

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JANDER SILVA EUQUERES

**DIABETES MELLITUS: UM PROBLEMA SOCIAL NA USF
BOLÍVAR JOSÉ SANTANA, CANÁPOLIS/MG**

UBERABA / MINAS GERAIS

2016

JANDER SILVA EUQUERES

**DIABETES MELLITUS: UM PROBLEMA SOCIAL NA USF
BOLÍVAR JOSÉ SANTANA, CANÁPOLIS/MG**

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.

Orientador: Prof. Juliano Teixeira Moraes

UBERABA / MINAS GERAIS

2016

JANDER SILVA EUQUERES

**DIABETES MELLITUS: UM PROBLEMA SOCIAL NA USF
BOLÍVAR JOSÉ SANTANA, CANÁPOLIS/MG**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof. Dr. Juliano Teixeira Moraes – UFSJ

Examinador 2 – Prof. Ms. Alexandre Ernesto Silva - UFSJ

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de dezembro de 2016.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiro a Deus por ter me concedido esta rica oportunidade, a minha esposa que em todos os momentos foi companheira e esteve ao meu lado e a meus pais que sempre doaram seu amor independente das circunstâncias.

AGRADECIMENTOS

Agradeço o apoio primeiramente da minha esposa e pais porque sem ele não poderia estar hoje aqui, assim como meus colegas de trabalho e a meu tutor pela paciência e ajuda. Obrigado a todos que fizeram parte neste momento único da minha vida.

RESUMO

A diabetes mellitus é uma doença crônica de alta incidência no país, esta patologia causa uma grande morbimortalidade ao portador que reflete diretamente na qualidade de vida. Este trabalho foi realizado com o objetivo de intervir nos pacientes diabéticos na comunidade na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Bolívar Jose Santana Canápolis /Minas Gerais. Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional. Após um levantamento através do diagnóstico situacional os problemas que mais incidem na população, para que a partir do então, ser preparado um plano de ação para atuar incisivamente nos problemas identificados como prioritários. A base teórica para a elaboração do plano de ação foi através de revisão da literatura sobre o assunto. A seguir foram identificados os “nós críticos”: Hábitos e estilos de vida inadequados, alta quantidade de diabéticos descompensados e alto número de diabéticos sem diagnóstico. Com a identificação dos problemas e dos “nós críticos” foi possível criar um plano de ação, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano e elaboração do plano operativo, visando o enfrentamento do problema. Para uma adequada e eficiente atuação na comunidade foi necessário um trabalho multidisciplinar da equipe da Unidade Básica de Saúde no que tange a realidade da população alvo, tendo um olhar biopsicossocial, além da articulação de estratégias de diferentes setores sociais.

Palavras-Chave: Diabetes Mellitus. Conhecimento. Saúde da Família.

ABSTRACT

Diabetes mellitus is a high incidence chronic disease in the country, and this pathology causes great morbi-mortality to the patient, directly reflecting on the person's life quality. This study was done to intervene on diabetic patients in the community of the work area of the Family Health Team of Bolívar Jose Santana (Equip of the Family Health Team of Bolívar Jose Santana) Canápolis /Minas Gerais. The development of the intervention plant was done using the situation strategic planning method. After a survey, using the situation diagnosis, of the most common problems in the population, a plan of action will be prepared to deal incisively with the problems identified as priority. The theoretical basis for the elaboration of the plan of action was done with literature review about the topic. Subsequently, the critical nodes were identified: improper habits and lifestyles, high number of unbalanced diabetes patients and high number of undiagnosed diabetic persons. The identification of the problems and the critical nodes allowed the creation of an action plan, designing operations, identifying the critical resources, the viability analysis of the plan, and the elaboration of operational plan, in order to face the problem. For an adequate and effective action in the community, a multidisciplinary team work of the basic health Unit team was demanded in relation to the target population, presenting a bio-psyco-social perspective, besides the articulation of strategies of different social sectors.

Keywords: Diabetes Mellitus. Knowledge. Family Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
DM	Diabetes mellitus
DMG	Diabetes mellitus Gestacional
ESF	Estratégia Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Numero de indivíduos por faixa etária e sexo, no município de Canápolis-MG, 2015.....	12
Quadro 2 - Aspectos demográficos da área adscrita do USF 4.....	12
Quadro 3 - Perfil epidemiológico da área de abrangência da USF 4.....	13
Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema" Alta quantidade de diabético descompensado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”.....	23.
Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema" Quantidade elevada de subnotificação de diabéticos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”.....	28
Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema" Hábitos e estilos de vida inadequados, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”.....	25
Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema" Alta quantidade de diabético descompensado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”.....	26
Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema" Quantidade elevada de subnotificação de diabéticos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”.....	27
Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema" Hábitos e estilos de vida inadequados, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais.....	28
Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema" Alta quantidade de diabético descompensado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”.....	29

