

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

MANUEL DELGADO RODRIGUEZ

AÇÕES EDUCATIVAS DIRECIONADAS A USUÁRIOS COM
DIABETES MELLITUS NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOM
DESPACHO-MG

Bom Despacho-MG

2016

MANUEL DELGADO RODRIGUEZ

**AÇÕES EDUCATIVAS DIRECIONADAS A USUÁRIOS COM
DIABETES MELLITUS NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOM
DESPACHO-MG**

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

Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari

Bom Despacho-MG

2016

MANUEL DELGADO RODRIGUEZ

**AÇÕES EDUCATIVAS DIRECIONADAS A USUÁRIOS COM
DIABETES MELLITUS NA SAÚDE DA FAMÍLIA EM BOM
DESPACHO- MG**

Banca Examinadora

**Orientador: Prof. Ms. Maycon Sousa Pegorari - Universidade Federal do
Amapá – UNIFAP.**

**Examinador: Profa. Dra. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do
Triângulo Mineiro - UFTM.**

Aprovado em Belo Horizonte __/__/16

DEDICATÓRIA

Às pessoas mais importantes de minha vida: Meus queridos pais que permitiram minha formação como homem e Profissional, e minha família que permite meu desenvolvimento e confiarem em meu potencial para esta conquista. Obrigado pelo amor de vocês.

AGRADECIMENTOS

A meus companheiros pela paciência, apoio e disponibilidade.

Ao meu orientador.

RESUMO

O Diabetes Mellitus é uma condição crônica de alta prevalência e difícil controle. É considerado um dos fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares, as quais são responsáveis por um alto número de internações e configuram a principal causa de morte no Brasil. Este trabalho tem por objetivo propor ações educativas direcionadas a usuários com Diabetes Mellitus na saúde da família em Bom Despacho-MG. Para elaboração da proposta de intervenção, foram executadas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação, utilizando o planejamento estratégico situacional. Verificou-se na literatura que a educação do paciente diabético sobre sua patologia, a seriedade das complicações, os mecanismos de prevenção, além das técnicas de autocuidado, são elementos indispensáveis para um tratamento adequado da doença. Os resultados obtidos por meio da implantação de programas efetivos de educação em Diabetes são notadamente positivos. Este projeto almeja proporcionar a tais usuários um controle mais eficaz da doença e uma melhora na qualidade de vida dos mesmos, apoiando-se na prevenção, no estímulo ao autocuidado, na promoção da adoção e hábitos no estilo de vida e na participação em seu tratamento.

Palavras-chave: Autocuidado, Diabetes Mellitus, Intervenção médica precoce, Educação em saúde.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus is a chronic condition of high prevalence and difficult to control. He is considered one of the modifiable risk factors for cardiovascular diseases, which are responsible for a high number of hospitalizations and constitute the leading cause of death in Brazil. This paper aims to propose educative actions aimed at users with Diabetes Mellitus on the health of the family in Bom Despacho-MG. For the preparation of the proposed intervention, have been executed three steps: Situational diagnosis, review and preparation of the plan of action, using the situational strategic planning. It was found in the literature that the diabetic patient education about its pathology, the seriousness of complications, prevention mechanisms, in addition to self-care techniques, are essential elements for a proper treatment of the disease. The results obtained by deploying effective Diabetes education programs are notably positive. This project aims to provide such users a more efficient control of the disease and an improvement in quality of life, based on prevention, in stimulating the self-care, in promoting the adoption and lifestyle habits and participation in treatment.

Keywords: self care, Diabetes Mellitus, early medical Intervention, health education.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	08
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVO.....	12
4	METODOLOGIA.....	13
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	15
6	PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	18
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
	REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido a partir das preocupações quanto ao controle ineficaz do Diabetes Mellitus, sobre tudo tipo dois, e suas repercussões na população adstrita na Estratégia da Saúde da Família Dr. Hugo, Bom Despacho-MG.

1.1 HISTÓRICO DE CRIAÇÃO DO MUNICÍPIO

Foi um português chamado Manuel Picão, quem primeiro se internou nas terras que constituem o atual município de Bom Despacho, por volta de 1730. Em 1775, outros povoadores também portugueses, ali chegaram e foram apossando-se das terras que lhes parecerem mais propícias à criação de gado e a lavoura de subsistência (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO, 2014).

