

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

DANIELLA ALEJANDRA TOLEDO BERNAZZI

**A IMPORTÂNCIA DA MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA PARA O
CONTROLE GLICÊMICO NO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

CAMPOS GERAIS / MINAS GERAIS

2019

DANIELLA ALEJANDRA TOLEDO BERNAZZI

**A IMPORTÂNCIA DA MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA PARA O
CONTROLE GLICÊMICO NO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Vanessa Lara de Araújo

CAMPOS GERAIS / MINAS GERAIS

2019

DANIELLA ALEJANDRA TOLEDO BERNAZZI

**A IMPORTÂNCIA DA MUDANÇA DO ESTILO DE VIDA PARA O
CONTROLE GLICÊMICO NO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Banca examinadora

Profa. Dra. Vanessa Lara de Araújo - orientadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete -UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 06 de agosto de 2019.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Luis e Dalinda, exemplo de pessoas e profissionais da saúde, que me deram as primeiras aulas de compaixão para trilhar esta carreira.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à população de Bom Repouso que me acolheu de braços abertos e a equipe de saúde que mostrou seu comprometimento com nosso trabalho no dia-a-dia e durante a construção deste projeto.

Sua tarefa é descobrir o seu trabalho e, então, com todo o coração, dedicar-se a ele.
Buda

RESUMO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença bem conhecida e estudada no âmbito da saúde mundial na atualidade, tendo alta prevalência em vários países. Apesar de ser a terceira causa de morte prematura, muitos governos ainda não consideram a importância da prevenção do DM e suas complicações. Além das adversidades físicas que o diabetes provoca, não há como ignorar o médio e alto custo de medicamentos como insulina, antidiabéticos orais, entre outros. A partir dessa visão sobre a gravidade que a doença representa, foi notado, no atendimento da atenção básica, pouco empenho tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde em cumprir o tratamento ideal, que inclui a mudança do estilo de vida (dieta saudável e atividade física) além do tratamento medicamentoso. Devido a isso e à alta prevalência de Diabetes Mellitus, a equipe Número 05 da Unidade Básica de Saúde (UBS) Nossa Senhora da Saúde do Município de Bom Repouso - Minas Gerais decidiu criar estratégias para o controle glicêmico dos pacientes diabéticos. A elaboração do projeto para o incentivo à mudança do estilo de vida dos pacientes foi feita em três etapas: a primeira foi o diagnóstico situacional dessa área, a segunda foi a revisão bibliográfica e a terceira o plano de ação, que incluiu os seguintes nós críticos a serem resolvidos: sedentarismo, alimentação inadequada e baixo nível de conhecimento sobre a doença. Este projeto tem como objetivo desenvolver a autonomia dos pacientes diabéticos através do conhecimento sobre sua doença e estratégias para correção de hábitos inadequados, melhorando o controle glicêmico e diminuindo, conseqüentemente, as possíveis complicações recorrentes da doença. Educar os pacientes, na Atenção Básica, sobre a importância da Mudança do Estilo de Vida faz parte da abordagem terapêutica completa do DM.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Diabetes Mellitus. Exercício.

ABSTRACT

Diabetes Mellitus (DM) is a disease well known and studied in the field of global health nowadays, having a high prevalence in several countries. Although it is the third leading cause of premature death, many governments still do not consider the importance of DM prevention and its complications. In addition to the physical adversities that diabetes causes, there is no way to ignore the medium and high cost of medications such as insulin, oral antidiabetics, among others. Based on this view of the severity of the disease, it was noticed, in the primary care service, that there was little commitment from both patients and health professionals to comply with the ideal treatment, which includes lifestyle change (healthy diet and activity physics) as well as drug treatment. Due to this and to the high prevalence of Diabetes Mellitus, the team of the local heathy center of the Municipality of Bom Repouso - Minas Gerais decided to create strategies for the glycemic control of diabetic patients. The design of the project to encourage the change of patients' life style was done in three stages: the first was the situational diagnosis of this patient, the second was the bibliographic review and the third the action plan itself, which included the following nodes to be solved: sedentary lifestyle, inadequate diet and low level of knowledge about the disease. This project aims to develop the autonomy of diabetic patients through knowledge about their disease and strategies to include non-drug treatment in glycemic control, thereby reducing the possible recurrent acute and / or chronic complications of the disease. Educating patients in Primary Care about the importance of Lifestyle Change is part of a complete therapeutic approach to DM.