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 Objetivo geral	17
3.2 Objetivos específicos.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	19
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
6.1 Definição dos problemas de saúde do território e da comunidade.....	22
6.2 Priorização dos problemas.....	23
6.3 Descrição do problema selecionado.....	24
6.4 Explicação do problema selecionado.....	24
6.5 Descrição dos nós críticos.....	25
6.6 Desenho das operações.....	25
6.7 Considerações sobre o plano de ação.....	28
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	32

1 INTRODUÇÃO

O município de Canápolis é uma cidade de 12005 habitantes (IBGE 2015), localizada no Triângulo Mineiro a 673 km da capital do Estado. A cidade teve um crescimento populacional importante devido a instalação de usina de açúcar e álcool. Em meios a crise que o país encontra a principal usina da região decretou falência, deixando vários desempregados e conseqüentemente forçando muitos a mudar da cidade.

A rota do tráfico de drogas passa pela cidade de forma muito intensa, sendo famosa em apreensão de indivíduos participante. A atividade política partidária é polarizada entre 2 grupos políticos que vem se revezando no poder, estes com muita corrupção e escândalos, chegando várias vezes ter processos de cassação do mandato de políticos. A cidade sobrevive basicamente das lavouras de abacaxi, 3 industrias de doce de abacaxi e 1 indústria de doce de leite.

A saúde apresenta uma cobertura de 100 % da atenção básica, com quatro USF que apresenta números relativamente satisfatórios no que tange números como cobertura de 88% vacinal, 100 % em pré natal e 100 % em puericultura. Tem no município uma Santa Casa de Misericórdia com estruturas precárias tanto físicas quanto administrativa (Secretaria de Saúde de Canápolis, 2016).

O financiamento da saúde no município tem os seguintes valores:

- Transferências: R\$ 1.418.214,42
- Recursos próprios: R\$ 5.477.048,78 (25,54%)
- Gasto per capita/ano: 598,12 POR HABITANTE (SIOPS, 2015).

Os problemas relacionados à rede de Serviços de Saúde são:

- Atenção primaria: "Muita burocracia" é principalmente falta de apoio de gestão;
- Atenção especializada: Dificuldade de marcação de consultas (demora até 2 anos);
- Atenção de urgência e emergência: Sistema SUS fácil falta vagas dificultando o transporte do paciente.
- Atenção hospitalar: falta estrutura física, falta de suporte básico para a manutenção de vida, falta medicação.
- Apoio diagnóstico: Exames complexos demoram muito para ser marcados, as vezes quando sai o exame, paciente já foi a óbito.

- Assistência farmacêutica: Falta medicações básicas no dia a dia.
- Vigilância da saúde: Falta de interesse do setor público, falta remuneração, falta equipe qualificada.
- Modelo de atenção: Muita interposição política.

Quanto aos aspectos demográficos da cidade, no quadro 1 demonstra a distribuição dessa população no qual tange idade e sexo:

Quadro 1- Numero de indivíduos por faixa etária e sexo, no município de Canápolis-MG, 2015

NÚMERO DE INDIVÍDUOS POR FAIXA ETÁRIA E SEXO			
FAIXA ETÁRIA	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
0-4 ANOS	391	362	753
5-14 ANOS	860	781	1.641
15-19 ANOS	468	459	927
20-29 ANOS	1.224	967	2.191
30-39 ANOS	983	866	1.849
40-49 ANOS	903	866	1.769
50-59 ANOS	568	547	1.115
60-69 ANOS	504	549	1.053
70-79 ANOS	195	194	389
80 ANOS E MAIS	168	160	328
TOTAL	6.264	5.741	12.005

Fontes: IBGE, 2015

Quadro 2 - Aspectos demográficos da área adscrita do USF 4

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DA ÁREA ADSCRITA DO USF 4								
FAIXA ETÁRIA	MICRO1	MICRO2	MICRO3	MICRO4	MICRO5	MICRO6	MICRO7	TOTAL
0-1 ANO	8	6	4	3	4	5	3	33
1-4 ANOS	18	20	10	26	18	26	14	132
5-14 ANOS	42	47	43	45	51	63	27	288
15-19 ANOS	22	20	26	38	45	30	18	199
20-29 ANOS	68	62	62	51	64	53	43	403
30-39 ANOS	53	58	53	63	56	79	25	387
40-49 ANOS	60	55	54	63	45	40	43	360

50-59 ANOS	45	51	49	36	38	29	37	285
60-69 ANOS	24	31	33	36	23	15	23	185
70-79 ANOS	08	18	19	22	13	07	15	102
80 ANOS E MAIS	02	04	07	06	01	02	03	25
TOTAL	350	372	360	389	358	349	251	2.399

