

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

**HIGINIO GONZALEZ CARRASCO**

**DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA EM GENERAL**  
**CARNEIRO – MINAS GERAIS**

**SABARÁ - MINAS GERAIS**

**2015**

**HIGINIO GONZALEZ CARRASCO**

**DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA EM GENERAL  
CARNEIRO – 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: Prof<sup>ª</sup>. Liliane da Consolação Campos Ribeiro

**SABARÁ - MINAS GERAIS**

**2015**

**HIGINIO GONZALEZ CARRASCO**

**DIABETES MELLITUS DESCOMPENSADA EM GENERAL  
CARNEIRO – MINAS GERAIS**

Banca examinadora

Prof<sup>a</sup> Liliane da Consolação Campos Ribeiro Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Alisson Araújo Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

## DEDICATÓRIA

**A minha esposa e filhos**

## **AGRADECIMENTOS**

**A Prof<sup>a</sup> Liliane da Consolação Campos Ribeiro.**

**A todos o que de uma forma ou 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 de saúde, 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 na área de abrangência, 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 exist 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**

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>9</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b>	<b>12</b>
<b>3 OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
<b>4 METODOLOGIA</b>	<b>14</b>
<b>5 REVISÃO DA LITERATURA</b>	<b>16</b>
<b>6 PLANO DE AÇÃO</b>	<b>22</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>24</b>
<b>8 REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Sabará está localizada na Região Metropolitana de Belo Horizonte e possui uma área de 302 km, cobiçada ao nor. este , 18 km de BH, A temperatura média anual da cidade é de 21°C. Sua origem se deu num arraial de bandeirantes que apareceu no fim do século XVII. O povoado cresceu e foi criada a freguesia em 1707, que foi elevada à vila e município em 1711, com o nome de Vila Real de Nossa Senhora da Conceição do Sabará. É cidade desde 1838. A sua história está intimamente ligada à exploração do ouro na região, na época do império (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014a).

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, de limites imprecisos. O sabarabuçu ferveceu na imaginação dos colonizadores, que buscavam no sertão?Uma serra feita de prata e pedras preciosas? Em 1674, chegou à região a bandeira de Fernão Dias Paes, que iniciou o processo de organização urbana dos núcleos mineradores (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014a).

Sabará foi um dos núcleos de mineração da Província que mais ouro encaminhou à Coroa Portuguesa. Seus rios e lavras eram riquíssimos do precioso mineral, e houve época em que os trabalhos de garimpagem ocupavam milhares de escravos. Em 1822, Sabará contribuiu com uma significativa importância em dinheiro e com voluntários para a luta pela Independência. (PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ, 2014a).

O nome Sabará tem várias interpretações. Uma das mais prováveis é a corruptela do tupi-guarani Sabará (enseada, curva do rio) e buçu (grande), designando o encontro do rio Sabará com o rio das Velhas (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 (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 (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 (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).

General Carneiro, onde eu trabalho como profissional médico, é uma comunidade de mais de 8.000 habitantes e fica na periferia de Sabará, aproximadamente a 8 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.

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

De acordo com Campos, Faria e Santos (2010), 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.

A equipe 1, onde atuo, tem uma população de mais de 8000 habitantes. Esta equipe é completa e composta por: um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. 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.

Na população de 8456 pessoas, 26,95% são diabéticas. Sendo que muitos desses estão com a diabetes descompensada, com valores de glicose acima de 126 mg/dl.

## 2 JUSTIFICATIVA

Implementar um plano de intervenção com vistas à redução da incidência da Diabetes Mellitus descompensada na Unidade Básica de Saúde General Carneiro 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 estão, entre duas a quatro 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 orientar 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 da UBS General Carneiro.

## 4 METODOLOGIA

O Plano de intervenção baseou-se no diagnóstico do território da UBS General Carneiro realizado em Sabará no ano de 2014, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional, identificou-se os problemas de saúde que mais afetam a população:

1. Alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.
2. Deficiente controle do risco reprodutivo.
3. Elevada incidência de consumo de droga.
4. Elevada incidência de alcoólatras e tabagistas
5. Alta prevalência de Diabetes Mellitus descompensada.

