

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**LYNEA GLASYELE CARDOSO HONORATO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO ESTILO DE VIDA DE  
PACIENTES DIABÉTICOS**

**UBERABA - MG**

**2018**

**LYNEA GLASYELE CARDOSO HONORATO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO ESTILO DE VIDA DE  
PACIENTES DIABÉTICOS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de especialização em Cuidado saúde da família, da Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do certificado de especialista em Cuidado em saúde da família

Orientadora: Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos

**UBERABA - MG**

**2018**

**LYNEA GLASYELE CARDOSO HONORATO**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO NO ESTILO DE VIDA DE  
PACIENTES DIABÉTICOS**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Profa. Dra Selme Silqueira Matos-UFMG

Examinador 2 Profa. Ms.Eulita Maria Barcelos- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte,            em            de            de 2018

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela minha vida e minhas vitórias.

Aos meus pais, pelo convívio e ensinamentos.

Ao meu esposo Gabriel Henrique de Faria Pereira, pelo apoio em todos os momentos e ao pequeno Bento Honorato Pereira, que mesmo ainda estando em meu ventre, passou a ser minha razão de viver.

À Profa. Dra. Adriana Moreira Serafim, que sempre esteve disponível e se dedicando ao curso e ao Prof. Dr Gustavo Raimondi que sempre me auxiliou na unidade e nos estudos, como supervisor do mais médicos.

A Profa. Dra. Selme Silqueira de Matos, por me orientar de forma ímpar neste trabalho.

A profa Ms Eulita Maria Barcelos pela importante contribuição neste estudo.

“Se há algum segredo de sucesso, consiste ele na habilidade de apreender o ponto de vista da outra pessoa e ver as coisas tão bem pelo ângulo dela como pelo seu.”

Henry Ford

## **RESUMO**

A literatura mostra que as doenças crônicas não transmissíveis possuem alta incidência e prevalência em toda a população mundial especialmente a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica sendo as principais doenças de bases para diversas complicações, morbidades cardiovasculares e motivos de internação em todo país. Araporã não podia fugir desta realidade tendo um elevado número de pacientes diabéticos. Diante deste fato a equipe de saúde resolveu elaborar um projeto de intervenção cujo objetivo foi elaborar um projeto de intervenção que possibilite o aumento da adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida dos pacientes diabéticos e conseqüentemente a diminuição do índice elevado da doença no território de abrangência sob a responsabilidade da equipe de saúde da família Lindalva Ferreira de Castro Araporã, em Minas Gerais. A equipe de saúde realizou o diagnóstico situacional da área da abrangência com o objetivo de obter informações sobre a população, bem como levantar todos os problemas que a população vivencia. Para isso foi utilizado o método da estimativa rápida. Entre outros problemas identificados o prioritário foi a má aderência ao tratamento de doenças crônicas, principalmente em relação à mudança no estilo de vida de pacientes portadores Diabetes Mellitus. Para contextualizar o problema foi necessária uma pesquisa bibliográfica. Com a realização destes projetos espera-se, contribuir para conscientização da importância na mudança do estilo de vida, principalmente em relação a alimentação saudável e na prática de exercícios físicos e assim interferir diretamente na saúde do paciente com Diabete Mellitus inclusive contribuindo para o controle glicêmico.

Descritores: Diabetes. Diabetes Mellitus. Estratégia saúde da família. Unidade básica de saúde. Atenção Primária à Saúde.

## **ABSTRACT**

The literature shows that chronic noncommunicable diseases have a high incidence and prevalence in the entire world population, especially Diabetes Mellitus and Systemic Arterial Hypertension, being the main underlying diseases for various complications, cardiovascular morbidities and hospitalization reasons throughout the country. Araporã could not escape this reality with a high number of diabetic patients. Faced with this fact, the health team decided to elaborate an intervention project whose objective was to elaborate an intervention project that allows the increase of adherence to treatment and changes in the lifestyle of diabetic patients and consequently the decrease of the high disease rate in the territory of under the responsibility of the Lindalva Ferreira de Castro family health team Araporã in Minas Gerais. The health team carried out the situational diagnosis of the coverage area with the purpose of obtaining information about the population, as well as raising all the problems that the population experiences. For this, the fast estimation method was used. Among other problems identified, the priority was poor adherence to the treatment of chronic diseases, especially in relation to lifestyle changes in patients with diabetes mellitus. To contextualize the problem, a bibliographic search was necessary. With the accomplishment of these projects, it is expected to contribute to the awareness of the importance of lifestyle changes, especially in relation to healthy eating and physical exercise, and thus directly interfere with the health of the patient with diabetes mellitus, even contributing to glycemic control