Keywords: Primary health care. Diabetes mellitus. Exercise

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACV	Acidente Vascular Encefálico
ACS	Agente comunitário de Saúde
CISAMESP	Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Médio Sapucaí
DM	Diabetes Melito (<i>Diabetes mellitus</i>)
eSF	Equipe de Saúde da Família
IC	Insuficiência Cardíaca
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
MEV	Mudança do Estilo de Vida
OMS	Organização Mundial da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe Número 05, Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde, município de Bom Repouso, estado de Minas Gerais. 17
- Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Mal controle glicêmico no DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Número 05, do município Bom Repouso, estado de Minas Gerais. 28
- Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Mal controle glicêmico no DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Número 05, do município Bom Repouso, estado de Minas Gerais. 29
- Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Mal controle glicêmico no DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Número 05, do município Bom Repouso, estado de Minas Gerais. 30

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Aspectos gerais do município.....	13
1.2 Aspectos da comunidade.....	13
1.3 O sistema municipal de saúde.....	14
1.4 A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde.....	14
1.5 A Equipe de Saúde Número 05 da Família da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde.....	15
1.6 O funcionamento da Unidade de Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde.....	16
1.7 O dia a dia da equipe da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde.....	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	17
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	22
3.1 Objetivo geral.....	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
4 METODOLOGIA	23
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
5.1 Definição de DM.....	24
5.2 Tipos de DM.....	24
5.3 Diagnóstico de DM.....	24
5.4 Fatores de Risco para o DM.....	25
5.5 Mudança do Estilo de Vida: Atividade Física e Alimentação Saudável.....	25
5.6 Objetivos da Atenção Básica no acompanhamento dos pacientes diabéticos.....	26
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	28

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	28
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	29
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município

A cidade de Bom Repouso pertence ao estado de Minas Gerais. Estimou-se, em 2010, que sua população é em torno de 10500 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Apresenta relevo montanhoso com uma altitude média de 1371 metros e máxima de 1680 metros (BOM REPOUSO, 2015). No verão, possui um clima ameno e o inverno é seco, sendo que a média térmica é de 19°C.

Devido a seu clima que favorece a produção de frutas como o morango, o município conta com 300 hectares de cultivo e uma produção em torno de 16 toneladas desta fruta (BOM REPOUSO, 2015).

O cartão postal da cidade é a imagem de Nossa Senhora das Graças. Esta possui 20 metros de altura, tornando-se a segunda maior imagem da santa no Brasil. Foi feita de argamassa e está localizada em um morro de frente para a cidade.

A cidade de Bom Repouso surgiu por ser caminho dos bandeirantes das margens do rio Tietê que pretendiam alcançar os pontos de mineração. Estes viajantes paravam na Fazenda Boa Vista na época de chuvas. Para desviar do pântano da Estiva, usavam o caminho que passava pelo Morro do Diamante, que se encontra na zona da Boa Vereda de Cima, o que hoje é Bom Repouso (BOM REPOUSO, 2015)

O Governo da Província de Minas criou, em 8 de agosto de 1840, o Distrito de Ribeirão das Antas e Distrito do Bom Retiro que pertencia como Termo da Vila de Jaquari que hoje é Camanducaia (BOM REPOUSO, 2015). No ano de 1843, os dois Distritos anteriores voltam a fazer parte de da cidade de Ouro Fino. Após 3 anos, o Distrito de Ribeirão das Antas e do Bom Retiro passaram a fazer parte à Vila de Pouso Alegre (BOM REPOUSO, 2015).

Após um período de 100 anos em que sofreu diversas mudanças, finalmente em 1953 o distrito de Bom Retiro foi nomeado município de Bom Repouso (BOM REPOUSO..., 2015).

1.2 Aspectos da comunidade

A área de abrangência da minha Unidade Básica de Saúde (UBS) corresponde ao centro da cidade de Bom Repouso e uma zona rural próxima à cidade. O centro constitui zona marcada fortemente pelo comércio, onde há supermercados, lojas de roupas, móveis, brinquedos, materiais de construção, padarias, lanchonetes, bares, cabelereiros e farmácias. Esta zona é caracterizada por uma classe social média. Devido a isso, muitos moradores possuem plano de saúde, gerando menos procura pelo serviço público em comparação às outras unidades de saúde do município.

Próximo ao centro, está o bairro mais novo da cidade. Devido à agricultura de morango que vem crescendo há vários anos, pessoas vindas de outras partes do Brasil, principalmente Tocantins e Maranhão, vem à procura de trabalho nesse setor e acabam se instalando neste bairro.

A zona rural é caracterizada, em sua maioria, pela cultura agrícola familiar. É a única zona que não possui sistemas de esgotos e sistema público de abastecimento de água.

1.3 O sistema municipal de saúde

O sistema municipal de saúde de Bom Repouso possui, na atualidade, um pronto atendimento de baixa complexidade que é responsável pelas urgências e emergências. Situações que requeiram média e alta complexidade são encaminhadas à cidade de referência que fica há uma hora de distância e é chamada Pouso Alegre.

Além disso, o município conta com cinco postos de saúde nos quais atuam cinco Equipes de Saúde da Família. Estas abrangem a totalidade de sua população. Os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) têm, ainda, atendimento das especialidades de Pediatria, Cirurgia, Cardiologia e Ginecologia-obstetrícia. Para outras especialidades é necessário o deslocamento à cidade de referência.