Quadro 3 - Perfil epidemiológico da área de abrangência da USF 4

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DA USF 4								
INDICADORES	MICR1	MICR2	MICR3	MICR4	MICR5	MICR6	MICR7	TOTAL
Proporção de idosos Pop. 60 anos e mais/pop total	46	53	59	59	41	26	40	324
Pop. alvo para rastreamento de câncer de colo	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Pop. alvo para rastreamento de câncer de próstata	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Portadores de hipertensão arterial esperados:	100	137	142	118	95	65	63	720
Portadores de hipertensão arterial cadastrados: → SIAB	62	85	88	73	59	40	38	445
Relação hipertensos esperados/cadastrados	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Portadores de diabetes esperados:	22	36	51	35	42	29	25	240
Portadores de diabetes cadastrados: → SIAB	11	18	25	18	24	15	13	124
Relação diabéticos esperados/cadastrados	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

(-----) valores não disponibilizado pela ESF ou secretaria de saúde

PRINCIPAIS CAUSAS DE ÓBITOS: → DOENÇAS CARDIOVASCULARES, NEOPLASIA E PNEUMONIA;

PRINCIPAIS CAUSAS DE INTERNAÇÃO: → DIABETES, HIPERTENSÃO E PNEUMONIA;

DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO: → DENGUE, GECA;

CAUSAS DE MORTALIDADE INFANTIL: → PNEUMONIA E ACIDENTES AUTOMOBILÍSTICOS;

A cidade de Canápolis apresenta uma maior população do sexo masculino, destes apresentando uma maior proporção na idade produtiva dos 20 aos 49 anos, esta faixa etária corresponde também ao maior número de pessoas do sexo feminino.

As doenças crônicas mais prevalentes são a HAS e a DM assim como o esperado, onde cadastrados na unidade de saúde do PSF4 tem 445 e 124 respectivamente.

A comunidade em grande maioria é carente, em alguns casos de faltar alimento. O jovens que apresentam condições financeiras considerável vão estudar fora da cidade, e os que não tem condições vão trabalhar como diarista na roça de abacaxi ou nas indústrias da cidade, não dando a real importância aos estudos. Grande quantidade de jovens na faixa etária de 13 a 18 anos grávidas ou amasiadas. Na cidade ocorre grande abuso de álcool, tabaco, drogas e prostituição. Surtos de dengue, síndromes gripais, gastroenterite, doença sexualmente transmissível. O trabalho na unidade é muito bom e harmonioso, desde que não tente mudar muito, pois a maioria dos cargos são por indicação política, por isso são completamente acomodados (Secretaria de Saúde de Canápolis, 2016).

Durante estes meses no município foram observados alguns empecilhos para realização de um bom trabalho no território adscrito:

- Falta de interesse político pelos diversos aspectos da saúde;
- Falta de recurso financeiro;
- Má qualidade da assistência farmacêutica;
- Falta de recursos humano;
- Falta de capacitação de profissionais;
- Má remuneração dos profissionais da unidade;
- Quantidade elevada de subnotificação de diabéticos e hipertensos;
- Alta quantidade de diabéticos descompensados;
- Criminalidade e grande quantidade de drogas na região.
- Grande quantidade de psicotrópicos utilizados na população indiscriminada;

Avaliando as dificuldades encontradas e a realidade da unidade, o tema deste trabalho foi escolhido por um consenso comum pela equipe da ESF, a ênfase foi nos pacientes diabéticos e as subnotificações dos pacientes diabéticos. Durante a discussão em equipe levantamos os problemas e em uma classificação de 0 a 10 em termos de gravidade e que mais incomodava cada indivíduo da equipe. Para

uma população de 2399 habitantes temos 124 diabéticos cadastrados bem aquém da realidade da cidade. Um fato observado pela equipe e principalmente pelos ACS em suas visitas é o número de internação por diabetes descompensada na Santa Casa de Misericórdia de Canápolis dos pacientes adscritos na unidade, tanto diabéticos cadastrados quanto não cadastrados (Secretaria de Saúde de Canápolis, 2016).

Levantando mais informações sobre este fato em média nos últimos 3 meses (abril, maio e junho) foram internados 41 pacientes adscritos na unidade por diabetes descompensada que ficaram no mínimo 2 dias de internação no hospital, sem mensurar os que passaram pelo pronto socorro e receberam alta no mesmo dia, segundo relatos dos médicos plantonistas um número considerável, não foi possível fazer a busca por valores de 2015 devido à falta de informação do órgão competente da Santa Casa de Misericórdia (Secretaria de Saúde de Canápolis, 2016).

Os nós identificados pela equipe de saúde foram principalmente hábitos e estilo de vida, nível de informação, processo de trabalho de equipe de saúde, estrutura de serviço de saúde, má adesão dos pacientes ao tratamento proposto, falta de diagnóstico, poucos diabéticos inseridos na agenda da unidade (Secretaria de Saúde de Canápolis, 2016).

A equipe de saúde que faço parte interessou muito pelo tema e logo começamos durante a reunião de equipe abordar a melhor forma de executar o plano de ação para que os nós críticos possa ser atacados e termos um resultado satisfatório.