Key words: Diabetes. Diabetes Mellitus. Family health strategy. Basic health Unit. Primary health care.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|      |   |
|------|---|
| ABS  | Atenção Básica à Saúde                          |
| DM   | Diabetes Mellitus                               |
| ESF  | Estratégia de Saúde da Família                  |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| PSF  | Programa de Saúde da Família                    |
| SBD  | Sociedade Brasileira de diabetes                |
| UBS  | Unidade Básica de Saúde                         |



## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| Quadro 1 - Classificação da prioridade para os problemas identificados .....  | 14 |
| Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” inadequação dos hábitos alimentares e estilos de vida. Sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Lindalva Ferreira de Castro, do município Araporã, Minas Gerais ..... | 20 |
| Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2”: não adesão ao tratamento medicamentoso e dietético responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Lindalva Ferreira de Castro, do município Araporã, Minas Gerais.....           | 21 |
| Quadro 4 – Operações efetuadas sobre o “nó crítico 3”: ausência nos retornos na unidade de saúde, sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Lindalva Ferreira de Castro, do município Araporã, Minas Gerais.....   | 23 |
| Quadro 5 – Operações efetuadas sobre o “nó crítico 3”: dificuldade de aceitação da doença sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Lindalva Ferreira de Castro, do município Araporã, Minas Gerais.               |    |

## SUMÁRIO

|  |           |
|--|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | <b>11</b> |
| 1.1 Breves informações sobre o município de Araporã:.....  | 11        |
| 1.2 O sistema municipal de saúde.....  | 11        |
| 1.3 A equipe de saúde da família Lindalva Ferreira de Castro, seu território e a sua população ..... | 11        |
| 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde, do território e da comunidade .....                       | 13        |
| 1.6 Problemas identificados .....  | 14        |
| 1.6 Priorização dos problemas .....  | 14        |
| <b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....   | <b>15</b> |
| <b>3 OBJETIVOS</b> .....   | <b>16</b> |
| 3.1 Objetivo Geral.....  | 16        |
| 3.2 Objetivos Específicos.....   | 16        |
| <b>4 METODOLOGIA</b> .....   | <b>17</b> |
| <b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....   | <b>18</b> |
| <b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....   | <b>20</b> |
| 6.1 Descrição do problema selecionado .....  | 20        |
| 6.2 Explicação do problema selecionado.....  | 20        |
| 6.3 Seleção dos nós críticos.....  | 20        |
| 6.4 Desenho das operações.....   | 21        |
| <b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | <b>28</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | <b>29</b> |



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 Breves informações sobre o município de Araporã

Araporã é uma cidade de 6.144 pessoas (população estimada no último censo, em 2010), localizada no triângulo mineiro, distante 700 quilômetros da Capital do estado, Belo Horizonte e a 400 quilômetros de Brasília. É uma cidade considerada rica, devido a presença da Hidrelétrica de Furnas e de Usinas de Álcool e Açúcar, a produção destes que movimentam a economia da cidade e empregam grande parte da população. Em 2014 foi a 9º cidade no ranking de cidades com o maior PIB do país (IBGE, 2014).

A cidade vem tendo uma boa administração política, que tem tentado melhorar cada dia mais os serviços ofertados a população.

### 1.2 O sistema municipal de saúde

A saúde em Araporã vive uma realidade bem diferente da grande maioria do restante do país, provavelmente devido a maior renda, mesmo com a grande crise que vivemos no país temos um bom suporte da prefeitura para atendimento ao paciente. Contamos com um hospital geral, onde são realizados atendimentos de pronto socorro e também procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade. A atenção básica é composta por duas unidades de saúde onde são prestados atendimentos médicos, odontológicos, vacinação e orientação a população. Além disso temos suporte de especialistas no próprio município onde há atendimento ambulatorial de gastroenterologista, cirurgião geral, dermatologista, ginecologista e obstetra, pediatra e endocrinologista, contamos também com bom suporte de exames laboratoriais e de imagem, que são realizados na cidade vizinha, que fica há 5 km do município.

