

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

ANA OFÉLIA MILANES BOZA

**CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À
OCORRÊNCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA
COMUNIDADE DE SÃO FÉLIX: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

MACEIÓ - ALAGOAS

2015

ANA OFÉLIA MILANES BOZA

**CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À
OCORRÊNCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA
COMUNIDADE DE SÃO FÉLIX: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO EDUCATIVA**

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

ORIENTADOR: Prof. Dr. André Luiz dos Santos Cabral

MACEIÓ - ALAGOAS

2015

ANA OFÉLIA MILANES BOZA

**CONHECIMENTO DOS FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À
OCURRÊNCIA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA
COMUNIDADE DE SÃO FÉLIX: UMA PROPOSTA DE
INTERVENÇÃO EDUCATIVA.**

Banca examinadora

Prof: Dr. André Luiz dos Santos Cabral

Prof. Dra. Márcia Bastos Rezende

Aprovado em Belo Horizonte,

DEDICATORIA

A minha família, por me ajudar nos meus estudos, os grandes gestos e o amor incondicional.

Meu marido, que me dá força para ir em frente.

AGRADECIMENTOS

Minha virgem, por me guiar na direção certa.

Meus orientadores, professor Teófilo Guimarães e Dr. André Luiz dos Santos Cabral por fazerem parte deste projeto.

A minha colega e amiga Aracelis por todo esforço e pelas horas dedicadas a mim.

Minha Revolução, por ser hoje uma médica internacional.

RESUMO

Santana do Ipanema é um município, do estado Alagoas. O nosso Programa Saúde da Família (PSF) é o de São Félix. Na comunidade as principais causas de morbidade e mortalidade ocorridas no ano 2013, foram: doenças endócrino-metabólicas, entre elas a *diabetes mellitus*. Essas doenças estão ocupando lugar preponderante, principalmente em pessoas susceptíveis, por falta de conhecimento da prevenção. A *diabetes mellitus* é a quarta causa de morte no Brasil. Detectou-se que as principais causas de aparecimento da doença, de sua descompensação e suas complicações, incluindo a morte, está relacionada com a ignorância e também baseado nos fatores de risco e nas ações necessárias quanto ao correto controle. Decidimos elaborar um programa de educação para maior conscientização dos pacientes sobre os fatores de risco para controle da *diabetes mellitus*. Para elaboração do plano de intervenção ficou estabelecida uma priorização dos problemas encontrados pela estimativa rápida e, em seguida, analisaram-se as influências negativas para a população. Assim, com base nos problemas nós críticos, foram elaboradas as operações e as possíveis soluções, levando-se em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários. Propusemos um plano operacional para que os pacientes aprendessem mais sobre o risco de adoecer de *diabetes mellitus*, oferecer linha de cuidado em relação aos hábitos tóxicos e ao estilo de vida inadequados, contribuir com melhor atendimento e acompanhamento e obter informações sobre população com fatores de risco de desenvolvimento da doença. Nossa equipe decidiu criar uma proposta para melhorar o conhecimento dos fatores de risco, e assim diminuir a morbidade e a mortalidade.

PALAVRAS CHAVE: Doença crônica. Promoção e Prevenção. Fatores de Risco.

ABSTRACT

Santana do Ipanema is municipality, state of Alagoas, within the population served is our PSF São Félix, incorporated into the community health program Família. Na the leading causes of morbidity and mortality occurred in the year 2013 were: endocrine metabolic diseases, including diabetes mellitus. These diseases, are playing a dominant role in morbidity and mortality, especially in people at risk for lack of knowledge in risk control. A diabetes is the fourth leading cause of death in Brazil. It turned out that the main causes for the appearance of the disease, its decompensation and its complications, including death, say that the main cause is ignorance and based on risk factors and necessary for proper control actions. We set up a program of education for greater awareness among patients about the risk factors to control the diabetes mellitus. For elaboration of the intervention was established prioritization of the problems encountered by the flash estimate and then examined whether the negative influences for the population. Thus, based on the problems and critical nodes, drawn from the operations and possible solutions, taking into account the expected results, the product and the required resources. We proposed an operational plan to learn more risk of suffering diabetes mellitus, offer a line of nursing care of the toxic habits and inappropriate lifestyle, contribute to better care and monitoring and information about people with risk factors and develop the disease. Our equipe, decided to develop a proposal to improve the knowledge of risk factors, and thus reduce morbidity and mortality.

KEYWORDS: Chronic Disease. Prevention and Promotion. Risk Factors.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
4 METODOLOGIA.....	18
5 REVISÃO TEÓRICA.....	19
6 PLANO DE AÇÃO.....	21
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	30
REFERÊNCIAS.....	31

1 INTRODUÇÃO

Início este Trabalho de Conclusão de Curso apresentando o cenário onde o processo de trabalho, e de ser aluna do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família o originou.

