



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2017

Cássia Lauane de Paiva Jesus

Organização da assistência para o atendimento de
pessoas com Diabetes Mellitus em São Martinho da
Serra - RS

Florianópolis, Janeiro de 2023

Cássia Lauane de Paiva Jesus

Organização da assistência para o atendimento de pessoas com
Diabetes Mellitus em São Martinho da Serra - RS

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Fernando Mendes Massignam
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Marta Inez Machado Verdi

Florianópolis, Janeiro de 2023

Cássia Lauane de Paiva Jesus

Organização da assistência para o atendimento de pessoas com
Diabetes Mellitus em São Martinho da Serra - RS

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

**Profa. Dra. Marta Inez Machado
Verdi**
Coordenadora do Curso

Fernando Mendes Massignam
Orientador do trabalho

Florianópolis, Janeiro de 2023

Resumo

Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) é uma doença metabólica crônica considerada uma epidemia mundial, com incidência e prevalência crescentes ao redor do mundo. Sua morbimortalidade está relacionada às lesões microvasculares decorrentes dos elevados níveis de glicemia, sendo o tratamento adequado capaz de reduzi-la e aumentar a qualidade de vida dos doentes. Considerando que a Equipe de Estratégia de Saúde da Família da cidade de São Martinho da Serra, atende a uma população de 3200 pessoas com uma prevalência de DM2 de 2.01% , ou seja muito abaixo das médias nacionais e mundiais. Meu objetivo com esse projeto é organizar a assistência prestada aos usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. Para isso serão realizadas o rastreamento dos usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na população, orientação aos agentes comunitários de saúde e ações longitudinais para aumentar o número de diagnósticos e acesso ao tratamento. Devido a limitações logísticas e estruturais os indivíduos vão ser selecionados e restringidos à população cadastrada nas microáreas das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) com idade igual ou superior a 45 anos. O exame de rastreio é a glicemia sérica de jejum, considerado diagnóstico pela Sociedade Brasileira de Diabetes e amplamente disponível no Centro de Saúde. Os ACS vai ser capacitados pelo médico durante reunião da equipe para realizar a convocação dos pacientes. Onde a busca vai ser feita via telefonema e visitas domiciliares. Este projeto visa ser um gatilho, o início de uma mudança na abordagem dos pacientes com DM2 na área em questão na cidade de São Martinho da Serra-RS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Diabetes Mellitus, Prevalência, Programas de Rastreamento

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivos Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	21
	REFERÊNCIAS	23

1 Introdução

A cidade de São Martinho da Serra, onde trabalho tem 3200 habitantes, com perfil social econômico de 60% da população de baixa renda, onde a única fonte de renda e emprego e a prefeitura e os comércios e sem nenhum tipo de área de lazer e cultura, sem meios de diversão tanto para criança, adultos e idoso, onde ocorre a procura pelo serviço de saúde e muito grande com Diabéticos, Hipertensos e Depressivos, com as queixas mais comuns de fadiga, tontura, falta de ar, insônia, sede e ganho de peso.

A Unidade Básica de Saúde de São Martinho da Serra, é composta por uma equipe completa com uma nutricionista, e uma equipe de saúde bucal. É uma unidade construída para o seu papel, com boa estrutura física, recepção, sala de curativo, farmácia, sala de vacina, sala de reunião, consultório odontológico, sala de esterilização, cozinha, banheiro para funcionários e dois para usuários, consultório de enfermagem e consultório médico, possui área externa. Não apresenta dificuldades em relação a sua estrutura, possui espaço adequado para a realização de suas atividades. Mesmo com tantos recursos, existe uma dificuldade de formação de vínculo da equipe com a comunidade, o que acarreta na diminuição da participação da comunidade nas atividades realizadas pela equipe, e conseqüentemente, na diminuição do acompanhamento de usuários considerados especiais como hipertensos e diabéticos. A maioria dos funcionários foi contratada sem o curso introdutório, resultando na dificuldade da equipe entender e praticar a estratégia de saúde da família, o acolhimento e até mesmo os princípios do SUS. Observa-se uma deficiência no acompanhamento de usuários considerados crônicos, o que pode estar influenciando no aumento de hospitalizações por complicações do diabetes e número de amputações de pé diabético.

O aumento da expectativa de vida do brasileiro e o envelhecimento populacional, nestas últimas décadas, acarretaram mudanças epidemiológicas no Brasil, como a redução da morbidade e mortalidade por doenças infecciosas e o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes mellitus 2 (DM2). Isso traz novas e crescentes necessidades de atenção à saúde e onera os serviços de saúde pública.

