



**Especialização em SAÚDE DA FAMÍLIA - PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO  
BÁSICA - PAB 5**

**TÍTULO:**

**DIABÉTICO: O CONHECIMENTO DA DOENÇA AUXILIANDO NO CONVÍVIO**

**AUTOR: IRAMIS MARIA CAMEJO SOLANO**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. RAQUEL MACHADO CAVALCA COUTNHO**

**SÃO PAULO 2015**

## SUMARIO

<b>1. Introdução</b>	<b>4</b>
<b>2. Objetivos</b>	<b>6</b>
<b>3. Metodologia</b>	<b>7</b>
<b>4. Resultados esperados</b>	<b>10</b>
<b>5. Cronograma</b>	<b>11</b>
<b>6. Referencias bibliográficas</b>	<b>12</b>

## INTRODUÇÃO

Secundo a Organização Mundial de saúde (OMS) e a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) o diabetes é uma doença que ocorre quando o pâncreas não produz mais insulina suficiente ou quando o organismo não pode utilizar efetivamente a insulina produzida. Hiperglicemia ou aumento de açúcar no sangue é o efeito mais comum do diabete descompensado. O Diabetes Mellitus (DM) é uma das doenças crônicas de maior impacto nos gastos com saúde, pois quando mal controlado, traz complicações macro e microvasculares graves, que oneram os serviços de saúde. Dados da OMS têm apontado para um aumento grande da prevalência da doença no mundo. Neste contexto, o Brasil aparecia como o 8.º país com maior prevalência da doença.<sup>1</sup>

O DM causa em torno de 5% de todas as mortes globais por ano. 80% das pessoas que tem diabetes estão em países de baixo ou médio desenvolvimento. A maior parte das pessoas com diabetes nesses países são de meia-idade (45-64), e não idosos (65+). Mortes por DM aumentaram em mais de 50% nos próximos 10 anos se medidas urgentes não forem tomadas: DM tipo 2: 7.290.748 de portadores estratificados por idade; DM tipo 1: cerca de 600.000 portadores (estimado).<sup>1</sup>

O DM é uns dos principais problemas de saúde nas Américas, onde o número de pessoas que tem a doença estima se em 35 milhões, das quais 19 milhões (54%) moram na América Latina e o Caribe.<sup>2</sup> As projeções indicam que em 2025 a quantidade de pessoas diabéticas nas Américas ascenderá a 64 milhões, das quais 40 milhões (62%) corresponderam a América Latina e o Caribe. O DM incrementa o risco de morte prematura, particularmente porque está associada a um maior risco de complicações cardiovasculares. As pessoas diabéticas apresenta um maior risco de padecer transtornos visuais, doença renal e amputações de membros inferiores.<sup>3</sup>

A incidência do DM tipo 1 foi avaliada durante dos últimos 20 anos a través do Proyecto DiaMond<sup>4</sup> que promove a criação de registros de crianças diabéticas no todo mundo. Nas Américas funcionam 24 disto registros. Eduardo de Canadá (24 x 100.000) em 1990-93.<sup>5</sup> Outros estudos mais recentes falam

de uma taxa de incidência de 20 por 100.000 em Manitoba, Canadá.<sup>6</sup> Entre os países de América Latina e o Caribe a taxa mais elevada foi encontrada no Puerto Rico (18 X100.000)<sup>7</sup> e a mais baixa na Venezuela (0,1 X 100.000 em 1992)<sup>4</sup> Outros autores publicaram resultados similares sobre a incidência do DM tipo 1 em crianças, como Brasil<sup>8</sup>, Chile<sup>9</sup>, e alguns países do Caribe<sup>10</sup>

Nos adultos a taxa de prevalência do DM tipo 2 mais elevada se encontra entre os indígenas pima de Arizona, Estados Unidos.<sup>11</sup> Na América Latina e o Caribe, as taxas mais elevada correspondeu-se a Jamaica (17,9%)<sup>12</sup>, seguida por Cuba com 14,8%<sup>13</sup>, entretanto, as mais baixas foram registradas em 1998 entre os indígenas Aymará numa zona rural do Chile (1,6%)<sup>14</sup>. Na maioria dos países a prevalência do DM é mais elevada nas mulheres que nos homens. No Programa AMÉRICAS de doenças não transmissíveis, a OPAS baixa em Venezuela (0,1 X 100.000 em 1992)<sup>4</sup>. Outros autores publicaram resultados similares sobre a incidência da diabetes tipo 1 em crianças, como Brasil<sup>8</sup>, Chile<sup>9</sup> e alguns países do Caribe.<sup>10</sup>

