

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

YOHANE NEGUSSE AVILE HECHAVARRIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
UNIDADE VILAS REUNIDAS I NO MUNICÍPIO DE SABARÁ/MG**

SABARÁ/ MINAS GERAIS

2018

YOHANE NEGUSSE AVILE HECHAVARRIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
UNIDADE VILAS REUNIDAS I NO MUNICÍPIO DE SABARÁ/MG**

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

Orientador: Me. Ricardo Luiz Silva Tenório

SABARÁ/ MINAS GERAIS

2018

YOHANE NEGUSSE AVILE HECHAVARRIA

**PLANO DE INTERVENÇÃO PARA REDUÇÃO DA INCIDÊNCIA DE
DIABETES MELLITUS PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
UNIDADE VILAS REUNIDAS I NO MUNICÍPIO DE SABARÁ/MG**

Banca examinadora

Examinador 1: Professor(a). Ms. Ricardo Luiz Silva Tenório

Examinador 2: Dra. Márcia Christina Caetano Romano

Aprovado em Belo Horizonte, em 10/12/2018

DEDICATÓRIA

À minha família e em especial ao meu avô. Graças a ele consegui me formar e superar as adversidades como médico de família. Também a todos que, de uma forma ou de outra, me ajudaram na realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof. Daniela Coelho Zazá e Prof. Ricardo Luiz Silva Tenório por seus conselhos na correção deste projeto.

A meus colegas de trabalho por sua ajuda incondicional para o desenvolvimento deste trabalho.

RESUMO

Sabará é um município do estado de Minas Gerais e faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte. Possui 135.421 habitantes distribuídos em uma área de 304 km². Após diagnóstico dos principais problemas de saúde pela equipe da Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas I, foi priorizado a “alta incidência de diabetes mellitus na área de abrangência”. Desta forma, o objetivo deste trabalho foi elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de diabéticos descompensados atendidos na UBS Vilas Reunidas, no município de Sabará, Minas Gerais. Para construção desse plano foram utilizados trabalhos científicos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online (SCIELO)*, dentre outros. A metodologia também constou de duas etapas: o diagnóstico da situação de saúde dos moradores e a priorização de problema de maior impacto da área de abrangência da unidade, seguida da atualização científica para intervenção no problema. O plano de intervenção desenvolvido contém diferentes propostas para atuar diretamente sobre a população portadora dessa condição crônica, além de oferecer conhecimentos para as famílias e pessoas que demonstrem interesse no tema. Espera-se que, com a implantação do plano, haja uma melhora do trabalho em equipe da UBS, na intervenção junto aos diabéticos, além de uma melhor qualidade de vida dos pacientes e suas famílias.

Palavras-chave: Planejamento Estratégico. Atenção Primária em Saúde. Diabetes mellitus.

ABSTRACT

Sabará is a municipality in the state of Minas Gerais and is part of the metropolitan region of Belo Horizonte. It has 135,421 inhabitants distributed in an area of 304 km². After diagnosis of the main health problems by the staff of the Basic Health Unit Vilas Reunidas I, the "high incidence of diabetes mellitus in the area of coverage" was prioritized. In this way, the objective of this work was to elaborate an intervention plan to reduce the incidence of decompensated diabetics seen at UBS Vilas Reunidas, in the city of Sabará, Minas Gerais. For the construction of this plan, scientific works were available in the Virtual Health Library database, PUBMED, Virtual Library of the Federal University of Minas Gerais, Scientific Electronic Library Online (SCIELO), among others. The methodology also consisted of two stages: the diagnosis of the health situation of the residents and the prioritization of the problem of greater impact of the scope area of the unit, followed by the scientific update to intervene in the problem. The intervention plan developed contains different proposals to act directly on the population that carries this chronic condition, as well as offering knowledge to families and people who show interest in the subject. It is expected that, with the implementation of the plan, there will be an improvement in the teamwork of UBS, intervention with diabetics, and a better quality of life for patients and their families.

