tratamento através da terapia nutricional. Para justificar a implantação de ações que nos permite avaliar a prevalência e os fatores associados ao diabetes em idosos na ESF II Antônio Florentino de São Miguel do Anta – Minas Gerais, foram colhidos dados, através do diagnóstico situacional pelo método da Estimativa Rápida referente aos pacientes idosos com o intuito de demonstrar a urgência de planejamento de ações que possibilitem melhorias na qualidade de vida dos diabéticos idosos, já que alguns apresentam complicações e necessitam de cuidados especiais e priorizar os problemas encontrados. Assim, os procedimentos metodológicos incluíram: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica narrativa nas bases de dados da SciELO e Biblioteca Virtual do Nescon e, por último, a proposta do plano de ação seguindo o método Planejamento Estratégico Situacional. Espera-se que este projeto possa contribuir para melhorias na qualidade de vida dos idosos que possuem diabetes e possuem complicações graves e que não aderiram à terapia nutricional. O presente estudo demonstrou que a terapia nutricional é de suma importância para o tratamento do diabetes. A terapia nutricional é fundamental para promover qualidade de vida.

**Descritores:** Diabetes. Diabetes em idosos. Tratamento do diabetes.

## ABSTRACT

Diabetes is one of the main chronic diseases that affect the population, especially the elderly. The increasing prevalence and high levels of morbidity and mortality make diabetes a serious public health problem in developing countries in the face of increases in life expectancy, as the prevalence of the disease increases with age. Like hypertension, diabetes is considered a priority disease for the Ministry of Health due to the high incidence and prevalence in the Brazilian population, high levels of mortality, and for being responsible for cardiovascular, brain, coronary, renal, peripheral vascular complications, and due to permanent blindness, abortions and perinatal deaths, in addition to 70% of amputations, mainly of thighs and legs, performed by the Unified Health System. In view of the above, the action plan becomes viable, as in our service unit a large number of elderly people with diabetes who already have complications because of the disease and low adherence to treatment, especially treatment through nutritional therapy. To justify the implementation of actions that allow us to assess the prevalence and factors associated with diabetes in the elderly in the FHS II Antônio Florentino of São Miguel do Anta - MG, data were collected through the situational diagnosis using the Rapid Estimate method for elderly patients in order to demonstrate the urgency of planning actions that allow improvements in the quality of life of elderly diabetics, since some have complications and need special care and prioritize the problems encountered. Thus, the methodological procedures included: situational diagnosis, bibliographic narrative review in the databases of SciELO and the Virtual Library of Nescon and, finally, the proposal of the action plan following the Situational Strategic Planning method. It is hoped that this project can contribute to improvements in the quality of life of the elderly who have diabetes and have serious complications and who have not adhered to nutritional therapy. The present study demonstrated that nutritional therapy is of paramount importance for the treatment of diabetes. Nutritional therapy is essential to promote quality of life.

**Keywords:** Diabetes. Diabetes in the elderly. Diabetes treatment.

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b>   | <b>13</b> |
| 1.1      | Aspectos Gerais do Município  | 13        |
| 1.2      | Aspectos da Comunidade  | 14        |
| 1.3      | Sistema Municipal de Saúde  | 15        |
| 1.4      | Unidade Básica de Saúde   | 16        |
| 1.5      | Equipe de Saúde da Família  | 17        |
| 1.6      | O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe   | 17        |
| 1.7      | O dia a dia da equipe   | 17        |
| 1.8      | Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade<br>(primeiro passo)         | 18        |
| 1.9      | Priorização dos problemas – a seleção de problemas para plano de<br>intervenção (segundo passo) | 19        |
| <b>2</b> | <b>JUSTIFICATIVA</b>  | <b>22</b> |
| <b>3</b> | <b>OBJETIVOS</b>  | <b>24</b> |
| 3.1      | Objetivo Geral  | 24        |
| 3.2      | Objetivos Específicos   | 24        |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA</b>  | <b>25</b> |
| <b>5</b> | <b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>  | <b>27</b> |
| 5.1      | Diabetes Mellitus em idoso  | 27        |
| 5.2      | Tratamento de pacientes idosos com diabetes   | 28        |
| 5.3      | Terapia medicamentosa, terapia nutricional e atividade física                                   | 29        |
| 5.4      | Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em<br>idosos                      | 30        |
| 5.5      | Dificuldades encontradas para mudanças nos hábitos alimentares em<br>idosos                     | 31        |
| 5.6      | Prevenção do diabetes mellitus na terceira idade  | 32        |
| <b>6</b> | <b>PLANO DE INTERVENÇÃO</b>   | <b>34</b> |
| 6.1      | Descrição dos problemas selecionados  | 34        |
| 6.2      | Explicação dos problemas selecionados   | 34        |
| 6.3      | Seleção dos Nós Críticos  | 36        |
| 6.4      | Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto,                                    | 36        |

resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos  
(sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

|          |                             |           |
|----------|-----------------------------|-----------|
| <b>7</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> | <b>39</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b>          | <b>41</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Aspectos Gerais do Município

O trabalho será realizado no município de São Miguel do Anta – Minas Gerais, localizado na Zona da Mata. A cidade foi fundada em 12 de dezembro de 1953. Está a 249 km de distância da capital mineira. O município tem uma área de 102.276 Km<sup>2</sup>, com aproximadamente sete mil habitantes, de acordo com o IBGE (2019).

Os municípios limítrofes são: Pedra do Anta, Teixeiras, Viçosa, Cajuri, Coimbra, Ervália e Canaã (SÃO MIGUEL DO ANTA, 2018).

O município de São Miguel do Anta tem 13 organizações capazes de conscientizar e sustentar a dinâmica social, a saber: Igrejas, Secretaria Municipal da Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Ação Social, Rádio Comunitária, Secretaria de Esporte e Cultura, Lazer, Secretaria de Agricultura e Meio Ambiente e EMATER, Sindicato Rural, Associações Rurais, Sociedade São Vicente de Paula, Secretaria Municipal de Obras e Saneamento e Comércio (SÃO MIGUEL DO ANTA, 2018).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município de São Miguel do Anta no ano de 2010 foi de 0,644, ou seja, de desenvolvimento humano médio, conforme classificação mencionada. Em termos comparativos, destaca-se que o IDH de São Miguel do Anta é inferior ao IDH médio do estado de Minas Gerais é igual a 0,731 (IBGE, 2019).

A economia do município está baseada especialmente no setor de serviços (setor terciário) e agropecuária (setor primário), tendo a indústria (setor secundário) uma menor participação no valor adicionado total do município, conforme dados constantes.

De acordo com dados publicados pelo IBGE (2019), o município tem 38% de seu valor adicionado proveniente da agropecuária, 8% proveniente da indústria, 52% proveniente de serviços e 2% proveniente de impostos.

Há atualmente no município 105 empresas, além do setor terciário, empregando 539 pessoas, com rendimento médio igual a 1,7 salários mínimos (IBGE, 2019).

Em relação à Educação, o município apresentou uma taxa de escolarização de pessoas de 6 a 14 anos de idade, em 2010, equivalente a 98,5%. Quanto ao território e meio ambiente, 49.1% de domicílios têm esgotamento sanitário adequado, 56.3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 29.8% deles com bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio.(IBGE, 2019).