2 JUSTIFICATIVA

A equipe de saúde da família (ESF) Bolívar José Santana realizou diagnóstico situacional e levantamento dos principais problemas, sendo identificado e escolhido pela equipe da USF a análise dos pacientes diabéticos descompensados com internação hospitalar e o número de diabéticos sem diagnóstico na área de abrangência, pois estes dois problemas apresentam 38% e 22% respectivamente dos casos apresentados no município nos meses de abril, maio e junho (Secretaria de Saúde de Canápolis, 2016). É importante o diagnóstico precoce para que possa acontecer o acompanhamento dos níveis glicêmicos e das prováveis complicações que esta patologia provoca e que aumenta o número de internações em nos hospitais de referência. Esta condição de saúde é passível de intervenções, sendo possível a realização de ações de promoção, prevenção e tratamento, evitando novos casos e reduzindo complicações nos casos presentes, além de reduzir tanto o número, quanto o tempo (dias) de internações hospitalares.

A equipe após análise da situação levantada considerou que o nível local apresenta recursos humanos e materiais para realização do Projeto de Intervenção, considerando o projeto viável.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Elaborar um projeto de intervenção para os pacientes diabéticos na comunidade na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família de Bolívar Jose Santana Canápolis /Minas Gerais.

Objetivo específico

- a) Reduzir o número de diabéticos sem diagnóstico na área de abrangência.

- b) Diminuir o número de internações e complicações dos diabéticos descompensado que estão cadastrados, já que esta população é um alvo frequente de internação hospitalar.

4 METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do plano de intervenção foi utilizado o método de planejamento estratégico situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento e uma revisão narrativa da literatura sobre o tema (CAMPOS, FARIA; SANTOS, 2010).

O plano de intervenção foi elaborado a partir da seleção e análise de determinados critérios. Na UBS o problema identificado foi de intervenção para os pacientes diabéticos devido ao alto número de descompensação e as subnotificações dos pacientes diabéticos na comunidade. Uma vez definidos os problemas e as prioridades (1º e 2º passos), a próxima etapa foi à descrição do problema selecionado.

Para descrição do problema priorizado, nossa equipe utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe através das diferentes fontes de obtenção de dados. Foram selecionados indicadores de frequência de alguns dos problemas e também da ação da equipe frente aos mesmos. A partir da explicação do problema, foi elaborado um plano de ação, entendido como uma forma de sistematizar propostas de solução para o enfrentamento do problema em questão.

Com o problema explicado e identificado as causas consideradas as mais importantes, passou-se pensar nas soluções e estratégias para o enfrentamento do mesmo, iniciando a elaboração do plano de ação propriamente dito e o desenho da operacionalização.

Foram identificados os recursos críticos a serem consumidos para execução das operações que constitui uma atividade fundamental para análise da viabilidade do plano.

Identificados os atores que controlavam os recursos críticos e sua motivação em relação a cada operação, propondo em cada caso ações estratégicas para motivar os atores identificados.

Finalmente para a elaboração do plano operativo, nos reunimos com todas as pessoas envolvidas no planejamento, definimos por consenso a divisão de responsabilidades por operação e os prazos para a realização de cada produto.

Descritores: Diabetes, Diagnóstico, conhecimento, PSF.

5 REVISÃO DA LITERATURA

A Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE, mostra que a prevalência de diabetes mellitus aumentou acentuadamente em todo mundo, nos últimos anos. No Brasil a diabetes atinge 9 milhões de brasileiros – o que corresponde a 6,2% da população adulta. As mulheres (7%) apresentaram maior proporção da doença do que os homens (5,4%) – 5,4 milhões de mulheres contra 3,6 milhões de homens. Os percentuais de prevalência da doença por faixa etária são: 0,6% entre 18 a 29 anos; 5% de 30 a 59 anos; 14,5% entre 60 e 64 anos e 19,9% entre 65 e 74 anos. Para aqueles que tinham 75 anos ou mais de idade, o percentual foi de 19,6% (Portal Brasil, 2015).

Existem basicamente 2 tipos de diabetes mellitus: DM tipo 1 (5-10%) e DM tipo 2 (90-95%). Ambos têm em comum a deficiência (absoluta ou relativa) na produção de insulina pelo pâncreas, mas só o tipo 2 apresenta um componente de aumento da resistência periférica insulínica (NASCIMENTO *et al.*, 2008)

O DM1 está entre as doenças mais comuns na infância e adolescência, podendo acometer até 2/ 3 de todos os casos de DM em criança. No Brasil são estimados aproximadamente cinco milhões de diabéticos com DM1. (NASCIMENTO *et al.*, 2008)

O DM1 é causado pela deficiência na produção de insulina, deixando o paciente propenso a uma grave complicação aguda conhecida como cetoacidose diabética, o que torna a insulinoterapia um tratamento obrigatório. A grande porcentagem dos casos é consequência a destruição de natureza autoimune das células beta do pâncreas que sintetizam a insulina, apesar de que uma proporção ocorre por causa idiopática. (BAZOTTE, 2010).