Após a definição dos problemas, foi realizado pelo Método de Ranqueio a prioridade do problema a ser trabalhado. Este método trabalha com as seguintes etapas:

- A- Tendência.
- B- Frequência.
- C- Gravidade.
- D- Vulnerabilidade.
- E- Disponibilidade de recursos para sua solução.
- F-Coerência com a missão do que planifica.

Estabeleceu-se um valor de zero a dois para cada um dos problemas selecionados.

O valor de dois: alta frequência, gravidade, repercussão na população, afeta os recursos disponíveis, tendência ascendente, e alta vulnerabilidade.

O valor de um para cada um dos critérios que se cumpram em parte e o 0 para os que no se cumpram.

### PROBLEMAS PRIORIZADOS SEGUINDO ORDEM DO METODO DE RANQUEO

1. Alta prevalência de Diabetes Miletos descompensada.
2. Deficiente controle do risco reprodutivo.
3. Alta prevalência de Hipertensão Arterial descompensada.
4. Elevada incidência de consumo de droga.

## 5. Elevada incidência de alcoólatras e tabagistas .

Para a elaboração do plano de intervenção 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.

Foi realizado também a busca de trabalhos científicos disponíveis em base de informação como Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no *Scientific Electronic Library OnLine* (SciELO), Biblioteca Virtual do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva NESCON/ UFMG. Os descritores utilizados foram: Diabetes Mellitus, Prevenção e Educação.

Outras informações foram obtidas do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) 2014, reuniões de grupos operativos com profissionais de saúde da unidade e dados da Secretaria Municipal de Saúde.

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

Diabetes mellitus é uma doença endócrino-metabólica caracterizada por altos níveis de glicose no sangue ou hiperglicemia que ocorrem como resultado de secreção deficiente ou ação da insulina ( Atualização sobre Diabetes Mellitus. 2013).

Embora a etiologia da diabetes é heterogênea, a maioria dos casos de diabetes pode ser classificada em duas, a diabetes tipo 1, que se caracteriza por uma deficiência absoluta da secreção de insulina; ou diabetes do tipo 2, que resulta de uma combinação de resistência à ação da insulina e uma inadequada compensatório resposta secretora de insulina. Enquanto tipo 1 diabetes continua a ser a forma mais comum de diabetes em jovens em muitas populações, diabetes tipo 2 tornou-se cada vez mais importante de saúde pública preocupação a nível mundial (Pediatric Diabetes 2014) .

Diabetes é uma das doenças não-transmissíveis mais comum. É a quarta ou quinta causa principal de morte na maioria dos países de alta renda, e existe evidência substancial de que se trata de uma epidemia em muitos países em desenvolvimento econômico e de recente industrialização. Diabetes é, sem dúvida, um dos problemas de saúde mais grave do século (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

A diabetes aumenta em todo o mundo, hoje, existem 387 milhões de pessoas que vivem com diabetes com uma prevalência de 8,3%. Mais de 316 milhões sofrem de tolerância glicose anormal e estão em alto risco de a doença; esta previsto um incremento de 205 milhões em 2035, um adulto de cada 12 pessoas tem diabetes, uma de cada duas pessoas com diabetes não sabem que tem, o 46,3% não esta diagnosticado, cada 7 segundos morre uma pessoa com diabetes, ocorreram 4,9 milhões de mortes em 2014, um de cada nove dólares dos gastos sanitários são por causa da diabetes, em 2014 os gastos pela diabetes alcançou 612.000 milhões de dólares (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