O custo do DM é extremadamente elevado. Nos Estados Unidos foi estimado em US\$ 92 mil milhões de dólares em 1992, mais ou menos o 13% do pressuposto total da saúde.<sup>15</sup> O diabetes pode estar ocasionando um custo maior nos países de América Latina e o Caribe. Em México o custo foi estimado em US\$430 milhões (US\$100 milhões de custos diretos e US\$330 milhões de custos indiretos) em 1991.<sup>16</sup> Em Chile, com uma população de 14 milhões de habitantes e uma prevalência de DM estimada em um 5%, o cálculo do custo anual total gira em US\$1.111 milhões em 1997.<sup>17</sup>

O propósito deste trabalho é de diminuir a incidência e prevalência do DM tipo II e os cuidados e complicações do DM I e II. Promover a saúde a traves de um melhor modo e estilos de vida. Diminuir a carga econômica e social que representa a DM em nossa equipe para a prefeitura de Campinas, Serão aplicadas estratégias de manejo em outras equipes de saúde, não apenas no nosso posto de saúde, mas também para outras regiões. Tem também, como propósito, compensar o paciente descompensado, criar uma capacidade para o auto manejo e o cuidado da doença.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo geral**

Elevar a qualidade de vida dos pacientes da nossa equipe.

### **Objectives específicos**

- 1- Detectar os fatores de risco que mais afeta a população.
- 2- Determinar as complicações mais frequente em nossa população.
- 3- Ensinar aos pacientes conhecer sua doença (cuidados da pele e dos pés, nutrição, exercícios físicos, controle metabólico, tratamento e possíveis complicações) para melhorar sua qualidade de vida.

## **METODOLOGIA**

### **Cenário de estudo**

O projeto de intervenção será desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Taquaral, localizado no Campinas, São Paulo.

### **Sujeito de intervenção**

A intervenção envolve sujeitos portadores do DM de ambos sexos maiores de 40 anos na UBS.

## **ESTRATEGIAS E AÇÕES**

### **Etapa 1**

Identificar da população diabética.

### **Etapa 2**

Realizar palestras educativas semanais com a equipe de saúde sobre o DM e seus fatores de risco.

### **Etapa 3**

Serão realizadas reuniões mensais, na UBS com toda a equipe da estratégia da saúde da família, nas quais serão discutidos sobre o assunto do DM.

### **Etapa 4**

Agendamento para consulta individual e avaliação.

## Estratégia de ações

<b>Dia</b>	<b>Tema</b>	<b>Palestrante</b>
<b>1ro.</b>	Identificar da população diabética.	ESF (ACS, técnica de enfermagem, enfermeira)
<b>2do.</b>	Realizar palestras educativas semanais com a equipe de saúde sobre o DM e seus fatores de risco.	Enfermeira e médico
<b>3ro.</b>	Serão realizadas reuniões mensais, na unidade de saúde, com toda a equipe da estratégia da saúde da família, nas quais serão discutidos sobre o assunto do DM.	Enfermeira e médico
<b>4to.</b>	Agenda para consulta individual e avaliação.	Enfermeira

### **Avaliação e Monitoramento**

Durante as reuniões os pacientes serão estimulados para participar ativamente do projeto, falando suas experiências vividas com o grupo, indagando aspectos positivos e negativos do projeto, a fim de aprimorar ainda mais a efetividade e eficácia do mesmo.

O desenvolvimento do projeto é dinâmico e estará sujeito e intervenções se necessárias desde seja discutido nas reuniões com toda a equipe de saúde da unidade.

Estimular aos pacientes que venham tirar as dúvidas em qualquer momento na unidade de saúde.

## **RESULTADOS ESPERADOS**

Ao final de este trabalho esperamos que os profissionais envolvidos sejam capacitados e fornecer de informações necessárias aos pacientes diabéticos.

