

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA DE SAÚDE EM FAMÍLIA.

DISNEY VARONA GARCIA

**ALTA INCIDÊNCIA DE DIABETES *MELLITUS* DESCOMPENSADA EM
VILAS REUNIDAS NO MUNICÍPIO DE SABARÁ- MINAS GERAIS.**

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2015

DISNEY VARONA GARCIA

**ALTA INCIDÊNCIA DE DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA EM
VILAS REUNIDAS NO MUNICÍPIO DE SABARÁ – MINAS GERAIS.**

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

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

LAGOA SANTA - MINAS GERAIS

2015

DISNEY VARONA GARCIA

**ALTA INCIDÊNCIA DE DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA EM
VILAS REUNIDAS NO MUNICÍPIO DE SABARÁ – MINAS GERAIS.**

Banca examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete- orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 27/04/2015

DEDICATÓRIA

A meus pais por terem me dado a vida.

AGRADECIMENTOS

A Virgiane Barbosa De Lima por ser uma tutora excelente.

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete por me orientar.

A todos o que de uma forma ou de outra me ajudaram na realização deste trabalho.

RESUMO

O presente projeto de intervenção, que constitui o Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, teve por objetivo Implementar um plano de intervenção com vistas à redução da incidência da Diabetes *mellitus* descompensada. Para tal, foi desenvolvido um plano de ação baseado no Planejamento Estratégico Situacional que pretende garantir o acompanhamento dos pacientes com Diabetes *mellitus*. Também realizou-se pesquisa bibliográfica na base de dados da SciELO, com os descritores: Diabetes *mellitus*, Prevenção e Educação. A realização do plano será por meio de palestras educativas, na Unidade e nas casas sobre a diabetes e prevenção de suas complicações e, tratamento. Propõe-se, ainda, capacitação dos agentes comunitários sobre Diabetes *mellitus*, para que realizem atividades educativas na área de abrangência. Trata-se de um projeto que surgiu de uma necessidade que a equipe de Saúde da Família reconheceu existir na sua comunidade, contando com a motivação dos agentes envolvidos e que acredita conseguir, assim, intervir na vida de pessoas que precisam desenvolver um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*. Prevenção. Educação.

ABSTRACT

This intervention project, which is the work of the Specialization Course Completion in the Family Health Strategy, aimed to implement an action plan aimed at reducing the incidence of diabetes *mellitus* decompensated. To this end, we developed an action plan based on the Situational Strategic Planning which aims to ensure the monitoring of patients with diabetes mellitus. Also realize a bibliographic search in SciELO database, using the keywords: Diabetes *mellitus*, Prevention and Education. Implementation of the plan will be through educational lectures, in Unity and houses on diabetes and prevention of its complications and treatment. , Is also proposed, training of community agents about Diabetes *mellitus*, to undertake educational activities within the coverage area. This is a project that grew out of a need that the Health Team family recognized exists in their community, with the motivation of those involved and believes can thus intervene in the lives of people who need to develop a lifestyle healthy.

Keywords: Diabetes *mellitus*. Prevention. Education.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DA LITERATURA	17
6 PLANO DE AÇÃO	23
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27

1 INTRODUÇÃO

Sabará é um município do estado Minas Gerais e faz parte da região metropolitana do estado. 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 Raposos e Nova Lima e a Oeste Santa Luzia e Belo Horizonte (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014a).

Seus 126.195 habitantes estão distribuídos em uma área de 304 km², sendo que, 3.177 habitantes moram em área rural, com uma concentração habitacional de 417,7 hab/km². Seu índice de desenvolvimento humano de (IDH) é de 0,773, considerado alto (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014a).

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 com instalações na cidade. O turismo é outro setor da economia da bela Sabará, que atrai muitos visitantes e gera riquezas ao município de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

No que diz respeito à saúde existe uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e dois hospitais (Santa Casa e o hospital Cristiano Machado). Nestas instituições são realizados exames de média complexidade, atendimento de urgência e emergência e o cuidado hospitalar, embora a estrutura do seu sistema de saúde deixe muito a desejar (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014b).

Há aproximadamente oito anos o município adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) para a reorganização da atenção básica e conta hoje com 14 unidades básicas de saúde, cobrindo mais de 70% da população. Um grande problema no desenvolvimento da ESF é referente à melhor remuneração que ainda falta para os profissionais de saúde, particularmente para os médicos. Agora, com a incorporação de médicos com o Programa Mais Médicos esta situação tende a melhorar e a população será cada vez mais atendida com esta estratégia (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014b).

