

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

**ISABELA ELEUTÉRIO GONÇALVES**

**ALIMENTAÇÃO PARA PACIENTES PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DO ARAME, EQUIPE MUNICÍPIO SAUDÁVEL DO MUNICÍPIO  
DE LAGOA DOURADA - MINAS GERAIS**

**JUIZ DE FORA – MINAS GERAIS**

**2016**

**ISABELA ELEUTÉRIO GONÇALVES**

**ALIMENTAÇÃO PARA PACIENTES PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DO ARAME, EQUIPE MUNICÍPIO SAUDÁVEL DO MUNICÍPIO  
DE LAGOA DOURADA - MINAS GERAIS**

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. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo

**JUIZ DE FORA – MINAS GEFRAIS**

**2016**

**ISABELA ELEUTÉRIO GONÇALVES**

**ALIMENTAÇÃO PARA PACIENTES PORTADORES DE DIABETES  
MELLITUS RESIDENTES NO TERRITÓRIO DA UNIDADE BÁSICA DE  
SAÚDE DO ARAME, EQUIPE SAUDÁVEL DO MUNICÍPIO DE LAGOA  
DOURADA - MINAS GERAIS**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo – orientadora

Profa. Ms. Maria Dolôres Soares Madureira

Aprovado em belo Horizonte, em: \_\_/\_\_/2016

Dedico este trabalho aos meus familiares, especialmente meus pais, João Paulo e Lúcia Helena, pelo apoio incondicional durante toda a minha trajetória.

## **AGRADECIMENTOS**

A todos que estiveram presentes durante a trajetória, principalmente aos professores, agora colegas de profissão, pelo exemplo dado e ensinamentos passados.

A Deus por ter guiado os meus passos.

“A grandeza não consiste em receber honras,  
mas sim em merecê-las.”

Aristóteles

## RESUMO

Na população residente na área de abrangência da Unidade Estratégia de Saúde da Família Município Saudável, que atua na zona rural de Lagoa Dourada-MG, a incidência de doenças crônicas não transmissíveis é alta. Dentre elas, a de maior dificuldade de controle é o Diabetes Mellitus. O não controle desta doença acarreta consequências agudas e crônicas ao paciente, que podem ser evitadas com o devido controle glicêmico. O tratamento é baseado em dois pilares, o farmacológico e o não farmacológico, o qual consiste em uma alimentação saudável e prática de atividades físicas. Na prática clínica, é possível observar que ainda há dificuldade no manejo dos níveis glicêmicos dos pacientes, apesar do tratamento medicamentoso adequado. Este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle glicêmico dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, residentes no território de abrangência da equipe de saúde Município Saudável do município de Lagoa Dourada – Minas Gerais. Para tanto foi realizada uma revisão bibliográfica com busca na Biblioteca Virtual em saúde para levantar as evidências já existentes sobre o tema abordado neste trabalho. O projeto de intervenção foi elaborado seguindo os passos do planejamento estratégico situacional. Espera-se que as ações a serem implantadas com o projeto de intervenção venham contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos diabéticos residentes no território da nossa unidade.

Descritores: Diabetes. Dietoterapia. Estratégia de Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

The resident population in the area covered by the Health Strategy Unit Family Município Saudável, which operates in rural Lagoa Dourada-MG, the incidence of chronic diseases is high. Among them, the most difficult to control is the Diabetes Mellitus. Failure to control this disease causes acute and chronic consequences to the patient, which can be prevented with proper glycemic control. The treatment is based on two pillars, pharmacological and non-pharmacological, which consists of healthy eating and physical activity. In clinical practice, it is observed that there is still difficulty in the management of blood glucose levels of patients, despite adequate drug treatment. This study aims to develop an intervention project to improve glycemic control in patients with Diabetes Mellitus, residing in the territory of the health team coverage Município Saudável of the city of Lagoa Dourada - Minas Gerais. For this purpose a literature review looking at the Virtual Library on Health was held to raise the existing evidence on the issue addressed in this paper. The intervention project was designed following the footsteps of situational strategic planning. It is hoped that the actions to be implemented with the intervention project will contribute to improving the quality of life of patients living in the territory of our unity.