A nefropatia é a principal complicação crônica em crianças e adolescentes com DM1, segundo o protocolo da ADA recomenda que realize o rastreio anual para microalbuminúria, para que o tratamento seja iniciado o mais breve possível, utilizando os inibidores da enzima conversiva de aldosterona quando a relação albumina-creatinina estiver alterada (ADA, 2012; GROSS, 2006).

O DM2 é o mais prevalente desta patologia, é uma doença genética precipitada por fatores ambientais, onde corresponde por cerca de 90% dos casos

de diabetes. Neste caso, 80 % dos diabéticos tipo 2 são obesos, apresentando uma obesidade do tipo abdominovisceral. Esta obesidade também é conhecido como obesidade androgênica que provoca resistência periférica a insulina. A disfunção é progressiva pois, quanto maior a resistência insulínica, maior a hiperglicemia e mais células beta se tornam disfuncionantes. (SOUZA, 2012).

O DM2 é uma doença metabólica de alta complexidade, devido seus fatores multifatoriais que contrasta na qualidade de vida dos portadores. Os sintomas mais prevalentes que nos leva a pensar em DM2 são a poliúria, polidipsia, polifagia. Estipula-se que os diabéticos podem ter uma redução de quinze ou mais anos de vida, pois está associado a complicações macro vasculares e microvasculares, que acarreta elevado percentual de morbidade e mortalidade. Essa doença apresenta falhas no rastreamento, por isso que existem ainda muitos portadores sem diagnóstico, dificultando assim o tratamento ou/e formas de controle a partir da mudança do estilo de vida (LYRA *et al.*, 2006, CECIL, 2005).

Na gestação acontece o surgimento de um estado de intolerância à glicose e hiperinsulinemia que predispõem ao desenvolvimento da diabetes. O diabetes gestacional (DMG) é o problema metabólico mais comum em gestantes, tem a prevalência de 3% e 13% das gestações. Isso se deve a secreção placentária de hormônios hiperglicemiantes, bem como ao maior depósito adiposo na gestante, maior ingesta calórica e redução da atividade física. Considerando que o diabetes gestacional traz importantes riscos para a saúde materno-fetal, existem recomendações específicas para o rastreamento e diagnóstico nesta situação. Existem fatores que são levados em conta para desenvolver o DMG, tais como: idade de trinta de cinco anos ou mais, sobrepeso ou obesidade (antes da gestação), ou ainda aumento de peso exagerado durante o período gestacional, histórico diabetes na família, ou seja, um fator genético, baixa estatura (menor que 1,5 m), crescimento do feto excessivamente anormal, polidrâmnio (aumento do líquido amniótico excessivo), hipertensão ou pré-eclampsia na gravidez atual, antecedentes de macrossomia ou DMG e síndrome de ovários policísticos (DIRETRIZES SBD, 2009).

Rastreamento do diabetes tipo 2 Cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações. Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior

risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável. Fatores indicativos de maior risco são listados a seguir: (Ministério da Saúde, 2006)

- Idade >45 anos.
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25).
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas).
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes.
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg).
- Colesterol HDL 35 mg/dL e/ou triglicerídeos e 150 mg/dL.
- História de macrossomia ou diabetes gestacional.
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos.
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Atualmente, os marcadores que definem o diagnóstico de diabetes são: glicemia de jejum, glicemia obtida após 2 horas do teste oral de tolerância a glicose (TOTG), hemoglobina glicada e glicemia aleatória. Os critérios diagnósticos para diabetes são:

- Glicemia de jejum maior ou igual a 126 mg/dl.
- Glicemia de 2 horas pós – TOTG maior ou igual a 200 mg/dl.
- Hemoglobina glicada maior ou igual a 6.5 %.
- Glicemia aleatória maior ou igual a 200 em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia (poliúria, polidipsia) ou crise hiperglicêmica.

O paciente com o diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) deve inicialmente realizar medidas que são norteadas em modificações no estilo de vida (educação em saúde, alimentação e atividade física). Várias discussões sobre este tema ocorre no mundo sobre a indicação de fármacos inicialmente. Independente da literatura seguida pelo médico a droga de início é a metformina. Quando os níveis glicêmicos não são satisfatórios ocorre a inclusão de dois ou três fármacos, e por fim ainda não obtendo sucesso a introdução da insulino terapia (SBD, 2015)

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado reduzir as subnotificações de ocorrência dos pacientes diabéticos na área de abrangência e diminuir o número de internações e complicações dos diabéticos descompensado que estão cadastrados, já que esta população é um alvo frequente de internação hospitalar, para o qual se registra uma descrição, explicação e descrição de seus nós críticos, de acordo com a metodologia do Planejamento Estratégico Simplificado (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Definição dos problemas de saúde do território e da comunidade