De maneira geral, boa parte das doenças que afetam a população está intrinsicamente relacionada a problemas sanitários, como o consumo de água de má qualidade, a falta de coleta e disposição inadequada dos esgotos e a ausência do controle de vetores transmissores de doenças.

## 1.2 Aspectos Gerais da Comunidade

A comunidade atendida nos postos de saúde de São Miguel do Anta é composta por mulheres (27%), homens (21%), idosos (35%) e crianças (17%). Percebe-se que os idosos são os que mais procuram os postos de saúde e os problemas mais detectados entre eles são: diabetes, hipertensão, acidente vascular encefálico, doença pulmonar obstrutiva crônica e neoplasia gastrointestinal e doença mental.

As crianças, em geral, são acometidas de viroses, resfriados, pneumonia e alguns casos de bronquite e asma. Casos alérgicos também são comuns nesta época do ano, alguns apresentaram doenças parasitárias devido ao tratamento ineficiente da água que abastece o município.

As mulheres se destacam no atendimento da área ginecológica, algumas com patologias como diabetes e hipertensão. Alguns distúrbios da tireoide são comuns na zona rural entre o sexo feminino.

A comunidade é tranquila, segue as recomendações médicas e fazem seus retornos periodicamente. Seguem as orientações e aderem facilmente ao tratamento. O único problema detectado é que a comunidade não está acostumada a prevenir as doenças que podem aparecer, principalmente, o diabetes e a hipertensão. Alguns casos de obesidade também são comuns na região e percebe-se rejeição dos pacientes quando se fala em dieta e exercícios físicos.

Em São Miguel do Anta existem 10 centros educacionais, sendo três escolas de nível pré-escolar, cinco escolas de nível fundamental e duas escolas de nível médio.

Em São Miguel do Anta, a coleta de resíduos domiciliares na área urbana acontece diariamente, sendo realizada das 7h00 às 11h00 e das 12h00 às 16h00 horas. Ressalta-se que a coleta dos resíduos domiciliares gerados na zona rural é realizada uma vez por semana.

Em vistoria a campo, constatou-se que na área urbana, os resíduos domiciliares são comumente acondicionados em sacolas plásticas e tambores, próximos aos locais de geração, e posteriormente são coletados de porta em porta pelo caminhão carroceria e encaminhados à Usina de Triagem e Compostagem (UTC) do município.

O destino do lixo e do esgoto, assim como a distribuição da água são feitos pela Prefeitura Municipal, porém, na zona rural a coleta do lixo é feita uma vez por semana. Na zona rural ainda se descarta os dejetos em fossas e o lixo é queimado ou jogado longe das residências, o que pode contaminar o solo e causar doenças.

### 1.3 Sistema Municipal de saúde

Na área da saúde, a infraestrutura social conta com três Unidades Básica de Saúde e duas Clinicas Especializadas. São Miguel do Anta também dispõe de 18 entidades sem fins lucrativos e seis fundações privadas e associações sem fins lucrativos.

São Miguel do Anta conta com 10 estabelecimentos de saúde, sendo quatro públicos e seis unidades privadas. Além dos pontos de atendimento, o município conta também com especialidades como: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Odontologia (SÃO MIGUEL DO ANTA, 2018).

O sistema de saúde de São Miguel do Anta conta com Posto de Saúde que funciona 24 horas, disponibilizando médicos que atendem a urgências e emergências nos plantões diários das 19:00 às 7:00 horas e 24 horas nos finais de semana. De segunda a sexta-feira são feitos atendimentos das 7:00 às 16:00, atendendo em torno 40 consultas/dia em clinica médica e por agendamento de atendimento em cardiologia, ginecologia, pediatria e pequenas cirurgias.

Disponibiliza também atendimento dentário, fisioterapia, exames laboratoriais e a marcação de consultas e exames referenciados em outros municípios. Possui transporte coletivo, para pacientes, diariamente para o município de Viçosa e para outros municípios mais distantes são agendados carros ou ambulância.

Através da Farmácia de Minas de São Miguel do Anta é oferecido à população gratuitamente medicamentos, vinculados à prestação de serviços, como a atenção farmacêutica, possibilitando uma integração maior com os outros serviços de saúde oferecidos no município e nas regiões de saúde do estado de Minas Gerais.

Possui 3 equipes no Programa Saúde da Família. Essas equipes são formadas por médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde que dão assistência a toda a comunidade nas Zonas Rural e Urbana.

De maneira geral, boa parte das doenças que afetam a população está intrinsecamente relacionada a problemas sanitários, como o consumo de água de má qualidade, a falta de coleta e disposição inadequada dos esgotos e a ausência do controle de vetores transmissores de doenças.

#### 1.4 A Unidade Básica de Saúde ESF II Antônio Florentino

Esta unidade é específica para a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma agendada (80%) e de forma espontânea (20%), podendo oferecer assistência com classificação de risco e acolhimento.

Esta unidade é específica para a realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população de forma programada ou não nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas.

A Unidade Básica de São Miguel do Anta é estruturada para atender as necessidades das pessoas da região urbana e da zona rural, onde os profissionais de saúde estão treinados para atendimentos à domicílio, com o intuito de atender pessoas que estão com dificuldade de locomoção ou de acesso à Unidade Básica de Saúde.

#### 1.5 Equipe de Saúde da Família Antônio Florentino

A Equipe é composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêutico, cirurgiã dentista, equipe do Núcleo de Apoio de Saúde da Família (NASF), recepcionista, agentes de saúde e faxineira, que contribuem

significativamente com as campanhas de vacinação, com os projetos de prevenção contra doenças, com as palestras que incentivam o diagnóstico precoce e a adesão aos tratamentos das mais diversas doenças.

A equipe busca, acima de tudo atender o ser humano como um todo, levando em consideração seus aspectos físicos e psicológicos, levando em conta seus sentimentos e desejos quando a questão é a qualidade de vida.

A estratégia de saúde da família II – Equipe Antônio Florentino, cuja área de abrangência são três microáreas exclusivamente urbanas, duas microáreas exclusivamente rural e uma microárea mista (urbana e rural).

A cobertura da equipe de saúde da família ESF II – Antônio Florentino dá-se da seguinte forma: Zona rural e zona urbana.

Nesta unidade são realizados atendimento médico de demanda espontânea, são agendadas as visitas domiciliares com o médico e com a técnica de enfermagem.

#### 1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da equipe Antônio Florentino

A Unidade de Saúde funciona das 07:30 às 18:00 horas e, para tanto, é necessário o apoio dos agentes comunitários, que se revezam durante a semana, segundo uma escala, em atividades relacionadas à assistência que é feita mensalmente.

#### 1.7 O dia a dia da equipe

O trabalho da equipe, como foi dito anteriormente, é baseado no atendimento diário à população de São Miguel do Anta, principalmente, a população rural, que necessita de maiores cuidados quanto à prevenção de doenças, seja através de imunidades ou através de diagnósticos precoces e tratamentos eficazes.