Keywords: Strategic Planning; Primary Health Care, Diabetes mellitus.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
1.1 Breves informações sobre o município Sabará	09
1.2 O sistema municipal de saúde em Sabará	10
1.3 A Equipe de Saúde da Família da UBS Vilas Reunidas, seu território e sua população.....	11
1.4 Estimativas rápidas: problemas de saúde do território e da UBS Vilas Reunidas em Sabará	11
1.5 Priorização dos problemas.....	12
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 Objetivo geral.....	15
3.2 Objetivos específicos.....	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	18
5.1 Diabetes Mellitus. Definição.....	18
5.2 Diabetes Mellitus. Epidemiologia.....	19
5.3 Diabetes Mellitus. Comportamento em brasil.....	19
5.4 Importância do tratamento farmacológico e não farmacológico no controle da glicemia no Diabete Mellitus.....	20
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	21
6.1 Descrição do problema selecionado.....	21
6.2 Explicação do problema.....	21
6.3 Seleção dos nós críticos.....	22
6.4 Desenho das operações.....	22
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
REFERÊNCIAS	28

1 INTRODUÇÃO

1.1 Informações sobre o município

Sabará é um município do estado de Minas Gerais e faz parte da região metropolitana de Belo Horizonte. Está a 18 km de distância da capital Belo Horizonte. Localiza-se às margens do Rio das Velhas e faz limites ao norte com Taquaraçu de Minas, a leste com Caeté, ao sul com Raposos e Nova Lima e a oeste com Santa Luzia e Belo Horizonte (SABARÁ, 2017).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2014) - contabilizam uma população de 135.421 habitantes distribuídos em uma área de 304 km², com 3.185 moradores em área rural, e uma concentração habitacional de 417,9 hab/km². Seu índice de desenvolvimento humano (IDH) é de 0,731. Ainda segundo o IBGE, o município possui taxa de mortalidade infantil aproximada de 10 para cada mil nascidos vivos.

Sabará foi o primeiro povoamento de Minas Gerais. A sua história tem raízes nos primórdios da colonização do Brasil e está intimamente relacionada à lenda da serra resplandecente existente na região do sabarabuçu, onde havia limites imprecisos. O sabarabuçu fervilhou na imaginação dos colonizadores, que buscavam no sertão uma serra feita de prata e pedras preciosas (SABARÁ, 2017).

Atualmente, a economia de Sabará baseia-se na indústria siderúrgica e no extrativismo mineral – minério de ferro e ouro, tendo a Companhia Siderúrgica Belgo Mineira instalações na cidade. O turismo é outro setor da economia de Sabará que atrai muitos visitantes por causa de suas construções históricas, belezas naturais e festas típicas, o que gera riqueza ao município (IBGE, 2014).

Outros postos de trabalho percebidos no dia a dia da comunidade são os pequenos negócios, como: mercados pequenos, lava jatos, barbearias, dentre outros. Há ainda grande quantidade de trabalhos informais, como: serventes de obras, diaristas, trabalhadores autônomos, etc. Contudo, há também muitos desempregados, seja por falta de qualificação para ocupar as vagas disponibilizadas

quanto pelo grande número de filhos para cuidar. Muitas famílias conseguem se sustentar com trabalhos temporários e com a ajuda do Programa Bolsa Família.

Muitos moradores vivem em casas sem condições estruturais adequadas. Os cômodos não são suficientes para a quantidade total de pessoas. Além disso, as condições higiênicas são inadequadas, o que aumenta o número de casos com infecções respiratórias e digestivas.

A estrutura de saneamento básico na comunidade não está completa, principalmente no que se refere à rede de esgoto sanitário e à coleta de lixo. Parte significativa da comunidade vive em condição suburbana. Segundo a Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) o abastecimento de água tratada abrange quase todo o município, assim como a Companhia Energética de Minas Gerais (CEMIG) com o serviço de luz elétrica que cobre quase 100% do município.

O analfabetismo não é elevado, ele é maior na população acima de 50 anos. A maioria das crianças menores de 14 anos está nas escolas. Na comunidade existem duas escolas, uma creche e cinco igrejas (três católicas e duas evangélicas).

1.2 O sistema municipal de saúde

No município existe uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e dois hospitais (Santa Casa e Cristiano Machado). Nestas unidades são realizados exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e cuidado hospitalar, embora a estrutura do sistema de saúde municipal deixe muito a desejar. Os casos mais graves são encaminhados para Belo Horizonte.

Há aproximadamente oito anos o município adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica. O município conta hoje com 14 Equipes de Saúde da Família (ESF) em zona urbana e duas na zona rural cobrindo mais de 70% da população.

