

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

DAILY MÉNDEZ ABALLE

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA DIABETES MELITUS E PÉ
DIABÉTICO NA COMUNIDADE DE ENCACHOEIRADO: uma
proposta de intervenção**

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2016

DAILY MÉNDEZ ABALLE

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA DIABETES MELITUS E PÉ
DIABÉTICO NA COMUNIDADE DE ENCACHOEIRADO: uma
proposta de intervenção**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

TEÓFILO OTONI - MINAS GERAIS

2016

DAILY MÉNDEZ ABALLE

**REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DA DIABETES MELITUS E PÉ
DIABÉTICO NA COMUNIDADE DE ENCACHOEIRADO: uma
proposta de intervenção**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 28/01/2016

RESUMO

Padre Paraíso, município localizado na região nordeste do estado de Minas Gerais, tem uma população de 19 859 habitantes. Após diagnóstico situacional feito pela equipe de saúde Padre Júlio Gamboa foi priorizado como problema de pesquisa a alta incidência de Diabetes Mellitus e pé diabético (complicação do Diabetes Mellitus), tema preocupante pela quantidade de casos diagnosticados pelo qual se decidiu dar prioridade a este tema. Com isso, este estudo objetivou propor um projeto de intervenção para diminuir a incidência da diabetes mellitus e pé diabético, a fim de facilitar a adoção de medidas preventivas e terapêuticas de formas mais simples, diminuindo assim as incidências de amputações de membros. A elaboração do projeto se baseou no método de Planejamento Estratégico Situacional e em trabalhos científicos disponíveis em base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde com os descritores: Diabetes Mellitus, pé diabético e Atenção primária à saúde, além de manuais, livros e demais publicações científicas atualizadas. Espera-se que, ao final da intervenção, 90% dos pacientes tenham mudanças dos hábitos dietéticos inadequados, façam alguma atividade física e obtenham uma melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Pé diabético. Atenção Primária à Saúde

ABSTRACT

Padre Paraíso, town in the northeastern state of Minas Gerais, has a population of 19,859 inhabitants. After situational diagnosis made by the health team Padre Julio Gamboa was prioritized as research problem the high incidence of diabetes mellitus and diabetic foot (complication of Diabetes Mellitus), worrying theme for the number of cases diagnosed by which it decided to give priority to this issue. With this, the study aimed to propose an intervention project to reduce the incidence of diabetes mellitus and diabetic foot, in order to facilitate the adoption of preventive and therapeutic measures for simpler forms, thus reducing the incidence of amputations of limbs. The project design was based on the method of Situational Strategic Planning and scientific papers available in the Virtual Library database in Health with the key words: diabetes mellitus, diabetic foot and Primary Health Care, as well as manuals, books and other updated scientific publications. It is expected that at the end of the intervention, 90% of patients have changes of inadequate dietary habits, do some physical activity and obtain a better quality of life.

Keywords: Diabetes Mellitus. Diabetic foot. Primary Health Care

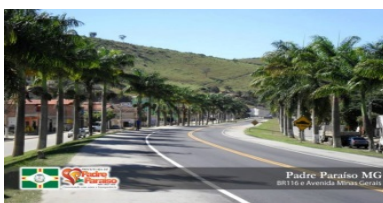
SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	11
3 OBJETIVO	12
4 METODOLOGIA	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO	14
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	19
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERENCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

Padre Paraíso é um município brasileiro do estado de Minas Gerais, localizado na região nordeste do estado, no médio vale do rio Jequitinhonha, a 930 metros de altitude, distando 560 km da capital do estado, Belo Horizonte. Faz divisa com os municípios de Araçuaí, Caraí, Ponto dos Volantes e fica a 100 km de Teófilo Otoni. Tem uma densidade demográfica de 36,48 hab/km² e a sua área é de 544,375 km² com uma população de 19.859 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

O Município faz parte do Circuito Turístico Pedras Preciosas. Na segunda metade do século XIX, o padre Agostinho Francisco de Mendonça Paraíso chegou à região, empenhado em catequizar os índios botocudos. Posteriormente, estabeleceu-se como fazendeiro de cacau, às margens do rio Marambaia, iniciando assim o desbravamento e povoamento desta área. Em 1902, formou-se o povoado na confluência dos córregos: Água Vermelha e São João, com a denominação de São João da Água Vermelha, alterada em 1948, para Padre Paraíso. Em dezembro de 1962, elevado à categoria de município. A continuação fotos do município.