O DM2 é um distúrbio metabólico, crônico, caracterizado pelo aumento no nível de glicose no sangue (hiperglicemia) e que limita a qualidade de vida dos pacientes. O DM2 é o mais comum, acomete indivíduos acima de 40 anos e pode estar associado a fatores de risco modificáveis, como sobrepeso ou obesidade, dislipidemia, disfunção endotelial, hipertensão arterial sistêmica (HAS), e a fatores não modificáveis, como antecedentes familiares e idade. Todos esses fatores de risco estão associados ao estilo de vida, como dieta rica em gorduras saturadas, colesterol, tabagismo, consumo de álcool em excesso e sedentarismo. Sintomas frequentes do DM 2 são aumento de peso, dores nos membros inferiores, manifestações musculoesqueléticas, alterações visuais, sede e diurese excessiva,

os quais aparecem de maneira lenta, o que favorece o surgimento de complicações com o passar do tempo. A equipe de saúde, em especial na Atenção Básica, deve prestar sua contribuição no controle desses fatores e sintomas apresentados que implicam modificação de hábitos, rotinas e papéis ocupacionais.

O controle do DM 2 pode proporcionar melhora na qualidade de vida dos pacientes e, para que isso ocorra, deve-se investir em trabalhos de promoção de saúde e intervenções precoces. Estudos sugerem a atuação transdisciplinar com tais pacientes a fim de buscar soluções coletivas e abrir caminho para um exercício democrático na tomada de decisões, tanto na prevenção quanto no tratamento. Assim, este projeto de intervenção propõe organizar a assistência prestada aos usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na Unidade Básica de Saúde de São Martinho da Serra.

2 Objetivos

2.1 Objetivos Geral

Organizar a assistência prestada aos usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

2.2 Objetivos Específicos

Implementar processo de rastreamento dos usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 na população.

Orientar os agentes comunitários de saúde para auxiliar no rastreamento de usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 .

Implantar ação longitudinal para aumentar o número de diagnósticos e acesso ao tratamento de usuários portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

3 Revisão da Literatura

O diabetes mellitus representa hoje uma epidemia mundial. No Brasil, o Ministério da Saúde estima que existam 12,5 milhões de diabéticos - muitos deles sem diagnóstico (SANTANA, 2012) .

O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, a alimentação pouco saudável e a obesidade são os grandes fatores responsáveis pelo aumento de prevalência do diabetes (BRASIL, 2018) .

De acordo com o Ministério da Saúde: O diabetes tipo 2 resulta, em geral, de graus variáveis de resistência à insulina e de deficiência relativa de secreção de insulina. O diabetes mellitus tipo 2 é, hoje, considerado parte da chamada síndrome plurimetabólica ou resistência à insulina e ocorre em 90% dos pacientes diabéticos.

Os principais fatores associados ao surgimento deste tipo de diabetes estão ligados a ausência de atividades físicas, obesidade e o não cuidado com alimentação.

VIEIRA (2012) ressalta que: em se tratando de diabetes tipo 2, a existência de insulina e detectada no organismo, sendo ela produzida pelo pâncreas, no entanto, a glicose não consegue ser absorvida pela célula, ocasionando complicações no organismo. Para tanto, faz-se necessário comentar que, nos indivíduos portadores do diabetes tipo 2, ocorre o bloqueio da membrana celular, o que impede que a insulina, o qual é responsável por transportar a glicose para interior da célula.

Os sintomas clássicos desta doença são: poliúria, polifagia, polidipsia e perda involuntária de peso conhecido como os “4 Ps”. Demais sintomas que fazem desconfiar são: fadiga, fraqueza, prurido cutâneo e vulvar, letargia, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é obtido em razão das complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica (BRASIL, 2018).

Quanto à morbimortalidade, observa-se que esta questão está relacionada às complicações associadas ao processo crônico, onde fica clara a acumulação de glicose no sangue, o que provoca complicações em diversos órgãos do corpo. Estas complicações podem causar o desencadeamento de sequelas, como amputação dos membros inferiores e a cegueira, doenças cardiovasculares que também se mostram predispostas, quando não se realiza o constante monitoramento do nível de glicose de pacientes portadores de diabetes (VIEIRA, 2012).

Novos Critérios de Diagnóstico, do ministério da saúde.