Esses portugueses e seus descendentes edificaram, por volta de 1790, uma ermida dedicada a Nossa Senhora do Bom Despacho. Era o arraial que nascia. Mais tarde, a velha capela de capim cedia lugar à outra, coberta de telhas, e passou a constituir o mais importante instrumento de sociabilidade, ligação e intercâmbio da população. A criação e a pecuária deram bases estáveis para a ocupação do território, e sobre elas pode fixar a economia do arraial. A origem do topônimo "Bom Despacho" deve-se à invocação religiosa na consagração da ermida pioneira, cujo fundador foi grande devoto de Nossa Senhora do Bom Despacho (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO, 2014).

1.2 ANALISE SITUACIONAL LOCAL

O município de Bom Despacho fica a 156 km de Belo Horizonte. Destaca-se na região no campo da Agropecuária especialmente Pecuária Leiteira, é um centro regional sendo que seus municípios limítrofes buscam na cidade produtos e serviços que não encontram em seus próprios municípios. Encontra-se na região do Alto São Francisco e é banhada pelos rios Lambari e Picão. Esta região abrange as nascentes do rio São Francisco atingindo o Lago de Três Marias. O distrito de Engenho do Ribeiro localiza-se a 22 km da sede (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO, 2014).

Possui uma população de 48.802 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE

GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014), com um número aproximado de 9.908 famílias, taxa de urbanização de 37,28% e índice de desenvolvimento humano 0.799. A taxa de escolarização é de 72% e não possui moradores abaixo da linha de pobreza. A população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) corresponde a 72,16%. Apresenta 97,37% de abastecimento de água tratada e 97,03% de recolhimento de esgoto por rede pública (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

As principais atividades econômicas são a indústria e agropecuária. O município apresenta um índice de desenvolvimento da educação básica, absoluto e relativo na 42ª posição entre os 853 municípios do Estado e a posição 584ª de 5565 municípios do Brasil (PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO, 2014).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Dr. Hugo cuja sede se localiza no bairro Centro, foco deste estudo, possui 6800 habitantes adstritos distribuídos em 1200 famílias, com um nível de alfabetização de 99,62% (Dados obtidos na própria ESF Dr. Hugo). Tem características particulares, localizada na área mais central e de comércio do município, portanto, com menos características de bairro que as outras unidades de saúde, o que dificulta os trabalhos de promoção e prevenção local, por ter uma população adstrita que reside distante da unidade. Na UBS/ESF, as atividades desenvolvidas contemplam consultas médicas, trabalho com os grupos de usuários com doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes, além dos grupos de gestantes e tabagismo. O hiperdia contempla atividades educativas tais como salas de espera, grupos operativos, palestras nas escolas e eventos comemorativos, neste último selecionando dias significativos relacionados com a saúde ou não para aproveitar espaços e falar da doença e seus cuidados.

Em relação à Equipe de Saúde da Família, no que se refere aos recursos humanos, o posto de saúde conta com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde, uma recepcionista e uma auxiliar geral. Não dispõe de equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e o horário de trabalho é de 07h00min às 11h00min horas e de 13h00min às 17h00min horas.

Dentro dos problemas identificados pela equipe na área de abrangência, por ocasião da elaboração do diagnóstico situacional (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010), os mais relevantes foram: hábitos e estilos de vida não saudáveis em usuários com Diabetes Mellitus (DM); desorganização na utilização do protocolo de

Manchester; ausência de medicamentos na farmácia municipal; demora na marcação de consultas especializadas e uso excessivo de psicofarmacos e antidepressivos na população.

Porém, de acordo com os critérios de governabilidade, urgência e impacto, o problema eleito como prioridade foi: hábitos e estilos de vida não saudáveis em usuários como DM. Para selecioná-los considerou-se não somente sua importância médica e a capacidade global para enfrentá-los, mas, também o interesse da equipe sobre o tema.

Segundo Campos, Farias e Santos (2010, p 36) a estimativa rápida:

[...] “constitui, um modo de se obter informações sobre um conjunto de problemas e dos recursos potenciais para o seu enfrentamento, num curto período de tempo e sem grandes gastos, constituindo uma ferramenta importante para apoiar um processo de planejamento participativo.”