O município possui 4.990 domicílios, sendo 3.069 famílias em área urbana e 1.790 famílias em área rural de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE 2012). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em 2010 era de 0,596, considerado Baixo, (classificação média pelo Programa das Nações

Unidas). A taxa de urbanização: 61,1%. A renda média familiar em 2010 era de 249,46 *per capita* (IBGE 2012).

O abastecimento de água abrange 61,12% dos domicílios do município, sendo que os demais utilizam poço ou nascente, média inferior a nacional, que é de 79,54%|. O percentual de recolhimento de esgoto por rede pública é de 65,5% da população e existem também famílias com esgoto por fossa para um 30,1% e famílias com esgoto a céu aberto para um 4,5% (IBGE 2012).

A economia de Padre Paraíso possui como principais setores econômicos, o serviço e a indústria. Também a agropecuária desempenha um importante eixo no município. Os principais produtos agrícolas são a laranja, a cana-de-açúcar, a mandioca e o alho; na pecuária os principais efetivos são os de galináceos, bovinos, suínos e equinos.

Em relação ao atendimento da atenção primária à saúde, no município foi implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF), com cobertura em toda área municipal para um total de seis equipes de saúde da família.

A rede de saúde do município é composta por seis Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) e sete Equipes de Saúde da Família (ESF). Nas especialidades odontológicas contamos com 16 consultórios odontológicos. Destes, cinco instalados em Unidades de Atenção Primária à Saúde.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) já está em andamento no município, ativado desde o dia 2 de dezembro de 2014, com um ótimo trabalho. Contamos com psicólogo clínico, assistente social, fonoaudiólogo, profissional de educação física na saúde, fisioterapeuta geral, e nutricionista. A rede de assistência secundária à saúde do município, não conta com Centro de Especialidades (CEP), porém o município, por meio de convênios com especialistas, oferece os serviços especializados aos moradores da área, tais como: ginecologia, mastologia, oftalmologia, psiquiatria, pneumologia, cirurgia, pediatria, ortopedia, cardiologia, neurologia, urologia, dermatologia, etc. Também há oferta de exames tais como ressonância magnética, tomografia axial computadorizada, endoscopias, raios x de maior complexidade, etc.

A unidade básica de saúde (UBS) Padre Júlio Gamboa dispõe de uma equipe de saúde bem organizada formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, um auxiliar de saúde bucal, oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS) além de uma psicóloga, um assistente social, uma fisioterapeuta e uma nutricionista. Estes quatro últimos atendem nossa população uma vez por semana, nos outros dias, vão para outras UBS.

A população adstrita em nosso PSF é de 567 famílias cadastradas, e 2356 pessoas, dos quais 1319 são do sexo masculino e 1037 são do sexo feminino.

Os pacientes maiores de 60 anos são 372, dos quais 218 são do sexo masculino e 154 do sexo feminino. Do total de população 194 são diabéticos (8,26%), e deles 59 tem mais de 60 anos.

Como aluna do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família (CEESF), ofertado pelo Núcleo de Educação em saúde da família (NESCON), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizei o diagnóstico situacional como atividade obrigatória do Módulo de Planejamento e avaliação de ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Essa atividade permitiu a identificação de problemas de saúde apresentados pelos usuários da nossa área de abrangência, denominada de PSF Encachoeirado.

Dessa forma, decidiu-se não simplesmente priorizar, mas abordar detalhadamente este tema, pois está afetando consideravelmente nossa população. As complicações do diabetes são múltiplas e muito devastadoras, incluindo a hiperglicemia, que pode levar o paciente a urinar excessivamente, sentir muita sede, emagrecer, desidratar e até perder a consciência, chegando ao coma diabético.