Key words: Diabetes. Diet therapy. Family Health strategy.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA .....</b>	<b>14</b>
<b>3 OBJETIVOS .....</b>	<b>15</b>
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>16</b>
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>17</b>
<b>6 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>27</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>28</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A equipe do Programa saúde da Família (PSF) Município Saudável atua na Unidade Básica de Saúde do Arame, localizada na zona rural do município de Lagoa Dourada - Minas Gerais.

O município de Lagoa Dourada está localizado na região dos Campos das Vertentes, no estado de Minas Gerais e tem treze mil habitantes (IBGE, 2010). É considerada uma cidade história e preserva parte de sua estrutura colonial, especialmente na zona rural.

A economia depende basicamente da indústria alimentícia, principalmente da produção de leite, o que fortalece a produção de doces, como o rocambole. Lagoa Dourada é considerada a capital nacional do Rocambole. Por situar-se em região geográfica estratégica, perto de São João del-Rei e ser cortada pela Estrada Real, muitos turistas, ao passarem pela cidade, não deixam de provar a famosa sobremesa.

O município conta com três equipes de PSF, totalizando uma cobertura de pouco mais de 80%. Além disso, conta com uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicional, em que atuam um clínico geral, um ginecologista, um pediatra, um neurologista, um ortopedista e um psiquiatra, além de diversas clínicas particulares.

Na cidade não há hospitais nem equipamentos para exames de imagem, sendo os pacientes referenciados para as cidades vizinhas, como Barroso, Resende Costa e São João del-Rei.

A UBS do Arame situa-se em uma casa adaptada. Conta com uma recepção, sala de triagem, dois consultórios, uma sala de curativo, almoxarifado, sala de odontologia e copa. Esta unidade é responsável por 3.182 habitantes residentes nos povoados do Arame, Bandeirinhas, Melos, Cafundó, Rosas e Diamante. A equipe passou a atuar neste território a partir do ano de 2006.

Os habitantes da região sobrevivem do trabalho na lavoura e da fabricação de tapetes. A maioria possui baixo nível socioeconômico. Em cada povoado há uma escola que aceita crianças a partir dos 6 anos de idade e se estende até o final do Ensino Médio.

A equipe conta atualmente com uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, sete agentes comunitários de saúde, um cirurgião-dentista e uma auxiliar de saúde bucal. Além disso, a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) uma vez por semana se dedica aos pacientes da zona rural do município.

Muitos são os desafios enfrentados pela equipe da unidade. A estrutura da unidade é precária, as paredes apresentam infiltrações, rachaduras e vazamentos e o espaço é inadequado para o atendimento da população. Não há sala de observação, os consultórios são pequenos e pouco arejados, e a sala de espera é insuficiente para a quantidade de pacientes que aguardam atendimento. Soma-se a isso a falta de medicações de urgência e a ausência de um carro para transporte de pacientes em caso de emergência para o serviço de referência.

Além disso, a área de abrangência é muito extensa e o tempo gasto é muito com o deslocamento entre um povoado e outro. Sendo assim, o tempo disponível para as atividades fica bastante reduzido.

A incidência de doenças crônicas é alta e há muita dificuldade em conscientizar os pacientes sobre a necessidade do acompanhamento pelos profissionais de saúde. A maioria deles procura a unidade apenas para renovação de receita, sem intenção de passar pela consulta, seja médica ou de enfermagem.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) de maior prevalência nos atendimentos são a Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Depressão e Hipotireoidismo. O controle encontra empecilhos como falta da medicação na Farmácia Municipal, custo elevado dos medicamentos e, principalmente, dificuldade na compreensão e adesão das necessárias mudanças no estilo de vida pelos pacientes.

Dentre as doenças prevalentes na área, a que necessita de maior atenção às mudanças no estilo de vida é o Diabetes Mellitus. Sendo assim, é a de mais difícil controle dentre a população descrita. Atualmente, há cerca de 120 pacientes portadores da doença acompanhados na unidade. Apesar do tratamento medicamentoso adequado, a maior parte ainda apresenta níveis glicêmicos elevados.