### 1.3 A equipe de saúde da família Lindalva Ferreira de Castro, seu território e a sua população.

Nossa área de atuação é a parte mais antiga da cidade, que tem cerca de 2700 pacientes, destes, até o momento temos 1095 com cadastro ativo,

pois a Secretaria de Saúde optou por recadastrar todos os pacientes e fazer um novo cadastro. O cadastramento foi realizado, pois foi observado que o número de pacientes cadastrados no município era bem maior que a população, pois os moradores das cidades vizinhas se cadastravam no endereço de amigos e familiares, nas administrações passadas.

Uma parte dos nossos pacientes são aposentados de Furnas ou da Usina de Açúcar e Álcool da cidade, essas duas, juntamente com um posto de gasolina e a prefeitura são as empresas que mais empregam na cidade. Não há um número muito grande de desempregados.

A estrutura de saneamento básico e coleta de lixo da cidade funciona de forma correta e não temos reclamações do serviço.

Em nosso território temos uma creche e uma escola de ensino fundamental e médio, nas quais realizamos atividades educativas, periodicamente. Temos também supermercado, açougue e lojas de utilidades, abrangendo as redondezas.

A unidade de saúde Lindalva Ferreira de Castro foi construída justamente para abrigar o PSF, sendo muito bem estruturada e informatizada. Está em ótimas condições de funcionamento e consegue acolher com conforto a população.

Temos a recepção com várias cadeiras e bem ventilada onde normalmente realizamos também nossas reuniões de grupo. Todos os pacientes aguardam o atendimento assentados em cadeiras almofadadas.

A unidade funciona de 7:00 as 17:00, com as duas recepcionistas revezando o horário de almoço para que este não fique descoberto. Os atendimentos são feitos de 7:00 as 11:00 e de 13:00 as 17:00

Temos os equipamentos necessários para triagem do paciente, sala de medicação, nebulização, curativo, sala destinada aos agentes de saúde, copa, sala de reuniões, sala de vacina, sala da enfermagem, sala para triagem, consultório odontológico com recepção específica para o mesmo, sala de atendimento ginecológico, consultório médico, banheiros para uso da população e outros para uso da equipe, além de corredores amplos para passagem de cadeira de rodas.

A equipe de saúde é composta por seis agentes de saúde, que moram na área de abrangência; uma médica, uma enfermeira; uma técnica de

enfermagem; duas recepcionistas; duas auxiliares de dentista, uma dentista, uma psicóloga, duas ajudantes de serviços gerais e uma técnica de vacinação.

Em nossa unidade são realizados grupos semanalmente, sendo alternado entre hiperdia (destinados principalmente a hipertensos e diabéticos), saúde mental e o destinado as gestantes. Além dos grupos temos reuniões de equipe semanalmente, com duração média de duas horas, para que possamos identificar os problemas da unidade e da comunidade atendida.

Nossa equipe trabalha em sintonia e um apoiando o outro, assim não temos grandes problemas no momento.

#### 1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde, do território e da comunidade

Hoje um dos grandes problemas da cidade é que a atenção secundária tem mais espaço do que a primária, devido à grande quantidade de especialistas no município e o fácil acesso a eles, sendo assim a ABS vinha perdendo muito espaço e temos dificuldade em captar os usuários para o cuidado contínuo. Após reuniões com a Secretaria de Saúde e especialista, foi esclarecido que todos os pacientes que forem ser atendidos pelos especialistas necessitam de encaminhamento para o mesmo e retornarão ao PSF com a contra referência, caso necessitem de retorno, o mesmo será realizado pelo médico na ESF. Esta proposta, realizada na última semana, provavelmente irá sanar este problema.

Outra questão que já vem sendo resolvida na unidade é a questão dos agendamentos de consulta e o número máximo de pacientes a serem atendidos, após várias reuniões conseguimos conscientizar os funcionários da importância do atendimento de no máximo 15 pacientes por período, pois na ESF o atendimento é bem diferente do atendimento prestado em um pronto socorro.