O município de Santana do Ipanema foi primitivamente chamado Santana da Ribeira do Ipanema, por estar situado à margem do rio Panema ou Ipanema. A palavra ypanema é de origem indígena que significa água ruim ou imprestável. Algum tempo depois passou a se chamar Santana do Ipanema.

A atual cidade de Santana do Ipanema, nos últimos anos do século XVIII, era um insignificante arraial habitado por índios e mestiços. Por essa época chegou à região o padre Francisco José Correia de Albuquerque, missionário natural de Serinhaém, em Pernambuco. Muito moço, não contava com mais de 22 anos, e em pouco tempo conseguiu, com o exemplo de suas virtudes e auxílio de sua palavra eloquente, não só implantar naquela gente rude os preceitos da religião cristã e princípios de civilização, mas também, construir uma igreja com doações de beatas, que ali habitavam (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA, 2014).

A freguesia foi criada em 24 de fevereiro de 1836, pela Lei nº 9, sob a invocação de Santa Ana. Por meio da Resolução de nº 681, de 24 de abril de 1875, tornou-se vila e pelo artigo 6º da mesma Lei foi desmembrado do território de Traipú. A Lei nº 893, de 31 de maio de 1921, elevou-a a categoria de cidade.

Santana do Ipanema é um território de aproximadamente 438 km², cuja altitude média é de 250m acima do nível do mar, e tem temperaturas que variam de 20°C a 39°C. Sua concentração habitacional é assim constituída: população residente na área urbana: 27.185 pessoas, e na área rural: 17.747 pessoas. Conta com aproximadamente 14.258 domicílios e 11.445 famílias (SIAB, 2013).

Dentro do município a nossa equipe de saúde atende a população pertencente ao povoado São Félix, localizado a uma distância do município de 11 km. A população conserva hábitos e costumes próprios da população rural brasileira e gosta de

comemorar as festas religiosas, em particular as festas juninas. Na comunidade tem havido algum investimento público (escola e restauração do centro de saúde) em função da pressão da associação comunitária, que é bastante ativa. A população tem muito apreço pela unidade de saúde, fruto de anos de luta da associação.

Até fevereiro do ano em curso, a população total era 3.994 habitantes em nossa área de abrangência da Equipe, destes 2029 (50,8%) são homens e 1965 (49,2%) são mulheres, distribuídos por faixa etária de acordo com o que é apresentado no quadro 1.

Quadro 1: Distribuição da população de São Félix segundo a faixa etária (SIAB, 2013)

Faixa etária	Masculino		Feminino	
	N	%	N	%
< 1 ano	21	0,52	20	0,50
1 a 4 anos	119	2,97	134	3,35
5 a 6 anos	85	2,13	75	1,88
7 a 9 anos	124	3,10	124	3,10
10 a 14 anos	254	6,36	224	5,61
15 a 19 anos	241	6,03	230	5,76
20 a 39 anos	629	15,75	611	15,29
40 a 49 anos	216	5,41	209	5,2
50 a 59 anos	140	3,50	132	3,30
> 60 anos	200	5,00	209	5,23
Total	2.029	50,80	1.965	49,20

Fonte: SIAB. 2013

A leitura dos dados aponta a predominância de pessoas na faixa etária de 20 a 39 anos, com 629 pacientes, no Posto de Saúde da Família (PSF) de São Félix.

De acordo com o índice de Rosset (2007) que é um índice que fala sobre o grau de envelhecimento de uma população, tem-se a seguinte classificação da população:

Classificação da população pelo índice de Rosset.

De 0 a 7 %: População madura

De 7 a 10 %: População com envelhecimento insipiente

De 10 a 13 %: População com envelhecimento avançado

De 13 a 16 %: População abertamente envelhecida

Maior 16%: População muito envelhecida

Então temos que

$$IR = \frac{\text{N. de Idosos de 60 anos ou mais} \times 100}{\text{População Total}}$$

$$IR = 409 \times 100$$

$$IR = 10,24 \%$$

Dessa forma com base no índice proposto por Rosset (2007), é considerada população com envelhecimento avançado no ano 2013, dado muito importante para poder fazer o diagnóstico epidemiológico municipal.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, as principais atividades são: agricultura, comércio e pecuária.

A estrutura de saneamento básico na comunidade deixa muito a desejar, principalmente no que se refere à rede de esgoto. Parte da comunidade vive em moradias bastante precárias. A área apresenta elevada concentração de *Aedes aegypti*, constituindo risco de surtos de dengue.

Os dados sobre instalações sanitárias por micro áreas são apresentados no quadro 2.

Quadro 2 - Famílias cobertas por instalações sanitárias na área de abrangência da equipe de saúde da família PSF São Félix, (SIAB, 2013).

DESTINO FEZES/URINA	N	%
Sistema de Esgoto	10	0,96
Fossa	643	61,65
Céu aberto	390	37,39

Fonte: SIAB. 2013

Nota-se que a fossa séptica é a maneira mais comum para armazenar resíduos sólidos.