Destaca-se, porém, que na avaliação da equipe foram identificados vários problemas na comunidade, entre eles: alta incidência de diabetes *mellitus*, consumo de água não tratada, alcoolismo, saúde bucal deficiente, e baixo nível socioeconômico e cultural, entre outros. A incidência de amputações por pé diabético se apresentou em três pacientes de nossa área, em um período de seis meses, período bastante curto (complicações da Diabetes Mellitus), pelo qual se decidiu dar prioridade a este tema.

O quadro 1 mostra os problemas levantados e seu grau de importância, urgência e capacidade de resolução pela equipe de saúde da família.

Quadro 1 - Priorização dos problemas de acordo com sua importância, urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Ordem de Prioridade
Alta incidência de Diabetes Mellitus	Alta	++++	Parcial	1
Água não tratada	Alta	++++	Parcial	2
Alcoolismo	Alta	++++	Parcial	3
Saúde bucal deficiente	Alta	+++	Parcial	4
Baixo nível sócio-econômico-cultural	Média	++	Pouca	5

Nossa equipe trabalha com diferentes grupos populacionais, tais como idosos, sedentários, grávidas, crianças, adolescentes, hipertensos e diabéticos e realizamos diferentes atividades educativas para prevenção de doenças tanto crônicas como não crônicas. O número de pacientes diabéticos assim como a frequente aparição de complicações, fundamentalmente o pé diabético, chamou a atenção da equipe e alertou sobre a necessidade de realizar ações para prevenir tanto os casos novos, como as complicações desta doença na população. Devido à alta incidência de Diabetes Mellitus e a presença de vários fatores de risco que tem relação com esta condição crônica decidimos fazer o trabalho de intervenção para diminuir as complicações em decorrência desta condição crônica em nossa área de abrangência.

Podemos detectar que esta doença é um problema prioritário em nossa área, e que os “nós críticos” identificados foram: Falta de organização do processo de trabalho da equipe com priorização para atividades educativas coletivas; usuários mal informados sobre a doença, assim como com desconhecimento da importância das ações educativas para eficácia do tratamento do DM; questões relacionadas aos hábitos e estilos de vida dos usuários. Para atingir o objetivo deste estudo

elaboramos uma proposta de intervenção educativa para o controle da Diabetes Mellitus e suas complicações, dos usuários.

O indivíduo portador de diabetes deve ser visto como um todo. Obviamente identificar um pé de risco exige a obtenção de boa história clínica do indivíduo, identificando o grau e a forma de controle metabólico do diabetes, as medidas que este indivíduo toma ou conhece referente ao cuidado com os pés e um exame clínico cuidadoso, verificando se já existe a perda da sensibilidade protetora dos pés, se há alterações vasculares coexistentes, se há presença ou antecedentes de úlceras, amputações ou deformidades. A prevenção, educação de pacientes e profissionais de saúde, tratamento multidisciplinar de úlcera do pé e monitorização pode reduzir a taxa de amputação de membros inferiores (COSSON; OLIVEIRA; ADAN, 2005).

O referido guidelines registra os cinco pontos considerados mais importantes para abordagem do pé diabético:

- Inspeção e exame regular do pé em risco;
- Identificação do pé em risco;
- Educação do paciente, familiares e profissionais de saúde;
- Calçados apropriados;
- Tratamento da patologia não ulcerativa.

A educação e a informação, sem dúvida nenhuma, são consideradas os pontos chaves, mais importantes e mais baratos para uma mudança favorável de prevenção e conscientização deste sério e complexo problema (Pé Diabético), muitas vezes tão desprovido de adequada assistência.

2 JUSTIFICATIVA

As doenças não transmissíveis são a principal causa de mortalidade no mundo, responsáveis por 63% das 57 milhões das mortes registradas em 2008, segundo relatório da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2008).

E notável e preocupante a tendência crescente da importância que o diabetes vem adquirindo como problema de saúde, ressaltando sua situação no Brasil e especificamente em nossa área de saúde. Mais de 120 milhões de pessoas no mundo são portadoras de DM e muitas dessas têm úlcera no pé, que pode levar a uma amputação de membro inferior (AMI), acarretando prejuízos para o paciente e para o sistema de saúde (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

A incidência de amputações de membros inferiores em pacientes diabéticos, em nossa área de abrangência, levou à escolha deste tema para a elaboração do projeto de intervenção o que justifica sua relevância.