O grande problema da nossa unidade é a má adesão ao tratamento de doenças crônicas, principalmente em relação à mudança no estilo de vida de pacientes DM, renais crônicos e hipertensos. Tenho visto resultado na conscientização dos pacientes diabéticos, que vem sendo realizada quase que somente no momento da consulta. Com isso, eu e a minha equipe, optamos por realizar um projeto de intervenção para conscientização dos pacientes

diabéticos da importância na mudança no estilo de vida, além de adesão ao tratamento medicamentoso. Do total de nossos pacientes cadastrados, 182 são diabéticos, totalizando quase 10% do total da população.

Os Problemas identificados foram:

- elevado número de pacientes diabéticos
- Má adesão ao tratamento de doenças crônicas,
- Falta de contra referência dos médicos especialistas
- Pacientes hipertensos sem controle

### 1.5 Priorização dos problemas

Abaixo será apresentado um quadro contendo as informações a respeito da priorização dos problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrito à equipe de Saúde PSF 2, Unidade Básica de Saúde Lindalva Ferreira de Castro, município de Araporã, MG.

#### **Quadro - 1 Classificação da prioridade para os problemas identificados**

| <b>Problemas</b>                             | <b>Importância</b> | <b>Urgência</b> | <b>Capacidade de enfrentamento</b> | <b>Seleção/ Priorização</b> |
|--|--------------------|-----------------|------------------------------------|-----------------------------|
| Elevado número de pacientes diabéticos       | Alta               | 10              | Parcial                            | 1                           |
| Pacientes hipertensos sem controle           | Alta               | 10              | Parcial                            | 2                           |
| Falta de contra referência                   | Baixa              | 5               | Total                              | 4                           |
| Má adesão ao tratamento de doenças crônicas, | Alta               | 10              | Parcial                            | 3                           |

Fonte: autoria própria

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este projeto de intervenção vem sendo realizado para tentarmos diminuir o elevado número de pacientes diabéticos. O melhor controle de nossos pacientes diabéticos, é com a adesão do tratamento e mudança no estilo de vida assim podemos ter uma resposta ao tratamento. Com a obtenção de melhores índices glicêmicos iremos ter uma significativa melhora na morbidade e mortalidade destes pacientes, diminuindo os custos com a saúde e a necessidade de atendimento na atenção secundária.

A equipe optou por trabalhar com este problema de forma prioritária, pois este afeta de forma importante todo o nosso território e é algo onde podemos intervir de forma eficaz.



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Elaborar um projeto de intervenção que possibilite o aumento da adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida dos pacientes diabéticos e conseqüentemente a diminuição do índice elevado da doença no território de abrangência.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

- Recadastrar os pacientes diabéticos na Unidade de Saúde Lindalva Ferreira de Castro.
- Conscientizar os pacientes com quadro clínico de Diabetes Mellitus sobre a importância da adesão ao tratamento.
- Orientar sobre a importância da alimentação saudável e incentivar a prática de exercícios físicos diários.

#### **4 METODOLOGIA**

A equipe realizou o diagnóstico situacional da área da abrangência utilizando o método da estimativa rápida com o objetivo de obter informações sobre a população, bem como levantar todos os problemas que a população vivencia. Em reuniões com a equipe foram levantados e discutidos os problemas. Posteriormente dando continuidade aos passos preconizados no Planejamento Estratégico Situacional (PES) realizamos a priorização dos problemas.

Logo após priorização o problema para subsidiar a elaboração do referencial teórico realizamos uma pesquisa nos bancos de dados. Os artigos consultados encontram-se na base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e Biblioteca Virtual de Saúde.

O plano de intervenção teve como referência os dez passos propostos por Campos, Faria e Santos (2010). no texto Elaboração do plano de ação.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ocorreu uma epidemia de diabetes, no ano de 2010 a estimativa era que teríamos em média, 387 milhões de diabéticos no mundo e para 2035 é esperado que este número chegue a 471 milhões (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

O diabetes tipo 2 compreende fatores genéticos e ambientais trata-se de uma doença poligênica, com forte herança familiar, que ainda não foi completamente explicada pelos estudos. Dentre os fatores ambientais de risco temos os hábitos dietéticos e inatividade física, que contribuem para a obesidade, destacam-se como os principais fatores de risco para o desenvolvimento da doença. Atuar nos fatores ambientais, como melhora na dieta, influenciar a prática de exercício físico e abandono do álcool podem levar ao controle dos pacientes que já estão doentes e a prevenir novos casos. Sendo assim, os principais fatores de risco para diabetes estão obesidade, sedentarismo e hábitos alimentares. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017-2018).