Os dados do quadro 3 apresentam o quantitativo de famílias que têm cobertura da coleta de lixo.

Quadro 3- Famílias cobertas por destino do lixo na área de abrangência da equipe de saúde da família PSF São Félix, (SIAB, 2013).

DESTINO DO LIXO	N	%
Coleta pública	175	16,78
Queimado/Enterrado	755	72,39
Céu aberto	113	10,83

Fonte: SIAB. 2013

Observa-se em relação ao lixo, que a situação não é positiva. Há 113 residências que tem descarte a céu aberto e 755 que queimam ou enterram o lixo e só 175 são os que têm coleta pública.

No que tange ao abastecimento de água, os dados do quadro 4 mostram que há predominância quase absoluta de rede com água tratada.

Quadro 4 - Famílias cobertas por abastecimento de água na área de abrangência da equipe de saúde da família PSF São Félix, (SIAB, 2013).

ABASTECIMENTO DE ÁGUA	N	%
Rede pública	521	49,95
Poço ou nascente	300	28,76
Outros	222	21,28

Fonte: SIAB 2013

O diagnóstico situacional feito durante a realização das atividades do módulo de planejamento e avaliação em ações básicas de saúde (CAMPOS *et al.*, 2010), mostraram que as principais causas de morbidade e mortalidade ocorridas no ano de 2013 foram, em ordem decrescente, doenças do aparelho circulatório 35,52%, neoplasias 23,64%, doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas 38,2%, doenças do aparelho respiratório 7,43% e outras 8,41%.

Os dados do quadro 5 apresentam a morbidade na área de abrangência Posto de Saúde da Família (PSF) de São Félix.

Quadro 5 Morbidade referida na área de abrangência da equipe de saúde da família PSF São Félix (SIAB, 2013).

Faixa etária	Morbidade referida							
	Alcoólicos		Chagas		Deficientes		Diabéticos	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 a 14 anos	0	0	0	0	2	0,17	0	0
15 anos e mais	17	0,60	0	0	28	1,00	47	1,67
Total	17	0,60	0	0	30	0,75	47	1,18

Fonte: SIAB 2013

Percebe-se que no conjunto de dados a maior mortalidade é por doenças do aparelho endócrino- metabólico, constituindo este o problema de saúde em que iremos trabalhar.

Nestes dados corrobora-se que as doenças do aparelho endócrino-metabólico estão ocupando lugar preponderante na morbidade e mortalidade, principalmente em pacientes susceptíveis e por falta de conhecimento preventivo dos fatores de riscos, em que o médico de família pode agir para controlá-los, modificá-los e assim, prevenir ou retardar o aparecimento da doença, aumentando a qualidade e esperança de vida deste grupo de pessoas.

Nas características de urbanização, o povoado é predominantemente rural, a maioria das casas do principal núcleo urbano são feitas com alvenaria e outras são feitas com madeira. O povoado tem poucas casas mal estruturadas, geralmente na zona rural do povoado encontramos habitações em condições precárias. Pela sua geografia, não há risco de inundação, desabamento ou outros.

Tem algumas áreas de risco ambiental e para a saúde humana, dadas por fábricas de carvão e tijolos, criam-se frangos, gado, cavalos, e porcos, todos perto da água. O terreno é irregular podendo causar alguns acidentes (quedas de motos e cavalo, assim como acidentes de carros).

A organização social é dada pelos principais partidos políticos do Brasil, os quais têm representação.

Temos a organização pastoral da saúde, organização religiosa que apoia as ações de saúde no município; o grêmio estudantil e o movimento Cultivando Água Boa, este último ambientalista.

Temos três escolas localizadas em três posições, apenas uma delas oferece o ensino médio, as demais ofertam apenas o ensino fundamental.

No que diz respeito a crenças religiosas, a religião católica é predominante, no entanto há presença de evangélicos e também uma minoria com outras religiões.

Há energia elétrica, mas não há serviços dos correios e nem bancos. A comunicação preferencial é por celular e alguns telefones fixos, não há muita boa cobertura do sinal.

A unidade de saúde está localizada na entrada do povoado, o horário de funcionamento é de oito horas por dia; pela manhã realizam-se consultas de 8h às 12h, em seguida são realizadas as visitas domiciliares entre 14 e 17 horas, alternando às quintas-feiras, para oferecer cuidados à população de Pedra Rica e de São Raymundo, locais distantes do povoado.

A equipe de saúde é completa por 14 agentes comunitários, quatro técnicos de enfermagem, uma enfermeira, um cirurgião dentista, uma auxiliar da saúde bucal, dois administrativos, um motorista e uma médica. Todos trabalham 40 horas por semana. A enfermeira e a médica contam com 8 horas de estudo semanais.