Durante os atendimentos, é possível perceber que os pacientes não compreendem a gravidade da doença e, por isso, não dão a devida importância ao seu tratamento. A medida mais negligenciada é a alimentação correta.

Os problemas considerados como mais prevalentes para a não adesão da alimentação correta são falta de orientação, resistência em mudar hábitos alimentares, desconhecimento da gravidade da doença e fácil acesso a alimentos industrializados.

Sendo assim, são necessárias medidas que possibilitem o manejo desses problemas, a fim de minimizar o problema.

## 2 JUSTIFICATIVA

Os portadores de Doenças Crônicas Não transmissíveis (DCNT) são os que mais procuram os serviços de saúde em busca de atendimento por descompensação de suas doenças ou para troca de receitas. Este fato também é comum na nossa unidade.

As consequências do não controle do Diabetes Mellitus incluem o risco de desenvolvimento de complicações graves, agudas ou crônicas, que podem limitar o autocuidado, levando a uma maior dificuldade no controle terapêutico e menor adesão ao tratamento (VILLAS BOAS *et al.*, 2011).

Diante desta realidade, definimos por criar estratégias com o intuito de melhorar a adesão ao tratamento não medicamentoso da diabetes. Assim, será possível melhorar a qualidade de vida dos pacientes e diminuir o risco de complicações.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle glicêmico dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus, residentes no território de abrangência da equipe de saúde Município Saudável, do município de Lagoa Dourada – Minas Gerais.

#### **3.2 Específicos**

Propor estratégias de orientação acerca da importância do tratamento não medicamentoso do Diabetes Mellitus.

Discutir estratégias para melhorar a alimentação dos pacientes portadores do Diabetes Mellitus.

## 4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto de intervenção seguiu as seguintes etapas:

Utilização dos dados do diagnóstico situacional quando foram levantados os problemas do território e priorizado aquele que seria objeto deste estudo;

Levantamento bibliográfico na Biblioteca Virtual em Saúde com a finalidade de subsidiar o projeto com as evidências já existentes sobre o tema.

A pesquisa nos bancos de dados foi realizada por meio dos seguintes descritores:

Diabetes.

Dietoterapia.

Estratégia Saúde da Família.

Os artigos selecionados foram publicados no período entre 2003 e 2015.

## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica não transmissível e sua importância na prática clínica se deve à sua alta prevalência. Estima-se que até 2030 19,6 milhões de pessoas sejam acometidas por esta doença no Brasil (SANTOS; TORRES, 2012).

Segundo Atreja e Kalra (2015), o Diabetes é uma doença crônica causada pela má utilização ou deficiência de insulina no corpo. O mau controle aumenta a predisposição a infecções, principalmente fúngicas e bacterianas.

Os principais fatores de risco do diabetes são: obesidade, sedentarismo, maus hábitos alimentares e contribuição genética (SILVA *et al.*, 2011). Além disso, há evidências de que a exposição a estresse intrauterino está associada a risco elevado de hiperglicemia ou diabetes tipo 2 em fases tardias da vida (YANPING, 2015).

A evolução da doença é lenta e os sintomas surgem tardiamente, fato que retarda seu diagnóstico e dificulta a prevenção de suas complicações.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), o diagnóstico é presumido pelos sintomas clínicos: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso. No entanto, como a maior parte dos portadores é assintomática, o diagnóstico deve ser dado pelo rastreamento, por meio de exames laboratoriais e investigação de fatores de risco.

Os exames mais utilizados para a confirmação do diagnóstico do diabetes são a glicemia de jejum, o teste oral de tolerância à glicose e a glicemia casual. Os valores de referência estão relacionados no Quadro 1, e o Quadro 2 apresenta os critérios para interpretação das alterações.