O Diabetes Mellitus tipo 2, que é o nosso enfoque neste trabalho, é uma doença onde a interação de fatores resulta da resistência insulínica, falência pancreática e aumento dos níveis glicêmicos. A resistência insulínica pode ser diminuída com inserção da atividade física e dieta na vida dos pacientes, sendo esta uma forma barata e simples de se resolver o problema, diminuindo assim a falência pancreática que resulta da fadiga e culmina em hiperglicemia.

As complicações crônicas aumentam com o aumento da expectativa de vida destes pacientes e se relaciona com a manutenção dos altos níveis glicêmicos. As principais são as lesões cardiovasculares, é o que leva a maior causa de morte. as retinopatias diabéticas levam a cegueira, nefropatias evoluem com insuficiência renal e posteriormente dialise e o pé diabético leva as amputações. Todas essas complicações além de gerar altos custos ao sistema de saúde diminuem consideravelmente a qualidade de vida dos pacientes. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015-2016). Estas complicações causam prejuízos para o paciente, família e sistema público, sendo que podem ser evitadas de forma fácil.

Os pacientes com Diabetes Mellitus devem ser orientados quanto a grande importância da adesão aos projetos de mudança no estilo de vida, para

eficácia do tratamento. Faz-se fundamental uma alimentação balanceada, aliada a exercício físico, controle da obesidade, ausência do tabagismo e do excesso de ingestão alcóolica (BRASIL, 2013). Aceitar essas orientações é de grande dificuldade para a população doente, pois têm que mudar muito tudo aquilo que fazem em seu dia a dia, há vários anos.

Estudos da Diabetes prevention, a mudança no estilo de vida teve maior resultado que o uso de metformina, podemos assim chegar ao consenso de que com as mudanças, já citadas acima, é possível em alguns casos para evitar o uso de medicações e quando necessária ela deve estar aliada a mudança no estilo de vida. Assim a melhor forma de prevenir o diabetes é manter uma dieta balanceada associada a exercício físico. Existe uma grande importância de se orientar bem o paciente pois este pode ter também efeitos excessivos da medicação levando, por exemplo a hipoglicemia que é grave ou abandonar o tratamento e chegar a estados como o coma diabético, podem levar o paciente a morte e são agudos, tendo que ser resolvidos logo, pois levam a morte (MASHARANI, 2018)

O processo de saúde e doença é algo complexo quando nos referimos aos pacientes portadores de diabetes mellitus, ele tem alto impacto na morbimortalidade dos pacientes e gera altos custos a família e ao SUS sendo assim devemos sempre dar atenção a conscientização sobre a doença. Quando educamos o paciente estamos fazendo com que o paciente e todo o sistema que o englobe seja beneficiado (BARQUERA, 2013).

Quando nos referimos em educação em saúde não podemos pensar de forma tradicional, devendo realizar o rompimento com as concepções que dominam a forma de educar. Devemos englobar as nossas concepções com a do paciente que está sendo educado, não podemos simplesmente impor o nosso pensamento e esperar que este seja seguido, além de ser de extrema importância a avaliação de questões socioculturais. Devemos sempre nos pautar em que a realidade social de cada paciente é diferente e que nos vamos ter que adequar o tratamento a esta. Temos sempre que presar o dialogo médico/profissional paciente que é fundamental na transformação da forma de pensar de ambos (FREITAS, 2016)

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado elevado número de pacientes diabéticos para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do planejamento estratégico simplificado (Campos; Faria; Santos, 2010).

### 6.1 Descrição do problema selecionado

Segundo Campos; Faria; Santos, (2010) é preciso descrever o problema, isso é caracterizá-lo para ter-se a ideia de sua dimensão e de como ele se apresenta numa determinada realidade. Geralmente a causa de um problema é outro ou outros problemas.

Um dos grandes problemas que temos em nossa unidade é não conseguir controlar doenças crônicas em nossa unidade, principalmente quando falamos dos níveis glicêmicos de pacientes diabéticos. Cerca de 10% dos usuários da nossa unidade apresentam diagnóstico de diabetes e destes grande parte não obtém sucesso no tratamento devido não adesão e a não aceitação da doença, com pequenas mudanças, com obtenção de controle dos índices.