1. Alteração do valor diagnóstico da glicemia de jejum de 140 mg/dl (7,8 mmol/l) para 126 mg/dl (7 mmol/l).

2. Um valor de glicemia ocasional igual ou superior a 200 mg/dl (11,1 mmol/l) permite fazer o diagnóstico de Diabetes .

3. A Anomalia da Glicemia em Jejum – AGJ, corresponde a um novo estágio da alteração da regulação da glucose, definido pelo valor da glicemia de jejum entre o valor normal (<110 mg ou <6,1 mmol/l) e o valor diagnóstico de diabetes (126 mg/dl ou 7mmol/l).

4. A Tolerância Diminuída à Glucose – TDG(5) corresponde a um estágio de alteração da homeostase da glicemia, identificado pela Prova de Tolerância à Glucose Oral – PTGO.

5. A PTGO deve continuar a ser utilizada, na prática clínica corrente, com determinação da glicemia de jejum às 0 e 2 horas, após prova de sobrecarga oral com 75 gr de glucose, para o estabelecimento do diagnóstico de Diabetes e de TDG nos casos duvidosos.

DIAGNÓSTICO DE DIABETES (Plasma Venoso)

I – Glicemia de jejum 126 mg/dl ou 7,0 mmol/l ou

II– Sintomas clássicos + Glicemia ocasional 200 mg/dl ou 11,1mmol/l ou

III – Glicemia 200 mg/dl ou 11,1mmol/l, na PTGO com 75g de Glucose, às 2 horas

NOTA: Na ausência de hiperglicemia inequívoca, associada a sintomas clássicos, estes critérios devem ser confirmados num segundo tempo.

TOLERÂNCIA DIMINUÍDA À GLUCOSE (TDG) Glicemia de jejum <126 mg/dl ou <7,0 mmol/l e às 2h (PTGO) 140 e <200 mg/dl ou 7,8 e <11,1 mmol/l.

ANOMALIA DA GLICEMIA DE JEJUM (AGJ)Glicemia de jejum 110 e <126 mg/dl ou 6,1 e <7,0 mmol/l.

Entretanto, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, a suspeita clínica ocorre, então, a partir de fatores de risco para o diabetes ([BRASIL, 2018](#)).

Além disso, essa patologia é mais comum em mulheres e a hipertensão é extremamente comum nesses pacientes, representando um risco adicional para o desenvolvimento de complicações cardiovasculares.

A atenção a esta enfermidade demanda uma abordagem integrada e interceptora, pois são complexos os fatores associados ao seu desenvolvimento. Tais fatores abrangem representações comportamentais e sociais.

De acordo com Lessa para este tipo de doença, considerada patologia de longa duração, a meta da terapêutica é o controle, forma a prevenir co-morbidades e, principalmente a morte do paciente.

O acompanhamento e controle do diabetes, na esfera da atenção básica, evitam o seu agravamento e o aparecimento de complicações, diminuindo a quantidade de internações, assim como, a mortalidade .

Contudo, o controle metabólico dos portadores de diabetes em evolução representa um dos maiores desafios dos serviços de saúde ([SAMPAIO et al., 2008](#))

Observa-se, portanto, que o tratamento do diabético abrange três pontos importantes que são: planejamento nutricional, atividade física e uso de fármacos ([BRASIL, 2018](#)).

O planejamento nutricional é o ponto essencial do tratamento do portador de diabetes. O objetivo principal é o de permitir um controle metabólico apropriado. Além disso, este

tratamento deve auxiliar para normalizar os níveis glicêmicos, reduzir os fatores de risco cardiovascular, prover as calorias suficientes para conservação de um peso saudável, prevenir as complicações agudas e crônicas e promover a saúde geral da pessoa. Para alcançar estas metas a dieta deve ser equilibrada como qualquer dieta de uma pessoa saudável, sendo diferenciada de acordo com as características de cada paciente abrangendo idade, sexo, situação funcional, atividade física, doenças relacionadas e situação socioeconômica e cultural (CZEPIELEWSKI, 2001)(BRASIL, 2018).

Os estudos realizados em uma unidade básica revelaram que através de um programa nutricional acessivo demonstraram resultados positivos na alimentação de uma população de adultos com sobrepeso, gerando benefícios notórios no aspecto metabólico. Deixando claro que o fator nutricional é muito importante tanto para prevenir e controlar doenças, como complicações do diabetes entre outras enfermidades.