Na parte de serviços auxiliares, Bom repouso possui um serviço de radiologia convencional e um laboratório que oferece exames básicos de rotina (hemograma, exame de elementos e sedimentos anormais da urina, exame parasitológico de fezes, etc.). Quando são solicitados exames mais específicos, é preciso que o

paciente use o consórcio de saúde, chamado Consórcio Intermunicipal de Saúde dos Municípios da Microrregião do Médio Sapucaí (CISAMESP). Há, na cidade, um funcionário que se encarrega da vigilância da saúde.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde

A UBS Nossa senhora da Saúde foi inaugurada há cerca de 4 anos e está situada no bairro do centro da cidade, ao lado do Pronto Atendimento. O estabelecimento foi construído para ser uma Unidade Básica. É bem equipada e considerada apta para a demanda de população atendida, que é constituída por 2.067 pessoas.

A área destinada à recepção é adequada de acordo com a demanda e o local apresenta cadeiras para todos. São raros os dias nos quais a demanda é maior e alguns usuários precisam aguardar em pé. A unidade apresenta dois consultórios médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de curativos e dois banheiros para os profissionais. Além disso, a unidade apresenta também um consultório de psicologia, sala de vacinas, sala dos ACS, sala de fisioterapia, cozinha e banheiros para os pacientes, sendo um masculino e outro feminino. A reunião da equipe é feita na sala de enfermagem ou dos ACS.

A população mostra-se satisfeita com a unidade, visto que, atualmente, está bem equipada e conta com recursos adequados para o trabalho da equipe.

1.5 A Equipe de Saúde da Família Número 05 da Unidade Básica de Saúde Nossa senhora da Saúde

A equipe está formada pelos profissionais apresentados a seguir:

Cinco Agentes Comunitárias de Saúde: uma que atende na Microárea 1, que tem 145 famílias cadastradas; outra atende na Microárea 2, que tem 146 famílias cadastradas.; na Microárea 3, atende uma ACS que tem 156 famílias cadastradas; na Microárea 4 uma ACS que sob sua responsabilidade 136 famílias cadastradas e a quinta ACS atende na Microárea 5, que tem 135 pessoas cadastradas.

Também compõem a equipe: uma técnica de enfermagem, uma enfermeira e uma médica do Programa Mais Médicos para o Brasil e atende na atenção primária na cidade há 7 meses.

1.6 O funcionamento da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde

A UBS funciona de segunda a sexta, das 8:00 às 11:30 e das 13:00 as 17:00 horas. Os ACS fazem visitas programadas por mês, onde procuram visitar as casas ao menos 2 vezes por mês.

São disponibilizadas doze consultas em cada turno, manhã e tarde, sendo dez agendadas e duas demandas espontâneas. Porém, no momento, o que prevalece são as consultas de demanda espontânea, visto que população ficou muito tempo sem atenção médica e ainda tem a cultura de solicitar atenção médica apenas quando apresentam padecimentos agudos ou reagudização das doenças crônicas. A população não tem o hábito de marcar consulta para acompanhamento.

No mesmo horário de funcionamento e sem prévio agendamento, os pacientes podem fazer controle de pressão arterial e glicemia capilar, assim como o exame preventivo de câncer de colo uterino.

Nas quartas feiras à tarde, são feitas as visitas domiciliares pela médica e no resto da semana feitas visitas domiciliares de enfermagem e técnica de enfermagem, há um revezamento entre elas para que sempre esteja um presente na unidade.

1.7 O dia a dia da equipe Número 05 da Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde

Na equipe de saúde todos os cadastrados têm acesso à unidade e isso, ao meu ver, se dá pela organização de trabalho que é muito bem realizada e em certos casos dinâmica. No atendimento prevalece a atenção à condição crônica, como por exemplo uso de psicotrópicos, diabetes e hipertensão arterial, condições que realmente são as pioneiras no serviço de atendimento da cidade.

A divisão estabelecida é de doze consultas pelo turno da manhã e mais doze pela tarde, sendo dez demandas programadas e duas demandas espontâneas. Mas, esses números se adaptam conforme a demanda que tiver no dia. Em relação aos incapacitados de se apresentar na UBS é estabelecido visita domiciliar, que se não for de caráter agudo, são marcadas para as quartas feiras, dia em que há dois médicos na unidade e um deles fica encarregado destas visitas. Os casos agudos que não podem ser resolvidos na UBS são encaminhados ao Pronto Atendimento e, posteriormente, seguidos pela UBS.