A maioria das famílias adscritas são provenientes da região norte e nordeste, onde migraram quando a usina de cana e açúcar estava no auge de sua produção. Vários problemas de saúde foram levantados pela equipe:

Alimentação inadequada acarretando grande quantidade de obesos;

Alta quantidade de diabéticos descompensados;

Marginalidade e prostituição exacerbada refletindo no aumento de DST;

Alto número de diabéticos sem diagnóstico;

Grande quantidade de dependente químico de drogas ilícitas e lícitas;

Alto número de hipertensos descompensado;

Alto número de gestação em adolescentes;

Uso indiscriminado de psicotrópicos;

Dificuldade de encaminhamento para referência em saúde na região;

Falta a contra referência dos pacientes para unidade;

Burocracia para realização de exames mais sofisticados;

6.2 Priorização dos problemas

Quadro 4 - Classificação de prioridade para os problemas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”

Classificação de prioridade para os problemas na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais				
Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Alta quantidade de diabéticos descompensados	Alta	8	Parcial	1
Alto número de diabéticos sem diagnóstico.	Alta	8	Total	2
Alto número de hipertensos descompensados	Alta	6	Parcial	3
Grande quantidade de DST	Alta	3	Fora	4
Alto número de gestação em adolescentes	Alta	3	Parcial	5
Uso indiscriminado de psicotrópicos	Alta	2	Fora	6

*Alta, média ou baixa

** Total dos pontos distribuídos até o máximo de 30

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

Depois de um debate, a equipe considerou que os problema de alta quantidade de diabéticos descompensados e alto número de diabéticos sem diagnóstico são prioridade.

6.3 Descrição do problema selecionado

A população do PSF IV Bolivar José Santana apresenta vários clientes com doenças crônicas, dentre as mais comuns que afeita a população são a Hipertensão arterial e a Diabetes Mellitus. A diabetes mellitus é uma doença multifatorial e de alta complexidade, mas algumas atitudes podem impactar consideravelmente na linha do tempo da patologia, desde medidas não farmacológicas, itens gerais como cessação do tabagismo, utilização de sapatos especiais, cuidados com a higiene dentre outros. A ADA publicou novas recomendações frisando a terapia nutricional e atividade física, que será um de meus eixos norteadores neste trabalho. (ADA, 2012)

Terapia nutricional este conceito difere dos demais no que tange o índice percentual ideal de calorias de carboidratos, proteínas ou gordura. O padrão alimentar deve ser individualizado, levando em consideração metabólicos de cada um, bem como a característica econômicas e cultural, ou seja, olhando o ser humano biopsicossocial. (ADA, 2012)

A atividade física em adultos devem ser predominantemente aeróbica de moderada intensidade (50-70% da FC máxima) por pelo menos 150 minutos/semana. Ela deve ser dividida em pelo menos 3 dias da semana, sem que fique dois dias consecutivos sem se exercitar. (ADA, 2012)

As alterações dos hábitos e estilo de vida, quando feitas corretamente, podem diminuir os níveis glicêmicos. A combinação de duas ou mais alterações pode produzir resultados ainda melhores. (ADA, 2012)

6.4 Explicação do problema selecionado

- Alta quantidade de diabéticos descompensados: Um levantamento realizado pela secretaria de saúde do município e a santa casa de misericórdia de Canápolis no que tange as internações dos pacientes diabéticos descompensado, avaliou os pacientes que ficaram no mínimo 2 dias de internação, pois estes eram cadastrados no hospital para o repasse da verba pelo Sistema Único de Saúde. Nos meses de

abril, maio e junho foram computados 107 pacientes diabéticos descompensados, destes, 41 eram do território do PSF4, correspondendo aproximadamente 38% do total - Alto número de diabéticos sem diagnóstico: Uma observação notória é o fato destes 41 pacientes provenientes da área adscrita do PSF4, um total de nove pacientes chegaram descompensados não tinha diagnóstico de mellitus, representando aproximadamente 22% do total.

6.5 Descrição dos nós críticos

“Nó crítico” é um ou mais problemas de fundamental importância na manutenção do problema “chave” no que tange a realidade da população em questão, onde apresenta uma lacuna com fragilidade que pode intervir tendo a possibilidade de transformação. Os principais nós críticos são:

- Hábitos e estilos de vida inadequados;
- Alta quantidade de diabético descompensado;
- Alto número de diabéticos sem diagnóstico.

6.6 Desenho das operações

As operações sobre cada um dos “nós críticos” relacionado ao problema “Alta quantidade de diabéticos descompensado”, “Alto número de diabéticos sem diagnóstico” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar José Santana, no município de Canápolis, estado de Minas Gerais estão descritos nos Quadros 7, 8 e 9, a seguir.