O Programa Saúde da Família do município conta com 25 Equipes de Saúde da Família, e duas equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Ressalta-se que os sistemas de referência e contra referência estão estabelecidos, embora ainda existam dificuldades com contra referências de cuidados no hospital.

2 JUSTIFICATIVA

A *Diabetes Mellitus* tipo 2 tornou-se problema de saúde em todo o mundo por sua crescente incidência e prevalência, e associada a elevada morbidade e mortalidade devido as várias complicações que surgem em seu curso. Conforme a (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009), quase quatro milhões de mortes na faixa etária de 20 a 79 anos poderiam ser atribuídos a diabetes em 2010, representando 6,8% da mortalidade mundial por todas as causas nessa faixa etária.

Entre os fatores de risco podem ser citados: idade, maior predisposição depois de 45 anos, tendência hereditária, a pressão arterial elevada (hipertensão), hipercolesterolemia, obesidade, estresse, tabagismo, sedentarismo e má alimentação. A *diabetes mellitus* é uma doença que pode ser prevenida de forma significativa, se forem conhecidos e controlados seus fatores de risco.

Na nossa área de abrangência a principal causa de morte por doenças endócrino-metabólicas estão relacionadas com fatores nutricionais, morbidade por diabetes, obesidade, hiperlipidemia e outros fatores de risco de adquirir dessa doença.

Decidimos realizar uma intervenção educativa objetivando o controle do problema detectado e com isto melhorar a qualidade de vida desta população.

3 OBJETIVOS:

Objetivo geral:

Desenvolver um programa de educação para aumentar a conscientização dos pacientes sobre o conhecimento dos fatores de risco associados a ocorrência de *Diabetes Mellitus* tipo 2 com vistas a diminuir incidência da doença na área de abrangência do PSF São Félix.

Objetivos Específicos:

Identificar os fatores de risco determinantes da *Diabetes Mellitus* na área de abrangência do PSF São Félix;

Descrever a fundamentação teórica para a proposta a ser elaborada;

Determinar o nível de conhecimento sobre os fatores de risco para o surgimento da *Diabetes Mellitus*;

Construir a estratégia de intervenção educativa.

4 METODOLOGIA

A partir do diagnóstico situacional previamente realizado por todos os membros da equipe de saúde e, posteriormente, discutido na reunião da equipe, foi avaliado e analisado cada um dos problemas detectados na área de atendimento, além das soluções propostas para cada um deles, tendo em vista o nível de resolubilidade e resultados possíveis. Também foram usados dados coletados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2013).

Para elaboração do Plano de intervenção ficou estabelecida uma priorização dos problemas encontrados pela estimativa rápida e, em seguida, analisaram-se as influências negativas para a população. Assim, com base nos problemas nós críticos foram desenhadas as operações e possíveis soluções, levando-se em conta os resultados esperados, o produto e os recursos necessários.

Neste estudo, o problema priorizado foi o surgimento da *diabetes mellitus*, tendo em vista os fatores de risco de controle que levaram a identificação dos recursos críticos para o desenvolvimento das operações definidas com vistas ao enfrentamento dos “nós críticos” dos fatores de risco com aparecimento da diabetes.

Além disso, o plano de intervenção educacional proposto será feito para melhorar o conhecimento sobre os fatores de risco para o surgimento da *diabetes mellitus* e para o seu não controle adequado, sendo neste estudo o problema priorizado no PSF de São Félix, município Santana do Ipanema.

Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção será utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional - PES conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica (CORRÊA, 2009), e seção 2 do módulo de Planejamento (CAMPOS, 2010) revisão narrativa da literatura sobre o tema tendo como descritores: Doenças endócrino-metabólicas, *Diabetes Mellitus* e fatores de risco.

5 REVISÃO TEÓRICA

A Estratégia Saúde da Família foi pensada após a implantação do Programa do Agente Comunitário de Saúde (PACS) que aconteceu no Brasil, em junho de 1991. Em janeiro de 1994 foram formadas as primeiras Equipes da Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários da saúde (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

A Saúde da Família é uma reorganização do modelo assistencial, através da implantação das equipes multiprofissionais, em Unidades Básicas de Saúde (UBS). As equipes atuam na promoção a saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade (FARIA, *et al.* 2008).

Cada equipe de saúde deve responsabilizar-se pela saúde de três a quatro mil pessoas e ao mesmo tempo, destacar desta população os casos que necessitam de atenção individual. Não é fácil estabelecer critérios práticos para esta seleção, mas uma abordagem clínica de qualidade será possível se conseguir avaliar riscos em pessoas com maior vulnerabilidade (CAMPOS, 2003).

As doenças crônicas constituem problemas de saúde que persistem ao longo do tempo e requerem gerenciamento do sistema de saúde de forma permanente (OMS, 2003; GULLET, 2004). Dentre as condições crônicas temos a *Diabetes Mellitus* como doença que apresenta alta morbidez e mortalidade e que influencia diretamente na qualidade de vida das pessoas (OMS, 2003; GOLDNEY *et al.*, 2002; OMS, 2003).