As atividades físicas para os portadores de diabetes mellitus tipo II são relevantes para se manter a qualidade da saúde, especialmente pelo fato da diminuição do gasto calórico, o que proporciona o controle através do tratamento de suas funções sendo possível instituir melhorias na saúde sem a utilizar de medicamentos (VIEIRA, 2012).

A respeito da atividade física, todos os pacientes devem ser estimulados a praticar atividade física regularmente, tal atividade pode ser uma caminhada de 30 a 40 minutos ou atividades equivalentes. A direção para iniciar as atividades físicas deve

incluir uma avaliação médica apropriada com vistas a observar a presença de neuropatias ou de alterações cardiocirculatórias que possam contraindicar a atividade física ou gerar riscos ao paciente (CZEPIELEWSKI, 2001).

Quanto aos medicamentos, os antidiabéticos orais são uteis para o tratamento de pacientes com diabetes do tipo II, sendo contraindicados nos pacientes com diabetes tipo I. Em pacientes com obesidade e hiperglicêmicos, normalmente a medicação inicial pode ser a metformina, as sultoniluréias ou as tiazolidinedionas. A insulina é a medicação essencial para pacientes com o tipo I, sendo também primordial para aqueles pacientes com tipo II que não responderam ao tratamento com hipoglicemiantes orais (CZEPIELEWSKI, 2001).

Taitson comentam que existem muitas variáveis que podem influenciar a adesão ao tratamento medicamentoso, entretanto a participação ativa do diabético no plano terapêutico pode facilitar a sua adesão, estabelecendo-se uma relação de confiança e credibilidade entre o profissional e o paciente, que se sentirá mais motivado e perseverante no tratamento. Portanto, as práticas educativas são estratégias fundamentais, pois buscam sensibilizar o diabético para adesão ao tratamento farmacológico e para a adequação de seu estilo de vida.

Ações educativas para a prevenção do diabetes mellitus e suas complicações

A promoção da saúde manifesta-se como estratégia de transformação nos padrões assistenciais, colaborando para que as pessoas possam ter um melhor entendimento do

processo saúde-doença, marcando a constituição de outras possibilidades e a estruturação de novos conhecimentos, aprimorando a qualidade de saúde da população. Desse modo, os profissionais da saúde sendo atores nesse processo de promoção do conhecimento da pessoa irão cooperar com recursos para que os mesmos tornem-se ativos do processo e assim reduzir os agravos decorrentes do diabetes mellitus.

De acordo com Cadei e Costa , os trabalhos educativos fornecem informações, conhecimento, consciência crítica de grande notoriedade a respeito do estado de saúde, por meio do entendimento da enfermidade e assim as pessoas

serão capazes de fazerem suas próprias escolhas e as usar a seu favor. “A percepção da realidade como um processo suscita a necessidade de uma educação para a saúde preocupada com a interação dialética entre as pessoas e a sua realidade”.

Assunção et al. (2001) colocam que é preciso que os profissionais tracem um plano de cuidados levando em conta as particularidades de cada um, procurando colher informações pessoais por meio da consulta e de uma avaliação criteriosa. Para que as atitudes de autocuidado possam ser entendidas e aplicadas pelos pacientes a fim de obter uma manutenção eficaz do tratamento.

Nessa perspectiva, compreende-se a importância dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, terem como objetivo, desenvolverem ações de promoção na visão de proporcionar melhoria da qualidade de vida dos pacientes, evitando assim complicações próprias do diabetes, ensinando e motivando os mesmos para o autocuidado.

Os trabalhos educativos para o autocuidado na diabetes mellitus, quando norteadas por profissionais de saúde capacitados, com suas habilidades definidas no processo de aprendizagem colaboram para o melhor controle do indivíduo para com sua enfermidade, pois cai sobre eles a responsabilidade de proporcionar as condições favoráveis ao processo de obtenção de conhecimentos sobre a doença, que possam conduzir à transformação nos hábitos de vida e tratamento da doença (SAMPAIO et al., 2008).

A capacidade dos profissionais de saúde no processo educativo pode ser compreendida como a habilidade que o profissional tem de fazer intervenção, além de saber atuar com responsabilidade, de forma reconhecida, pressupondo no acionamento de conhecimentos e aptidões, agregando, portanto, valor à instituição e ao profissional .