Quadro 1 – Critérios laboratoriais para o diagnóstico de diabetes

Sintomas de diabetes (poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso)
+ glicemia casual >200mg/dL (realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições)
= ou =
Glicemia de jejum >126mg/dL*;
= ou =
Glicemia de 2 horas >200mg/dL no teste de tolerância à glicose*.
*Devem ser confirmados com nova glicemia

Fonte: Brasil (2013)

Quadro 2 – Interpretação dos resultados da glicemia de jejum e do teste de tolerância à glicose

Classificação	Glicemia em jejum (mg/dL)	Glicemia 2h após TTG-75g (mg/dL)
Normal	<110	<140
Hiperglicemia intermediária		
Glicemia de jejum alterada	110-125	
Tolerância à glicose diminuída		140-199
Diabetes Mellitus	>126	>200

Fonte: Brasil (2013)

O tratamento é baseado em dois pilares: o medicamentoso e o não medicamentoso. O segundo, que engloba uma alimentação saudável e prática de atividade física, é considerado como o de primeira escolha (VILLAS BOAS *et al.*, 2011) e deve ser sempre implementado, independente da necessidade ou não do tratamento farmacológico.

A terapia nutricional baseia-se no preceito de que as refeições devem ser fracionadas ao longo do dia e compostas de quantidades limitadas de gorduras e carboidratos. O consumo de bebidas alcoólicas deve ser limitado, bem como o de alimentos contendo sacarose (BRASIL, 2013).

Aliada à alimentação saudável deve estar a prática de atividade física, a fim de melhorar o controle metabólico do paciente. Esta deve ter sua intensidade aumentada progressivamente. O ideal é que se pratique de 30 a 60 minutos por dia, 5 a 7 dias por semana (BRASIL, 2013).

Os valores de hemoglobina glicada podem ser reduzidos ao instituir-se a terapia nutricional, tanto em pacientes recentemente diagnosticados, quanto nos portadores da patologia há mais de quatro anos (VILLAS BOAS *et al.*, 2011).

De acordo com Silva *et al.* (2011), é recomendado que intervenções fossem implementadas antes do aparecimento das manifestações clínicas, afim de evitar e/ou retardar o surgimento das complicações.

Evidências sugerem que a adesão a um estilo de vida mais saudável pode prevenir boa parte dos casos de diabetes tipo 2 (YANPING, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2003), citado por Ferreira; Fernandes (2009, p. 629)

[...] Por adesão ao tratamento, compreende-se a extensão com a qual o comportamento de uma pessoa corresponde ao acordo estabelecido com o profissional ou com a equipe de profissionais de saúde referente a um plano de tratamento.

Ainda segundo Organização Mundial de Saúde (2003), citado por Villas Boas *et al.* (2011, p. 273)

[...] cinco fatores principais que poderão influenciar a adesão ao autocuidado: características pessoais; condição socioeconômica e

cultural; e aspectos relacionados ao tratamento, à doença, ao sistema de saúde e à equipe profissional.

As consequências agudas do Diabetes Mellitus não controlado incluem a cetoacidose diabética, a hipoglicemia e o estado hiperosmolar hiperglicêmico (KLAFKE *et al.*, 2014). Já as consequências crônicas constituem-se de retinopatia e nefropatia diabética, doença arterial coronariana, doença cerebrovascular e vascular periférica, e neuropatia diabética (FERREIRA *et al.*, 2013).

Além disso, existem complicações que podem ser fatais, principalmente na população idosa, como infecções respiratórias, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral (KLAFKE *et al.*, 2014).

Diante da dificuldade de adesão ao tratamento, são necessárias medidas que visem solucionar este problema. Para tal, a educação em saúde é uma estratégia válida, por estar comprometida com a melhoria da qualidade de vida e ter como objetivo aumentar a autonomia do indivíduo no seu autocuidado (ALMEIDA, 2014; BORGES, 2014).

Sendo assim, são necessárias medidas para melhorar a adesão ao tratamento da diabetes, a fim de prevenir suas complicações.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção foi elaborado com base nos passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Em um primeiro momento, foi realizada uma reunião de equipe para listagem dos principais problemas enfrentados. Neste momento foram priorizados os problemas e o de maior importância foi selecionado como objeto de estudo. Para este fim, foi considerada também a capacidade de resolução do problema em curto prazo, além da disponibilidade dos recursos necessários.

A seguir, foram descritas as causas para o problema e criaram-se medidas para seu enfrentamento. Cada uma dessas medidas tem um ator responsável e exige recursos específicos.