Sendo assim, este trabalho tem como foco a elaboração de uma proposta de intervenção com ações educativas direcionadas aos usuários diabéticos de nossa área de abrangência.

2 JUSTIFICATIVA

A DM representa um sério e crescente problema de Saúde pública, em todas as populações especialmente nos países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que em todo o mundo há mais de 180 milhões de diabéticos e espera que para o ano de 2030 se duplique esta cifra. (FALCÃO, 2008). Cerca de 50% dos indivíduos com DM desconhecem seu diagnóstico (SILVA, 2008).

A atual sociedade capitalista do século XXI, o *american way of life*, a “sociedade da internet” e as demais modificações do mundo globalizado tem contribuído para proliferação de esta patologia. Como bem mostrado por Silva (2008, p. 47) quando diz que:

[...] “o aumento do número de casos de DM, principalmente o tipo dois, tem sido relacionado às modificações do estilo de vida e do meio ambiente trazido pela industrialização, que pode levar à obesidade, sedentarismo, e ao consumo de uma dieta rica em calorias e gorduras”.

A equipe decidiu por meio de reuniões escolher a DM após análise dos problemas no que tange na sua relevância médica, a urgência da demanda, a capacidade global de governabilidade e enfrentamento dos mesmos e o próprio interesse da equipe sobre o problema a ser enfrentado.

Na área de abrangência, os dados atuais informam 216 casos confirmados, dos quais a maioria apresenta dificuldade no controle da doença e fatores de risco favoráveis a esta condição. A intervenção sobre DM atuará sobre a obesidade, o tabagismo, o alcoolismo, os padrões alimentares inadequados e o sedentarismo; além disso, também sobre os fatores de risco cardiovascular como dislipidemia e hipertensão arterial.

3 OBJETIVO

Propor ações educativas direcionadas a usuários com Diabetes Mellitus na saúde da família em Bom Despacho-MG.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um projeto de intervenção, a ser implementado na ESF Dr. Hugo, município de Bom Despacho-MG em 2015.

O público alvo será constituído pelos usuários com Diabetes Mellitus tipo um (1) ou dois (2) cadastrados na ESF (216) que concordem participar do programa.

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado a metodologia do Planejamento Estratégico Situacional e o problema foi identificado na realização do diagnóstico situacional da equipe; além dos dados obtidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2006), IBGE, secretaria municipal de saúde e principalmente aqueles obtidos pela equipe mediante a estimativa rápida. Identificaram-se os problemas mais relevantes apresentados pela população e elegeu-se a DM por sua importância, urgência, por ser enfrentável e pelo interesse da equipe no tema.

Para realizar as ações educativas, serão agendadas consultas com maior duração enfocando o processo saúde-doença, com o usuário como agente de sua terapêutica, criando assim um espaço favorável para discussão das dúvidas. Palestras serão ofertadas nas quais o usuário poderá participar, interagir e discutir o tema, estreitando os laços afetivos com a equipe, de modo a promover mudanças no estilo de vida.

Pretende-se avaliar os indicadores metabólicos e de qualidade de vida dos pacientes atuantes no projeto mediante exames laboratoriais trimestrais e aferições da glicemia capilar, monitorização de pressão arterial, frequência cardíaca e medidas antropométricas. Serão estipulados prazos de seis (6) meses para o análise parcial e doze (12) meses para o análise final dos resultados.

O embasamento teórico para a realização de este trabalho considerou os artigos encontrados nas bases de dados de Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e revistas indexadas no *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO) e na Literatura Latino-americana e no Caribe em Ciências da saúde (LILACS), sítios institucionais do Ministério da Saúde, além de livros e periódicos que fizeram referência sobre o tema proposto. Foram utilizadas também como fonte de pesquisa bibliográfica os módulos de CEASBF e a biblioteca virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) programa ÁGORA, o SIAB, além das fichas de cadastro da equipe da ESF. Os descritores do trabalho em estudo foram: educação em saúde,

autocuidado e Diabetes Mellitus.