Pé Diabético, mais do que uma complicação do diabetes, deve ser considerado como uma situação clínica bastante complexa que pode acometer os pés e tornozelos de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus; assim, pode reunir sintomas clínicos característicos e em graus variados, isoladamente ou em conjunto, tais como a perda da sensibilidade protetora dos pés, a presença de úlceras em diferentes estágios evolutivos, deformidades, infecções, amputações e também o comprometimento vascular periférico (PACE *et al.*, 2002).

Bazotte (2010) afirma que no Brasil, os dados relacionados à doença revelam que, até 2025, o país deverá ter 17,6 milhões de diabéticos, ou seja, quase duas vezes mais que os atuais oito milhões de portadores da doença, saltando do oitavo para o quarto lugar em termos de número total de diabéticos, que mais de 10% dos pacientes portadores de diabetes desenvolverão úlceras nos pés em algum momento de sua vida. Cerca de 80% a 90% das úlceras são precipitadas por trauma extrínseco (em geral, sapatos inadequados). Uma grande parte das infecções nos

pés de pacientes portadores de diabetes é oriunda de traumas perfurantes e/ou cortantes ou de lesões interdigitais ou peri ungueais.

Pelo exposto, acreditamos que se justifica a discussão mais profunda do problema.

Mais uma vez, destaca-se a importância de investimento educativo e terapêutico para prevenção das complicações da DM.

3 OBJETIVO

Propor um projeto de intervenção para diminuir a incidência da diabetes mellitus e pé diabético, com adoção de medidas preventivas e terapêuticas, diminuindo, assim, a incidência de amputações de membros.

4 METODOLOGIA

Foi utilizado o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES) para priorização e escolha dos problemas da comunidade e assim elaborar uma proposta de intervenção.

Para fundamentação da proposta de intervenção fez-se pesquisa do tema na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os descritores:

Diabetes mellitus,

Pé diabético

Atenção primária à saúde.

Também foram utilizados manuais, livros e demais publicações científicas atualizadas.

5 REVISÃO DA LITERATURA

De acordo com Araujo *et al.*(1999), o diabetes mellitus (DM) é considerado hoje um dos principais problemas de saúde pública tendo em vista o grande número de pessoas afetadas, o que pode ocasionar incapacidade e mortalidade para as pessoas acometidas. O DM é a quarta causa de morte no Brasil mesma situação encontrada em várias partes do mundo.

Sabe-se que a morbidade e o alto risco de mortalidade entre pacientes diabéticos são devidas, em grande parte, a complicações vasculares. O risco de desenvolver essas complicações associa-se, em muito, com o controle glicêmico tanto para o diabetes insulino dependente quanto para o não insulino dependente (ARAÚJO *et al.*,1999).

Silva *et al.* (2010) relatam que o DM, no Brasil, manifesta-se em quase 8% da população adulta, com ocorrência de surgimento e crescimento desta doença conforme aumenta a idade, podendo alcançar valor de 17% nos idosos com mais de 60 anos.

Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o DM é reconhecido como um grupo heterogêneo de disfunções no mecanismo de metabolização dos carboidratos, com apresentação do aumento da glicemia, devido aos defeitos na ação e na secreção da insulina

Em relação aos critérios para o diagnóstico de DM, as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014, p.9) e com utilização da glicemia assim descrevem três critérios:

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

A glicemia deve, preferencialmente, ser determinada por meio da aferição da glicemia que é feito através do plasma. Assim, o sangue é *“coletado em um tubo com fluoreto de sódio, centrifugado, com separação do plasma, que deverá ser congelado para posterior utilização”*. Nos locais não há disponibilidade do reagente, a *“determinação da glicemia deverá ser imediata ou o tubo mantido a 4o C por, no máximo, 2 horas”* (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014, P.9-10).

Ainda de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2014, p.10) a realização do teste de tolerância à glicose oral deverá obedecer as seguintes considerações:

- Período de jejum entre 10 e 16 horas.
- Ingestão de pelo menos 150 g de glicídios nos três dias anteriores à realização do teste.
- Atividade física normal.
- Comunicar a presença de infecções, ingestão de medicamentos ou inatividade.
- Utilizar 1,75 g de glicose por quilograma de peso até o máximo de 75 g.