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 região urbana, em moradias de condições médias. Em relação ao abastecimento de água, há um predomínio quase absoluto de rede com água tratada, telefonia, luz elétrica só que esta última não existe em todas as casas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014b).

O analfabetismo não é elevado; só existe principalmente entre os maiores de 50 anos. A grande maioria das crianças menores de 14 anos está nas escolas. Na comunidade tem três escolas, duas creches, mais de dez igrejas (uma católica e demais evangélicas) e um laboratório particular (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014b).

Vilas Reunidas, onde atuo como profissional médico é uma comunidade de mais de 32.000 habitantes e fica na periferia de Sabará, aproximadamente a 9 km do centro. É um espaço onde existe muito tráfico de drogas (maconha), com todas as consequências desse fato: violência e aumento do consumo de drogas. Hoje, a população empregada vive basicamente do trabalho fora, sobretudo em Belo Horizonte, indo da prestação de serviços à economia informal. É alto o número de desempregados e subempregados.

Em Vilas Reunidas, a unidade foi criada há 14 anos e está situado na Rua Tiradentes 199. Suas condições são boas, mas sua área pode ser considerada inadequada, considerando-se a demanda e a população coberta (32 000 pessoas), com um acolhimento diário de mais de 150 pessoas, embora o espaço físico seja muito bem aproveitado.

A área destinada à recepção é pequena, razão pela qual nos horários de pico de atendimento (manhã) cria-se certo tumulto na unidade. Isto dificulta, sobremaneira, o atendimento e é motivo de insatisfação de usuários e profissionais de saúde. Não existe espaço nem cadeiras para todos e muitos têm que aguardar o atendimento em pé. Essa situação sempre é lembrada nas discussões sobre humanização do atendimento. Não existe sala de reuniões. Além disso, existe uma população que não tem bom acesso ao serviço de saúde porque moram muito longe.

Em relação aos trabalhadores da unidade, destaca-se que: quatro são médicos cubanos, uma médica clínica geral brasileira de apoio e, uma vez por semana um pediatra; duas vezes por semana tem ginecologista. Os demais profissionais são: cinco enfermeiras, seis técnicas em enfermagem e seis Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que formam parte da equipe uma saúde. Até o presente momento, a unidade de saúde tem apenas a equipe 1 e as outras equipes esperam a chegada do pessoal para trabalharem com eles. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

A unidade de saúde funciona de 7:00 às 17:00 horas. Existe uma solicitação da comunidade para que o atendimento seja estendido até as 21h00min horas, pelo menos em alguns dias da semana. Essa demanda se justifica, segundo a comunidade, entre outros motivos, pelo fato de existirem muitos trabalhadores que retornam do trabalho no final da tarde e, por isto, têm dificuldades de acesso à unidade de saúde.

A atividade do módulo de Planejamento e avaliação em ações de saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010) denominada análise situacional permitiu-nos conhecer melhor a situação de saúde da população da nossa área de abrangência.

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010) a análise situacional é um processo contínuo dinâmico de identificação de problemas para priorizar e desenvolver um plano de ação buscando melhorar a situação de saúde da comunidade. Representa um importante instrumento científico e metodológico, sendo uma ferramenta útil e valiosa em medicina de família, que orienta diretamente os problemas de saúde apresentados na comunidade. É uma prática habitual, concebida como um processo interdisciplinar e flexível e sua aplicação tem caráter ético, sendo uma investigação clínica, epidemiológica e social realizada no primeiro nível de atenção.

A realização do diagnóstico situacional em saúde de uma comunidade implica termos acesso ou produzirmos informação de qualidade e, para isso, precisamos saber trabalhar e entender de sistemas de informação, base de dados, construção de indicadores, etc.

Reforça-se que o diagnóstico situacional em saúde é feito para conhecer os problemas de saúde mais importantes, suas causas e suas consequências. Um dos

desafios do processo de planejamento em saúde diz respeito à capacidade do grupo que está planejando de identificar, descrever e explicar os principais problemas de saúde num determinado território, buscando definir prioridades quanto às soluções para reduzir esses problemas e elaborando um plano de ação baseado nessas prioridades.

Como na maioria das situações não se dispõe de muito tempo e/ou dinheiro para coletar informações necessárias para a elaboração de um plano de ação, um método que ofereça resultados rápidos, que seja capaz de avaliar os aspectos qualitativos e quantitativos dos problemas de saúde com custo mínimo, certamente é valioso.