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema” Hábitos e estilos de vida inadequados, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”

OPERAÇÕES SOBRE O “NÓ CRÍTICO 1” RELACIONADO AO PROBLEMA” HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA INADEQUADOS, NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOLÍVAR JOSE SANTANA, EM CANÁPOLIS, MINAS GERAIS
--

Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação	Mudança pela vida
Projeto	Modificar hábitos e estilos de vida
Resultados esperados	Diminuir em 10% o número de sedentários e obesos
Produtos esperados	Atividade física orientada e Merenda escolar supervisionada por nutricionista
Atores sociais/ responsabilidades	Educador Físico da prefeitura e Nutricionista
Recursos necessários	Organizacional para organizar as caminhadas; Cognitivos informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Recursos Necessários: folhetos educativos e banners.
Recursos críticos	Financeiro: folhetos educativos e banners,
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação :Favorável
Ação estratégica de motivação	Não necessária
Responsáveis:	Educador Físico da prefeitura e Nutricionista
Gestão, acompanhamento e avaliação das operações	Em andamento

Quadro 6 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema" Alta quantidade de diabético descompensado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”

OPERAÇÕES SOBRE O “NÓ CRÍTICO 2” RELACIONADO AO PROBLEMA" ALTA QUANTIDADE DE DIABÉTICO DESCOMPENSADO NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOLÍVAR JOSE SANTANA, EM CANÁPOLIS, MINAS GERAIS	
Nó crítico 2	Alta quantidade de diabético descompensado
Operação	Saber
Projeto	Melhorar o nível de informação da população sobre o diabetes e suas consequências
Resultados esperados	População mais informada sobre os riscos da diabetes
Produtos esperados	Sala de espera, programa de saúde escolar, capacitação dos ACS e de cuidadores, rodas de conversa com familiares e usuários diabéticos, encontros com alimentos saudáveis.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico, Enfermeira, Nutricionista, Psicóloga, Fisioterapeuta.
Recursos necessários	Cognitivo domínio sobre o tema; Organizacional organização da agenda ou programação, Política com articulação intersetorial (parceira com o setor da educação) e mobilização social.
Recursos críticos	Político: obtenção de uma articulação entre a secretaria de educação e a saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não necessária
Responsáveis:	Médico, Enfermeira, Nutricionista, Psicóloga, Fisioterapeuta.

Gestão, acompanhamento e avaliação	Em andamento
------------------------------------	--------------

Quadro 7 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema” Quantidade elevada de subnotificação de diabéticos na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais

OPERAÇÕES SOBRE O “NÓ CRÍTICO 3” RELACIONADO AO PROBLEMA” QUANTIDADE ELEVADA DE SUBNOTIFICAÇÃO DE DIABÉTICOS NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOLÍVAR JOSE SANTANA, EM CANÁPOLIS, MINAS GERAIS”	
Nó crítico 3	Alto número de diabéticos sem diagnóstico
Operação	Busca pela Saúde
Projeto	Realizar busca ativa para identificação de novos casos
Resultados esperados	Aumentar o número de diagnóstico de diabetes em 50 % associado a um melhor acompanhamento do paciente nesta patologia
Produtos esperados	Reuniões educativas para o fortalecimento de vínculo entre a equipe e o usuário
Atores sociais/ responsabilidades	Secretaria de Saúde e Unidade de atenção primária
Recursos necessários	Organizacional para organizar as reuniões; Cognitivo com conhecimento da patologia e fatores de risco; Político com mobilização social; Financeiro com aquisição do material para realizar a glicemia capilar screening, folhetos educativos, exames laboratoriais.
Recursos críticos	Financeiro: folhetos educativos e banners
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável
Ação estratégica de motivação	Não necessária
Responsáveis:	Secretaria de Saúde e Unidade de atenção primária

Gestão, acompanhamento e avaliação	Em andamento
------------------------------------	--------------

6.7 Considerações sobre o plano de ação

Quadro 8 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema" Hábitos e estilos de vida inadequados, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais

OPERAÇÕES SOBRE O “NÓ CRÍTICO 1” RELACIONADO AO PROBLEMA" HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA INADEQUADOS, NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOLÍVAR JOSE SANTANA, EM CANÁPOLIS, MINAS GERAIS	
Nó crítico 1	Hábitos e estilos de vida inadequados
Operação/Projeto	Saber Mudança pela vida e Modificar hábitos e estilos de vida
Resultados esperados	Diminuir em 10% o número de sedentários e obesos
Produtos esperados	Atividade física orientada e Merenda escolar supervisionada por nutricionista
Recursos necessários	Organizacional para organizar as caminhadas; Cognitivos informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Recursos Necessários: folhetos educativos e banners.
Recursos críticos	Financeiro: folhetos educativos e banners,
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação :Favorável
Ação estratégica de motivação	Não necessária

Responsáveis:	Educador Físico da prefeitura e Nutricionista
Prazo	Início em 45 dias
Gestão, acompanhamento e avaliação das operações	Em andamento