4 REVISÃO DA LITERATURA

O DM configura grupo de distúrbios metabólicos que apresenta a hiperglicemia como fator preponderante, ou seja, o açúcar em alta quantidade no organismo, especificamente na corrente sanguínea, a qual é causada por defeitos na ação da insulina, na excreção de insulina ou em ambos os casos, impedindo a entrada da glicose nas células para sua metabolização. É uma doença que se instala silenciosamente e provoca muitas complicações para o organismo, ocasionando no início sintomas como: fome exagerada, muita sede, boca seca, urina em grande quantidade e perda de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DIABETES, 2009).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que o número de diabéticos irá aumentar de 285 milhões (em 2010) para 435 milhões até 2030 no mundo (BAZOTTE, 2010). Essas estimativas indicam um número absurdo de casos de DM, caracterizando essa doença como extremamente preocupante para a população mundial.

De acordo com Bazotte (2010), no Brasil, os dados relacionados à doença revelam que, até 2025, o país deverá ter 17,6 milhões de diabéticos, saltando do oitavo para o quarto lugar em termos de número total de diabéticos. Portanto, é relevante que haja um planejamento de novos modelos de atenção para combater a doença ao indivíduo na condição pré-diabético, visando diminuir gastos com cuidados e necessidade de mais mão-de-obra qualificada.

O DM está associado a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), entre outros (ROCA, 2010).

O grande impacto econômico ocorre notadamente nos serviços de saúde, como consequência dos crescentes custos do tratamento da doença e, sobretudo, de complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. O maior custo, entretanto recai sobre os indivíduos, suas famílias e a comunidade; e o impacto na redução de expectativa e qualidade de vida é considerável. A expectativa de vida é reduzida em média em 15 anos para o diabetes tipo 1 e em 5 a 7 anos na do tipo 2;

os adultos com DM têm risco 2 a 4 vezes maior de doença cardiovascular e acidente vascular cerebral; é a causa mais comum de amputações de membros inferiores não traumática, cegueira irreversível e doença renal crônica terminal. Em mulheres, é responsável por maior número de partos prematuros e mortalidade materna. No Brasil, o DM junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa ainda 62,1% dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetido à diálise (BRASIL, 2009).

É relevante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e de suas complicações e que pessoas e comunidades progressivamente têm acesso a esses cuidados. Neste contexto, é imperativo que os governos orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência que estão impulsionando a epidemia de diabetes, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade (BRASIL, 2006).

Por sua vez, o Ministério da Saúde programa diversas estratégias de saúde públicas, economicamente eficazes, para prevenir o DM e suas complicações, por meio do cuidado integral a esse agravo de forma resolutiva e com qualidade (BRASIL, 2006).

O DM apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. A OMS estimou em 1997 que, após 15 anos de doença, 2% dos indivíduos acometidos estarão cegos e 10% terão deficiência visual grave. Além disso, estimou que, no mesmo período de doença, 30 a 45% terão algum grau de retinopatia, 10 a 20%, de nefropatia, 20 a 35%, de neuropatia e 10 a 25% terão desenvolvido doença cardiovascular. Mundialmente, os custos diretos para o atendimento ao DM variam de 2,5% a 15% dos gastos nacionais em saúde, dependendo da prevalência local de diabetes e da complexidade do tratamento disponível. Além dos custos financeiros, o diabetes acarreta também outros custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida que afeta doentes e suas famílias (DAMIANI, 2008). O DM representa também carga adicional à sociedade, em decorrência da perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura (BRASIL, 2006).

Consonante ao estudo realizado pela Sociedade Brasileira de Diabetes, a educação do paciente diabético sobre sua própria doença, a gravidade das

complicações os métodos de prevenção, bem como as técnicas de autocuidado participativo enfatizam-se como significantes elementos para o eficaz tratamento da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Os programas que visam à educação do usuário diabético devem ter como objetivos principais a aquisição de conhecimentos atitudes e habilidades necessárias à convivência e manejo da doença. Os resultados obtidos por meio da implantação de programas efetivos da educação em DM, com estímulo ao autocuidado e às modificações comportamentais são notadamente positivos sobrepondo os custos relacionados à sua implementação (KEERS et al., 2005; BOREN et al., 2009).

Em harmonia com esta visão, a equipe da ESF Dr. Hugo pretende desenvolver ações de acompanhamento, educação e prevenção para o DM, com o objetivo de sensibilizar os usuários diabéticos sobre os cuidados sobre sua doença, além de estimular mudanças efetivas no estilo de vida e ampliar habilidades para o autocuidado.