A equipe 1, onde atuo, tem uma população de mais de 8000 habitantes, sem cadastramento de nenhuma das pessoas até agora. Esta equipe é completa e composta por: um médico, uma enfermeira, duas auxiliares da enfermagem e seis agentes comunitários. O tempo da Equipe 1 está ocupado quase que exclusivamente com as atividades de atendimento à demanda espontânea (95%) e de alguns programas como pré-natal, “preventivo” de câncer de mama e ginecológico, atendimento individual a hipertensos e diabéticos e acompanhamento e visita domiciliar isoladas.

Todos os usuários da equipe moram em área rural. Existe um predomínio do sexo feminino com 4460 femininos (54,20 %) e 3770 masculinos (45,80 %) para um índice de 1,25 femininos por cada 1 masculino. O Quadro 1 apresenta a distribuição dos moradores de acordo com a faixa etária e sexo.

Quadro 1- Distribuição da população por grupos etários, 2014.

Número total de pessoas por idade e sexo	Masculinos	%	Femenino	%
0 a 6 meses	30	0.8%	40	0.9%
6 a 12 meses	34	0.9%	54	1.2%
12 a 24 meses	53	1,4%	70	1.5%
2 a 5 anos	170	4.5%	152	3.4%
5 a 10 anos	309	8.2%	325	7.3%
10 a 13 anos e 11 meses	236	6,3%	213	4.8%
14 a 15 anos e 11 meses	154	4,1%	186	4.2%

De 16 a 18 anos	143	3.8%	134	3.0%
De 19 a 60 anos	2256	59.8%	2676	60.0%
60 anos	385	10.2%	610	13.7%
Total	3770	45.80 %	4460	54.20 %

Para a definição dos problemas foram utilizados métodos e técnicas de grupo para gerar ideias ou se conseguir consensos, como o grupo focal e a chuva de ideias. Estas técnicas se fizeram com a participação de líderes formais e não formais da comunidade.

Pelo Método de Estimativa Rápida, sem ter culminado com o cadastramento em nossa área ou território de abrangência, podemos mostrar os dados preliminares como os principais problemas de saúde que são :

- Elevado consumo de substâncias tóxicas.
- Alta incidência de doenças crônicas descompensadas.
- Alto número de adolescentes grávidas.

Para priorizar os problemas de saúde identificados, nós utilizamos o Método de Ranqueou. Selecionamos quatro problemas. O Método de Ranqueou permitiu ordená-los, segundo sua prioridade para busca de solução pela ordem estabelecida seguindo os seguintes critérios:

A- Tendência.

B- Frequência.

C- Gravidade. Afetar

D- Vulnerabilidade.

E- Disponibilidade de recursos para sua solução.

F- Coerência com a missão do que planifica.

Estabeleceu-se um valor de 2 a 0 para cada um dos problemas selecionados.

O Valor de 2 fornece: alta frequência, gravidade, repercussão na população e nos recursos disponíveis, tendência ascendente, e alta vulnerabilidade.

O Valor de 1 outorga a cada um dos critérios que se cumprem em parte e o 0 para os que no se cumprem.

O seguinte quadro amostra a pontuação outorgada a cada problema levando em conta os critérios anteriormente mencionados.

Resultados do Método do Ranqueo.

Problemas	A	B	C	D	E	F	Total
2. Alta incidência de Hipertensão Arterial descompensada.	2	2	2	2	1	2	11
3. Elevado número de adolescentes grávidas.	2	2	2	1	1	2	10
5. Elevado consumo de substâncias tóxicas.	2	2	2	2	0	1	9
6. Alta incidência de Diabetes Mellitus descompensada.	2	2	2	2	2	2	12

A partir dos problemas priorizados seguindo a ordem do Método de Ranqueo, temos:

- 1- Alta incidência de Diabetes Mellitus descompensada.
- 2- Alta incidência de Hipertensão Arterial descompensada.
- 3- Alto número de adolescente grávida.
- 4- Elevado consumo de substâncias tóxicas.

É imprescindível conhecer as causas e fatores causais e de risco para cada problema e assim poder determinar os objetivos e as estratégias que se devem realizar para eliminar esses fatores e dar solução ao problema.

A técnica de Ishikawa ou de espinha de peixe, não somente serve para identificar os problemas, mas também permite analisar as causas, assim como os fatores que intervierem nelas. Trabalharemos com o primeiro problema por ser o de maior possibilidade de intervenção com recursos próprios de saúde. Os demais necessitam da participação intersectorial não disponível neste momento. Por outro lado, é a primeira vez que daremos início ao trabalho em equipe de saúde para intervir nessa problemática.