A *diabetes mellitus* é uma doença geneticamente determinada, em que o sujeito que sofre alteração no metabolismo dos hidratos de carbono, gorduras e proteínas, juntamente com uma deficiência relativa ou absoluta da secreção de insulina e com vários graus de resistência a ela. É classificada em: Diabetes tipo1 (auto-imune ou idiopática), Diabetes tipo 2, outros tipos específicos de diabetes (defeitos genéticos na

ação de insulina), doenças pancreáticas, infecções, endocrinopatias, entre outros e a diabetes gestacional (GROSS, *et al.* 2005).

Diabetes Mellitus tipo 2 descrita como uma perturbação metabólica caracterizada por hiperglicemia crônica devido a alterações em muitos sistemas diferentes, cujo eixo central é a disfunção das células beta pancreáticas, expressos como uma diminuição inicial na resposta secretora de insulina a um aumento nos níveis de glicose e outros nutrientes no período pós-prandial, ou como um aumento na secreção de insulina em resposta a hiperglicemia pós-prandial mantida, resultante da incorporação deficiente de glicose para dentro da célula como resultado da resistência do tecido à ação da insulina, ou tanto simultaneamente como trastornos. A diabetes tipo 2 é de maior incidência na população, resulta de vários níveis de resistência insulínica, sendo mais comum em pessoas obesas, atinge cerca de 90-95% do número de casos (EXPERT COMMITTEE, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE, 2006).

Além do fator genético, a diabetes é uma doença totalmente ligada ao estilo de vida adotado. Uma pessoa com alimentação desequilibrada, rica em gorduras, carboidratos, açúcares e produtos industrializados, pobre em vegetais, legumes e frutas tem mais propensão a desenvolver a diabetes (DCCT,1993; UKPDS,1998; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE, 2007).

Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença, mas estima-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025. O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,7 milhões de pessoas, muitas ainda nem foram diagnosticadas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE, 2014).

Existem evidências de que o controle metabólico rigoroso tem papel importante na produção do surgimento ou das suas complicações crônicas, conforme ficou demonstrado pelo Diabetes Control and Complications Trial-DCCT e pelo United Kingdom Propective Diabetes Study – UKPDS (DCCT,1993; UKPDS,1998; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETE, 2007).

A intenção de fazer este trabalho tem a finalidade de diminuir a prevalência dessa doença e evitar mortes por causa de suas complicações, que afetam tanto a nossa população (Anderson DKG, 1995).

Com relação aos fatores de risco, temos que dizer que o aumento da expectativa de vida da população, diminuição da atividade física e aumento da ingesta calórica exercem importante papel no aparecimento da diabetes na população.

Assim, o objetivo deste estudo é identificar os fatores de risco para a diabetes mellitus tipo 2 em nossa população adscrita. Dentre eles temos: pessoas com sobrepeso ou obesas; os que têm antecedentes hereditários, os que não realizam atividades físicas regularmente, também os que sentem-se estressados no trabalho e apresentam níveis pressóricos alterados (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Assim, apesar das dificuldades relacionadas a complexidade que envolve a doença no controle do *diabetes mellitus*, os programas de controle de saúde devem conter ações individuais e de assistência, e ainda ações populacionais de abrangência coletiva, direcionadas à promoção à saúde, a fim de provocar impacto educacional e promover resolutividade.

6 PLANO DE AÇÃO

Nossa equipe começou a trabalhar no PSF São Félix, em novembro de 2013, desde então trabalhamos com os dados obtidos pelo SIAB para realizar um levantamento situacional, juntamente com a equipe de saúde, determinou-se que há problemas estruturais em diferentes posições de atendimento, além da identificação de problemas de saúde que afetam e são prevalentes na nossa população de atendimento.

Primeiro Passo: Primeiro, tivemos que garantir que a equipe de saúde se sentisse comprometida com a população. Então, fizemos uma pesquisa pela avaliação da situação da população da área de atenção. Com esses elementos, nos reunimos com a equipe de saúde, cada um apresentou os principais temas que foram discutidos por cada um dos membros. Também foram convidados os líderes informais da comunidade, que também deram a sua contribuição.

Entre os vários problemas identificados no diagnóstico situacional, a equipe destacou:

Elevada prevalência de hábitos tóxicos e estilos de vida ruins;

Desconhecimento dos fatores de risco da *Diabetes Mellitus*;

Inadequada estrutura dos serviços de saúde;

Falta de consolidação do processo de trabalho da equipe de saúde.

Segundo Passo: Priorização dos Problemas.