Considerando a importância das condições crônicas, pela magnitude e abrangência no território nacional, o Ministério de Saúde criou, em 2014, o Caderno de Atenção Básica onde é destacada a complexidade das doenças/fatores de risco de determinação múltipla e apresenta diretrizes para a organização do cuidado. Nesse Caderno também são pontuadas as estratégias para mudança de hábitos, promoção da alimentação saudável, prática de atividade física, abordagens para construção e acompanhamento dos planos de cuidado e de apoio ao autocuidado (BRASIL, 2013).

As intervenções recomendadas aos serviços de saúde são um processo de educação permanente com os profissionais da atenção básica para a construção de novas práticas e mudanças nos processos de trabalho que não produzem os resultados esperados.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2010, p.31) estabelece estratégias a serem implantadas e executadas nas s UBS:

Prevenção de complicações

Dialogar e pactuar com o usuário em cada consulta suas metas terapêuticas;

Garantir seu controle mensal: glicose capilar ou PA nas atividades de educação em saúde ou consultas médicas ou enfermagem.

Garantir o acesso a medicamentos e insumos e monitorar a adesão ao tratamento.

Garantir a realização anual exames de urina (Creatinina/Proteinúria) assim como perfil lipídico.

Realizar Exame dos pés dos diabéticos nas consultas médicas ou de enfermagem.

Encaminhar o usuário para consulta especializada quando necessário.

Orientar e anotar no prontuário, em cada consulta, as mudanças de estilos de vida (alimentação e atividade física).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) afirma que os objetivos mais importantes das ações de Saúde em Diabetes Mellitus são o controle da glicemia e a redução da morbimortalidade. Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas em relação a esses problemas. Também a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais (2013) propõe a utilização, do módulo da Saúde do adulto, uma linha-guia para a abordagem das condições crônicas de saúde na população. Esta linha guia representa uma estratégia para participação efetiva entre os profissionais de saúde, especialmente da Atenção Primária e gestores de saúde, para o controle dos fatores de risco e de doenças.

Segundo proposta dessa linha guia, a organização do processo de trabalho pelas equipes de saúde, sugere ações desde o nível de promoção da saúde até o nível de gestão de casos. As intervenções de nível 1 serão aplicadas na população em geral. Elas estão relacionadas à macro políticas, tais como educação, distribuição de renda, trabalho, habitação, lazer, saneamento, para a obtenção de resultados satisfatórios. Desta forma, faz-se necessário a realização de parcerias intersetoriais (MINAS GERAIS, 2013).

No nível 2, encontram-se as ações que instigam o comportamento e o estilo de vida saudáveis tanto no âmbito individual quanto no coletivo. É nesse nível que a atenção primária à saúde realiza o rastreamento das subpopulações com fatores de risco para o desenvolvimento da Diabetes Mellitus e outras condições crônicas.

No nível 3, encontram-se usuários com fatores de risco biológicos e usuários com condições crônicas, de baixo e médio risco. Neste grupo devem ser realizadas intervenções da atenção primária à saúde, relacionadas às ações de tratamento da condição crônica e de rastreamento das complicações da Diabetes Mellitus e condições crônicas.

Nos níveis 4 e 5, as intervenções são direcionadas aos usuários com condições crônicas complexas e muito complexas. Esses usuários normalmente são atacados por complicações dessas condições, sendo necessário o manejo do caso de maneira individualizada e em parceria com profissionais especialistas de áreas focais.

Malfatti e Assunção (2011) afirmam que o monitoramento do diabetes mellitus deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, tendo como principal base o nível primário de atendimento. E que nesse sentido, a equipe de Saúde da Família exerce papel fundamental ao realizar o levantamento epidemiológico e planejando e executando medidas preventivas, de controle e tratamento.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Este projeto de intervenção educativa é voltado para o tema controle do Diabetes Mellitus e prevenção das suas complicações, na atenção básica e se fundamentou em alguns passos do Planejamento Estratégico Situacional (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Identificações dos Nós Críticos

Neste item foi realizada uma análise para identificar, entre as várias causas, aquelas consideradas mais importantes na origem do problema, as que precisam ser enfrentadas. Para realizar essa análise foi utilizado o conceito de nó crítico proposto pela ESF.