2 JUSTIFICATIVA

Implementar um plano de intervenção com vistas à redução da incidência da Diabetes *mellitus* descompensada na Unidade Básica de Saúde Vilas Reunidas tem uma grande importância para os pacientes diabéticos porque quando a Diabetes não é tratada adequadamente podem ocorrer complicações agudas ou crônicas, caracterizadas por danos a órgãos alvos e algumas complicações podem causar invalidez como a cegueira e amputação. Pode, também, causar problemas dermatológicos, renais, neurológicos e problemas metabólicos generalizados, entre outras complicações; a frequência de problemas cardíacos como acidente vascular cerebral (AVC) e ataque cardíaco está entre 2 a 4 vezes, maior nas pessoas com diabetes. As complicações da diabetes são muito menos comuns e severas nas pessoas que possuem os níveis glicêmicos bem controlados, mantendo-os entre 70 e 100 mg/dl em jejum.

A educação ajuda as pessoas com diabetes iniciar autogestão eficaz e lidar com o diabetes quando são diagnosticados pela primeira vez. Ainda auxilia as pessoas com diabetes autogerir adequadamente ao longo dos tempos a própria diabetes. Novos desafios e avanços do tratamento se tornam disponíveis, permite aos pacientes (incluindo os jovens) otimizar o controle metabólico, prevenir e tratar as complicações, e maximizar a qualidade de vida, de uma maneira custo-efetiva.

Melhores práticas atuais de educação é uma abordagem baseada nas competências que se concentram em ajudar as pessoas com diabetes a fazer escolhas conscientes. É uma metodologia centrada no paciente e coloca a pessoa com diabetes e sua família no centro do modelo de atenção a trabalhar em colaboração com os profissionais de saúde. O cuidado centrado no paciente é respeitoso e sensível às preferências individuais dos pacientes, necessidades e valores e garante que os valores do paciente orientarem todas as decisões que devem ser tomadas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Implementar um plano de intervenção com vistas à redução da incidência da Diabetes Mellitus descompensada.

3.2 Objetivos específicos

Identificar os fatores determinantes de Diabetes *mellitus* descompensada na área de abrangência da Equipe 1 da UBS Vilas Reunidas.

Identificar na literatura o que se tem publicado a respeito do Diabetes *mellitus* e seu tratamento.

4 METODOLOGIA

O Plano de ação se baseou no diagnóstico do território da UBS Vilas Reunidas, Sabará 2013, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional, onde se identificou os problemas de saúde que mais afetam a população e após fez-se a priorização de um deles que é a grande incidência da Diabetes *mellitus* descompensada.

Também foram definidos os “nós críticos” para preparação do plano operativo onde se descrevem ações para a possível solução do problema, os resultados esperados, os recursos necessários, identificação dos responsáveis pelas ações descritas, sua motivação, bem como o cronograma de cumprimento e como se avaliam as atividades planejadas.

Para a elaboração do Plano, foi primeiramente feita pesquisa bibliográfica por meio de busca de trabalhos científicos disponíveis em base de informação como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Eletronic Library OnLine* (SciELO) PUMED, Biblioteca Virtual do NESCON/UFMG. Os descritores utilizados foram: Diabetes Mellitus, Prevenção e Educação.

Outras informações foram obtidas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 2013, reuniões de grupos operativos com profissionais de saúde da unidade e dados da Secretaria Municipal de Saúde.

5 REVISÃO DA LITERATURA

No mundo existem cerca de 387 milhões de pessoas com Diabetes *mellitus* (DM), para uma prevalência de 8,3%. Um em cada doze pessoas têm diabetes, uma em cada duas pessoas com diabetes não sabem que elas têm o que representa 46,3% não diagnosticado e a cada sete segundos uma pessoa morre de diabetes. Foram citadas 4,9 milhões de mortes em 2014. Espera-se um aumento de mais de 205 milhões em 2035 e 77% das pessoas com diabetes vivem em países de renda média e baixa (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

A DM é a quarta ou quinta maior causa de morte nos países com maior poder aquisitivo e há provas substanciais de que é uma epidemia em muitos países em desenvolvimento economicamente e de industrialização recente. Diabetes é, sem dúvida, um dos mais graves problemas de saúde do século XXI (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

O número de pessoas com diabetes tipo 2 está aumentando em todos os países. A maioria delas tem idade entre 40 a 59 anos. Sabe-se que mais de 79.000 crianças desenvolveram diabetes tipo 1, em 2013 e mais de 21 milhões de nascidos vivos foram afetados pelo diabetes durante a gravidez, também, em 2013. O custo de diabetes foi de pelo menos 548 mil milhões de dólares gastos em 2013: 11% da despesa total com adultos. A diabetes e tolerância anormal à glicose estão entre as doenças não transmissíveis mais comuns (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