4 Metodologia

O plano de intervenção será implantado na área de cobertura da equipe de saúde da Estratégia Saúde da Família São Martinho da Serra (RS) que conta com a colaboração de 2 médicos, 2 enfermeiras, 5 técnicas de enfermagem, 1 dentistas, 8 agentes comunitários de saúde, 1 agente de vacinação, 1 agente de farmácia, 1 agente de limpeza, e tem ainda na unidade o atendimento por 1 pediatra, 1 ginecologista e 1 nutricionista.

Plano de ação

O primeiro passo do plano de intervenção foi definir os problemas da comunidade de atuação. Essa definição aconteceu a partir do diagnóstico situacional e com base nesse diagnóstico, o Diabetes mellitus (DM) apareceu como um dos problemas de saúde mais frequentes em minha área de abrangência. Diante disso, foi priorizado o DM como o problema a ser enfrentado através do plano de ação.

Conhecido o problema a ser trabalhado, este é descrito para se ter ideia de sua dimensão e de como se relaciona com a realidade. Para isso, utilizou-se indicadores como: sexo, idade, sobrepeso, sedentarismo, internações, óbitos, hipertensão associada e diabéticos cadastrados e confirmados.

Após a descrição, sucedeu-se a explicação do mesmo, listando suas possíveis causas e a relação entre elas. Então, selecionaram-se os nós críticos, que são as principais causas da diabetes. São eles: falta de informação sobre riscos e agravos, hábitos e estilo de vida e estrutura dos serviços de saúde. Essas situações relacionadas com o problema principal são as que a equipe tem alguma possibilidade de ação mais direta e que podem ter importante impacto sobre o problema escolhido.

Após identificadas as causas consideradas as mais importantes (nós críticos), foi necessário pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do problema, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito.

A partir de cada nó, foi elaborada uma operação/projeto, descritos os resultados e produtos esperados e os recursos necessários para as operações. Segue o quadro com essa explicação do desenho das operações.

Para que essas operações fossem viáveis, foi preciso analisar os recursos que seriam críticos para a realização das mesmas. Dentre eles, pode-se citar o financeiro na operação SABER MAIS (para adquirir os folders educativos), o político nas operações MAIS SAÚDE (conseguir liberação de área para caminhada e articulação Inter setorial com a rede de fisioterapia) e MAIS CUIDADO (decisão de aumentar recursos para estruturar o serviço). O próximo passo foi identificar os atores que controlam os recursos críticos, analisando seu provável posicionamento em relação ao problema para, então, definir operações/ações estratégicas capazes de construir viabilidade para o plano.

Plano de ação parte 1

Situação problema: Desinformação

Nó crítico: Falta de informação sobre riscos e agravos

Operação/ projeto: SABER MAIS

Aumentar o nível de informação da população sobre o diabetes, com desenvolvimento de folders, cartazes, panfletos e cartilhas.

Resultados: População atendida pelo PSF bem informada sobre o diabetes.

Produtos: Na sala de espera, folders informativos, panfletos e cartazes.

Consultório: Cartilhas

Recursos necessários: Organizacional: Afixar cartazes e distribuir folders na recepção e para as famílias atendidas pelo PSF de São Martinho da Serra (RS). Organizar palestras para os pacientes portadores diabéticos e sua família.

Cognitivo: Reunir todos para tomarem conhecimento do projeto, e assim estrutura uma equipe para elaborar os cartazes, folders e cartilhas contendo informações e alertas sobre a doença e a outra para distribuir os materiais e contribuindo na transmissão de informações.

Financeiro: para confecção dos materiais

Atores: Equipe médica, nutricionista e agentes comunitários de saúde.

Responsáveis: Equipe médica, enfermeiros e nutricionista.

Cronograma: De março a abril elaboração e confecções dos materiais. E a aplicação do projeto será de junho a julho.

Viabilidade: Este projeto foi desenvolvido em razão da seriedade da doença e a necessidade de manter a população e os pacientes informados sobre ela. E para a concretização do mesmo, foi levantado recursos da própria equipe do PSF.

Gestão e acompanhamento: O coordenador responsável pelo PSF auxiliará na elaboração e implementação do projeto. E a avaliação será por meio da aplicação de um questionário à população após o encerramento do projeto

Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos profissionais da PSF de São Martinho da Serra (RS).

Plano de ação parte 2

Situação problema: Atendimento

Nó crítico: Estrutura dos serviços de saúde.

Operação/ projeto: MAIS CUIDADO

Melhorar o acompanhamento de riscos e a autonomia do usuário através de uma atenção integral.

Resultados: Garantir medicamentos para todos os diabéticos.