Quadro 6: Priorização dos Problemas

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Elevada prevalência de hábitos tóxicos inadequados estilos de vida	Alta	7	parcial	2
Desconhecimento dos fatores de risco de Diabetes Mellitus	Alta	7	Parcial	1
Inadequada estrutura do serviço de saúde	Alta	6	Parcial	4
Falta de consolidação do processo de trabalho da equipe	Alta	5	Parcial	3

Esse foi o problema definido como prioridade número 1 após a pontuação dada pelos critérios mencionados, ou seja: atribuindo valor alto, médio ou baixo para a importância do problema; distribuindo pontos conforme sua urgência; definindo se a solução do problema está fora, totalmente ou parcialmente dentro da capacidade de enfrentamento da equipe responsável pelo projeto; numerando os problemas por ordem de prioridade a partir do resultado da aplicação dos critérios.

Terceiro Passo: Descrição do Problema

A *diabetes mellitus* (DM) apresenta elevada prevalência na população brasileira acometendo 7,6% das pessoas adultas entre 30 e 69 anos de idade.

Estima-se que na América Latina o número de diabetes tipo 2 em 2000, foi de 35 milhões, esse número subirá para 64 milhões em 2025, um aumento que vai estar presente em todas as idades, mas principalmente na faixa etária de 45 a 64 anos idade, onde a prevalência de DM 2 é o dobro.

O aparecimento da Diabetes, é responsável por 29,4% de todas as mortes registradas, de 45% a 50% das pessoas com diabetes não sabem que têm a doença (OMS, 2005).

Doenças não-transmissíveis como *diabetes mellitus*, infartos agudos do miocárdio, doenças cerebrais e câncer, agora compõem dois terços de todas as mortes no mundo, devido ao envelhecimento da população e à propagação de fatores de risco associados a globalização e a urbanização.

O controle dos fatores de risco como hipertensão arterial, obesidade, história familiar de diabetes, a má alimentação e aumento do colesterol se torna mais crítico.

Para descrição do problema priorizado, a equipe de saúde utilizou alguns dados fornecidos pelo SIAB e outros que foram produzidos pela própria equipe, principalmente pelas informações fornecidas pelos agentes comunitários.

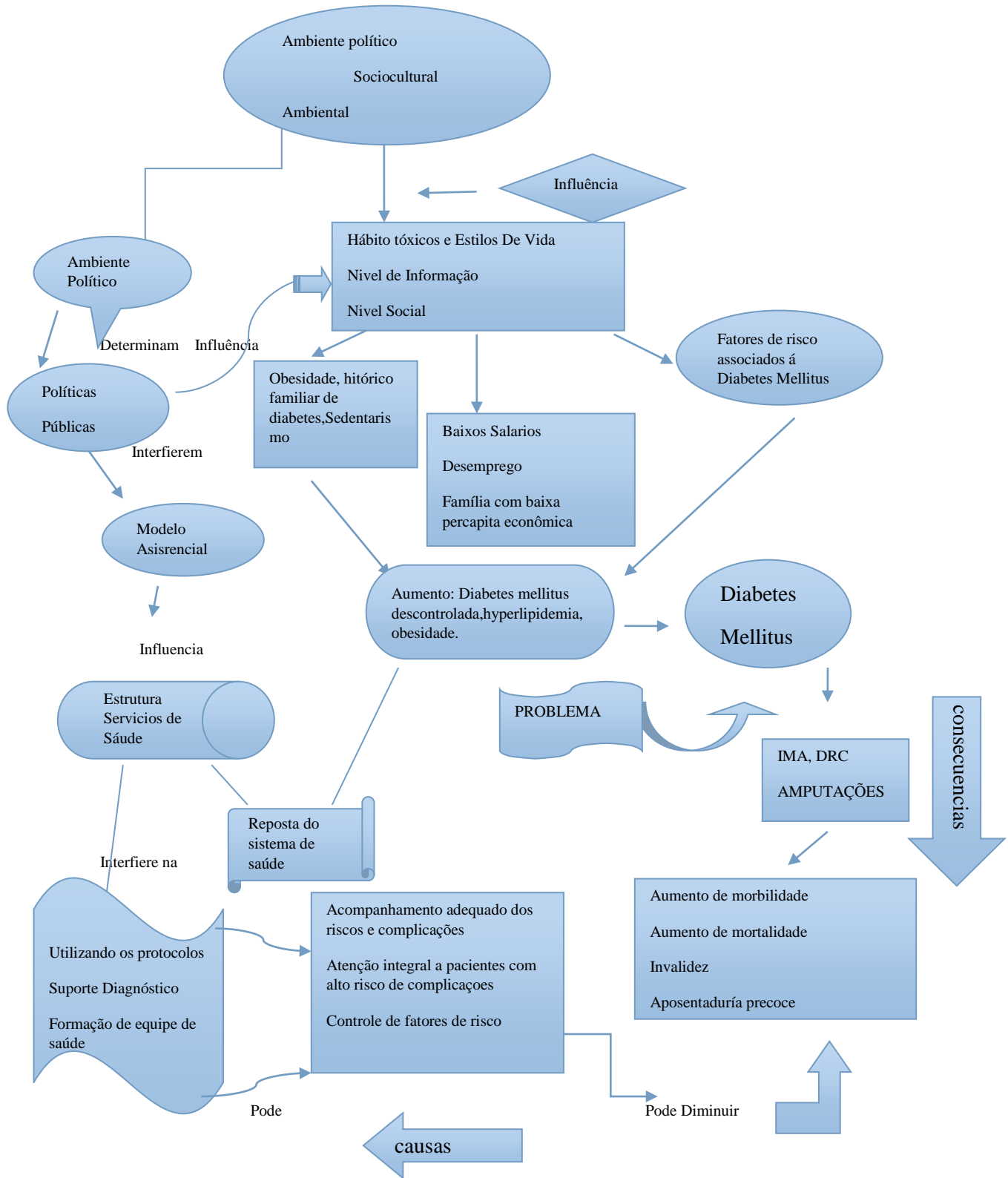
Foram consideradas variáveis e indicadores da frequência de fatores de risco associados ao desenvolvimento da *diabetes mellitus* e controle da mesma para reduzir a morbidade e mortalidade por esta doença (número de pacientes com diabetes e fatores de risco como: hipertensão, obesidade, história familiar de diabetes e dislipidemia) ação em equipamentos de controle e acompanhamento adequado desses fatores de risco (de cobertura, controle da diabetes, diagnóstico de hiperlipidemia e tratamento). Os indicadores que foram selecionados puderam nos dar uma ideia da eficácia de ações indiretas (hospitalizações e mortes). Houve diferenças entre as informações contidas no sistema de cuidados básicos e a realidade na área da saúde.