A diabetes pode ser encontrada em todos os países. Sem programas eficazes de prevenção e de gestão, a incidência vai continuar a aumentar em todo o mundo. O percentual de diabetes tipo 2 é encontrado entre 85% e 95% de todas as diabetes em países ricos e pode representar uma porcentagem ainda maior nos países de renda média e baixa. A diabetes tipo 2 é uma condição comum e um grave problema de saúde global (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Na maioria dos países, diabetes tem aumentado em conjunto com rápidas mudanças culturais e sociais: o envelhecimento da população, a urbanização crescente, mudanças na dieta, falta de atividade física e comportamentos pouco saudáveis. Na maioria dos países ricos, a maioria de diabetes em crianças e

adolescentes é a diabetes tipo 1 (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Quase metade de todos os adultos com diabetes têm entre 40 e 59 anos de idade e no que diz respeito ao sexo, há diferença entre o masculino e feminino no total de pessoas com diabetes, em 2013: há cerca de mais de 14 milhões de homens do que de mulheres. No entanto, essa diferença deverá aumentar para 15 milhões em 2035 (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Uma pessoa com diabetes pode viver por anos sem apresentar nenhum sintoma, mas durante este tempo os níveis de glicose no sangue silenciosamente danificam o corpo e podendo resultar em complicações da diabetes. As complicações associadas com diabetes são tão variadas que mesmo quando existem sintomas, não pode parecer que o diabetes é a causa, a menos que testes precisos e adequados sejam executados. As pessoas não diagnosticadas devem tomar medidas para controlar os seus níveis de glicose no sangue e seu estilo de vida (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Alguns dos custos associados com a diabetes são o aumento do uso de serviços de saúde, perda de produtividade e de incapacidade, que pode ser uma sobrecarga considerável para indivíduos, famílias e sociedade. Quando as pessoas têm diabetes não diagnosticada por um longo tempo, perdem oportunidades e os benefícios potenciais de diagnóstico precoce e tratamento. Além disso, os custos relacionados com diabetes não diagnosticada são consideráveis (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

As complicações da diabetes são a principal causa de incapacidade, diminuição da qualidade de vida e morte. Complicações do diabetes podem afetar diferentes partes do corpo e se manifestam de formas diferentes em pessoas diferentes. Já não há normas acordadas internacionalmente para o diagnóstico e avaliação das complicações da diabetes. Estas são muito comuns já com pelo menos uma presente em uma grande porcentagem de pessoas com diabetes no momento do diagnóstico (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Na Europa (EUR), existem cerca de 52 milhões de pessoas com diabetes para uma prevalência de 7,9%; no Oriente Médio e Norte da África há cerca de 37 milhões a uma prevalência de 9,7%; no Pacífico Ocidental (WP) 138 milhões para uma prevalência de 8,5%; no Sudeste Asiático (SEA) 75 milhões para uma prevalência de 8,3%; na África, 22 milhões com uma prevalência de 5,1% (AFR); na América do Norte e Caribe (NAC) há 39 milhões de pessoas com uma prevalência de 11,4% e na América do Sul (SACA) Central, 25 milhões, com uma prevalência de 8,1% (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Nos países da América Central e do Sul, a maior prevalência de diabetes entre os adultos de 20 a 79 anos está em Puerto Rico, com 15,5%, seguido pelo Chile com 12,32%, República Dominicana com 10,74%, El Salvador com 10,55%, Nicarágua com 10,32%. Estima-se que o Brasil tem 11.623,32, e 3.228,96 casos de diabetes não diagnosticados, com uma prevalência de 8,68% (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

A diabetes está na lista das cinco doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista. No Brasil ocorreram 116.382 óbitos em 2014 relacionados ao diabetes (entre 20-79 anos) (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

O Brasil se encontra entre os 10 países com o maior número de pessoas com diabetes (20-79 anos), China (98,4 milhões), Índia (65,1 milhões), Estados Unidos (24,4 milhões), Brasil (11,6 milhões), Rússia (10,9 milhões), México (15,7 milhões), México (8,7 milhões), Indonésia (14,1 milhões), Indonésia (8,5 milhões), Egito (13,1 milhões), Alemanha (7,6 milhões), Paquistão (12,8 milhões), Egito (7,5 milhões), Turquia (11,8 milhões), Japão (7,2 milhões) (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde realizada com cerca de 32,5% da população adulta da Bahia, o equivalente a 3,4 milhões de pessoas, mostraram que pelo menos uma pessoa tem uma doença crônica não transmissível (DCNT) (BRASIL, 2014). O levantamento, realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), revela que essas enfermidades atingem principalmente o sexo feminino (38,3%), o equivalente a 2,1 milhão de mulheres e 1,2 milhão de homens (25,7%) portadores de enfermidades