Entre os problemas vivenciados pela Equipe Município Saudável, que atua na UBS do Povoado do Arame, os mais predominantes estão relacionados ao estilo de vida dos habitantes da região. Abuso de álcool e drogas ilícitas, diabéticos com alimentação incorreta, sedentarismo e abuso de benzodiazepínicos estão entre eles.

Em reunião de equipe, os problemas foram classificados baseando-se na capacidade de se implantar medidas imediatas para sua resolução. Dessa forma, ficaram na seguinte ordem:

- Diabéticos com alimentação incorreta.
- Sedentarismo.
- Abuso de benzodiazepínicos.
- Abuso de álcool e drogas ilícitas.

Embora todos os problemas tenham grande impacto na população, a alimentação incorreta de pacientes portadores de Diabetes foi considerada como prioritária pela equipe devido ao alto número de pacientes com dificuldade de controle da glicemia, apesar do tratamento medicamentoso adequado. Em conversa com os pacientes foi possível identificar a dificuldade que eles têm de saber diferenciar os alimentos permitidos e os proibidos, além de não saberem balancear as refeições diárias. Além

disso, o acesso facilitado a medidas passíveis de resolver o problema em caráter imediato foi primordial quando da opção do primeiro a ser abordado.

Uma das causas para a alimentação incorreta baseia-se na falta de orientação dos pacientes. Ao receberem o diagnóstico da doença, nem sempre os profissionais de saúde explicam ao paciente como deverá ser a alimentação. Além disso, não abordam as consequências que a doença pode trazer caso ela não seja controlada, o que acarreta outra causa: muitos pacientes simplesmente não entendem o motivo da necessidade de se seguir uma dieta.

Uma terceira causa é o fácil acesso a alimentos industrializados, ricos em carboidratos. Isso se deve tanto ao preço, que normalmente é inferior ao de alimentos considerados naturais, quanto à maior durabilidade e à menor necessidade de preparo para o consumo.

Um quarto fator que contribui para o problema reside nos hábitos alimentares da família. A frase “meu pai sempre comeu isso e nunca teve problema de saúde” é recorrente nos atendimentos de pacientes diabéticos. Além disso, muitos pacientes referem dificuldades de resistir à vontade de comer os alimentos proibidos quando o restante da família os consome ao seu lado.

Quanto ao problema, alimentação incorreta de pacientes portadores de Diabetes, os “nós críticos” foram definidos pela equipe, como: falta de informação individualizada acerca do Diabetes Mellitus; baixo índice de atividades explanatórias acerca do Diabetes Mellitus; ausência de material de fácil compreensão; pouca informação acerca da simplicidade de uma alimentação saudável.

Para resolver o problema, foram propostas medidas como:

- Orientação individual aos pacientes durante os atendimentos.
- Palestras e grupos operativos.
- Confecção de cartilhas explicativas.
- Oficinas de preparo de alimentos saudáveis.

Para cada uma das medidas, foram estabelecidos os recursos necessários, bem como os atores responsáveis, os resultados esperados e a sua viabilidade. A seguir, foi criado um cronograma para análise de resultados parciais e finais.

Quadro 3 – Plano de ação 1

<b>Nó crítico 1</b>	<b>Falta de informação individualizada acerca do Diabetes Mellitus</b>
<b>Operação</b>	Mais Conhecimento
<b>Projeto</b>	Realizar orientação individualizada para cada paciente, de acordo com suas especificidades e necessidades.
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar a compreensão acerca dos riscos da doença. Orientar a necessidade de controle e as medidas necessárias para isso.
<b>Produtos esperados</b>	Pacientes mais informados e com orientações individualizadas
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica da unidade: orientação individual Secretária de saúde: aquisição do material teórico
<b>Recursos necessários</b>	<b>Estrutural:</b> material teórico; consultório. <b>Cognitivo:</b> capacitação teórica da profissional envolvida <b>Financeiro:</b> aquisição do material teórico
<b>Viabilidade</b>	Para que o plano seja viável, foram considerados recursos de baixo custo financeiro e de fácil aquisição para que seja implantado o mais rapidamente possível.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Será necessário 1 mês para capacitação da médica da unidade e o plano deverá ser implantado nos 11 meses subsequentes.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	O plano será acompanhado por meio de reuniões bimensais para avaliação de resultados parciais e após os 12 meses será feita uma reunião para avaliar os resultados finais.