A equipe está sempre voltada para campanhas e ações que possam ajudar a população no entendimento do que seja doença e saúde, do que seja prevenção de doenças para a qualidade de vida de crianças, adultos, idosos e gestantes. O atendimento a alguns programas está baseado na saúde bucal, pré-natal, puericultura, controle de câncer de mama e ginecológico, atendimento a hipertensos e diabéticos, e acompanhamento de crianças com doenças parasitárias.

Estamos planejando realizar grupos operativos de hipertenso, diabético e tabagista, mas devido a enorme demanda espontânea estamos com dificuldades de marcar esses grupos. São feitas 10 visitas domiciliares por mês.

Já existem grupos de apoio às gestantes. Porém, o grupo de diabéticos e de hipertensos não aderiu ainda ao grupo.

Quanto á organização do trabalho: nas segundas agendamos consultas pela manhã e à tarde, além das demandas espontâneas que chegam e ainda temos que renovar as receitas de saúde mental e nas quintas além dos serviços na unidade, fazemos de 10 a 12 visitas domiciliares por mês.

As atividades desenvolvidas pela equipe são: atividade de grupo, saúde na escola, palestras acompanhamento bolsa família, puericultura, visitas domiciliares semanais.

#### 1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Existem muitos problemas dentro de uma comunidade que precisam ser analisados para elaborar um diagnóstico situacional. Assim, é fundamental que a equipe de saúde da família (eSF) conheça sua área de abrangência, dando ênfase aos problemas de saúde, para que se possa realizar um planejamento para melhorias da qualidade de vida dos usuários desta comunidade.

A eSF é um meio de proximidade com a comunidade, se tornando mais fácil o conhecimento dos problemas e também de se levantar possíveis soluções e planejar ações que possam contribuir para essas melhorias.

Esta forma de conhecimento da comunidade pode ser feita pela prática da observação, diálogo com a população e também analisando registros sobre determinado assunto, constituindo um método rápido e barato de se obter informações, que seria a Estimativa Rápida.

Através desta estimativa rápida, alguns problemas de saúde foram detectados na unidade básica de saúde ESF II Antônio Florentino de São Miguel do Anta – MG, como:

- Alta prevalência de doenças cardiovasculares;
- Alta prevalência de DM2 em idosos;
- Baixa adesão ao tratamento;

- Alimentação inadequada;
- Medicamentos usados sem controle médico;
- Adesão parcial ao tratamento;
- Alta prevalência de hipertensão arterial;
- Inatividade física;
- Falta de conhecimento da população em relação aos perigos do diabetes;
- Falta de conhecimento da população em relação ao tratamento do DM2;
- Faltam alguns medicamentos na farmácia da unidade;
- Difícil acesso à unidade pelos idosos;
- Dificuldade em mudar hábitos e costumes em relação a tratamento de doenças;
- Baixa adesão às mudanças de hábitos alimentares.

#### 1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Como os problemas da comunidade foram muitos, foi preciso selecionar e priorizar alguns de maior importância e que estão dentro da nossa capacidade de enfrentamento.

Alguns problemas dependem de políticas públicas e gestores das unidades para serem enfrentados. Porém, selecionamos apenas problemas que estão sob nossa capacidade de enfrentamento, seja ele, parcial ou total.

A intenção desta seleção é individualizar ainda mais os atendimentos e tratamentos. Assim, teremos mais controle sobre um determinado grupo.

**Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde – ESF II Antônio Florentino da cidade de São Miguel do Anta em Minas Gerais

| Problemas   | Importância* | Urgência** | Capacidade de enfrentamento*** | Seleção/Priorização**** |
|---|--------------|------------|--------------------------------|-------------------------|
| Baixa adesão ao tratamento  | Alta         | 3          | Total                          | 3                       |
| Inatividade física  | Alta         | 4          | Parcial                        | 8                       |
| Alta prevalência de doenças cardiovasculares                      | Alta         | 3          | Parcial                        | 7                       |
| Alta prevalência de DM2 em idosos                                 | Alta         | 5          | Parcial                        | 1                       |
| Alta prevalência de hipertensos                                   | Alta         | 3          | Parcial                        | 6                       |
| Falta de conhecimento da população em relação ao tratamento do DM | Alta         | 5          | Parcial                        | 4                       |
| Baixa adesão à terapia nutricional                                | Alta         | 4          | Parcial                        | 2                       |
| Falta de conhecimento da população em relação aos perigos da DM   | Alta         | 3          | Total                          | 5                       |

\*Alta, média ou baixa

\*\* Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

\*\*\*Total, parcial ou fora

\*\*\*\*Ordenar considerando os três itens

**Fonte:** Autoria Própria (2020).

De acordo com o quadro 1 verifica-se que o problema que mais preocupa a equipe de saúde ESF II Antônio Florentino em São Miguel do Anta – MG é a alta prevalência de DM2 em idosos com baixa adesão à terapia nutricional. Nestes pacientes devemos avaliar os fatores associados ao diabetes para verificar os motivos da baixa adesão ao tratamento medicamentoso e baixa adesão às mudanças nos hábitos alimentares.

A quantidade de idosos que apresenta diabetes é muito grande e, alguns, já apresentam outras complicações.

Grande parte desses idosos não aderiu ao tratamento e não aderiu também às mudanças dos hábitos alimentares, sendo a terapia nutricional de extrema importância para o tratamento.

Há também preocupação em relação à falta de conhecimento dos idosos sobre o DM2 e sobre a importância do tratamento, o que justifica a baixa adesão ao tratamento.

Há na comunidade também alta prevalência de pacientes hipertensos e com doenças cardiovasculares.

A capacidade de enfrentamento por parte da equipe em relação aos problemas citados no quadro acima são geralmente parciais, pois não dependem da equipe mudar estes problemas, pois, é uma ação em conjunto entre usuários e equipe de saúde, o que acaba envolvendo também a família.

Em relação á baixa adesão ao tratamento, temos total capacidade de enfrentamento, já que através das visitas domiciliares podemos conscientizar a população da necessidade do tratamento. A falta de conhecimentos da população em relação aos perigos do diabetes e de suas complicações, são enfrentados também em sua totalidade.

## 2 JUSTIFICATIVA

O diabetes é uma das principais doenças crônicas que acometem a população, principalmente, os idosos. A crescente prevalência e os altos níveis de morbi-mortalidade tornam o diabetes um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento frente aos incrementos na expectativa de vida, uma vez que a prevalência da doença aumenta com a idade (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Com o aumento da proporção de idosos aumenta também a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, o diabetes mellitus, que se destaca em função da alta taxa de morbimortalidade, principalmente nas faixas etárias mais avançadas (RAMOS *et al.*, 2017).

O diabetes em idosos está relacionado a um risco maior de morte prematura, a maior associação com outras comorbidades e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas, sendo importante destacar os prejuízos em relação à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, o que a configura como uma doença de alto impacto, com repercussões sobre o sistema de saúde, família e o próprio idoso acometido (RAMOS *et al.*, 2017).