Após tantos anos de trabalho de atenção básica, a minha equipe conseguiu um modelo de atenção adequado, já que está à disposição de atender as necessidades, a priori, de uma forma pré-estabelecida, mas que não impede mudanças necessárias em caso particulares.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

Os problemas mais prevalentes do território são:

- Alta prevalência de Diabetes Mellitus (DM) mal controlada
- Uso abusivo de Psicofármacos
- Alta prevalência de Doenças Osteomusculares
- Transporte de saúde insuficiente
- Falta de referência e contrarreferência

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 – Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde Número 05, Unidade Básica de Saúde Nossa Senhora da Saúde, município de Bom Repouso, estado de Minas Gerais, 2018

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta prevalência de diabetes mal controlado	Alta	8	Total	1

Uso abusivo de psicofármacos	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência de doenças osteomusculares	Média	6	Parcial	3
Transporte de saúde insuficiente	Médio	5	Fora	4
Falta de referência e contrarreferência	Médio	5	Fora	5

Fonte:

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Após reunião com a equipe de saúde e com representantes da comunidade foi feita uma lista de problemas prioritários presentes na área de abrangência. Estes problemas foram colocados em ordem de urgência e priorização de sua resolução.

Devido à alta prevalência de DM com mal controle glicêmico, esta foi escolhido como o problema ser enfrentado pelo plano de intervenção. A DM é uma doença muito comum na demanda de atenção básica e tem se visto uma grande insuficiência na realização do tratamento não-farmacológico (dieta / atividade física) por parte dos pacientes. Em consequência, quase a totalidades deles usam as doses máximas de antidiabético orais e mesmo assim não obtém controle.

Outro problema de alta prevalência e incidência é o uso, muitas vezes, desnecessários de medicamento antidepressivos e/ou ansiolíticos. Na cidade, tem-se uma cultura em que diante de problemas pessoais que geram estresse emocional é importante procurar um médico para a receita do “calmante”, assim chamado pelos pacientes. Também, se pode notar que grande parte dos pacientes está em uso dessas substâncias há vários anos e sem nenhum plano de suspensão do tratamento. Esse uso contínuo ocorre muitas vezes pela dependência emocional à droga ou pela renovação de receitas indiscriminadas feitas pelos profissionais de saúde, sem antes uma investigação se o tratamento ainda é necessário.

A cidade de Bom repouso tem uma forte economia gerada pela plantação do morango e batata. Como consequência, grande parte dos pacientes obtém seu

sustento através do trabalho rural. Notou-se assim, inúmeras doenças osteomusculares por esforço repetitivo tanto agudas como crônicas.

A cidade de Bom Repouso possui um terço de sua população em zona rural e, por este motivo, todas as ESF realizam atendimento de saúde tanto em zona urbana como em zona rural. Entretanto, são destinados apenas dois carros para todo o setor da saúde, ou seja, não são de uso exclusivo das ESF. Além de atender a demanda das cinco UBS da cidade, estes dois carros são destinados ao transporte de pacientes para a realização de consultas, estudos diagnósticos e tratamento em cidades vizinhas, e eventualmente utilizados em outros setores, como o da educação.

O último problema da nossa lista de priorização foi a ausência de referência e contrarreferência nos níveis de atenção à saúde. Esta função acaba ficando por conta do paciente, que muitas vezes não entende o que tem ou teve e nem seu tratamento. Desta forma, perde-se a linha de acompanhamento, comprometendo o cuidado integral da saúde.

2 JUSTIFICATIVA

O DM é uma doença bem conhecida e estudada no âmbito da saúde mundial na atualidade, tendo alta prevalência em vários países. Segundo a Federação Internacional de Diabetes (2015), no ano de 2015, havia 415 milhões de pessoas no mundo vivendo com esta doença e se continuarem os hábitos atuais este número aumentará para 642 milhões em 2040. A maioria destes casos acontecerão nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as principais causas de morte prematura são Hipertensão Arterial Sistêmica, tabagismo e DM (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015). Apesar de ser a terceira causa de morte prematura, muitos governos ainda não consideram a importância da prevenção do DM e suas complicações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

A doença coronariana é umas das suas complicações. Uma pessoa com DM tipo 2 aumenta em até quatro vezes o risco de apresentar a doença coronariana em comparação com pessoas sem a doença. A presença de DM também aumenta o risco de acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico, insuficiência cardíaca (IC), doença microvascular e doença arterial obstrutiva periférica, afetando a qualidade de vida e podendo reduzir a expectativa de vida em até 8 anos. Como complicação crônica mais prevalente temos a neuropatia diabética, caracterizada pela disfunção dos nervos periféricos e autonômicos, que afeta mais de 50% dos pacientes. Conforme avança, torna-se fator de risco para o pé diabético, alterações cardiovasculares, gastrointestinais e genitourinárias. Estas disfunções também reduzem a qualidade de vida, pois além de dores, podem causar morte súbita devido as arritmias cardíacas. A Retinopatia Diabética, que está dentro das complicações microvasculares, é a principal causa de perda da visão na população entre 16 e 64 anos. Cabe ressaltar, que essa cegueira é irreversível. Outra complicação é a nefropatia diabética, que leva muitos pacientes com DM mal controlados ao tratamento de hemodálises devido à insuficiência renal crônica (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Além das adversidades físicas que o DM provoca, não há como ignorar o médio e alto custo de medicamentos como insulina, antidiabéticos orais, entre outros. A DM atinge diretamente a economia pessoal e familiar, assim como os gastos com saúde pública (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). A demanda de cuidado a nível agudo e principalmente crônico, como nos casos de insuficiência renal, cardiopatia, perda da visão e pé diabético, exige uma demanda econômica

considerável a longo prazo, que pode chegar até 20% do gasto com saúde de um país (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Sendo assim, o DM se torna uma barreira a ser vencida para o aproveitamento de recursos públicos de maneira mais eficaz.