Quadro 4 – Plano de ação 2

<b>Nó crítico 2</b>	<b>Baixo índice de atividades explanatórias acerca do Diabetes Mellitus</b>
<b>Operação</b>	Saber em Conjunto
<b>Projeto</b>	Realização de atividades coletivas, como palestras e grupos operativos, para explicação acerca do Diabetes Mellitus, suas causas, consequências e tratamento.
<b>Resultados esperados</b>	Melhorar a compreensão acerca da patologia, tanto para os portadores quanto para seus familiares.
<b>Produtos esperados</b>	Palestras com adesão dos pacientes, grupos operativos com participação tanto de portadores quanto de seus familiares.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Enfermeira: locutora das palestras Técnico de enfermagem: condutor dos grupos operativos
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: espaço para as atividades; recursos audiovisuais (cartazes, Datashow)  Cognitivo: capacitação dos profissionais envolvidos  Financeiro: aquisição do material  Político: articulação do espaço para realização das atividades
<b>Viabilidade</b>	O plano foi desenvolvido considerando o espaço da Unidade Básica de Saúde e os locais públicos dos povoados, como escolas e igrejas, para facilitar a negociação e minimizar os custos financeiros.
<b>Cronograma / Prazo</b>	Cada palestra e/ou grupo operativo terá um prazo de 15 dias para ser elaborado e deverá ocorrer mensalmente, durante 1 ano.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	O plano será coordenado pelos membros da equipe e será acompanhado por meio das reuniões mensais de equipe.  Ao final dos 12 meses, será feita uma reunião para avaliação dos resultados finais.

Quadro 5 – Plano de ação 3

<b>Nó crítico 3</b>	<b>Ausência de material de fácil compreensão</b>
<b>Operação</b>	Mais Leitura
<b>Projeto</b>	Desenvolvimento de cartilhas explicativas acerca da doença, com linguagem de fácil compreensão para os pacientes.
<b>Resultados esperados</b>	Distribuição de cartilhas para que os pacientes possuam material de consulta rápida para sanar suas dúvidas,
<b>Produtos esperados</b>	Cartilhas explicativas
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	Médica e Enfermeira: confecção das cartilhas e distribuição e orientação durante os atendimentos
<b>Recursos necessários</b>	<b>Financeiro:</b> aquisição do material necessário (papel, impressora, material teórico para embasamento) <b>Estrutural:</b> espaço para armazenar o material
<b>Viabilidade</b>	O plano será desenvolvido pelos próprios membros da equipe, utilizando material de baixo custo, e será distribuído durante o horário de funcionamento da unidade.
<b>Cronograma / Prazo</b>	As cartilhas serão confeccionadas em um prazo de 3 meses e serão distribuídas de acordo com a demanda, sem prazo para término.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação.</b>	Findo o prazo de confecção das cartilhas, será feita uma reunião para avaliação e autorização do início da distribuição.