crônicas. No Brasil, o índice atinge cerca de 40% da população, o equivalente a 57,4 milhões de pessoas (BRASIL, 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis são responsáveis por mais de 72% das causas de mortes no Brasil. A hipertensão arterial, o diabetes, a doença crônica de coluna, o colesterol (principal fator de risco para as cardiovasculares) e a depressão são as que apresentam maior prevalência no país. A existência dessas doenças está associada a fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo (BRASIL, 2014).

Dados nacionais sobre o atendimento mostram, por exemplo, que a Unidade Básica de Saúde (UBS) também foi o principal local mencionado pelos entrevistados com diabetes que receberam assistência médica nos últimos 12 meses dos quais 47% da população, ou seja, 3,7 milhões de pessoas foram atendidas na Atenção Básica. Destes, 65,2% foram atendidos pelo mesmo médico, 95,3% conseguiram fazer todos os exames solicitados e 83,3% foram consultados com especialistas após encaminhamento. Quanto se trata das complicações de saúde mais comuns, entre os que disseram ter a doença – tanto para os com mais ou menos 10 anos de diagnóstico – destacam-se problemas de vista, os circulatórios e nos rins (BRASIL, 2014)

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) se caracterizam como um grande problema de saúde dos brasileiros, conforme comprova a PNS. São importante causa de mortalidade no país, além de causarem outras enfermidades que afetam a capacidade e a qualidade de vida da população adulta (BRASIL, 2014).

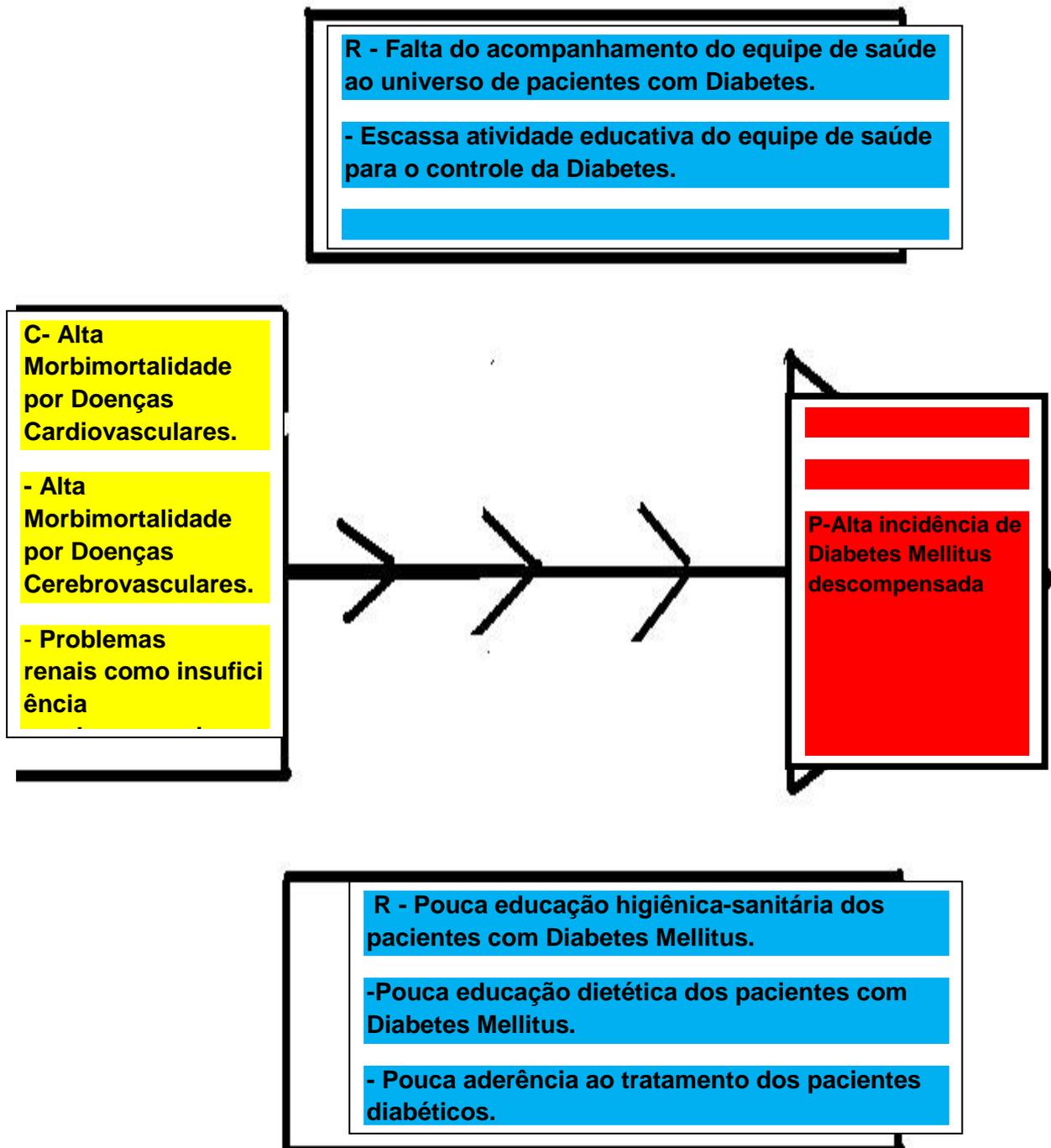
Por isso, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, com metas e ações previstas até 2022. Nesse contexto, estão previstas a redução da mortalidade por DCNT em 25%, do consumo de sal em 30%, do tabaco em 30%, do álcool abusivo em 10%, da inatividade física em 10%, além do aumento da ingestão de frutas, legumes e verduras em 10%, com a expectativa de reduzir a hipertensão em 25% e frear o crescimento do diabetes e da obesidade (BRASIL, 2014).