Para facilitar o processo de descrição, a equipe considerou todos os dados de pacientes, diabéticos, tabagistas, obesos, história familiar de diabetes e hiperlipidemia cadastrados em nossa unidade, bem como não acompanhados.

Quarto Passo: Explicação do problema

Para obter uma explicação do problema, vamos usar, a Figura 1, que mostra a inter-relação entre a causa de alguns problemas e consequências, tudo a partir do ponto de vista social da saúde, do ambiente e do próprio governo.

Figura 1 Árvore explicativa do problema dos fatores de risco associados com o desenvolvimento da *diabetes mellitus*.



Quinto passo: Identificação dos nós críticos

Trata-se de um processo de trabalho da equipe: orientações inadequadas para as pessoas com fatores de risco. Outro nó crítico sinalizado: foram as dificuldades na compreensão dos fatores de risco/ baixa educação em saúde. A partir dessa trajetória, elaborou-se um plano operativo, descrito no quadro a seguir:

Elaboração de um plano Operativo.

Quadro 7: Plano Operativo.

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas
Saiba mais sobre fatores de risco de para desenvolver <i>diabetes mellitus</i>	População mais informada sobre D.Mellitus	Programa educativo para população de risco de <i>diabetes mellitus</i>	Elaborar questionário sobre a diabetes mellitus Realização de Palestras sob DM e seus riscos Reprodução de Material audiovisual sob DM na sala de espera do PSF
Oferecer uma linha de cuidado dos hábitos tóxicos e estilo de vida inadequado	Cobertura de 100% da população com hábitos tóxicos estilos de vida inadequados	Linha de cuidado para controle adequado dos hábitos tóxicos e estilo de vida implantada Protocolos	Definir os protocolos de atendimento de pacientes com hábitos tóxicos e estilo de vida inadequado; Desenvolver

		<p>implantados</p> <p>Recursos humanos capacitados</p> <p>Gestão de linha de cuidado</p>	<p>questionários para avaliação do paciente.</p> <p>Entregar material educativo sobre hábitos tóxicos e estilo de vida.</p>
<p>Contribuir com melhor atendimento e acompanhamento</p>	<p>Assegurar a consulta especializada</p> <p>Garantir exames previstos para o 100% dos casos</p>	<p>Capacitação de Pessoal de Saúde</p> <p>Compra de produtos para exames e medicamentos</p> <p>Consultas especializadas</p>	<p>Apresentar Projeto de capacitação do Pessoal de Saúde</p> <p>Administrar os reagentes necessários para a realização dos exames, bem como os meios para controlar a doença (balança, esfigmo manômetro, estetoscópio, glicosímetro, fitas para fazer testes)</p>

<p>Obter informações sobre população com fatores de risco do <i>diabetes mellitus</i></p>	<p>Cadastro de 100% de população com fatores de risco de adoecer por <i>diabetes mellitus</i></p>	<p>Definição dos fatores de risco da <i>diabetes mellitus</i></p> <p>Capacitação de recursos humanos</p> <p>Linha de cuidado dos fatores de risco da diabetes.</p>	<p>Definir os fatores da <i>diabetes mellitus</i></p> <p>Apresentar Projeto de capacitação de recursos humanos</p> <p>Gerenciar linha de cuidado</p>
---	---	--	--

No primeiro momento deverão os agentes comunitários fazer uma boa dispensarização dos pacientes com *Diabetes Mellitus*. Nas reuniões da equipe farei uma capacitação aos ACS em relação a *Diabetes Mellitus*. Eles deverão fazer visita domiciliar a todos os pacientes diabéticos de nosso bairro, recolhendo dados como: uso correto da terapia medicamentosa, presença de ansiedade gerada por (dificuldade econômica, laboral, familiar, de moradia, etc.), obesidade, tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de sal, alcoolismo.