A partir dessa visão sobre a gravidade que a doença representa, foi notado no atendimento da atenção básica pouco empenho tanto dos pacientes como dos profissionais de saúde em cumprir o tratamento ideal, que inclui mudança do estilo de vida além do tratamento medicamentoso. Devido a isso e à alta prevalência de DM, a equipe Nossa Senhora da Saúde decidiu criar estratégias para o controle glicêmico dos diabéticos da sua área de abrangência na cidade de Bom Repouso-Minas Gerais. Essas novas estratégias devem promover um estilo de vida saudável e mudanças de hábitos em relação ao consumo de certos alimentos, bem como estimular a atividade física.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Melhorar o controle glicêmico e conseqüentemente as complicações agudas e crônicas causadas pelo DM através de mudança de hábitos inadequados.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os pacientes com dificuldade na adesão à alimentação saudável e à realização de atividade física.
- Focar na importância dos grupos de doenças crônicas como espaço de discussão com os pacientes descobrindo quais são suas principais dificuldades.
- Transferir para a população o conhecimento da equipe sobre a importância da mudança do estilo de vida para aumentar qualidade de vida.
- Propor um plano de ação baseado na alimentação equilibrada e prática de exercício físico que seja eficaz no controle glicêmico.

4 METODOLOGIA

A elaboração do projeto para o incentivo à mudança do estilo de vida (dieta e atividade física) dos pacientes da aérea de abrangência do ESF Nossa Senhora da Saúde de Bom Repouso foi feita em três etapas: a primeira foi o diagnóstico situacional dessa aérea, a segunda foi a revisão bibliográfica e a terceira o próprio plano de ação. Para o desenvolvimento do Projeto de Intervenção foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Este método propõe o desenvolvimento do planejamento como um processo participativo.

A primeira etapa realizada foi o diagnóstico situacional em conjunto com toda a equipe de saúde. Foi realizada através do módulo de Planejamento e Avaliação e programação das ações em saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). O método utilizado foi o de estimativa rápida, na qual foram procuradas informações que permitam conhecer as condições da realidade local, coletar somente dados pertinentes para o trabalho e envolver a população na realização deste processo. Os dados obtidos procedem da observação ativa do território, das entrevistas com informantes chaves da área de abrangência, dos serviços oferecidos, dos registros da equipe e fontes secundárias.

Os dados posteriormente foram analisados e interpretados para a conclusão do diagnóstico situacional. Foram identificados vários problemas pela equipe durante o diagnóstico situacional, considerando-se prioritário aquele que a equipe viu ser possível e viável resolução.

A segunda etapa foi feita uma revisão bibliográfica de literatura na base de dados da Sociedade Brasileira de Diabetes, Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) , utilizando as seguintes palavras chaves: Diabetes Mellitus, Exercício, Atenção Primária à Saúde.

Na terceira etapa, elaborou-se a proposta de intervenção, que foi realizada utilizando-se o Método de Planejamento Estratégico Situacional (PES). O PES possibilitou a incorporação dos pontos de vista dos vários setores sociais.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Definição de DM

O DM é um transtorno metabólico de causas heterogêneas, que se caracteriza por aumento da glicemia e alterações do metabolismo de carboidratos, gorduras e proteínas devido à defeitos de secreção e/ou ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999). Esta doença está se tornando relevante pela sua prevalência, além de estar associada à dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. Há evidências de que um bom controle desta doença na Atenção Básica diminua de forma considerável a necessidade de internações hospitalares e óbitos por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE, 2009).

No ano 2000, o Brasil encontrava-se na sexta posição com uma prevalência de 4,6% e poderá passar à oitava posição em 2030 com uma prevalência de 11,3% da população. Sabe-se que o aumento de casos de DM no mundo se dá devido aos fatores de risco relacionados com estilo de vida e alimentação inadequados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003).

5.2 Tipos de DM

Segundo o Manual do Diabetes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2009), o diabetes pode ser classificado em:

–DM tipo 1: deficiência de insulina por destruição da células beta do pâncreas de causa autoimune ou idiopática.

–DM tipo 2: perda progressiva de secreção insulínica combinada com resistência à insulina.

–DM gestacional: hiperglicemia de graus variados diagnosticada durante a gestação, na ausência de critérios de DM prévio.

–Outros tipos de DM: Monogênicos (MODY), Diabetes neonatal, secundário à endocrinopatias, doenças do pâncreas exócrino, infecções ou medicamentos.