Assim como a hipertensão, o diabetes é considerado uma doença prioritária para o Ministério da Saúde devido à alta incidência e prevalência na população brasileira, elevados níveis de mortalidade, e por ser responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais, vasculares periféricas, e por cegueira definitiva, abortos e mortes perinatais, além de 70% das amputações, principalmente de coxas e pernas, realizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

A terapia nutricional em diabetes tem como alvo o bom estado nutricional, saúde fisiológica e qualidade de vida do indivíduo, bem como prevenir e tratar complicações a curto e em longo prazo e comorbidades associadas. A nutrição equilibrada estabelecida a partir de concentrações adequadas de macronutrientes e micronutrientes, prescritos de forma individualizada, deve se basear nos objetivos do tratamento (CAMPOS; POLESEL; CAMPOS, 2012).

Diante do exposto acima, o projeto de intervenção se torna viável, pois em nossa unidade de atendimento temos um grande número de idosos com diabetes que já apresentam complicações por causa da doença e a baixa adesão ao tratamento, principalmente o tratamento através da terapia nutricional.

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 têm 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. Educação nutricional é estratégia que confere melhor qualidade de vida e redução de custos institucionais (CAMPOS; POLESEL; CAMPOS, 2012).

Para justificar a implantação de ações que nos permite avaliar a prevalência e os fatores associados ao diabetes em idosos na ESF II Antônio Florentino de São Miguel do Anta – MG, nós, da equipe de saúde, colhemos alguns dados nos prontuários dos pacientes idosos com o intuito de demonstrar a urgência de planejamento de ações que possibilitem melhorias na qualidade de vida dos diabéticos idosos.

**Quadro 2** - Dados colhidos dos prontuários de pacientes idosos diabéticos da ESF II Antônio Florentino da cidade de São Miguel do Anta – MG

| Dados colhidos dos prontuários                             | Porcentagem |
|--|-------------|
| Faixa etária de 60 a 69 anos de idade                      | 50,1%       |
| Faixa etária de 70 a 79 anos de idade                      | 34,8%       |
| Faixa etária $\geq$ 80 anos de idade                       | 15,1%       |
| Apresenta complicações por causa do diabetes               | 15,2%       |
| Falta de conhecimento sobre o diabetes e suas complicações | 64,0%       |
| Não aderiram à atividade física                            | 39,8%       |
| Não aderiram ao tratamento medicamentoso                   | 23,7%       |
| Não aderiram à terapia nutricional                         | 76,3%       |

Fonte: Autoria Própria (2019).

Como vimos no quadro acima, a baixa adesão à terapia nutricional é muito grande e é uma importante ferramenta de auxílio no tratamento medicamentoso.

Diante destes dados, fica clara a necessidade de se elaborar o projeto de intervenção com o intuito de melhorar a qualidade de vida do diabético idoso.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Realizar um plano de ação para aumentar a adesão á terapia nutricional de pacientes idosos com diabetes atendidos na ESF II Antônio Florentino da cidade de São Miguel do Anta em Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Estimular a periodicidade de visitas domiciliares médias para acompanhamento a fim de prevenir complicações;
- Implantar ações educativas e de acolhimento dentro do HIPERDIA para os idosos com DM;
- Desenvolver ações multiprofissionais que visam adesão desses pacientes ao tratamento, à frequência na unidade; à adesão de hábitos saudáveis e o estímulo ao autocuidado.

## 4 METODOLOGIA

O Planejamento Estratégico Situacional possui como escopo planejar, executar e acompanhar desenhos de ação com intuito de intervenção sobre um certo traço da realidade. O plano pode ser entendido como uma forma de exercer a razão humana. Ação é definida por um propósito conexo com a alteração de uma determinada situação. Planejar é pensar com antecedência, durante e em seguida a tomada da ação. “É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teorias e métodos” (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018, p. 18).

Para a produção da presente proposta do plano de ação, foram seguidas três etapas: o diagnóstico situacional em saúde, a revisão de literatura e o arranjo do plano de ação propriamente dito. O Diagnóstico Situacional realizado em 2019 inspirou-se no método da Estimativa Rápida (que possibilitou melhor conhecimento sobre os problemas da área de abrangência da UBS “Novo Tempo” do município de Santa Helena de Minas/MG) que, segundo Faria, Campos e Santos (2018), constitui um modo de se obter informações acerca de um conjunto de problemas e dos recursos para o seu enfrentamento em um breve período e sem altos gastos, constituindo importante ferramenta para apoiar um processo de planejamento. Diante disso, seu intuito é envolver a população na identificação das suas necessidades e problemas e também os atores sociais, que controlam recursos para o enfrentamento de tais problemas.

O embasamento teórico para a realização do presente trabalho foi a partir de artigos encontrados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), sites institucionais (Ministério da Saúde), Google Acadêmico.

Foram utilizados também, como fontes da pesquisa bibliográfica, módulos do CEGCSF e a Biblioteca Virtual do Nescon. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos publicados a partir do ano 2006 e que abordassem a temática explicitada. Para a pesquisa foram utilizados os seguintes descritores: “Diabetes”, “Diabetes em idosos” e “Tratamento do diabetes”.

Dessa forma, tendo em vista os problemas enfrentados na atenção primária na UBS II – “Antônio Florentino” da cidade de São Miguel do Anta em Minas Gerais,

buscou-se a elaboração de um plano de ação para ser implantado pela eSF, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 5.1 Diabetes Mellitus em idosos

O diabetes em idosos está relacionado a um risco maior de morte prematura, a maior associação com outras comorbidades e, principalmente, com as grandes síndromes geriátricas, sendo importante destacar os prejuízos em relação à capacidade funcional, autonomia e qualidade de vida, o que a configura como uma doença de alto impacto, com repercussões sobre o sistema de saúde, família e o próprio idoso acometido (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2010).

Representa uma doença altamente limitante, tendo como consequências em longo prazo, danos, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. As pessoas com diabetes têm maior risco de hipertensão arterial, doença coronariana, doença arterial periférica e doença vascular cerebral, podendo, ainda, desenvolver neuropatia, artropatia e disfunção autonômica, inclusive sexual, as quais acometem mais frequentemente os idosos (TAVARES; CORTÊS; DIAS, 2010).

O idoso diabético, quando comparado ao não diabético, está mais sujeito a ser bastante medicado, apresentar perdas funcionais (dificuldade de locomoção, por exemplo), problemas cognitivos, depressão, quedas e fraturas, incontinência urinária e dores crônicas, devendo, portanto, ser tratado de forma individualizada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015 *apud* RAMOS et al., 2017, p.365).

“Em idosos, o DM tem sido encontrado em incidências que variam de 18,6 a 23,5% em pesquisas realizadas no Brasil”. O aumento na sua expectativa de vida se agregados a maus hábitos de vida pode, certamente, incidir no aumento de doenças crônicas nos idosos, especialmente, o DM (LIMA *et al.*, 2018, p.181).

O DM é uma doença progressiva na qual os indivíduos acometidos, especialmente idosos, tendem a deteriorar seu estado de saúde com o passar do tempo, principalmente após os 10 anos de convívio com a doença, quando começam a aparecer as complicações derivadas do mau controle glicêmico, que podem refletir negativamente na sua qualidade de vida (STIVAL *et al.*, 2014 *apud* LIMA *et al.*, 2018, p.181).