Nó crítico é um tipo de causa de um problema que, quando atacada, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo. O nó crítico traz também a ideia de algo sobre o qual eu posso intervir, ou seja, que está dentro do meu espaço de governabilidade. Ou então, o seu enfrentamento tem possibilidade de ser viabilizado pelo ator que está planejando. (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010, p 68).

Sendo assim foram definidos os seguintes “nós críticos”

- ✓ Falta de organização do processo de trabalho da equipe fundamentalmente para atividades educativas coletivas.
- ✓ Usuários mal informados sobre a doença (DM), assim como com desconhecimento da importância das ações educativas para eficácia do tratamento e prevenção do pé diabético;
- ✓ Questões relacionadas aos hábitos e estilos de vida dos usuários;

6.2 Desenho das operações

Esse foi um momento normativo onde foi realizado o desenho das operações como demonstrado nos Quadros 1, 2 e 3. Os objetivos desse passo foram:

- ✓ Descrever as operações para enfrentamento das causas selecionadas como “nós críticos”;

- ✓ Identificar os produtos e resultados para cada operação definida;
- ✓ Identificar os recursos necessários para a concretização das operações.

6.3 Recursos Críticos

As identificações dos recursos críticos a serem implementados para execução das operações constituem uma atividade fundamental para analisar a viabilidade de um plano. São considerados recursos críticos aqueles indispensáveis para execução de uma operação e que não estão disponíveis e, por isso, é importante que a equipe tenha a certeza de quais são esses recursos para criar estratégias para que possa viabilizá-los (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010)

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Júlio Gamboa, em Padre Paraíso, Minas Gerais

Nó crítico 1	Falta de organização do processo de trabalho da equipe fundamentalmente para atividades educativas coletivas.
Operação	Organizar o serviço da equipe com priorização para a realização de grupos educativos.
Projeto	Organizar e priorizar grupos educativos
Resultados esperados	Serviços de saúde funcionando com a execução de grupos educativos em sua agenda, bem como equipe consciente da importância dessa atividade.
Produtos esperados	Grupos educativos implantados para usuários portadores de DM.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe ESF Júlio Gamboa, líderes da comunidade e secretaria de saúde do município.
Recursos necessários	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço, articulação com outros setores (educação) no que se refere à área física e recursos tecnológicos; Financeiros: disponibilização de material didático; Cognitivo: empenho da equipe para manter as mudanças do processo de trabalho; Organização da agenda.
Recursos críticos	Políticos: conseguir aumentar os recursos para estruturar o

	serviço; Financeiros: ter disponível material didático e audiovisual;
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretaria de saúde, Enfermeiro gestor da ESF. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Mostrar para os gestores sobre a importância de aumentar os recursos para estruturar o serviço
Responsáveis:	Equipe de saúde: Padre Júlio Gamboa
Cronograma / Prazo	Dois meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação	Capacitação da equipe multidisciplinar para organizar o serviço na realização de grupos operativos; Campanha educativa na rádio comunitária; Programa saúde na escola; Avaliação do nível de informação da população sobre o DM, e suas complicações, através das palestras e pesquisas na população.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Júlio Gamboa, em Padre Paraíso, Minas Gerais

Nó crítico 2	Usuários mal informados sobre a doença (DM), assim como com desconhecimento da importância das ações educativas para eficácia do tratamento e prevenção do pé diabético;
Operação	Sensibilizar aos usuários quanto à importância da presença de cada participante nas atividades e também sensibilizá-los quanto à importância que as ações educativas têm na saúde das pessoas, uma vez que a troca de conhecimentos é essencial para o aprendizado.
Projeto	Educação do paciente diabético, familiares e profissionais de saúde.
Resultados esperados	Usuários participando efetivamente dos encontros agendados e melhor informados através da coletividade e troca de saberes, sobre os vários aspectos que envolvem a qualidade do tratamento do DM e a prevenção do pé diabético.
Produtos esperados	Aumento do nível de informação dos usuários sobre DM assim como diminuição da incidência do pé diabético.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe ESF Júlio Gamboa, líderes da comunidade e secretaria de saúde e do município, nutricionista.
Recursos	Políticos: Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço,