### 6.2 Explicação do problema selecionado

Como a população não vinha sendo orientada quando a importância da mudança no estilo de vida dos pacientes diabéticos, tornou-se para nós um grande problema em relação ao controle da doença. O problema vem desde a formação destes pacientes, que não tem entendem o que está acontecendo e desde quando é feito o diagnóstico de diabetes não são orientados corretamente como devem se comportar e que o tratamento não se baseia somente em medicações.

### 6.3 Seleção dos nós críticos

“Nós críticos” são aquelas causas que são consideradas mais importantes na origem do problema e que merecem ser enfrentadas para solucionar o mesmo, traz também a ideia de “que está dentro do meu espaço de governabilidade, ou, então, o seu enfrentamento tem possibilidades de ser viabilizado pelo ator que está planejando” (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010, p.65).

Os nós críticos identificados para o problema elevado número de pacientes diabéticos são:

- Inadequação dos hábitos alimentares e estilos de vida.
- não adesão ao tratamento medicamentoso e dietético e ausência da consciência da importância do tratamento,
- ausência nos retornos na unidade de saúde,
- dificuldade de aceitação da doença.

### 6.4 Desenho das operações

Para Campos; Farias; Santos (2010) o plano de ação é composto por ações (operações) previamente desenhadas para dar base ao enfrentamento dos nós críticos do problema selecionado. As operações são conjuntos de ações que devem ser desenvolvidas durante a execução do plano, elas consomem recursos econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. Os autores acrescentam que se faz necessário descrever as operações para o enfrentamento das causas selecionadas como nós críticos, identificar os produtos e resultados para cada operação definida e identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

**Quadro 2** – Operações sobre o “nó crítico 1” inadequação dos hábitos alimentares e estilos de vida. Sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Lindalva Ferreira de Castro, do município Araporã, Minas Gerais.

.

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Nó Crítico 1                   | Inadequação dos hábitos alimentares e estilos de vida.   |
| Operação                       | Conscientizar os pacientes em grupo e individual da importância da melhora dos hábitos alimentares e estilos de vida como tratamento.<br>Realizar programas para orientação dos pacientes  |
| Projeto                        | Mudança de hábitos para uma vida saudável.   |
| Resultados esperados           | Diminuição em 40% o número de sedentários, tabagistas e obesos.<br>População mais informada.<br>Aumento anos de vida.<br>Adesão a atividades físicas e hábitos alimentares saudáveis.<br>Diminuição dos índices glicêmicos e pressóricos.  |
| Produtos Esperados             | Programa de caminhada.<br>Prática de exercícios em academias<br>Campanha educativa na rádio local e comunidade<br>Melhor controle dos pacientes diabéticos.  |
| Recursos Necessários           | <b>Organizacional:</b> para organizar o grupo de caminhada e atividades físicas, formação de grupos<br><b>Cognitivo:</b> informação sobre o tema e estratégias de comunicação.<br><b>Político:</b> conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação, intersetorial com a rede de ensino.<br><b>Financeiro:</b> para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, material para as atividades físicas etc. |
| Recursos Críticos              | Político: Adesão da secretaria de saúde.<br>Financeiro: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, material para as atividades físicas etc.   |
| Controle dos Recursos Críticos | Médica, enfermeira, nutricionista e profissional de educação física, estão bem motivados<br>Secretária de Saúde indiferente  |

|  |  |
|--|--|
| Ações estratégicas                                   | Apresentar e discutir o projeto com a Secretária de Saúde Médica, enfermeira, nutricionista e profissional de educação física, estão bem motivados não necessita de usar nenhuma ação estratégica.                               |
| Prazos   | Três meses de implantação do projeto.  |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações       | Médica e enfermeira.<br>Será elaborado um formulário para facilitar o acompanhamento das operações.  |
| Processos de Monitoramento e Avaliação das Operações | Médica e enfermeira.<br>Será desenvolvido e estruturado um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias.<br>Avaliação após 6 meses do início do projeto |

Fonte: Autoria própria.

A estratégia definida foi atuar por meio da realização de campanhas, palestras e panfletagem que possa conscientizar sobre a importância da mudança no estilo de vida destes pacientes orientando sobre o tratamento, a alimentação adequada e a prática de exercícios físicos regulares, o que nos dará uma melhor resposta no controle dos níveis glicêmicos.