Depois faremos uma palestra com os pacientes diabéticos da comunidade para informar o objetivo de nosso trabalho e informar nesse momento a influência dos fatores de risco desta doença e as complicações que ela pode gerar. Daremos seguimento através consulta e visita domiciliar agendada a cada 4 meses aos pacientes com *Diabetes Mellitus*.

Como tarefa final tentar fazer mudanças nos fatores de risco presente em cada paciente, para diminuir assim a incidência de *Diabetes Mellitus* na comunidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização deste trabalho conseguimos desenvolver uma proposta para melhorar o conhecimento dos fatores de risco para o surgimento da *diabetes mellitus* e melhor controle dela, diminuindo a morbidade e mortalidade por esta doença, priorizando os problemas de saúde, bem como seus principais fatores de risco pesquisado neste caso da diabetes mellitus. Trabalhando em conjunto com os fatores sociais e da comunidade para reduzir as taxas de mortalidade por *diabetes mellitus*, permitindo-nos afirmar que conseguimos desenvolver mesmo para melhorar o conhecimento dos fatores de risco, nossos profissionais deverão conhecer o contexto histórico, sociocultural e econômico que se constituiu o processo de adoecimento das pessoas e suas complicações à saúde e a partir disso, criar as possibilidade para construção da educação coletiva.

Com esta proposta, a nossa equipe de saúde pode direcionar seu trabalho em pacientes com antecedentes de hipercolesterolemia, de tabagismo, hipertensão e obesidade. Tudo isso com planejamento e integração que permite avaliar a implementação deste plano de ação.

Esta tarefa de realizar o trabalho neste país, prestação de cuidados médicos a população rural com baixo nível cultural, tem sido uma experiência, proporcionando nossos serviços, de modo humano, melhorando a saúde das pessoas em nossas unidades de cuidados básicos, com uma equipe de cuidados de saúde, trabalhando dentro da comunidade, prestação de cuidados de saúde que os pacientes merecem.

REFERÊNCIAS

ANDERSON DKG, Svaardsudd K: Long-term glycemc control relates to mortality in type II diabetes. **Diabetes Care** 1995 ;18:1534–1543.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de ; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2.ed NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Minas Gerais, 2010.

CAMPOS, G.W.de S. **Saúde Paidéia**. São Paulo.Hucitec,2003.

CORRÊA, Edison José; SENA, Roseni Rosângela de. **Planejamento e elaboração de projetos para grupos comunitários**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2009.

CHRISTOPOULO-ALETRA H, PAPAVERAMIDOU N. "**Diabetes**" as described by byzantine writers from the fourth to the ninth century AD: the graecoroman influence. *Diabetologia*. 2008; 51: 892-6.

DOMINICZAK MH. Linking research and innovative clinical practice: **the story of diabetes mellitus**. *Clin Chem Lab Med*. 2003;41:1104-6.

EXPERT COMMITTEE on the diagnoses and classifications of diabetes mellitus: Fallow-up reported on the diagnoses of diabetes mellitus. **Diabetes Care**,v.26,p.3160-7,2003.

FARIA,H.T.G. **Fatores relacionados à adesão do paciente diabético à terapêutica medicamentosa**.2008.146 f. Disertação (Mestrado)-Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

FONTINELE JUNIOR, Klinger. **Programa Saúde da Família comentado**. Goiânia: AB, 2008.

GROSS, J. L.; AZEVEDO, M. J.; SILVEIRO, S. P.; CANANI. Diabetic nephropathy: diagnosis, preventions, and treatment. **Diabete Care**, v.28, p.164-76, 2005.

GULLET, S. E. Understanding chronic illness or disability. In: NEAL, J. L. GUILLET, S. E. (Ed.) **Care of the adults with a chronic illness or disability**. Philadelphia: Elsevier Mosby, 2004.

MATUS, C. Fundamentos da planificação situacional. In: RIVERA, F. J. U. (Org.). **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1989. p.105-176.

NESCON/UFMG - **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família** 2ed. Minas Gerais: Nescon/UFMG, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe Mundial de la OMS. **Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital**. Ginebra. OMS; 2005.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA. Município de Santana, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: Araújo Silva Farmacéutica, 2009.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO IPANEMA. Acesso em abril de 2014, no site: <http://www.santanadoipanema.al.gov.br/>