5.3 Diagnóstico de DM

Para o diagnóstico de diabetes, os seguintes exames podem ser realizados, cada um com seu respectivo valor de corte (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Tais exames precisam ser repetidos quando alterados para a confirmação da doença, são eles:

- Glicemia em jejum de no mínimo 8 horas: maior ou igual a 126mg/dl
- Glicemia ao acaso: maior ou igual a 200mg/dl (se associada a sintomas clássicos – poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso – não é necessário repetir).
- Glicemia 2 horas após sobrecarga com 75g de glicose: maior ou igual a 200mg/dl
- Hemoglobina Glicada (HbA1c): maior ou igual 6,5%

5.4 Fatores de Risco para o DM

A má alimentação, o sedentarismo e a obesidade são os principais fatores de risco para o DM. Devido a isso, a Atenção Básica deve estar alerta sobre eles, pois a doença pode ser assintomática durante anos. Deve-se planejar a assistência ao tratamento e acompanhamento dos pacientes com DM mediante o incentivo à mudança do estilo de vida (MEV), o controle metabólico e à prevenção das complicações agudas e/ou crônicas (BRASIL, 2014)

5.5 Mudança do Estilo de Vida: Atividade Física e Alimentação Saudável

A MEV faz parte do tratamento do DM e consiste na adesão de hábitos saudáveis como alimentação variada, realização de exercício físico, consumo equilibrado de tabaco e álcool. A base do tratamento do diabetes consiste em por em prática esses hábitos (BRASIL, 2014).

O exercício físico é crucial para o controle glicêmico, além de prevenir o sobrepeso, pressão alta, dislipidemia, risco cardíaco e outras doenças. Contudo, a maioria dos diabéticos ainda são sedentários (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Sabe-se que o metabolismo funciona de acordo com a oferta das fontes energéticas. Quando há aumento de carboidratos disponíveis, durante o exercício, estes passam a ser mais utilizados que os ácidos graxos para se obter

energia, provocando queda da glicemia nos pacientes com DM tipo 2. Isto demonstra o potencial da atividade física como regulador glicêmico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

No entanto, a correção do hábito alimentar é umas das partes mais árduas do tratamento do DM. Conhece-se como alimentação ideal aquela que supre os requerimentos nutricionais individuais, oferecendo alimentos de qualidade e na proporção adequada para manter a massa corporal apropriada. A reeducação alimentar deve incluir, basicamente, maior quantidade de alimentos pouco processados e naturais, menor quantidade de gorduras, sal e álcool, diminuição no consumo de carboidratos e a substituição do açúcar pelo adoçante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009). A orientação de dieta para o povo brasileiro tem dois objetivos: preservar hábitos favoráveis da comida brasileira e discernir um conjunto de alimentos, os quais sua utilização deva ser estimulada, mais do que criar proibições (SICHIERI, 2000). Há indícios que comprovam que a mudança nutricional, após 3 a 6 meses, repercute de maneira favorável na diminuição da hemoglobina glicada. Além disso, a eliminação de cerca de 5% do peso em indivíduos diabéticos com sobrepeso/obesidade gerou um adequado controle glicêmico e diminuição do uso de medicações antidiabéticos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017). Portanto, a equipe de saúde deve incentivar os indivíduos com DM a adquirir um estilo de vida que impeça não só o aumento de peso, como também, a perda de peso (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

5.6 Objetivos da Atenção Básica no acompanhamento dos pacientes diabéticos

Um das finalidades da Atenção Básica é fortalecer e qualificar o acompanhamento dos pacientes portadores do DM por meio da longitudinalidade e integralidade do cuidado. Segundo o Caderno de Atenção Básica número 36, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013), a modelagem da linha de cuidado para DM segue os seguintes passos:

- Problematizar a história natural da doença e com base nisso elucidar o cuidado ideal destes pacientes.

- Iniciar ações de promoção e prevenção, assim como práticas curativas e de reabilitação.
- Verificar as necessidades da UBS sobre a logística necessária para o adequado cuidado dos usuários.
- Verificar as necessidades da UBS em relação à disponibilidade de exames diagnósticos e terapêutico.
- Definir fluxogramas de cuidados dos pacientes baseados nas suas necessidades e em diretrizes ou protocolos assistenciais.
- Definir a população alvo a ser atendida e organizá-la de acordo aos fatores de risco, resultando num melhor planejamento da programação de cuidado de cada indivíduo.
- Instaurar objetivos e indicadores para ponderar a linha de cuidado.