**Quadro 3** – Operações sobre o “nó crítico 2”: não adesão ao tratamento medicamentoso e dietético dos pacientes de responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Lindalva Ferreira de Castro, do município Araporã, Minas Gerais.

|              |  |
|--------------|--|
| Nó crítico 2 | Não adesão ao tratamento medicamentoso e dietético e ausência da consciência da importância do tratamento  |
| Operações    | Discutir sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamento.<br>Monitorar o uso dos tratamentos indicados.<br>Realizar visitas domiciliares daqueles pacientes com mais |



|  |  |
|--|--|
|  | dificuldade.<br>Solicitar o acompanhamento da família  |
| Projeto  | Adesão para o sucesso do tratamento  |
| Resultados esperados                           | Melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentosos com conseqüente melhoria da morbimortalidade<br>Pacientes com níveis glicêmicos normais<br><br>Programa educativo para manter a população informada. Maior número de familiares participando e acompanhamento sistematizado do paciente. |
| Produtos esperados                             | Melhoria do controle dos pacientes diabéticos<br>Melhor adesão dos pacientes aos tratamentos propostos e melhora do acompanhamento pela equipe de saúde da família para sucesso do tratamento.<br><br>Diminuição dos níveis glicêmicos, prevenção de complicações DM. Maior adesão ao tratamento correto     |
| Recursos necessários                           | Cognitivo: repasse de conhecimento.<br>Financeiro: para campanhas e material impresso.<br>Político: adesão da Secretária de Saúde.   |
| Recursos críticos                              | Político: adesão da Secretária de Saúde.<br>Financeiro: Suporte financeiro para material didático.   |
| Controle dos recursos críticos                 | Médica e enfermeira, estão bem motivadas<br>Secretária de Saúde indiferente  |
| Ações estratégicas                             | Apresentar e discutir o projeto com a Secretária de Saúde Médica, enfermeira, nutricionista e profissional de educação física, estão bem motivados não necessitam de usar nenhuma ação estratégica.  |
| Prazos   | Três meses de implantação do projeto   |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações | Médica e enfermeira  |
| Processos de monitoramento e avaliação das     | Médica e enfermeira. Será elaborado um formulário para facilitar o acompanhamento das operações  |

|           |  |
|-----------|--|
| operações |  |
|-----------|--|

Fonte: Autoria própria.

**Quadro 4** – Operações efetuadas sobre o “nó crítico 3”: ausência nos retornos na unidade de saúde, sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Lindalva Ferreira de Castro, do município Araporã, Minas Gerais.

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Nó Crítico 3                   | Ausência nos retornos de consulta na unidade de saúde  |
| Operação                       | Pesquisar quais os motivos que os pacientes se ausentam da consulta.<br>Confirmar com o paciente a hora da consulta e confirmar sua presença, um dia antes o dia da consulta.<br>Orientar na sala de espera a importância de comparecer as consultas ou avisar com antecedência. |
| Projeto                        | Importância de retornar à unidade para ter sucesso no tratamento   |
| Resultados esperados           | Maior número de retornos as consultas de acompanhamento contínuo   |
| Produtos Esperados             | Melhoria controle dos pacientes diabéticos.<br>Aumento do número de consultas.   |
| Recursos Necessários           | Organizacional: participação da equipe na sala de espera, fazendo um rodizio.<br>Cognitivo: informações sobre a importância do comparecimento as consultas.  |
| Recursos Críticos              | Organizacional: participação da equipe na sala de espera, fazendo um rodizio.<br>Cognitivo: repasse de conhecimento  |
| Controle dos Recursos Críticos | Equipe de saúde está bem motivada  |
| Ações estratégicas             | Equipe de saúde está bem motivada não necessita de usar nenhuma ação estratégica.  |
| Prazos                         | Três meses de implantação do projeto.  |
| Responsáveis pelo              | Médica, enfermeira e agentes comunitários de   |

|  |   |
|--|---|
| acompanhamento das operações                         | saúde   |
| Processos de Monitoramento e Avaliação das Operações | Médica e enfermeira.<br>Será desenvolvido e estruturado um sistema de gestão que dê conta de coordenar e acompanhar a execução das operações, indicando as correções necessárias. Avaliação após 1 mês do início do projeto |

Fonte: Autoria própria.