Com o objetivo de mensurar o nível de conhecimento obtido e a possível necessidade de intervenção e eventuais modificações na estrutura do programa, se faz necessário a avaliação periódica e individualizada dos pacientes submetidos ao mesmo (MENSING et al., 2007).

A Implementação de medidas de prevenção no manejo do DM, representa um desafio para os profissionais e gestores da saúde. No Brasil aproximadamente um 75% da assistência à saúde da população é feita pelo sistema único de saúde em quanto o sistema de saúde complementar assiste um 46.5% milhões de pessoas. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser consideradas metas prioritárias dos profissionais da saúde. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009)

O trabalho de intervenção tem como alvo avaliar o impacto do programa de acompanhamento, educação e prevenção de DM, sobre o tratamento desta condição. O programa a ser implementado permitirá conhecer as necessidades dos indivíduos e as condições para o aprimoramento do processo educativo, além da melhoria da qualidade do atendimento prestado a esta população.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

6.1 Primeiro passo: definição dos problemas

A seguir, está disposta a lista dos problemas levantados na área de abrangência da ESF Dr. Hugo do município Bom Despacho-MG.

1. Maus hábitos de alimentação em usuários com DM.
2. Desorganização na utilização do protocolo de Manchester na UBS.
3. Ausência de medicamentos na farmácia municipal.
4. Indisponibilidade de alguns exames no município para atender as necessidades dos usuários.
5. Demora na marcação de exames de maior complexidade.
6. Demora na marcação de consultas especializadas.
7. Dificuldade em realizar visitas domiciliares devido a problemas de transporte da Secretaria de Saúde.
8. Abuso de psicofarmacos.

6.2 Segundo passo: priorização de problemas

A partir da definição da lista de problemas junto à equipe de saúde, torna-se necessária a priorização dos mesmos, com base na sua importância, urgência e a capacidade da equipe para intervenção. É importante ressaltar que essa priorização indica uma demanda momentânea da equipe de saúde atual e que é feita a partir da opinião dos membros da ESF, não descaracterizando cada um dos outros problemas como importantes na comunidade de abrangência.

Assim, foi feita uma padronização para classificar cada problema na importância (alta, média ou baixa), urgência (pontos de zero a 10) e capacidade de enfrentamento (se está parcialmente, dentro ou fora da capacidade da equipe). Após essa classificação, a seleção por ordem decrescente de prioridade para intervenção é feita a partir da análise das três variáveis classificadas.

Quadro 1 - Classificação de prioridades para os problemas identificados no diagnóstico da ESF Dr. Hugo do Município Bom Despacho-Minas Gerais, 2015.

Principais problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
----------------------	-------------	----------	-----------------------------	---------

Maus hábitos e estilos de vida em usuários com DM	Muito alto	8	Total	1
Desorganização na utilização do protocolo de Manchester.	Alto.	7	Total	2
Ausência de medicamentos na farmácia municipal.	Alto	7	Parcial	3
Indisponibilidade de alguns exames no município para atender as necessidades dos usuários.	Alto	7	Parcial	4
Demora na marcação de exames de maior complexidade.	Alto	6	Parcial	5
Demora na marcação de consultas especializadas.	Alto	6	Parcial	6
Dificuldade em realizar visitas domiciliárias devido a problemas de transporte da Secretaria de Saúde.	Médio	5	Parcial	7
Abusos de psicofármacos.	Alto	7	Parcial	8

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Dr. Hugo.

6.3 Terceiro passo: descrição do problema selecionado

Decidiu-se priorizar o problema descrito na lista já que os maus hábitos e estilos de vida inadequados em usuários diabéticos podem repercutir em complicações cardiovasculares, metabólicas, renais, e agravam a saúde integral dos pacientes, e devido a sua alta prevalência na área de abrangência foi acordado dar a maior importância a essa problemática. No ano 2013, 3,9% da população cadastrada na área de abrangência correspondia aos diabéticos; enquanto que em 2014 com o trabalho realizado pela equipe com cadastro e diagnóstico, a prevalência representou 12% (n=216). Sabe-se que existe ainda um número expressivo de usuários não diagnosticados, o que reforça a necessidade da equipe continuar trabalhando na identificação desta população.