1.3 A Equipe de Saúde da Família, seu território e sua população

General Carneiro teve seu desenvolvimento no final do século XIX, onde foi construída uma fábrica de tecidos com o nome Companhia de Fiação e Tecelagem de Minas Gerais. Este bairro possui a maior população de Sabará, e está localizada as margens do Ribeirão Arrudas. Essa região pertencia anteriormente à cidade de Belo Horizonte até o ano de 1938, momento em que um Decreto Lei desmembrou o território da capital e passou a integrar o município de Sabará.

A unidade básica de saúde (UBS) Vilas Reunidas foi criada há 14 anos e possui quatro equipes. A área de abrangência da equipe azul possui 4.516 pessoas e um total de 2.150 famílias. Existem 126 pessoas analfabetas na área de abrangência, sendo 105 pessoas abaixo de 79 anos e 21 acima de 80 anos.

O horário de funcionamento da UBS é de sete (7) às 17.00 horas. A equipe atua no atendimento à demanda espontânea (que ocupa 95% da agenda) e na atenção programada como pré-natal, puericultura, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos, além das visitas domiciliares.

A maior causa dos óbitos em 2017 ocorreu em decorrência às doenças cardiovasculares.

1.4 Estimativas rápidas: problemas de saúde do território e da comunidade

Após discussão da equipe e representantes da comunidade foram priorizados os seguintes problemas de saúde, considerando a prioridade, urgência e capacidade de enfrentamento:

1. Alta incidência de casos de diabetes mellitus;
2. Acúmulo de lixo e grama nos lotes;
3. Alto índice de adolescentes em uso de substâncias químicas proibidas;
4. Alto índice de usuários em uso de benzodiazepínicos.

1.5 Priorização dos problemas

A priorização dos problemas identificados pela ESF foram descritas no quadro abaixo.

Quadro 1 - Problemas de saúde identificados, segundo o método de estimativa rápida, na população da UBS Vilas Reunidas – Sabará - Minas Gerais.

Principais Problemas	Prioridade	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Alta incidência de casos de diabetes mellitus	Alta	8	Parcial	1
Alto índice de adolescentes em uso de substâncias químicas proibidas.	Alta	6	Parcial	3
Alto índice de usuários em uso de benzodiazepínicos	Alta	6	Parcial	2
-Acúmulo do lixo e grama nos lotes.	Média	3	Parcial	5

Fonte: ESF Vilas Reunidas I

Ao analisar a realidade da população, por meio do diagnóstico de saúde, a equipe priorizou o problema “alta incidência de casos de diabetes mellitus”. Justifica-se a escolha do tema pela equipe de saúde da família (ESF) Vilas Reunidas, devido ao elevado número de pacientes com doenças metabólicas em Sabará.

As medidas propostas no plano de ação são viáveis, porque existem os recursos humanos e a vontade para realizar as ações em benefício da comunidade.

2 JUSTIFICATIVA

O Diabetes Mellitus (DM) é a terceira causa de mortalidade prematura, só superada por pressão arterial elevada e o uso de tabaco, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). Atualmente, muitos governos e especialistas da saúde pública ainda não perceberam a magnitude do diabetes e o impacto de suas complicações. (OLIVEIRA et al., 2017)

O Diabetes Mellitus (DM) tem um alto índice de incidência em nível mundial devido á dieta inadequada e sedentarismo. A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e com uma previsão de 40 milhões para 2030. Nos países europeus e Estados Unidos (EUA) este aumento se dará nas faixas etárias mais avançadas devido ao aumento na expectativa de vida, enquanto que nos países em desenvolvimento este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos a prevalência será triplicada e duplicada nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (BRASIL, 2013)

O Diabetes Mellitus (DM) gera um grande impacto econômico tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento. Só nos Estados Unidos, por exemplo, os custos diretos e indiretos com a doença no ano de 2007 atingiram 174 bilhões de dólares anuais e na América Latina e no Caribe, no ano 2000, foram de US\$ 65 bilhões. É importante o controle do diabetes principalmente para evitar o impacto negativo na vida dos diabéticos em decorrência das suas complicações. Segundo pesquisas feitas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, o diabetes mellitus é umas das principais causas de internações ocupando uma sexta posição e de forma significativa também contribui pa outros fatores casuais como Cardiopatias isquêmica, ACV e colecistopatias (LYRA, 2010).