Após a revisão bibliográfica, ficou elucidado o importante papel do estilo de vida saudável para atingir valores desejáveis de glicemia no seguimento destes pacientes. Durante o tempo de atenção à população adscrita com diabetes, observou-se pouco ênfase no tratamento não farmacológico da doença. O objetivo é mostrar à população com DM o quão necessário é investir em uma alimentação equilibrada e na prática de exercícios físicos para alcançar os benefícios do tratamento, sempre os direcionando à obtenção de qualidade de vida.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

Após feita a lista de problemas pela Equipe, foi selecionado como prioritário o problema de mau controle glicêmico dos portadores de DM tipo 2 de sua área de abrangência. A DM é uma doença muito bem conhecida na literatura e sabe-se que são suas complicações a longo prazo que geram grande morbimortalidade. Dentre elas, um importante aumento do fator de risco para doenças cardiovasculares. O DM tipo 2 é de alta prevalência na cidade de Bom Repouso e, por isso, a Equipe de Saúde tem acompanhado o tratamento destes pacientes e notado um mal controle glicêmico, apesar do correto uso de medicações antidiabéticas. Durante a anamnese destes, notou-se pouco interesse dos mesmos em cumprir mudanças alimentares saudáveis e prática de exercício físico. Devido a isso, foi feito um plano de ação com o intuito de promover a importância da MEV para o correto controle do DM.

6.2 Explicação do problema (quarto passo)

O problema escolhido como prioritário é a alta prevalência de DM mal controlado. O DM tipo 2 ocorre devido a associação de fatores genéticos, ao envelhecimento populacional e aos fatores de risco (sedentarismo, alimentação inadequada, obesidade). Já no momento do diagnóstico, o paciente deve aderir à MEV e, posteriormente, deve-se partir para o tratamento medicamentoso. Se não houver adesão ao tratamento e/ou à mudança do estilo de vida, esse paciente não terá bom controle glicêmico. O DM mal controlado aumenta o risco de complicações, tais como aumento de risco cardiovascular, retinopatia diabética, nefropatia diabética e pé diabético, além de gerar perda de produtividade, aumento dos custos para o sistema de saúde e aumento das internações.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

Foram identificados pela equipe, os nós críticos relacionados ao mau controle do DM da população. São eles:

– Sedentarismo

- Alimentação inadequada
- Baixo nível de informação sobre a doença DM

6.4 Desenho das operações (sexto passo)

Uma vez identificado o problema e seus nós críticos, foi possível criar estratégias para a resolução destes e, assim, chegar ao nosso objetivo. Para cada nó crítico, foi criada uma estratégia específica. Os critérios de inclusão para participar dessas estratégias de ação foram pacientes diabéticos tipo 2, com idade maior a 30 anos, de qualquer sexo e raça, que estejam cadastrados na população adstrita na ESF.

A periodicidade dos encontros será semanal durante a participação do programa nos grupos Operativos, às terças-feiras e os temas abordados são direcionados à MEV:

- Entendimento da doença diabetes e suas complicações
- Exposição aos benefícios da atividade física para o controle glicêmico
- Importância de uma dieta equilibrada para o controle glicêmico.

A avaliação dos resultados do projeto será feita após a última consulta de avaliação dos controles glicêmicos, onde serão feitas também a mensuração das medidas antropométricas.

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Mal controle glicêmico no DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Número 05, do município Bom Repouso, estado de Minas Gerais, 2018

Nó crítico 1	Sedentarismo
Operação (operações)	Incentivar o início de prática de exercício físico regular; Informar sobre controle glicêmico através da atividade física.
Projeto	<i>Saúde em Movimento</i>
Resultados esperados	Controle real da glicemia nos pacientes diabéticos Aumentar o número de pacientes diabéticos praticantes de atividade física Diminuir uso abusivo de drogas antidiabéticas

Produtos esperados	População diabética com conhecimento do benefício do tratamento não farmacológico da DM por meio da atividade física Paciente com estímulo ao autocuidado
Recursos necessários	Estrutural: Médico e fisioterapeuta acompanhando todo o processo de início da atividade física Cognitivo: Informação dos profissionais de saúde sobre os benefícios da atividade física já conhecido na literatura Financeiro: Folhetos educativos, Recursos audiovisuais Político: Mobilização social, Articulação intersetorial
Recursos críticos	Financeiro: Folhetos educativos, Recursos audiovisuais Político: Mobilização social, Articulação intersetorial
Controle dos recursos críticos	- Setor de comunicação social: Motivação Indiferente - Associação de bairros, Secretaria de Saúde: Motivação Favorável
Ações estratégicas	Apresentar projeto para Setor de comunicação social
Prazo	Início de atividade em 2 meses e duração de 6 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Médico Fisioterapeuta
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Grupo semanal na UBS para controle de participação dos pacientes na atividade, juntamente com medição de glicemia capilar para acompanhamento. Aqueles que iniciarem com redução de glicemia capilar será considerado diminuir doses de medicamentos. Controle semanal de glicemia capilar pela enfermeira e consulta médica para esclarecimento de dúvidas e resolução de queixas em decorrência do exercício.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Mal controle glicêmico no DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Número 05, do município Bom Repouso, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Alimentação Inadequada
Operação (operações)	Informar por meio de palestras sobre nutrição no DM Distribuir folhetos de opções nutricionais para diabéticos
Projeto	<i>Dieta Amiga</i>
Resultados esperados	Prevenir do mau controle de glicêmico através da alimentação Educar pacientes diabéticos a fazerem escolhas nutricionais saudáveis