O fato de haver grande número de usuários diabéticos pode ser justificado por vários fatores, muitos deles interligados. Um diabético pode ser mal controlado primeiramente por não ser identificado, não ter sido diagnosticado adequadamente e não ter sido cadastrado. Sendo assim, este usuário não tem contato com os serviços de saúde não é examinado, não faz uso de medicação ou faz incorretamente; e não é submetido a exames de rastreamento. A dificuldade de se conseguir uma consulta médica e retornos periódicos levam a perda da continuidade do acompanhamento.

Outra causa seria a falta de informação sobre a doença, a importância de seu tratamento e a necessidade de sensibilização para mudanças no estilo de vida incluindo alimentação apropriada e a realização de atividade física.

6.4 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

Os “nós críticos” são definidos como pontos do problema que quando alterados causam impacto direto no problema e, além disso, está no espaço de governabilidade de quem deseja agir, ou seja, é passível de intervenção na instância do agente (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Desse modo, diante de todas as causas possivelmente relacionadas ao problema priorizado, apresentam-se como nós críticos:

- 1 Pouco conhecimento da doença, sua prevenção e complicações.
- 2 Hábitos e estilos de vida inadequados.
- 3 Má adesão ao tratamento medicamentoso.

6.5 Sexto passo: Desenho das operações

Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico 1 relacionado ao problema 'Pouco conhecimento da doença, sua prevenção e complicações', na população sob responsabilidade da ESF Dr. Hugo, em Bom Despacho, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Pouco conhecimento sobre a doença e suas complicações.
Operação	Aumentar o nível de informação da população sobre a doença, as medidas de prevenção e os riscos do controle inadequado.
Projeto	Na construção do saber
Resultados esperados	Melhora do conhecimento da diabetes e suas complicações através de meios de informação populares sobre a doença.
Produtos esperados	Palestras informativas, grupos de educação em saúde e consultas educativas.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico e enfermeira.
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema. Políticos: parcerias e mobilização social Econômicos: disponibilização de materiais educativos sobre o DM. Organizacionais: aulas para aumentar os conhecimentos sobre o DM.
Recursos críticos	Político: Articulação intersetorial.
Controle dos recursos críticos /	Ator que controla: Secretaria de Saúde e Equipe de Saúde Motivação: Favorável

Viabilidade	
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto.
Responsáveis	Médico/Enfermeira
Cronograma / Prazo	Imediato: Palestras e consultas Um mês: Grupos
Gestão, acompanhamento e avaliação	Avaliação do nível de conhecimento da população pelo médico e enfermeira em um prazo de nove meses depois de iniciar implementação do projeto.

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Dr. Hugo, 2015.

Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico 2 relacionado ao problema "Maus hábitos e estilos de vida em usuários com DM", na população sob responsabilidade da ESF Dr. Hugo, em Bom Despacho, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Hábitos e estilos de vida inadequados.
Operação	Modificar hábitos e estilos de vida
Projeto	Mais Saúde
Resultados esperados	Diminuição do número de pessoas sedentárias em 50 % Alteração dos hábitos alimentares em 50 %.
Produtos esperados	Organização de caminhada. Distribuição de panfletos com orientações sobre alimentação saudável; prática de exercícios físicos e hábitos saudáveis.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico/Enfermeira/Agentes Comunitárias de Saúde. Fisioterapeuta e Nutricionista
Recursos necessários	Cognitivos: conhecimento sobre o tema Políticos: parcerias e mobilização social. Econômicos: Disponibilização de materiais sobre reeducação alimentar. Organizacionais: Organização de caminhadas.
Recursos críticos	Financeiro: Para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, dentre outros.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde; Secretaria de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis	Médico/Enfermeira
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades e avaliação anual.
Gestão, acompanhamento e avaliação	Elaboração de um plano de ação para acompanhamento da atividade pela equipe de saúde e avaliação 6 meses depois de iniciado o projeto.

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Dr. Hugo, 2015.