Destaca-se que o Programa Mais Médicos levou mais de 14 mil profissionais para cerca de 3,7 mil municípios, beneficiando mais de 50 milhões de brasileiros em todo o país. Somente com esses médicos, o número geral de consultas realizadas em Unidades de Básicas de Saúde (UBS) cresceu quase 35% entre janeiro de 2013 e janeiro de 2014. Entre esses atendimentos, tiveram destaque os de pessoas com diabetes, que aumentaram cerca de 45%, e os de pacientes com hipertensão arterial, que aumentaram 5%. O encaminhamento a hospitais diminuiu em 20%, o que mostra um maior grau de resolubilidade da Atenção Básica (BRASIL, 2014).

A hiperglicemia define diabetes e controle glicêmico é fundamental para o controle do diabetes. O estudo ACCORD foi projetado para examinar o impacto do controle da Hemoglobina Glicada (A1C) intensivo sobre os resultados das Doenças Cardiovasculares e mostrou que os níveis de A1C mais baixos foram associados com o início ou progressão das complicações microvasculares reduzidas (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2014; ISMAIL-BEIGI *et al.*, 2010).

Uma das controvérsias mais importantes em diabetes refere-se ao poder do controle glicêmico intensivo sobre as complicações macrovasculares. Artigo publicado na revista "The Lancet", em agosto de 2014, teve por objetivo avaliar se o controle intensivo da hiperglicemia pode reduzir substancialmente o risco de doença isquêmica cardíaca em pacientes com diabetes tipo 2 (DM2). Os autores concluíram que a hiperglicemia é um fator de risco modificável para doença isquêmica cardíaca em indivíduos de meia idade portadores de DM2 e de outros fatores de risco cardiovascular (GERSTEIN *et al.*, 2014).

Assim, torna-se de fundamental importância investir em estratégias que possibilitem diminuir a incidência de diabetes descompensada, na Unidade de Saúde Vilas Reunidas, em Belo Horizonte, pois a situação nesta Unidade precisa ser melhorada, conforme Figura 1 a seguir.



Fonte: Análises da Situação de Saúde UBS Vilas Reunidas

Portanto, torna-se relevante a implementação do Plano de ação apresentado.

6 PLANO DE AÇÃO

Este plano teve como princípios norteadores o Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Problema	Atividades	Prazo	Lugar	Recursos	Responsáveis	Produtos esperados
Alta prevalência de Diabetes Mellitus descompensado	Orientações educativas individuais com cada paciente diabético no acolhimento da enfermeira e na consulta médica.	Permanente.	UBS	Equipe multiprofissional	Enfermeiras e médicos.	Nível de conhecimentos dos pacientes diabéticos sobre sua doença e como se cuidar aumentado
	Realização de palestras educativas nas consultas de hiperdia.	Permanente.	UBS	Equipe multiprofissional	Enfermeiras e médicos.	Nível de conhecimentos dos pacientes diabéticos relativos à doença, atividades físicas, alimentação e outras dúvidas aumentado.
	Orientações educativas nas casas dos pacientes.	Permanente.	Casas dos pacientes.	Equipe multiprofissional	Enfermeiras e médicos, agentes comunitários.	Pacientes e familiares com respostas mais positivas sobre o DM e prevenção da doença e promoção da saúde.