necessários	<p>articulação com outros setores (educação) no que se refere à área física e recursos tecnológicos;</p> <p>Financeiros: disponibilização de material didático;</p> <p>Cognitivo: empenho da equipe para manter as mudanças do processo de trabalho; Organização da agenda.</p>
Recursos críticos	<p>Político: mobilização social em relação ao tema, articulação intersectorial (NASF, assistência social, etc.) e divulgação/convite através da rádio local;</p> <p>Financeiro: disponibilização de material didático;</p> <p>Cognitivo: conseguir sensibilizar os usuários sobre o tema e importância das medidas pedagógicas como alternativa de acompanhamento do usuário em seu tratamento.</p>
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	<p>Ator que controla: Secretaria de saúde, Enfermeiro gestor da ESF.</p> <p>Motivação: Favorável.</p>
Ação estratégica de motivação	<p>Apresentar o plano para secretário de saúde e prefeita, explicando sobre a sua importância e repercussão nos usuários diabéticos.</p>
Responsáveis:	<p>Equipe de saúde: Padre Júlio Gamboa</p>
Cronograma / Prazo	<p>Dois meses para o início das atividades</p>
Gestão, acompanhamento e avaliação	<p>Capacitação da equipe multidisciplinar para organizar a realização de palestras nos grupos de diabéticos</p> <p>Campanha educativa na rádio comunitária para facilitar a adoção de medidas preventivas e terapêuticas de formas mais simples, diminuindo assim as incidências de amputações de membros.</p> <p>Educação do paciente, familiares e profissionais de saúde para identificar fatores considerados de risco assim como ensinar o exame clínico (inspeção e palpação) e um teste de sensibilidade para evitar o pé diabético.</p> <p>Avaliação do nível de informação dos usuários nas reuniões nos grupos de diabéticos através de perguntas e respostas.</p>

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico x” relacionado ao problema “, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Padre Júlio Gamboa, em Padre Paraíso, Minas Gerais

Nó crítico 3	<p>Questões relacionadas aos hábitos e estilos de vida dos usuários.</p>
Operação	<p>Incentivar a melhoria dos hábitos e estilos de vida saudáveis.</p>
Projeto	<p>Educação continuada para o paciente diabético, familiares e</p>

	profissionais de saúde.
Resultados esperados	Usuários informados sobre a importância de realizar caminhadas, perder peso, ter uma alimentação saudável, viver sem tabagismo.
Produtos esperados	Mudanças de estilo de vida, incluindo não apenas a redução da ingestão calórica, mas, também, o aumento da atividade física.
Atores sociais/ responsabilidades	Equipe ESF Júlio Gamboa, líderes da comunidade, diabéticos e familiares, secretaria de saúde do município, nutricionista.
Recursos necessários	Organizacional: Para organizar caminhadas; Cognitivo: Informação sobre o tema e sobre estratégias de comunicação e pedagógicas; Político: Mobilização social e articulação intersectorial.
Recursos críticos	Político: mobilização social em relação ao tema, articulação Inter setorial e divulgação/convite através da rádio local; Organizacional: conseguir organizar caminhada dentro da agenda da equipe; Cognitivo: conseguir sensibilizar os usuários sobre o tema para melhorar sua qualidade de vida.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de saúde, Enfermeiro gestor da ESF. Motivação: Favorável.
Ação estratégica de motivação	Execução de grupos para dinâmica de interação profissional-indivíduo-família, tendo como base o uso de jogos educativos. A participação dessas pessoas em grupos de reflexão com seus pares, familiares e profissionais de saúde auxiliam na maneira de enfrentar essa condição e ajuda na manutenção da qualidade de vida. Divulgação à comunidade pelos ACS e radio local, Incentivar a realização de caminhadas através de projetos comunitários.
Responsáveis:	Equipe de saúde: Padre Júlio Gamboa
Cronograma / Prazo	Dois meses para o início das atividades
Gestão, acompanhamento e avaliação.	Capacitação da equipe multidisciplinar para organizar o serviço na realização de palestras nos grupos de diabéticos; Campanha educativa na radio comunitária para facilitar a adoção de medidas preventivas e terapêuticas de formas mais simples, diminuindo assim as incidências de amputações de membros. Educação do paciente, familiares e profissionais de saúde para identificar fatores considerados de risco assim como ensinar o exame clínico (inspeção e palpação) e um teste de sensibilidade para evitar o pé diabético. Avaliação do nível de informação dos usuários nas reuniões