Ao analisar a realidade dos pacientes por meio do diagnóstico situacional de saúde, observou-se um elevado número de pacientes com diabetes na área de abrangência da UBS Vilas Reunidas. Desta forma, realizar uma intervenção com vistas à redução da incidência da diabetes mellitus (DM) na área de abrangência da ESF tem uma grande importância no impacto e na diminuição da mortalidade e qualidade de vida de seus portadores.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral:

Elaborar um plano de intervenção para diminuir a incidência de diabéticos descompensados atendidos na UBS Vilas Reunidas, no município de Sabará, Minas Gerais.

3.2 Específicos:

- Estabelecer ações de promoção e prevenção para modificar os hábitos e estilos de vida inadequados dos diabéticos;
- Implementar ações para facilitar a adesão dos diabéticos ao tratamento indicado;
- Organizar o processo de trabalho da equipe de saúde por meio da atenção baseada na pessoa.

4 METODOLOGIA

O plano de intervenção elaborado foi baseado no diagnóstico do território da UBS Vilas Reunidas, sustentado por revisão bibliográfica científica do problema escolhido: alta incidência da Diabetes *mellitus* descompensada

Para construção desse plano foram utilizados trabalhos científicos disponíveis na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, PUBMED, Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), dentre outros. Os descritores utilizados foram:

- Planejamento Estratégico;
- Atenção Primária a Saúde;
- Diabetes.

Foram realizadas as etapas de diagnóstico situacional em saúde, por meio de estimativa rápida, identificados os "nós críticos" e, posteriormente, utilizado o Planejamento Estratégico Situacional (PES). (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

A partir dos dados coletados, todo o material passou pela análise do autor, e foi detectado que o nível de conhecimento dos pacientes e da população não eram suficientes para garantir um adequado controle e acompanhamento da doença.

Os encontros obedeceram a um roteiro pré-estruturado. O plano operativo seguiu um cronograma de 02 meses.

Inicialmente, foi feita uma reunião com a equipe de saúde para identificar as necessidades de aprendizagem. Após sensibilização da equipe, foi realizado outro encontro para verificação se os membros da equipe adquiriram o nível de conhecimento esperado. Cada membro da equipe teve conhecimento sobre as ações a serem realizadas em cada encontro com os pacientes.

Após a revisão de literatura, foi iniciado o trabalho da equipe de saúde com a finalidade de aumentar o nível de conhecimento das pessoas implicadas. Foram executadas ações individuais com os pacientes diabéticos no consultório do médico, na sala de espera e nos domicílios.

Os recursos pedagógicos a serem utilizados serão folhetos, cartazes, vídeos e imagens para ajudar o profissional de saúde a tornar o processo educativo atraente para usuários e de fácil compreensão.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Diabetes Mellitus. Definição

O DM é uma das doenças que acomete um alto índice de pessoas no mundo. A mesma está dentro do grupo das doenças metabólicas, a qual se caracteriza por um aumento da glicemia e, se não é tratada, pode gerar complicações em muitos órgãos alvos, como rins, olhos, coração cérebro e nervos. (BRASIL, 2006)

O DM é uma doença de etiologia múltipla, a qual ocorre fundamentalmente pelo déficit na ação e secreção de insulina, hormônio produzido pelas células betas do pâncreas. A insulina tem como função principal permitir a entrada de glicose para as células do organismo. Quando há déficit na ação ou secreção da mesma ocorre um acúmulo de glicose no sangue, conhecido como hiperglicemia. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA, 2018).

5.2 Diabetes Mellitus. Epidemiologia

Dentro de sua classificação existem o DM tipo 1 ou insulino dependente, DM tipo 2 não insulino dependentes e o DM gestacional. O início do diabetes tipo 1 é em geral insidioso e rápido, acometendo principalmente crianças e adolescentes independente do peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, podendo evoluir rapidamente para cetoacidose, principalmente em presença de infecção ou em decorrência ao estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose (BRASIL, 2013)

O início do Diabetes Mellitus tipo 2 tem menos manifestações e os sintomas são menores. Geralmente observa-se em pacientes com excesso de peso e antecedentes familiares de DM. Nas últimas décadas, devido ao aumento da obesidade na infância, observa-se também o aumento do DM tipo 2 em adolescentes e jovens. (BRASIL, 2013)