O DM tem um impacto físico e emocional significativo, culminando na diminuição da autonomia e na autoconfiança desses indivíduos, fazendo com que a

percepção de si próprio esteja alterada enxergando-se como incapazes de cumprir os seus objetivos, diminuindo assim, a qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2014).

## 5.2 Tratamento de pacientes idosos com diabetes

Os princípios básicos no tratamento de idosos com diabetes (acima dos 65 anos de idade) não diferem daqueles estabelecidos para diabéticos mais jovens, incluindo critérios de diagnóstico, classificação e metas de controle metabólico (glicêmico e lipídico), pressão arterial e índice de massa corporal (IMC) (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Ressalte-se que para tratar essa população é fundamental considerar aspectos que a diferenciam. Não estão disponíveis evidências de que o controle glicêmico estrito (rigoroso) possa prevenir complicações macrovasculares. É discutível a vantagem desse controle rigoroso em relação aos riscos de hipoglicemias graves e dos efeitos colaterais dos agentes antidiabéticos (VIEGAS PEREIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2018).

O tratamento do diabetes em idosos obedece aos mesmos princípios utilizados em faixas etárias mais jovens. Entretanto, a equipe de saúde deve estar atenta a importantes particularidades, como dificuldade na diferenciação entre os tipos 1 e 2, diferenças nas metas de controle glicêmico e restrições ao uso de vários dos antidiabéticos orais (VIEGAS-PEREIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2008).

A orientação alimentar do idoso diabético segue os princípios básicos estabelecidos para o diabético sem complicações: normocalórica ou hipocalórica para os obesos (com perda < 7% nos sadios); 55% a 60% de carboidratos (10% a 15% simples), 39% de gorduras (igualmente distribuídas entre saturadas, monoinsaturadas e poli-insaturadas); 10% a 15% de proteínas (0,8 a 1 g/kg/peso, dependendo da função renal); 300 mg/dia de colesterol; 14 g de fibras/1.000 kcal com diminuição das gorduras trans, suplementação de cálcio (1 g cálcio elementar/dia), vitamina D (800 UI/dia), ferro, complexo B etc., quando indicados (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2006).

O uso do índice glicêmico pode trazer benefícios adicionais. Bebidas alcoólicas, quando permitidas pelo médico, devem ser restritas a um drinque para mulheres e, no máximo, dois para o homem (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019)

A suplementação com antioxidantes, como vitaminas A, E, C e cromo, não é recomendada por falta de evidências científicas que mostrem benefícios. Preferencialmente, nutricionistas com experiência em diabetes devem realizar esse esquema. Pode-se recomendar esquema de contagem de carboidratos nos ocasionais casos de insulinoterapia intensificada (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019, p.429).

### 5.3 Terapia medicamentosa, terapia nutricional e atividade física

A insulinoterapia no DM1 objetiva mimetizar a secreção fisiológica de insulina e alguns antidiabéticos orais de uso em DM2 procuram corrigir ou otimizar estas duas fases, quando se encontram alteradas. Assim, diversos esquemas terapêuticos podem ser propostos de forma individual, porém sempre associados à terapia nutricional e, quando possível, à prática de atividades físicas (CUNHA, 2009).

“O idoso frequentemente é portador de outras doenças, como insuficiências renal, hepática, respiratória, circulatória e cardíaca, às vezes sem expressão clínica, limitando a prescrição de antidiabéticos orais”. Dessa forma, a insulina se inscreve como a “única opção terapêutica, o que frequentemente desagrada ao paciente e aos familiares” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.2000).

Apesar de as principais sociedades científicas recomendarem metformina associada a mudanças nos hábitos de vida (dieta e atividades físicas com redução do peso) como primeira medida a se utilizar no tratamento do diabetes, pode-se evitar ou adiar a introdução do medicamento em razão de frequente intolerância ou contra-indicações (hepatopatia, nefropatia, pneumopatias, alcoolismo etc.) em idosos, principalmente naqueles com glicemias leves ou moderadamente elevadas. Se tal conduta não lograr controle glicêmico adequado, o medicamento deve ser iniciado com a menor dose possível e esta ser aumentada gradualmente até que se obtenha o controle desejado (NATHAN *et al.*, 2009 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.199)

Quando não se obtém resultados positivos com a metformina junto com mudanças nos hábitos de vida, “devem ser associados dois, três ou quatro medicamentos, com o objetivo de melhorar o controle metabólico, mas sem provocar efeitos colaterais importantes” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

A orientação alimentar do idoso diabético segue os princípios básicos estabelecidos para o diabético sem complicações: normocalórica ou hipocalórica para os obesos (com perda < 7% nos sadios); 55% a 60% de carboidratos (10% a 15% simples), 39% de gorduras (igualmente distribuídas entre saturadas, monoinsaturadas e poli-insaturadas); 10% a 15% de proteínas (0,8 a 1 g/kg/peso, dependendo da função renal); 300 mg/dia de colesterol; 14 g de fibras/1.000 kcal com diminuição das gorduras

trans, suplementação de cálcio (1 g cálcio elementar/dia), vitamina D (800 UI/dia), ferro, complexo B etc., quando indicados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.199).

“Em idosos com hipertensão arterial, deve-se limitar a ingestão de sal em 6 g; àqueles com hipercolesterolemia; a distribuição de ácidos graxos deve ser < 7% de ácidos graxos saturados” (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2006 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.199).

Inúmeros estudos epidemiológicos e de intervenção têm demonstrado os benefícios da atividade física aeróbica no tratamento e na prevenção do diabetes tipo 2. (RAMACHANDRAM *et al.*, 2006 *apud* SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.199).

As atividades de alta intensidade e baixa resistência são mais toleráveis, com capacidade de aumentar a massa muscular e a captação de glicose. As condições gerais do paciente deverão guiar a prescrição de atividades físicas por condicionamento físico, preferências, habilidades e limitações, como osteoartroses, artrites, tremores, sequelas de AVC, DAC etc. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.199).

“A avaliação cardiovascular deve incluir teste ergométrico, quando tolerado pelo paciente, para programar melhor a atividade física”. Quando se tratar de com impossibilidades físicas de “usar esteira ou para aqueles com mais de um fator de risco além do diabetes, pode-se optar por eco-Doppler ou cintigrafia miocárdica sob estresse farmacológico, realizada por especialista” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015, p.199).

#### 5.4 Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos

Segundo Tavares *et al.* (2013), a adesão ao tratamento é quando há concordância entre o comportamento do paciente e as orientações do médico ou de outro profissional de saúde. Quando esta discordância não é total e afeta negativamente a evolução do tratamento ou a condição clínica do paciente e traz consequências pessoais, sociais e econômicas significa que não há adesão ao tratamento.

Segundo Tavares *et al.* (2013, p. 1094):

Múltiplos fatores podem influenciar a adesão à terapêutica, dentre eles: fatores intrínsecos ao próprio paciente, referentes à doença e/ou características da terapêutica e relacionados à interação entre o paciente e os profissionais de saúde. Algumas barreiras para a adesão são mais comuns em pacientes idosos e devem ser investigadas, pois exigem atenção especial no manejo clínico desses pacientes. Fatores relacionados à condição da doença representam demandas particulares enfrentadas pelo paciente na adesão ao tratamento, especialmente a: gravidade dos sintomas, nível de deficiência (física, psicológica, social e profissional), taxa de progressão e severidade da doença e a disponibilidade de tratamento.