Quadro 6 – Plano de ação 4

<b>Nó crítico 4</b>	<b>Pouca informação acerca da simplicidade de uma alimentação saudável</b>
<b>Operação</b>	A arte de comer bem
<b>Projeto</b>	Oferecer aos pacientes alternativas de preparo de alimentos que possam ser consumidos pelos portadores da patologia, utilizando ingredientes típicos da região.
<b>Resultados esperados</b>	Conscientização dos pacientes acerca da simplicidade e do baixo custo da alimentação saudável, para que esta possa fazer parte do dia a dia dos mesmos.
<b>Produtos esperados</b>	Aderência dos pacientes a hábitos mais saudáveis na alimentação.
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<b>Agentes comunitários de saúde:</b> articular os locais onde possam ser realizadas as oficinas; convidar a população a participar. <b>Nutricionista:</b> elaboração das receitas; explanação aos pacientes acerca do tema. <b>Cozinheiros da região:</b> execução das receitas propostas.
<b>Recursos necessários</b>	<b>Político:</b> articulação entre os setores envolvidos <b>Financeiro:</b> aquisição dos alimentos e instrumentos necessários <b>Organizacional:</b> disponibilidade do local
<b>Viabilidade</b>	As oficinas ocorrerão em local e horário de fácil acesso para os pacientes. Serão utilizados ingredientes de baixo custo e típicos da região. Os profissionais envolvidos estarão disponíveis para sanar as dúvidas dos participantes.
<b>Cronograma / Prazo</b>	As oficinas deverão ser planejadas num prazo de 3 meses. Após, deverão ser executadas mensalmente, durante 9 meses.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Haverá uma reunião ao fim dos 3 meses para aprovação das oficinas. Caso sejam aprovadas, terão início e após cada uma haverá uma reunião para avaliação dos resultados parciais. Após os 12 meses será feita uma reunião para avaliação dos resultados finais.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus é uma doença de alta incidência na população brasileira e por isso requer uma maior atenção por parte dos profissionais de saúde. No entanto, o alto índice de aparecimento das complicações evidencia que as ações utilizadas até agora ainda são insuficientes para o manejo da doença.

Neste sentido, é necessária a elaboração de novas estratégias para redução do mau controle e das complicações do diabetes. Para isto, deve-se analisar com cuidado a população em estudo e elaborar propostas compatíveis com as características em questão.

Sendo assim, após extensa avaliação da população da área de abrangência do PSF Município Saudável e discussão entre os membros da equipe, pode-se concluir que as medidas iniciais devem contemplar uma melhor informação dos pacientes portadores da patologia e seus familiares.

Dessa forma, será possível conscientizá-los acerca do que é ser portador de diabetes mellitus, suas implicações e complicações, e da importância de seu controle pelo tratamento não farmacológico.

O trabalho exigirá comprometimento tanto da equipe quanto da população e os resultados serão a médio e longo prazo. Portanto, é importante que as medidas tenham continuidade e sejam sempre melhoradas na medida do possível.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Edmar Rocha; MOUTINHO, Cinara Botelho; LEITE, Maisa Tavares de Souza. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 328-337, June 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000200328&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200328&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140030>.

ATREJA, A.; KALRA, S. Infections in Diabetes. **Journal of Pakistan Medical Association**. Paquistão. v. 65, n. 9, p. 1028-1030, 2015.

BORGES, Silier Andrade Cardoso; PORTO, Priscilla Nunes. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 338-346, June 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000200338&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200338&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140031>.

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. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

FERREIRA, E. A. P.; FERNANDES, A. L. Treino em auto-observação e adesão à dieta em adulto com diabetes tipo 2. **Psic. Teor. e Pesquisa**. Brasília, v. 25, n. 4, p. 629-636, 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722009000400019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000400019&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000400019>.

FERREIRA, J. M. *et al.* Alterações auditivas associadas a complicações e comorbidades no diabetes mellitus tipo 2. **Audiol. Commun. Res.** v. 18, n. 4, p. 250-259, 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312013000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312013000400005&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312013000400005>.

KLAFKE, A. *et al.* Mortalidade por complicações agudas do diabetes melito no Brasil, 2006-2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v. 23, n. 3, p. 455-462, 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222014000300455&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222014000300455&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000300008>.

SANTOS, L.; TORRES, H. C. Práticas educativas em diabetes mellitus: compreendendo as competências dos profissionais da saúde. **Texto Contexto & Enferm.** Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 574-580, Sept. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-)

07072012000300012&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Jan. 2016.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000300012>.

SILVA, A. R. V. *et al.* Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2 em adolescentes. **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 4, p. 782-787, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000400018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000400018&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Dez. 2015.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000400018>.

VILLAS BOAS, L. C. G. *et al.* Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto & Contexto Enferm.** v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011. Available from <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

YANPING, L. *et al.* Birth weight and later life adherence to unhealthy lifestyles in predicting type 2 diabetes: prospective cohort study. **BMJ.** v. 351, p. 1-9. 2015.