Através de atividades educativas os pacientes ganharam conhecimento que ajudará conhecer a doença, como preveni-la e conseguir viver com a ela.



## Cronograma

Atividades	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maió	Junho	Julho
Elaboração Projeto	X	X	X				
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X	X
Aprovação do Projeto				X			
Coleta de dados					X	X	
Trabalho do grupo					X	X	X
Discussão e análise dos resultados							
Revisão Final e digitação						X	
Entrega do trabalho final							X
Socialização do trabalho							X

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=394:diabetes-mellitus&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=394:diabetes-mellitus&catid=901:bra-03-a-doencas-nao-transmissiveis&Itemid=539)
2. King H, Aubert RE, Herman WH. Global Burden of Diabetes, 1995-2025. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-1431.
3. WHO (2000), Tan et al. (1981), Fraser et al. (1998), Blanchard et al. (1997), Lisboa et al. (1998), Tull et al. (1997), Raggobirsingh et al. (1995).
4. World Health Organization. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Report of a WHO Consultation. Geneva, 1999. WHO/NCD/NCS 99.2
5. Tan MH; Wornell C; Beck AW. Epidemiology of Diabetes Mellitus in Prince Edward Island. *Diabetes Care* 1981; 4:519-24.
6. Blanchard J, Dean H, Anderson K, Wajda A, Ludwig S, Depew N. Incidence and Prevalence of Diabetes in Children Aged 0-14 Years in Manitoba, Canada, 1985-1993. *Diabetes Care* 1997; 20(4):512-5
7. Fraser de Llado TE, González de Pijen L, Hawk B: Incidence of IDDM in Children Living in Puerto Rico. Puerto Rican IDDM Coalition. *Diabetes Care* 1998 Mar; 21(5):744-6.
8. Lisboa HRK, Graebin R, Butzke L, Rodriguez CS. Incidence of Type 1 Diabetes Mellitus in Passo Fundo, RS, Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research* 1998; 31:1553-1556.
9. Carrasco E, Pérez F, Calvillán C, López G, Wolff C, Castaño A, García de los Ríos M. Incidencia de diabetes mellitus insulino dependiente en Santiago de Chile (1990-1993). *Rev Med Chile* 1996; 124:561-566.
10. Tull ES, Jordan OW, Simon L, Laws M, Smith DO, Vanterpool H, Butler C. Incidence of Childhood-onset IDDM in Black African-heritage Populations in the Caribbean. The Caribbean African Heritage IDDM Study (CAHIS) Group. *Diabetes Care* 1997 Mar; 20(3):309-10.
11. Knowler WC et al. Diabetes Incidence and Prevalence in Pima Indians: a 19-Fold Greater Incidence than in Rochester, Minnesota. *American Journal of Epidemiology* 1978; 108:497-505.

12. Raggobirsingh D, Lewis-Fuller E, Morrison E E St. A. The Jamaican Diabetes Study. A Protocol for the Caribbean. *Diabetes Care* 1995; 18(9):1277-XX.
13. Díaz-Díaz O, Hernández M, Collado F, Seuc A, Márquez A. Prevalencia de diabetes mellitus e tolerancia a la glucosa alterada, sus cambios en 20 años en una comunidad de Ciudad de la Habana. (Resumen) Primera reunión científica conjunta GLED/EDEG. Programa Científico. Buenos Aires, Argentina 1999.
14. Larenas G, Arias G, Espinosa O, Charles M, Lan-Daeta O, Villanueva S, Espinoza A. Prevalencia de diabetes mellitus en una comunidad Mapuche de la IX región, Chile. *Rev Med Chile* 1985; 113:1121-5.
15. Rae NE, Wills S, Thamer M e Medical Technodosge and Practice Patterns Institute. Direct and Indirect Cost of Diabetes in the United States in 1992. American Diabetes Association, Alexandria, VA, 1993.
16. Phillips M, Salmerón J. Diabetes in Mexico – A Serious and Growing Problem. *World Health Statistics Quarterly* 1992; 45(4):338-46.
17. White F, Vega J, Aedo C, Jadue L, Robles S, Salazar R, Dogado I. Proyecto de demostración en educación en diabetes. Informe Final. Organización Pan Americana de la Salud – Eli Lille, 1998.