Ainda segundo Tavares *et al.* (2013) é de extrema importância que as práticas e ações da atenção básica sobre o uso de medicamentos sejam avaliadas, principalmente na população idosa. A equipe de saúde pode contribuir para promover a adesão dos pacientes ao prescrever regimes menos complexos, ao fornecer informações sobre os benefícios e efeitos colaterais do tratamento, e ao considerar as dificuldades cognitivas e o acesso aos tratamentos prescritos para esses pacientes.

#### 5.5 Dificuldades encontradas para as mudanças nos hábitos alimentares em idosos

É sabido que determinadas práticas alimentares constituem fatores protetores de condições mórbidas como as doenças cardiovasculares, diabetes, vários tipos de neoplasias e a obesidade, entre outras. Fornecer subsídios para a implementação de intervenções que promovam mudanças de práticas alimentares é o propósito de inúmeros estudos científicos (CUPPARI, 2015).

No ambiente familiar, são geradas práticas que expressam valores, crenças e aspirações que são vividas no cotidiano como parte de um hábito importante na conformação dos indivíduos. Na idade infantil, cabe aos pais preparar a dieta dos filhos, mas quando a criança passa a frequentar a escola e a conviver com outras crianças, ela conhecerá hábitos, alimentos e preparações diferentes, que podem ser ou não saudáveis. E já que são os adultos que escolhem os alimentos para as crianças, os pais, naturalmente, são os primeiros responsáveis para a transmissão de um padrão alimentar saudável, isto é, uma alimentação moderada, variável e equilibrada, o que não acontece em muitos casos, o que explica a alta prevalência de crianças obesas e com diabetes ou hipertensão. E estes maus hábitos

alimentares continuam na fase adulta e na terceira idade, o que acaba contribuindo para o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (CUPPARI, 2015).

“Quatro fatores descritos na literatura que interferem no tratamento nutricional de idosos diabéticos: seguimento terapêutico; aspectos socioeconômicos; aspectos relacionados com a equipe de saúde; fatores psicológicos, culturais e familiares”. Os autores ainda assinalam que, mesmo conscientes da gravidade da doença, o idoso não segue corretamente o tratamento devido a diversos motivos: “baixa escolaridade; moradia solitária; baixo poder aquisitivo; falta de dieta equilibrada; sedentarismo; fatores psicológicos, dentre outros” (MAGALHÃES; CAVALCANTE, 2016, p.314).

Segundo os autores acima citados, o que mais influencia a baixa adesão ao tratamento é a falta de informação quanto à alimentação saudável e seus efeitos benéficos para o organismo do idoso.

## 5.6 Prevenção do diabetes mellitus na terceira idade

A atividade física regular, pelo menos 30 minutos todos os dias está associada à diminuição do risco de desenvolver condições crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial, câncer de colo e retal, principalmente quando associada a outros hábitos saudáveis de vida como alimentação adequada e condições de saúde, o que deve ser orientado pelos enfermeiros na atenção básica. Uma atitude que pode melhorar a adesão das pessoas para adotarem estilos de vida mais saudáveis. Assim, o acompanhamento do idoso após as consultas se torna muito importante para o seguimento do processo de prevenção de doenças (FREEMAN, 2018).

Para fazer a promoção da saúde, o desafio é cuidar das pessoas com doenças crônicas de forma integral, com estratégias capazes de estimular a adoção de estilo de vida saudável, com prática de atividades físicas e alimentação adequada. A ausência de atividade física é um dos fatores de risco impactantes para as DCNT, associada à dieta inadequada, ao fumo, ao álcool, ao excesso de peso que podem levar à piora das doenças, hospitalizações constantes, mortes e/ou amputações prematuras (CUPPARI, 2015).

É preciso priorizar educação sobre hábitos alimentares saudáveis, estímulo à atividade física regular, redução do consumo de bebidas alcoólicas e abandono do

tabagismo. Ressalta-se que utilizar métodos educativos participativos e que partam das reais necessidades do diabético são condições essenciais para o sucesso de um programa educativo (FREEMAN, 2018).

## 6 PLANO DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Descrição dos problemas selecionados (Terceiro passo)

O tema que escolhemos para ser abordado é a alta prevalência de pacientes obesos com DM2, onde devemos avaliar os fatores associados, a baixa adesão à terapia nutricional e a baixa adesão ao tratamento medicamentoso.

Para verificarmos a real situação da unidade e justificar a necessidade de um projeto de intervenção na unidade, encontramos os seguintes dados: Dos pacientes que frequentam a unidade ESF II Antônio Florentino, 217 são diabéticos, destes, 134 são idosos, destes idosos com diabetes, 87 aderiram ao tratamento medicamentoso e 9 aderiram parcialmente e 38 não aderiram ao tratamento.

Dos 134 pacientes idosos com diabetes, 58 mudaram seus hábitos alimentares e 45 aderiram à atividade física. Sendo que 76 não mudaram seus hábitos alimentares e 89 não aderiram à atividade física.

**Quadro 3 –** Descritores dos problemas encontrados na ESF II – Antônio Florentino em São Miguel do Anta – MG

| Descritores do problema                                       | Quantidade | Fonte               |
|---|------------|---------------------|
| Pacientes com diabetes atendidos na ESF II Antônio Florentino | 217        | Registro da Equipe  |
| Pacientes idosos com diabetes                                 | 134        | Registro da Equipe  |
| Idosos que aderiram ao tratamento medicamentoso               | 87         | Registro da Equipe  |
| Idosos que aderiram parcialmente ao tratamento medicamentoso  | 09         | Registro da Equipe  |
| Idosos que não aderiram ao tratamento medicamentoso           | 38         | Registro da Equipe  |
| Idosos que mudaram seus hábitos alimentares                   | 58         | Registro da Equipe  |
| Idosos que não mudaram hábitos alimentares                    | 76         | Registro da Equipe  |
| Idosos que aderiram à atividade física                        | 45         | Registro da Equipe  |
| Idosos que não aderiram à atividade física                    | 89         | Registros da Equipe |