Quadro 9 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema” Alta quantidade de diabético descompensado na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Bolívar Jose Santana, em Canápolis, Minas Gerais”

OPERAÇÕES SOBRE O “NÓ CRÍTICO 2” RELACIONADO AO PROBLEMA” ALTA QUANTIDADE DE DIABÉTICO DESCOMPENSADO NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA BOLÍVAR JOSE SANTANA, EM CANÁPOLIS, MINAS GERAIS”	
Nó crítico 2	Alta quantidade de diabético descompensado
Operação/ Projeto	Saber Melhorar o nível de informação da população sobre o diabetes e suas consequências
Resultados esperados	População mais informada sobre os riscos da diabetes
Produtos esperados	Sala de espera, programa de saúde escolar, capacitação dos ACS e de cuidadores, rodas de conversa com familiares e usuários diabéticos, encontros com alimentos saudáveis.
Recursos necessários	Cognitivo domínio sobre o tema; Organizacional organização da agenda ou programação, Política com articulação intersetorial (parceira com o setor da educação) e mobilização social.
Recursos críticos	Político: obtenção de uma articulação entre a secretaria de educação e a saúde.
Controle dos recursos críticos / Viabilidade	Ator que controla: Secretário de Saúde Motivação: Favorável

Ação estratégica de motivação	Não necessária
Responsáveis:	Médico, Enfermeira, Nutricionista, Psicóloga, Fisioterapeuta.
Prazo	Início em 1 mês
Gestão, acompanhamento e avaliação	Em andamento

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças crônicas no país gera problemas tanto biopsicosociais para população, quanto financeiros para a nação incidindo grandemente na sociedade. A quantidade de diabéticos no mundo aumenta em uma grande proporção. É importante identificar os fatores de risco na população para que possa incidir na morbimortalidade gerada devido as consequências desta patologia. Avaliar os problemas relacionado existentes como falta de promoção e prevenção de complicações e o controle adequado dos níveis glicêmicos da população exposta é uma função cabível a UBS.

O plano de ação deve ser realizado pela equipe de Saúde da Família Bolivar Jose Santana de forma multidisciplinar, sendo necessário agregar participações realizada pela Secretária Municipal de Saúde e Educação, sociedade civil e setor de comunicação. Neste trabalho realizado na sociedade adscrita esperamos reduzir o número de internações de diabéticos descompensados e aumentar o número de diagnósticos de pacientes com diabetes mellitus. Com essa medida poderemos desafogar os hospitais de referência que estão saturados de pacientes. Os pacientes serão acompanhados através de uma planilha de monitoramento com cronogramas pré-estabelecidos.

A intenção deste projeto de intervenção é lograr um impacto positivo sobre a saúde e vida da população que pertence a área da UBS, visando implantar ações de

educação em saúde, capacitar as pessoas e grupos para atingir os objetivos pré-estabelecidos, melhorando assim os indicadores do município.

REFERENCIAS

ADA. American Diabetes Association. **Standards of Medical Care in Diabetes – 2012**. Diabetes Care, v. 35, n. 1, p. 11- 63, 2012. Disponível em: <http://care.diabetesjournals.org/content/35/Supplement_1/S11>. Acesso em 23 out. 2016.

BAZOTTE, R. B. **Paciente diabético: Cuidados Farmacêuticos**. Rio de Janeiro: MedBook, 2010, 304 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, n 16. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF> Acesso em 23 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. In: Departamento de Atenção básica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministerio da Saude; 2006. 108p. Disponível em:

<<http://www.diabetes.org.br/sbdonline/images/docs/DIRETRIZES-SBD-2015-2016.pdf>> Acesso em 20 jun. 2016.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Descritores em Ciências da saúde**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://decs.bvs.br>>. Acesso em 15 jun. 2016.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3> Acesso em 17 jun. 2016.

CECIL, R.L. **Tratado de medicina interna**. 22^a ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2005.

GROSS, J. L. **Microalbuminúria e a síndrome metabólica**. Arq. Bras. Endocrinol. Metab., São Paulo, v. 47, n. 2, p. 109-110, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302003000200002> Acesso em 01 nov. 2016.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População**. 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em 20 jun. 2016.

LYRA, R.; OLIVEIRA, M.; LINS, D.; CAVALCANTI, N. **Prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2**. Arq Bras Endocrinol Metab, Recife, v. 50, n. 2, abr. 2006.

SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Diabetes mellitus gestacional**. Rev. Assoc. Med. Bras, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 477-480, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n6/v54n6a06.pdf>> Acesso em: 18 out. 2016.

SOUZA, C. F. *et al.* **Pré-diabetes: Avaliação de Complicações Crônicas e Tratamento**. Arq Bras Endocrinol Metab, Porto Alegre, v. 56, n. 6, p. 275-284, jul. 2012.