Outro tipo é o Diabetes gestacional, a qual aparece durante a gravidez e que muitas vezes se resolve no período puerperal. A mesma pode ser detectada em qualquer etapa da gravidez e alcançar os critérios de diabetes posteriormente. (BRASIL, 2013)

Há evidências de que pacientes com mal controle tem mais risco de complicações do que os controlados. Entretanto, em algumas ocasiões as complicações aparecem mesmo antes da hiperglicemia, o que caracteriza a heterogeneidade desse distúrbio metabólico. Indivíduos com diabetes apresentam maior risco de complicações, principalmente, devido às alterações cardiovasculares circulatórias e renais (OLIVEIRA et al., 2017).

A prevalência de DM no Brasil chega a 7,6%, conforme estudo realizado em população urbana de 30 a 69 anos de idade. O índice é comparável à de países da Europa e da América do Norte. (CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO 2012)

O estudo realizado em sete cidades de países da América Latina durante o ano de 2005 encontrou uma prevalência de diabetes de 6% em Barquisimeto (Venezuela), 8% em Bogotá (Colômbia), 6,2% em Buenos Aires (Argentina), 8,9% na Cidade do México (México), e 7,2% em Santiago (Chile). Como em outras áreas do mundo, a crescente prevalência de diabetes na América Latina se deve, principalmente, às mudanças no estilo de vida: pouca atividade física, maior consumo de calorias e aumento da prevalência de sobrepeso/obesidade, decorrentes da acelerada urbanização (PATRÍCIO, 2014) .

5.3 Diabetes Mellitus. Comportamento em Brasil

No Brasil, estima-se que o diabetes seja subnotificado nos atestados de óbito, provavelmente porque os indivíduos afetados morrem com maior frequência devido a complicações isquêmicas ou doença renal, e não como consequência de complicações metabólicas diretas do diabetes, como cetoacidose ou hipoglicemia. (BIANCO et al., 2014).

Muitos pacientes com diabetes apresentam comorbidades associadas, como: obesidade, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia, que contribuem para

o agravamento do risco cardiovascular. Várias diretrizes aconselham metas lipídicas rigorosas, considerando essa população sob maior risco (BIANCO et al., 2014).

5.4 Importância do tratamento farmacológico e não farmacológico no controle da glicemia no Diabetes Mellitus.

Diversos autores demonstraram que mudanças na alimentação com alimentos ricos em fibras e baixos em índice glicêmico melhoram os níveis de glicose e insulina no período pós-prandial. O consenso publicado pela American Diabetes Association (ADA) e European association for the Estudy of Diabetes (EASD) sinaliza a mudança de estilo de vida de suma importância no tratamento do DM. Sendo assim, as orientações nutricionais, associadas às mudanças de estilo de vida, são consideradas essenciais para o controle do DM. Por isso, devido a essas afirmações, é necessário que os pacientes sejam orientados sobre a importância do tratamento que resultará em melhor controle do DM. (CARVALHO et al., 2012).

A mudança do estilo de vida tem boa relação custo-efetividade, e a maioria dos países desenvolvidos conta com políticas de saúde pública que incentivam e custeiam essas atividades (OLIVEIRA et al., 2017).

A Sociedade Brasileira de Diabetes tem apresentado diversas estratégias não medicamentosas para ser adotada como primeiro tratamento da hiperglicemia, como a prática de exercícios físicos e controle da alimentação, deixando só o tratamento medicamentoso quando as mudanças do estilo de vida não são suficientes para o controle do DM. (CODOGNO; FERNANDES; MONTEIRO 2012)

Desta maneira, realizar uma intervenção educativa para prevenção e controle do Diabetes Mellitus mostra-se relevante para minimizar complicações decorrentes da doença. Essas intervenções devem ser conduzidas de modo a permitir que os usuários discutam e compreendam assuntos referentes à sua condição crônica de saúde e aos fatores de risco envolvidos e, ao mesmo tempo, sejam estimulados a adotar estilos de vida mais saudáveis.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

6.1 Descrição do problema selecionado

Para a descrição do problema priorizado foram utilizados dados fornecidos pela equipe através de registros existentes na unidade básica de saúde.