Produtos: Capacitação de pessoal; compra de medicamentos.

Recursos necessários: Políticos: decisão de aumentar recursos para estruturar o serviço, através da implementação de registro dos pacientes em prontuários para ser acompanhado o estado de saúde do pacientes diabéticos. E uma ficha de controle de medicamento para

ter controle sobre os medicamentos e os estoques dos mesmos, para que assim os pacientes sejam bem atendidos.

Cognitivo: elaboração de projeto de educação continuada para equipe

Atores: Equipe médica e agente de farmácia.

Responsáveis: Coordenadora do PSF.

Cronograma: Junho, tornando assim um processo fixo

Viabilidade: Este projeto foi implantado em razão da importância do acompanhamento médico que este o paciente diabético deve ter.

Gestão e acompanhamento: A gestão será feita pela coordenação do PSF e o acompanhamento será feito através de reuniões periódicas.

Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos profissionais da PSF de São Martinho da Serra (RS).

Plano de ação parte 3

Situação problema: Maus hábitos

Nó crítico: Hábitos e estilo de vida

Operação/ projeto: MAIS SAUDE

Modificar hábitos e estilo de vida

Resultados: Diminuir em 20% número de diabetes sedentários

Produtos: Programa de caminhada orientada

Recursos necessários: Organizacional: Organizar a caminhada e convidar um profissional de educação física e um fisioterapeuta para colaborarem com o projeto.

Político: Conseguir liberação de área para caminhada e articulação Inter setorial com a rede de fisioterapia.

Atores: Agentes Comunitários de saúde, para convidar a população Fisioterapeuta, médico e um professor de educação física para dar instruções dos cuidados que os pacientes devem para praticar os exercícios e realizar o monitoramento.

Responsáveis: Médico e os profissionais convidados

Cronograma: junho, sábado na parte da manhã

Viabilidade: Este projeto foi elaborado em virtude da importância de se ter bons hábitos e o quanto a atividade física pode auxiliar no tratamento e prevenção do diabetes. E para a concretização deste projeto contou-se com o empenho dos responsáveis e o esforço da população em comparecer para participar da atividade.

Gestão e acompanhamento: O médico juntamente com os profissionais convidados ao final da atividade estão conversando com os participantes para terem uma noção do que esta atividade gerou neles.

Fonte: Dados da pesquisa realizada pelos profissionais da PSF de São Martinho da Serra (RS).

5 Resultados Esperados

Espero mudança de atitude perante a DM2 , busca ativa de novos casos, capacitação dos ACS podem se mostrar ao longo do tempo eficaz no aumento de diagnósticos de DM2 e melhor atendimento da população. E medidas educativas para esta população para conscientização dos fatores de risco e prevenção de DM2, servindo de estímulo a uma mudança para melhor atender à população. Por fim a execução deste projeto espero mostrar-se positiva, fortalecendo o vínculo da equipe e fornecendo embasamento para mudanças futuras.

Espero também que as pessoas ampliem seus hábitos de vida saudáveis, como a ingestão de alimentos rico em nutrientes e a realização regular de atividade física. Além disso, este projeto poderá ajudar no controle da diabetes e o que proporcionará uma melhor qualidade de vida às pessoas e a prevenção de complicações desta doença.

Referências

- ASSUNÇÃO, M. C. et al. Atenção primária em diabetes no sul do brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, p. 88–95, 2001. Citado na página 16.
- BRASIL, M. da saúde do. *Cadernos de Atenção Básica, n. 36, Diabetes mellitus*. 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf>. Acesso em: 04 Dez. 2018. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 15.
- CZEPIELEWSKI, M. A. *Diabetes Mellitus*. 2001. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?127>>. Acesso em: 04 Dez. 2018. Citado na página 15.
- SAMPAIO, F. A. A. et al. *Avaliação do comportamento de promoção da saúde em portadores de diabetes mellitus*. SAO PAULO: . Acta Paulista de Enfermagem, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 16.
- SANTANA, J. S. Valor prognóstico da incompetência cronotrópica em idosos diabéticos. Aracaju, n. 78, 2012. Curso de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Sergipe. Cap. 1. Citado na página 13.
- VIEIRA, V. H. F. B. O papel do enfermeiro no tratamento de pacientes com diabetes descompensada. Itaperuna, n. 18, 2012. Curso de Especialização em Urgência e Emergência, Faculdade Redentor. Cap. 1. Citado 2 vezes nas páginas 13 e 15.