	nos grupos de diabéticos através de perguntas e respostas.
--	--

6.4 Análise da Viabilidade do Plano

A ideia central que rege este passo – análise de viabilidade – é de que o ator que está planejando não controla todos os recursos necessários para execução de seu plano. Portanto, ele precisa identificar os atores que controlam recursos críticos analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano ou, dito de outra maneira, motivar o ator que controla os recursos críticos.

Resumindo, os objetivos desse passo foram:

- Identificar os atores que controlam recursos críticos necessários para implementação de cada operação;
- Fazer análise da motivação desses atores em relação aos objetivos pretendidos pelo plano;
- Desenhar ações estratégicas para motivar os atores e construir a viabilidade da operação.

A avaliação do projeto será feita por nossa equipe de saúde e envolve os diversos atores sociais vinculados ao estado e á sociedade (comunidade), e tem como objetivos uma reorganização do processo de trabalho e uma perspectiva de uma mudança de modelo essencial, neste caso, uma melhora na vida dos pacientes com Diabetes Mellitus. Neste processo avaliativo buscamos uma melhor eficácia, eficiência e efetividade em nosso trabalho.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer por meio do diagnóstico situacional a realidade de nossa área de abrangência foi essencial para a construção de atividades que pudessem melhorar a qualidade de vida de nossos usuários.

Como profissionais de saúde, precisamos conhecer nossos usuários em sua totalidade, se o objetivo é de ajudá-los; não devemos restringir nossa atuação apenas aos procedimentos técnicos ou à doença. A crença e o amor à vida e certas potencialidades que a pessoa certamente possui devem estar sendo sempre estimulados, pois da sua atitude positiva é que dependerá, fundamentalmente, a qualidade de vida.

A prática de exercícios físicos traz benefícios para a saúde, melhorando o condicionamento cardiorrespiratório, estimulando a circulação sanguínea, diminuindo os níveis séricos de colesterol e açúcar, e com isso, pode prevenir doenças que podem ser adquiridas em decorrência de uma vida sedentária, como o DM.

Capacitar os profissionais da equipe de saúde é o primeiro passo para que possam educar o paciente diabético e seus familiares. A conscientização de hábitos saudáveis para melhoria da qualidade de vida se faz por meio da educação.

É necessário, portanto, que, no contato com os pacientes diabéticos, sejamos capazes de ampliar a nossa visão assistencial, integrando a ela a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, R. B. et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. **Rev. Saúde Pública** [online]. v. 33, n.1, p. 24-32. 1999.

BAZOTTE, B. R. **Paciente Diabético – Cuidados**. São Paulo: MedBook. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

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

COSSON, I. C. O.; OLIVEIRA, F.N.; ADAN, L. F. Avaliação do conhecimento de medidas preventivas do pé diabético em pacientes de Rio Branco. **Arq Bras Endocrinol Metab**. Rio Branco, v. 49, n. 4, Ago. 2005.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009. **Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3 ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: 2013-2014/**Sociedade Brasileira de Diabetes**. [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE **IBGE cidades** 2010. <http://www.cidades.ibge.gov.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE **IBGE cidades** 2012. <http://www.cidades.ibge.gov.br>.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNCAO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. v.16, suppl.1, p. 1383-1388. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010.

PACE, A. E. et al. Fatores de Risco para Complicações em Extremidades Inferiores de Pessoas com Diabetes Mellitus. **Rev. Bras. Enferm**, v. 55, n. 5, p. 514-521, 2002.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde do Adulto**. Linha-Guia de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doença Renal Crônica. Belo Horizonte, 2013

SILVA, L. M. C. *et al.* Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. **Rev. Esc. Enferm. USP** [online]. v.44, n.2, p. 462-468, 2010.