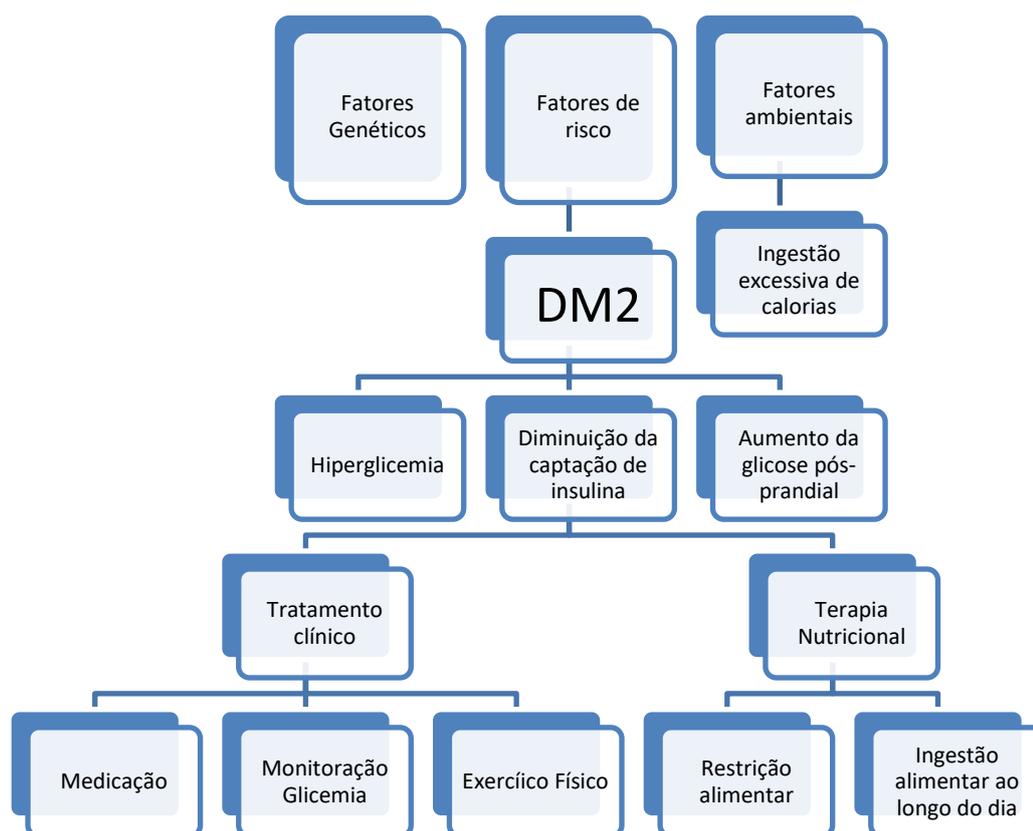
**Fonte:** Autoria Própria (2019).

### 6.2 Explicação do Problema selecionado (quarto passo)

A avaliação nutricional do paciente idoso com diabetes é muito importante para darmos prosseguimento ao tratamento e ao plano de intervenção. De posse dos dados nutricionais do paciente, fica mais fácil estabelecer o diagnóstico que, em conjunto com os dados clínicos, conduzirão à conduta e à implementação dos cuidados nutricionais que englobam todos os procedimentos envolvidos na terapia nutricional, ou seja, a prescrição dietética, a orientação e a educação alimentar, o acompanhamento e a alta nutricional.

Temos a consciência de que sem a adesão ao tratamento farmacológico e/ou terapia nutricional, as complicações vão surgir e a qualidade de vida do paciente vai ficar ainda mais comprometida.

Abaixo a árvore explicativa pode demonstrar a evolução do DM após diagnóstico e a necessidade do tratamento:



**Fonte:** Autoria Própria (2019).

A ingestão alimentar diária para idosos com DM deve ser disciplinada, fracionada em diversas refeições ajustadas à prática de exercícios físicos e ao esquema de insulinização ou de antidiabéticos orais, de forma a impedir consumo excessivo de alimentos nas refeições e o jejum prolongado. O objetivo é reduzir as

oscilações glicêmicas significativas e o risco de hipoglicemia, o que favorecerá o controle metabólico e refletirá em melhor qualidade de vida. Para os portadores de DM que utilizam insulínização intensiva há maior liberdade de horários para as refeições e flexibilidade no consumo de alimentos.

A terapia nutricional, como parte da assistência, é peça fundamental para promover a qualidade de vida, bem-estar físico e emocional, prevenir as oscilações glicêmicas e retardar as complicações tardias. Assim, é imprescindível que o portador e seus familiares sejam apoiados para perseguir os objetivos do tratamento desde o diagnóstico, fazendo suas próprias escolhas e decidindo a melhor forma de controle.

### 6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Dos nós críticos encontrados, foram selecionados:

1. Falta de informação sobre a importância das mudanças nos hábitos alimentares;
2. Falta de agentes comunitários para as visitas domiciliares para acompanhamento de paciente em terapia nutricional;

### 6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

**Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “ Falta de informação sobre a importância de mudanças nos hábitos alimentares” da população sob responsabilidade da ESF II – Antônio Florentino do município de São Miguel do Anta – Minas Gerais**

|  |  |
|--|--|
| <b>Nó crítico 1</b>  | Falta de informação sobre a importância de mudanças nos hábitos alimentares  |
| <b>6º passo: Operação</b>  | Informar à população-alvo sobre a necessidade de mudanças dos hábitos alimentares; modificar a forma de repassar o tratamento e terapia nutricional para os idosos; promover informações quanto aos problemas causados pelo diabetes e suas complicações; incentivar mudanças nos hábitos alimentares através de atividades interativas e dicas sobre alimentação saudável; Acompanhar os idosos em sua terapia nutricional; oferecer atividades em grupo para reeducação alimentar. |
| <b>6º passo: Projeto</b>   | Alimentação do idoso   |
| <b>6º passo: Resultados esperados</b>                                  | Compreensão por parte dos idosos sobre a boa alimentação e sua necessidade para se evitar complicações do diabetes.  |
| <b>6º passo: Produtos esperados</b>                                    | Reeducação alimentar; campanhas educativas sobre boa alimentação e perigos do diabetes e das complicações.   |
| <b>6º passo: Recursos necessários</b>                                  | Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo;<br>Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas contra a obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares e diabetes; fazer palestras sobre boa alimentação; promover palestras sobre tabagismo e uso abusivo de álcool;<br>Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos e para atividades educativas em grupo.                 |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>              | Político: Conseguir espaço para as palestras;<br>Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; atividades educativas e para cursos para os idosos sobre o diabetes e alimentação saudável.   |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>   | Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável)<br>Secretário Municipal de Educação (motivação favorável);<br>Diretor das UBS (motivação favorável).<br>Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade.  |
| <b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>       | Médicos\ Enfermeiros\ Técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde.<br>Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.  |
| <b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b> | Reuniões com toda a equipe para verificar os resultados alcançados no período de 15 dias da implantação do projeto; formular gráficos com os resultados e apresentar á secretaria da educação para solicitação de mais investimentos no projeto.   |

Fonte: Autoria Própria (2019).

**Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Falta de agentes comunitários para as visitas domiciliares para acompanhamento de paciente idoso diabético em terapia nutricional” da população sob responsabilidade da ESF II – Antônio Florentino do município de São Miguel do Anta – Minas Gerais**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 2</b>  | Falta de agentes comunitários para as visitas domiciliares para acompanhamento de paciente em terapia nutricional.  |
| <b>6º passo: Operação</b>  | Fazer escalonamento de visitas domiciliares para atender os idosos diabéticos em terapia nutricional pelo menos a cada 15 dias; incluir equipe de enfermagem nas visitas domiciliares para melhor acompanhamento do idoso diabético; solicitar contratação de mais agentes comunitários de saúde para atender a demanda.  |
| <b>6º passo: Projeto</b>   | Alimentação do idoso  |
| <b>6º passo: Resultados esperados</b>                                  | Atendimento de todos os idosos diabéticos; aumento do número de adesão à terapia nutricional e ao tratamento medicamentoso; redução dos riscos de complicações do diabetes em idosos; aumento do número de agentes comunitários para as visitas domiciliares.   |
| <b>6º passo: Produtos esperados</b>                                    | Engajamento de toda a equipe para se alcançar resultados positivos; campanhas para voluntários para as visitas domiciliares e acompanhamento da terapia nutricional do idoso.   |
| <b>6º passo: Recursos necessários</b>                                  | Cognitivo: Informação sobre o tema e estratégias de comunicação para o público alvo;<br>Político: conseguir espaço para as palestras; mobilização para as campanhas para a saúde do idosos; autorização para a contratação de agentes comunitários de saúde;<br>Financeiro: Para recursos com panfletos, recursos multimidiáticos; minicursos e para atividades educativas em grupo; verbas para investir na especialização dos agentes e equipe de enfermagem para o atendimento do idoso diabético. |
| <b>7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos</b>              | Político: Conseguir espaço para as palestras;<br>Financeiro: recursos para os panfletos; recursos multimidiáticos; atividades educativas e para cursos para os idosos sobre o diabetes e alimentação saudável; recursos para novas contratações e treinamento de agentes comunitários.  |
| <b>8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas</b>   | Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável)<br>Secretário Municipal de Educação (motivação favorável);<br>Diretor das UBS (motivação favorável).<br>Reuniões com toda a equipe de saúde; reuniões com o secretário de saúde; reuniões com a associação da comunidade.   |
| <b>9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos</b>       | Médicos\ Enfermeiros\ Técnicos de Enfermagem e agentes comunitários de saúde.<br>Dois meses para o início das atividades e cinco meses para finalizar as estratégias.   |
| <b>10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações</b> | Reuniões com toda a equipe para verificar os resultados alcançados no período de 15 dias da implantação do projeto; formular gráficos com os resultados e apresentar à secretaria da educação para solicitação de mais investimentos no projeto.  |

Fonte: Autoria Própria (2019).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho da equipe, como foi dito anteriormente, é baseado no atendimento diário à população de São Miguel do Anta, principalmente, a população rural, que necessita de maiores cuidados quanto à prevenção de doenças, seja através de imunidades ou através de diagnósticos precoces e tratamentos eficazes.

Alguns problemas de saúde foram detectados na unidade básica de saúde ESF II Antônio Florentino de São Miguel do Anta – MG, como: alta prevalência de doenças cardiovasculares; alta prevalência de DM2 em idosos; baixa adesão ao tratamento; alimentação inadequada entre outros.

Mas o problema que mais preocupa a equipe de saúde é a alta prevalência de DM2 em idosos com baixa adesão à terapia nutricional.

A terapia nutricional em diabetes tem como alvo o bom estado nutricional, saúde fisiológica e qualidade de vida do indivíduo, bem como prevenir e tratar complicações a curto e em longo prazo e comorbidades associadas. A nutrição equilibrada estabelecida a partir de concentrações adequadas de macronutrientes e micronutrientes, prescritos de forma individualizada, deve se basear nos objetivos do tratamento.

É importante destacar que a mudança dos hábitos alimentares dependerá de outros aspectos como os socioeconômicos e a cultura dos pacientes idosos. Porém, é de extrema importância que os idosos sejam bem instruídos quanto à necessidade de mudanças nos hábitos alimentares, principalmente em situações como o diabetes mellitus.

A terapia nutricional é responsável pela redução de riscos para as complicações do diabetes no idoso.

Assim, concluiu-se que:

- Idosos possuem várias comorbidades e por isso o tratamento do DM se torna mais complicado;
- A terapia nutricional é de fundamental importância para o tratamento;
- A equipe de saúde precisa estar preparada para o trabalho com o idoso seja em grupo operativo ou individualizado para promover ações de saúde que aumente a adesão ao tratamento.

A implantação do projeto vai contribuir para a evolução e elaboração de novas competências, que combatam os fatores que interferem na não adesão do

tratamento nutricional pelos idosos diabéticos, tais como os ambientais, sociais e emocionais. Por isso, a implantação deste projeto vai possibilitar na compreensão da problemática, estimulando uma inovação não só da prática do profissional de saúde, mas também da família que acompanha seu idoso e passa, com ele, todas as dificuldades relacionadas às complicações do diabetes.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Nutrition recommendations and intervention for diabetes 2006. A position statement of the American Diabetes Association. **Diabetes Care** v.29, p. 2140-57, 2006

BRASIL. Ministério da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** / Secretaria de Vigilância em Saúde. – v. 12, n. 1 (jan./mar. 2003), Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. DATASUS. Ministério da Saúde. **Sistema de informação sobre saúde/doença**, [Acesso em 2010 nov. 20]. Disponível em [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br), 2006.

CAMPOS, L. F.; POLESEL, M. G.; CAMPOS, A. C. L. Terapia Nutricional no Doente Cirúrgico Diabético. In: CAMPOS, A. C. L. **Tratado de Nutrição e Metabolismo em Cirurgia**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2012.

CUNHA, M. R. Diabetes mellitus tipo 2 In: WAITZBERG, D. L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 1587-1601.

CUPPARI, L. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, São Paulo: Manole, 2015.

EVERT, A. B. *et al.* Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. **Diabetes Care**. v.37, n.(suppl 1), p. s120-s143. jan, 2014

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018

FREEMAN, T. R. **Manual de medicina de família e comunidade**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@ São Miguel do Anta **.Panorama**. 2019 Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/saomigueldoanta/historico/>>. Jun. 2019.

LIMA, L. R. *et al.* Qualidade de vida e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 176-185, Apr. 2018

MAGALHÃES, Q.V.B.; CAVALCANTE, J.L.P. Dificuldades na adesão ao tratamento nutricional por idosos hipertensos. **Revista Kairós Gerontologia**, v.19, n.3, p. 309-320, 2016

SANTOS, A. E. C. *et al.* Condições de saúde e funcionalidade de idosos com diabetes mellitus tipo 2 na atenção primária à saúde. **Enfermeria Global**. n. 34,p.19-36, Abr, 2014.

SÃO MIGUEL DO ANTA. Prefeitura Municipal de São Miguel do Anta. **A cidade: histórico**, 2018. Disponível em: <https://saomigueldoanta.mg.gov.br/pagina-historico>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2019-2020/Sociedade Brasileira de Diabetes: São Paulo: AC Farmacêutica, 2019.**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes: São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.**

TAVARES, D. M. S.; CORTÊS, R. M.; DIAS, F. A. Qualidade de vida e comorbidades entre os idosos diabéticos. **Rev. enferm. UERJ** v.18, n.1,p.97-103, jan.-mar 2010

TAVARES, N. U. L. *et al.* Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 47, n. 6, p. 1092-1101, dez. 2013

THUME, E. *et al.* Assistência domiciliar a idosos: fatores associados, características do acesso e do cuidado. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.44,n.6, p.1102-11, 2010

VIEGAS-PEREIRA, A. P. F.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C.. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 25, n. 2, p. 365-376, dez. 2008