Quadro 4 – Operações sobre o nó crítico 3 relacionado ao problema "Ma adesão ao

tratamento medicamentoso”, na população sob responsabilidade da ESF Dr. Hugo, em Bom Despacho, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Má adesão ao tratamento medicamentoso.
Operação	Melhorar o controle da doença crônica, Aprimorar o tratamento e Promover mudanças no estilo de vida.
Projeto	O que achou do tratamento?
Resultados esperados	Adesão completa a o tratamento em 90% dos casos, melhora na adesão no 70% dos pacientes difíceis.
Produtos esperados	Grupos interativos, Palestras, Capacitação de Agentes Comunitárias de Saúde.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico/Enfermeira, Agentes Comunitárias de Saúde.
Recursos necessários	Cognitivos: Informações sobre o tema. Políticos: Conseguir espaço/local e articulação intersetorial. Econômicos: Folhetos educativos e meios audiovisuais relacionados ao DM e o tratamento não medicamentoso. Organizacionais: estabelecer grupos operativos de prevenção de diabetes.
Recursos críticos	Organizacionais: Adequação das atividades das agentes comunitárias. Financeiro: Maior dispêndio com fármacos
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Equipe de Saúde/ Secretaria de Saúde. Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Apresentar projeto
Responsáveis:	Medico/Enfermeira.
Cronograma / Prazo	Três meses para o início das atividades e avaliação anual
Gestão, acompanhamento e avaliação	Capacitação das agentes comunitárias de saúde junto à equipe para acompanhar e avaliar nas visitas domiciliares, nas consultas e grupos operativos, a adesão ao tratamento dos participantes no projeto. Um mês depois de iniciado o projeto.

Fonte: Diagnóstico Situacional da ESF Dr. Hugo, 2015.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabidamente o controle/tratamento de doenças crônicas se faz difícil e complexo. Em municípios como o do presente estudo, tal dificuldade se eleva consideravelmente devido à falta de participação de usuário no tratamento e agravado pelo modelo de atenção comumente centrado na doença.

Este programa permitirá conhecer as necessidades dos indivíduos e as condições para o aprimoramento do processo educativo, além da melhoria na qualidade do atendimento prestado a esta população com a mudança do foco de atenção para o paciente.

A efetividade do programa será possibilitada a partir da avaliação das variáveis metabólicas constatadas mediante exames laboratoriais, análises antropométrica e dos dados vitais, além da percepção do usuário sobre impacto da proposta sobre a qualidade de vida.

Mesmo informando sobre a gravidade da doença, sobretudo se difícil controle; objetiva-se que o usuário viva bem, que melhore sua qualidade de vida e participe com dignidade de seu próprio tratamento.

REFERÊNCIAS

BOREN, S. A. et al. Costs and benefits associated with diabetes education: a review of the literature. **The Diabetes Educator**, v. 35, n. 1, p. 72-96, 2009.

BAZOTTE, R. B. **Paciente diabético: cuidados farmacêuticos**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, n.16. Diabetes Mellitus**. 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-1183-9

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **The Diabetes Educator Journal**, v. 35; p. 72-96, 2009.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, p.36; 2010.

DAMIANI, D.; DAMIANI, D. Complicações Hiperglicêmicas Agudas no Diabetes Mellitus tipo 1 do Jovem. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 52, n.2, p. 367-374, 2008.

FALCÃO, I.M. et al. Estudo da prevalência da Diabetes Mellitus e de suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: Um estudo na rede Médicos-Sentinela. **Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar**, v. 24, p. 679-92, 2008.

KEERS J. C. et al. Costs and benefits of a multidisciplinary intensive diabetes education program. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 11, n. 3, p. 293-303, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CIDADES. Minas Gerais. **Bom Despacho**. 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=310740>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

MENSING C. et al. Nation Standards for diabetes self management education. **Diabetes Care**, v. 27 (suppl 1:s), p. 143-50, 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM DESPACHO. Sobre a cidade. 2014. Disponível em: <<http://www.bomdespacho.mg.gov.br/sobre-a-cidade/>>. Acesso em: 28 abr. 2016.

SILVA, E.M.S. **A prevalência de Diabetes Mellitus tipo 2 em homens de 30 a 59 anos da Polícia Militar de Teresina, Piauí**. Rio de Janeiro: s.n: 2008. 47.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão**. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.95 (1 supl.1), p. 1-48, 2010.

ROCA, G.R. **Temas de medicina Interna**. 4. Ed. tomo 1. Havana: Editorial Ciências Médicas. Quinta parte: p. 243. 2010.