Foram usados alguns indicadores que tem relação com o problema principal. Cabe ressaltar sobre as deficiências do sistema de informações estatísticas que usa dados cadastrados antigos sobre os acompanhamentos dos diabéticos da área de abrangência, com informações desatualizadas.

Quadro 1: Descrição do problema priorizado da população da UBS Vilas Reunidas – Sabará - Minas Gerais.

DESCRITORES	VALORES	FONTES
DIABÉTICOS ESPERADOS	486	ESTUDOS
DIABÉTICOS CONFIRMADOS	389	EQUIPE DE SAÚDE
DIABÉTICOS ACOMPANHADOS	389	EQUIPE DE SAÚDE
DIABÉTICOS CONTROLADOS	389	EQUIPE DE SAÚDE
OBESOS ESPERADOS	224	ESTUDOS
OBESOS CONFIRMADOS	140	EQUIPE DE SAÚDE
OBESOSACOMPANHADOS	140	EQUIPE DE SAÚDE
OBESOS CONTROLADOS	140	EQUIPE DE SAÚDE
PACIENTES COM DESLIPIDEMIAS	667	EQUIPE DE SAÚDE
TABAGISTAS	497	EQUIPE DE SAÚDE
SEDENTÁRIOS	1.744	EQUIPE DE SAÚDE
INTERNAÇÕES POR CAUSAS DIABETES DESCONTROLADAS EM 2016.	165	EQUIPE DE SAÚDE
ÓBITOS POR CAUSAS DIABETES	15	EQUIPE DE SAÚDE

Fonte: UBS Vilas Reunidas 2017

6.2 Explicação do problema selecionado

Muitos fatores relacionados ao DM, se não controlados e regulados, contribuem para o aumento do número de portadores e de mortes por doenças metabólicas.

O modelo econômico e social de um país, associado às políticas públicas,

culturais e ambientais são fatores determinantes nos modos e estilos de vida de uma população e podem desenvolver certos hábitos de vida que de forma negativa dão origem a muitas doenças, em nosso caso, as metabólicas.

Além disso, o modelo econômico e as políticas são determinantes na estrutura do modelo assistencial de saúde e do processo de trabalho. É importante conseguir um melhor acompanhamento das pessoas com obesidade, dislipidemias, sedentários, que sofrem de estresse social e em uso de drogas, de forma a melhorar a qualidade de vida dos diabéticos. Dessa maneira, é possível diminuir a incidência de mortes por infarto cardíaco, doenças cerebrovasculares, insuficiência renal crônica associada ao DM.

6.3 Seleção dos nós críticos

A equipe definiu como nós críticos fundamentais para diminuir a morbimortalidade por Diabetes Mellitus:

- Hábitos de vida inadequados;
- Baixo nível de informação da população sobre a doença;
- Demanda reprimida de exames de apoio diagnóstico;
- Demora em marcação de consultas com especialistas.

6.4 Desenho das operações

Para construir o plano operativo, foi realizada uma reunião com todos os profissionais de saúde envolvidos e definiu-se o desenho das operações sobre o aumento das complicações da doença, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Plano de intervenção para os nós críticos do problema “alta incidência de Diabetes *Mellitus* descompensada” na área de abrangência do Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais, 2017.

Nó crítico	Operação/ projeto	Resultados esperados	Produto esperado	Recursos necessários
Hábitos de vida inadequados	Viver com saúde Modificar hábitos e	Conscientização dos pacientes da importância de manter uma dieta saudável.	Programa exercícios pela vida.	Organizacional Local para realizar os exercícios e o programa de reeducação alimentar;