**Quadro 5** – Operações efetuadas sobre o “nó crítico 3”: dificuldade de aceitação da doença sob a responsabilidade da Equipe de Saúde da Família UBS Lindalva Ferreira de Castro, do município Araporã, Minas Gerais.

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nó Crítico 3         | Dificuldade de aceitação da doença   |
| Operação             | Agrupar os pacientes que tem dificuldade da aceitação da doença com a presença da psicóloga para discutirem a questão.<br>Reunir de quinze em quinze dias.               |
| Projeto              | Conscientizar para tratar  |
| Resultados esperados | Maior sucesso no tratamento devido a conscientização e aceitação da doença crônica.  |
| Produtos Esperados   | Melhor adesão aos tratamentos após a conscientização de sua importância<br>Melhores resultados com a adesão ao tratamento após a aceitação da necessidade e importância. |
| Recursos Necessários | Organizacional: participação da equipe na sala de espera, fazendo um rodízio.<br>Cognitivo: informações sobre o que é a doença e que ela deve ser tratada e acompanhada  |
| Recursos Críticos    | Organizacional: participação da equipe na sala de espera, fazendo um rodízio.<br>Cognitivo: repasse de conhecimento e troca de   |

|  |   |
|--|---|
|  | experiencias entre os pacientes que já aceitaram sua patologia crônica. |
| Controle dos Recursos Críticos                       | Psicóloga está bem motivada   |
| Ações estratégicas                                   | Não necessita de usar nenhuma ação estratégica.                         |
| Prazos   | Três meses de implantação do projeto.                                   |
| Responsáveis pelo acompanhamento das operações       | Psicóloga   |
| Processos de Monitoramento e Avaliação das Operações | Psicóloga   |

Fonte: Autoria própria.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pelo exposto, sabe-se que em muitos países, a prevalência do diabetes Mellitus tem se elevado vertiginosamente e espera-se ainda um maior incremento nessa área do conhecimento. Nos países em desenvolvimento há uma tendência de aumento na frequência em todas as faixas etárias, especialmente nas mais jovens, cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença aos sistemas de saúde é imensurável.

Com este projeto de intervenção pretendemos manter o índice de diabéticos (uma vez que esta doença é crônica) mas com uma qualidade de vida bem melhor depois que eles aderirem as mudanças do estilo de vida e a forma de enfrentar a doença elencado como prioridade na nossa UBS, garantindo acesso as informações necessárias aos pacientes e consequente mudanças. Com trabalho em equipe poderemos chegar ao sucesso e potencialização dos tratamentos propostos, atuando diretamente na prevenção da morbimortalidade dos pacientes com quadro clínico de diabetes da nossa unidade.

## REFERÊNCIAS

BARQUERA S, *et al* in Mexico: cost and management of diabetes and its complications and challenges for health policy. **Global Health** [Internet]. 2013 Feb; [cited 2014 May 15]; 9:3. Disponível em: <https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-8603-9-3>, acesso em 07/10/2018

BRASIL. IBGE **CIDADES - ARAPORA**. 2014. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/Araporã/panorama>. Acesso em: 12/08/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (**Cadernos de Atenção Básica, n. 36**).

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde; **Cadernos de Atenção Básica**. 2013.

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

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2017-2018. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: Editora Clannad, 2017. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>. Acesso em 06/10/2018

FREITAS.A,L,S. M ; FORSTER.M,dos S,F. Paulo Freire na formação de educadores: contribuições para o desenvolvimento de práticas crítico-reflexivas. Paulo Freire in teacher training: contributions to the development of critical-reflexive practices **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, n. 61, p. 55-69, jul./set. 2016

MASHARANI U. Diabetes Mellitus & Hypoglycemia. In: PAPADAKIS. M,A,M,C; PHEE. S,J, RABOW. M,W. eds. **Current Medical Diagnosis & Treatment** 2018 New York, NY:McGraw: [/http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2449&sectionid=194579343](http://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2449&sectionid=194579343). Acesso em 10 de agosto de 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** Editora GEN, 2015 – 2016. 348p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diabetes na prática clínica.** ebook 2.0. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/> Acesso em 12 de agosto de 2018.