	Atividades demonstrativas aos pacientes sobre a técnica correta de aplicar-se a insulina.	Permanente.	UBS e casa dos pacientes.	Equipe multiprofissional, seringas de insulina, Insulina.	Enfermeiras e médicos, técnicos de enfermagem.	Pacientes sabendo a técnica correta e o volume para aplicar-se a insulina.
	Palestras educativas para a população ao nível de cada microarea.	A cada três meses	Micro áreas	Humanos e materiais educativos.	Médicos, enfermeiras e agentes comunitários..	População conhecendo os principais sintomas e consequências da Diabetes Mellitus para a saúde.
	Utilização dos meios de comunicação para enviar mensagem educativas á população.	Permanente.	UBS, casas. Micro áreas	Humanos e materiais	EBS, Secretaria Municipal de saúde.	Meios de comunicação transmitindo mensagens educativas á população.
	Material educativo na UBS, para que os pacientes o utilizem na sala de espera.	Um semestre do ano.	UBS Vilas Reunidas	Material educativo.	Equipe de saúde.	Material educativo na sala de espera da UBS, assim como nos murais.
	Palestras educativas na sala de espera dos pacientes.	Uma vez por mês.	UBS Vilas Reunidas	Equipe multiprofissional,	Enfermeiras.	População com maior conhecimento da Diabetes.

	Grupo operativo com os pacientes diabéticos.	Uma vez por mês.	UBS Vilas Reunidas	Equipe multiprofissional,	Médicos, enfermeiras, técnicas de enfermagem, agentes comunitários.	Maior conhecimento dos pacientes diabéticos sobre sua doença.
	Capacitação aos agentes comunitários sobre diabetes Mellitus.	Primeiro trimestre do ano.	UBS Vilas Reunidas	Equipe multiprofissional,	Médico e Enfermeira	Que os agentes comunitários conheçam da Diabetes para maiores orientações à população.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conhecer a realidade da Vila Reunidas, local onde exerço minha profissão foi de grande importância para meu trabalho no dia a dia.

A literatura aponta e minha experiência também como é um problema de saúde pública a doença Diabetes. Ela traz complicações para o paciente, aumento de custos hospitalares e problemas sociais.

Acreditamos que com a implementação do plano de ação pode-se elevar o conhecimento dos indivíduos, famílias e comunidade sobre a prevenção da Diabetes *mellitus* descompensada e incrementar a participação ativa das comunidades, melhorar as condições higiênicas sanitárias dos pacientes, obter melhores indicadores de saúde com a redução da incidência das doenças cardiovasculares.

Dessa forma, o plano vai permitir também melhorar a qualidade de vida dos pacientes e promover a saúde da comunidade.

REFERENCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes -- 2014. **Diabetes Care**. v. 34, Suppl, 1:S14-S80, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde**, 2014 <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/16008-3-4-milhoes-habitantes-da-bahia-tem-pelo-menos-uma-doenca-cronica>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação da atenção básica (DATASUS). Município Sabará/ Minas Gerais, 2013.

CAMPOS, F. C.C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte. NESCON/UFMG, 2010.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES- IDF **Diabetes Atlas**, 6. ed. Bruxelas, Bélgica ..International Diabetes Federation. 2013. http://www.idf.org/sites/default/files/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.pdf

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES -IDF **Diabetes Atlas**, 6. ed. Bruxelas, Bélgica.. International Diabetes Federation. Atualização 2014. http://www.idf.org/sites/default/files/Atlas-poster-2014_ES.pdf.

GERSTEIN, H.C. *et al.* Effects of Intensive Glycaemic Control on Ischaemic Heart Disease: Analysis of Data from the Randomized, Controlled ACCORD Trial. **The Lancet**, n. 14, p. 60611-5, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Atlas de Desenvolvimento Humano**. Município Sabará /Minas Gerais, 2014.

ISMAIL-BEIGI F. *et al.* Effect of intensive treatment of hyperglycaemia on microvascular outcomes in type 2 diabetes: an analysis of the ACCORD randomised trial. **Lancet**. v.376, p. 419–430, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ. História de Sabará. 2013-2016. http://sabara.mg.gov.br/site_pms/. Acesso em: 5 abril, 2014a.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ. Plano Saúde Municipal. Sabará/Minas Gerais. Disponível em: Secretaria Saúde Sabará. Consultado em: 5 mar., 2014b