	estilos de vida	<p>Diminuição do número de pacientes sedentários, obesos e sobrepeso em prazo de 1 ano.</p> <p>Diminuição da incidência de casos novos com DCNT.</p> <p>Controle adequado de DCNT.</p> <p>Prevenção das complicações e sequelas.</p>	Programa reeducação alimentar.	<p>.Profissionais do NASF (educador físico e nutricionista), integrado com a enfermeira e médico.</p> <p>Cognitiva Informação sobre o tema e estratégias de comunicação;</p> <p>Político conseguir o espaço para ações, e recursos financeiros</p> <p>Financeiros. Aquisição de recursos áudio-visuais, folhetos educativos, divulgação para população.</p>
<p>Baixo nível de informação da população em relação à doença.</p>	<p>+ Informação</p> <p>Aumentar o nível de informação da população sobre o diabetes.</p> <p>Informar sobre a importância da adesão ao tratamento e envolvimento da família no controle da doença e prevenção de complicações.</p>	<p>População mais informada sobre os riscos.</p> <p>Paciente e família conscientes dos riscos envolvidos no cumprimento e importância do adequado controle da doença.</p> <p>Empoderamento dos usuários</p> <p>ACS's capacitados a orientar, e identificar fatores de risco.</p>	<p>Realização de um "dia D" doenças cardiovasculares em parceria com as UBS com atividades e dinâmicas com os profissionais de saúde e usuários envolvendo temas como hábitos de vida adequados, alimentação saudável, importância da medicação.</p> <p>Capacitação dos ACS e de cuidadores.</p>	<p>Organizacional</p> <p>.Local para realização da ação;</p> <p>.Local para capacitação dos ACS e cuidadores;</p> <p>.Recursos Humanos para realizar o "dia D", e a capacitação .</p> <p>Cognitivos</p> <p>Conhecimento sobre o tema e estratégia de comunicação, pedagógica e organizacional</p> <p>Políticos</p> <p>Envolvimento da secretaria de saúde, da UBS e população.</p> <p>Financeiros</p> <p>Recursos para divulgação do dia D (cartazes, convites aos usuários, horas extras para funcionários das UBS, impressão de folhetos para distribuir, e recursos audiovisuais para o dia D.</p>

<p>Demanda reprimida de exames de apoio diagnóstico</p>	<p>Apoio Diagnóstico</p> <p>Melhorar as políticas de agendamento e marcação de exames.</p> <p>Agilizar a demanda de exames laboratoriais.</p>	<p>Oferta adequada de exames de apoio diagnóstico no município.</p> <p>Implantação do aparelho de ECG nas UBS's.</p> <p>Diminuição dos longos períodos de espera</p> <p>Ajudar a confirmação clínica dos diagnósticos</p> <p>Melhorar a qualidade da atenção.</p>	<p>Compra de aparelhos para realização de exames no município;</p> <p>Aumento do número de pessoas e equipamentos para exames laboratoriais.</p>	<p>Organizacional Contratação de pessoal. Compra de máquinas.</p> <p>Políticos Decisão de aumentar os recursos para estruturar o serviço;</p> <p>Financeiros. Oferta de exames. Contratação de Pessoal.</p> <p>Cognitivo. Avaliação de exames necessários.</p>
<p>Demora para marcação de consultas com especialistas</p>	<p>Linha de Cuidado</p> <p>Diminuir a demora na marcação das consultas especializadas</p> <p>Melhorar o sistema de referência e contra-referência.</p>	<p>Melhora da cobertura de 80% da população com fatores de risco aumentado.</p> <p>Diminuir demanda reprimida de consultas especializadas;</p> <p>Melhorar a linha do cuidado com o paciente.</p>	<p>Criação de um protocolo que ressalte a importância da referência e contra – referência.</p> <p>Contratação de médicos especialistas.</p>	<p>Organizacional Contratação de médicos especialistas Disponibilização de local para atuação dos especialistas.</p> <p>Cognitivo Elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos;</p> <p>Financeiro Criação do protocolo</p>

Fonte: ESF Vilas Reunidas, 2018

Quadro 3: Plano de intervenção para redução da incidência de Diabetes *Mellitus* descompensada na área de abrangência do Vilas Reunidas, em Sabará, Minas Gerais, 2017. Nós críticos