Produtos esperados	População diabética com conhecimento do benefício do tratamento não farmacológico referente à alimentação saudável Pacientes diabéticos com informação nutricional adequada
Recursos necessários	Estrutural: Estrutura física adequada da unidade para desenvolver as ações Cognitivo: Capacitação dos responsáveis da palestra Financeiro: Folhetos educativos. Recursos audiovisuais Político: Adesão dos profissionais dos diferentes níveis de atenção ao programa
Recursos críticos	Político: Adesão dos profissionais dos diferentes níveis de atenção ao programa
Controle dos recursos críticos	Equipe de Saúde: favorável
Ações estratégicas	Apresentar o projeto para a Equipe de Saúde
Prazo	Início em 1 mês e duração de 2 meses
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	Nutricionista Enfermeiro
Processo de monitoramento e avaliação das ações	Palestra realizada uma vez por semana pelo Nutricionista. Controle semanal de glicemia capilar pela enfermeira. Consulta individualizada com nutricionista cada duas semanas daqueles com dúvidas e de dificuldades do cumprimento da dieta.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Mal controle glicêmico no DM”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Número 05, do município Bom Repouso, estado de Minas Gerais, 2018

Nó crítico 3	Baixo nível de informação sobre a doença DM
Operação (operações)	Educar pacientes por meio de palestras sobre DM e suas complicações Educar ACS sobre DM para o auxílio na resolução das principais dúvidas dos pacientes diabéticos
Projeto	<i>Doce Conhecimento</i>
Resultados esperados	Informar pacientes diabéticos sobre sua doença e suas complicações Gerar pacientes interessados no autocuidado Fomentar o desejo de manter glicemia controlada

Produtos esperados	<p>Pacientes diabéticos que conhecem a potencial gravidade da doença</p> <p>Pacientes diabéticos interessados por conhecer a doença que os afeta</p> <p>Pacientes que conhecem e confiam no tratamento não farmacológico</p>
Recursos necessários	<p>Cognitivo: Capacitação sobre o tema dos agentes envolvidos</p> <p>Financeiro: Recurso audiovisuais</p> <p>Político: Articulação intersetorial, mobilização social</p>
Recursos críticos	<p>Político: Articulação intersetorial, mobilização social</p> <p>Financeiro: Recurso audiovisuais</p>
Controle dos recursos críticos	<p>Associação de bairros</p> <p>Secretaria de Saúde</p>
Ações estratégicas	<p>Estimular a população mostrando os benefícios</p>
Prazo	<p>Início em 1 mês e duração de 3 meses</p>
Responsável (eis) pelo acompanhamento das ações	<p>Médico</p> <p>Enfermeiro</p> <p>ACS</p>
Processo de monitoramento e avaliação das ações	<p>Realização de palestras semanais, feitas pelo médico e/ou enfermeiro, dirigidas ao esclarecimento do DM e preparo dos ACS's para resolução de eventuais dúvidas durante a visita domiciliar.</p>

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diabetes mellitus tipo 2 é uma doença que decorre, principalmente, de hábitos de vida inadequados. Hábitos estes que, se não modificados, continuam a gerar mais danos à saúde. Educar os pacientes, na Atenção Básica, sobre a importância da MEV faz parte de uma abordagem terapêutica completa à Síndrome Hiperglicêmica.

Com este projeto procura-se desenvolver a autonomia de pacientes diabéticos adscritos à Unidade Básica Centro de Saúde Bom Repouso, no município de Bom Repouso, por meio do conhecimento sobre sua doença e estratégias para diminuir as possíveis complicações praticando atividade física e adotando uma alimentação saudável. Por meio da execução deste projeto, será possível reforçar o papel dos usuários com DM como protagonistas do cuidado de sua saúde.

Para o desenvolvimento do projeto é necessária a contribuição de toda a Equipe de Saúde, em suas diversas áreas, tendo como meta resultados efetivos a longo prazo. Espera-se que juntos, profissionais e usuários motivados, produzam experiências positivas que levarão consigo futuramente.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p. 1337-1349, June, 2009.

BOM REPOUSO. Prefeitura Municipal Bom Repouso. **Histórico do Município**. 2015. Disponível em: <<https://www.bomrepouso.mg.gov.br>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

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

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE Cidades@. **História**. 2018 Brasília, [online]. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bom-repouso/panorama>>. Acesso em: 20 dez.2018.

FARIA H. P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca>. > Acesso em:13 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003

SICHIERI, Rosely et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, 44, n. 3, p. 227-232, 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Manual de Nutrição Pessoa com Diabetes.** São Paulo, Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD, p.1-37, 2009. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/publico/pdf/manual-nutricao-publico.pdf>.> Acesso em: 28 dez. 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018. São Paulo: Editora Clannad, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications.** Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Information note about intake of sugars recommended in the WHO guideline for adults and children.** Geneva; 2015