<p>Problema selecionado</p>	<p>Alta incidência da Diabetes <i>Mellitus</i> descompensada.</p>
<p>Projeto</p>	<p>. Modificar hábitos e estilos de vida</p> <p>. Aumentar o nível de informação da população sobre o diabetes.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> . Informar sobre a importância da adesão ao tratamento e envolvimento da família no controle da doença e prevenção de complicações. . Melhorar as políticas de agendamento e marcação de exames. . Agilizar a demanda de exames laboratoriais. . Diminuir a demora na marcação das consultas especializadas. . Melhorar o sistema de referência e contra-referência.
Ações/Operações	<p>1- Simplificar a posologia: Diminuir o número de comprimidos e doses ao dia.</p> <p>2- Diminuir os custos: Medicamentos de menor custo, medicamentos genéricos, subsídios governamentais e programas de baixo custo.</p> <p>3- Estabelecer comunicação adequada: Prestar informações claras sobre os benefícios do uso correto das medicações, possíveis efeitos adversos e duração do tratamento. Avaliar, sem julgar ou criticar, a presença de má adesão. Evitar utilizar termos técnicos e sobrecarregar o paciente com muita informação.</p> <p>4- Definir estratégias comportamentais: Incorporar o uso de medicações à rotina dos pacientes, adequando a posologia às atividades, refeições e horário que costuma dormir. Utilizar porta-comprimidos, dispositivos eletrônicos de alerta, diários, embalagens com calendário. Estimular a participar de grupos de suporte pela internet. Orientar automonitoramento Realizar aconselhamento motivacional. Promover autocuidado apoiado.</p> <p>5 – Garantir agenda para atendimento aos diabéticos.</p>
Recursos necessários	<p>Econômico ou financeiro: Medicamentos de menor custo, medicamentos genéricos.</p> <p>Político: subsídios governamentais e programas de baixo custo.</p> <p>Educacionais: Comunicação adequada.</p> <p>Infraestrutura: Consultório médico, consultório da enfermeira.</p>

Recursos críticos	Materiais: subsídios governamentais e programas de baixo custo.
Participantes e responsáveis	Médico. Enfermeira. Agente comunitário de saúde. Paciente. Prefeitura municipal.
Prazos	Atividade 1- Curto Prazo. 3 Meses Atividade 2- Curto Prazo. Atividade 3- Curto Prazo. Atividade 4- Curto Prazo. Atividade 5- Curto Prazo.
Acompanhamento e avaliação	Atividade 1- Permanente. Nas consultas e visitas domiciliares Atividade 2- Permanente. Atividade 3- Permanente. Atividade 4- Permanente. Atividade 5- Permanente.

Fonte: ESF Vilas Reunidas, 2018

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a situação de saúde da comunidade de Vilas Reunidas foi de grande importância para o trabalho da equipe no dia a dia e para a implementação de ações na diminuição dos casos de diabetes descompensada que afeta a comunidade.

Espera-se que, com a implementação do plano de intervenção, haja organização do processo de trabalho da equipe de saúde para realizar um adequado acompanhamento dos pacientes com Diabetes Mellitus, por meio do tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e melhora da qualidade de vida dos pacientes diabéticos.

Deve-se reconhecer a incorporação de ações intersetoriais para contribuir na prevenção de diabetes e ampliar os conhecimentos sobre a doença a todos os usuários.

REFERÊNCIAS

BIANCO, H. T. *et al.* Relevância de Lesões em Órgãos-Alvo como Preditores de Mortalidade em Pacientes com Diabetes. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 103, n. 4, p. 272-281, out. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2014002200002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 06/06/2018.

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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_diabetes_mellitus.pdf> Acesso em: 25/05/17.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF> Acesso em: 25/05/17.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H.P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** NESCON/UFMG – Curso de Especialização em Atenção em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010.

CARVALHO, Fernanda Sanches et al. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 56, n. 2, p. 110-119, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302012000200004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 06/06/2018.

CODOGNO, J. S.; FERNANDES, R. A.; MONTEIRO, H. L. Prática de atividades físicas e custo do tratamento ambulatorial de diabéticos tipo 2 atendidos em unidade básica de saúde. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 56, n. 1, p. 06-11, fev. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302012000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 01/06/18

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas de Desenvolvimento Humano.** Município Sabará /Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/sabara>>. Acesso em: 02/07/2018

LYRA, R. *et al.* Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 560-566, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-2730201000060009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20/05/17.

OLIVEIRA, J. et al. (Org.). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. São Paulo. Editora Clannad, 2017. Disponível em: <<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>>. Acesso em: 02/04/2018

PATRÍCIO, L. J. *et al.* Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arq. Bras. Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 58, n. 3, p. 205-225, abr. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v58n3/0004-2730-abem-58-3-0205.pdf>>. Acesso em: 25/05/18.

SABARÁ. **Nossa História**. 2017. Disponível em: <http://site.sabara.mg.gov.br/sabara/> Acesso em: 05/04/2017

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. **O que é Diabetes?** 2018. Disponível em: < <https://www.endocrino.org.br/o-que-e-diabetes/>>. Acesso em: 26/09/2017