A maioria dos 382 milhões de pessoas diabetes entre 40 e 59 anos, e 80% deles vivem em países de renda média e baixa. Todos os tipos de diabetes aumentaram, particularmente a diabetes Tipo 2: o número de pessoas com diabetes quase vai dobrar até 2035. Nenhum país está imune à epidemia de diabetes, e Estados e territórios ao redor do mundo são pobres e desfavorecidos que mais



sofrem. o As comunidades indígenas estão entre os mais vulneráveis à diabetes (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Em 2013, cerca de metade de todos mortes por diabetes em adultos foi em pessoas com menos de 60 anos e em regiões de menos desenvolvido como a África subsaariana a proporção chegou a 75%. Como a expectativa de aumentos vida, enquanto a carga de doença diminui unidades infecciosas e desenvolvimento mudanças estilos de vida rápido nas regiões em processo de desenvolvimento sofrerão as maiores mudanças na carga de diabetes (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

As novas estimativas mostram uma tendência diabetes em pessoas cada vez mais jovens, uma tendência que é muito preocupante para gerações futuras. Siga os padrões demográfica atual, mais de 592 milhões pessoas são afetadas pela diabetes em uma geração. Este número só leva em conta as mudanças na padrões demográficos e de urbanização. Estimativas diabetes tipo 1 em pessoas jovens também mostrem aumentos inexplicáveis e rápidos em várias regiões, juntamente com o aumento da diabetes do tipo 2 em populações mais velhos (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Estima-se que outros 21 milhões de casos de altos níveis de glicose na gravidez contribuíram na carga global de diabetes. As mães do 17% dos nascidos em 2013 tinham algum tipo de alto nível glicose durante a gravidez. Ambos termos humanos e financeiros, a carga Diabetes é enorme. Faz com que 5,1 milhões mortes e cerca de 548 mil milhões representados dólares em custos de cuidados de saúde (11% da despesa total em todos os do mundo) em 2013 (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

A carga da diabetes não só é refletida no crescimento número de pessoas com diabetes, mas também no crescente número de mortes prematuras devido a diabetes. Em 2013, cerca de metade de todos mortes por diabetes em adultos foi em pessoas com menos de 60 anos e em regiões menos desenvolvido como a África subsaariana a proporção chegou a 75%. Como a expectativa de aumentos vida, enquanto a carga de doença diminui unidades infecciosas e desenvolvimento mudanças estilos de vida rápido nas regiões em processo de desenvolvimento sofrem as maiores alterações na carga diabetes (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

As estimativas mais recentes da Federação Internacional de Diabetes (IDF) indicam que o 8,3% dos adultos -382 000 000 pessoas- têm diabetes, e o número de pessoas com a doença vai aumentar em mais de 592 milhões em menos 25 anos. No entanto, com 175 milhões de casos não diagnosticada atualmente, uma grande quantidade das pessoas com diabetes irá desenvolver progressivamente complicações das quais eles não têm conhecimento. Além disso, com 80% do número total estar afetado em países de renda média e baixo, onde a epidemia é acelerar a uma taxa assustadoramente, os números mais recentes do Diabetes Atlas IDF forneceu uma indicação preocupante impacto futuro da diabetes como um dos principais ameaças ao desenvolvimento mundial (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Diferentes regiões são afetadas em muito diferentes graus. Com mais de 138 milhões afetados, o Pacífico Ocidental tem mais Pessoas com diabetes do que qualquer outra região. Em a outra extremidade do ranking regional de diabetes, pessoas com diabetes em África é actualmente o menor entre todas as regiões. Mas, no entanto, 2035 será o dobro, eo que é prejudicial para o desenvolvimento de capacidades em África é que mais três quartos das mortes por diabetes 2013 ocorreram em pessoas com menos de 60 anos é significa idade de trabalhar (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

A perspectiva é igualmente preocupante na América Central e do Sul, onde se espera que a população com diabetes aumente em 60% em 2035. O o desenvolvimento rápido levou a uma epidemia de Diabetes rápido crescimento no Sudeste Asiático, Isto representa cerca de um quinto do total casos em todo o mundo. Da mesma forma, a riqueza e desenvolvimento no Oriente Médio e Norte da África têm conduziu a uma grande proporção de diabetes, um de cada dez adultos na região têm a doença. (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Um olhar sobre os custos de diabetes saúde região revela grandes diferenças nas respostas para a epidemia. Duas regiões gastaram mais sobre a diabetes as restantes regiões juntos: América do Norte e no Caribe, com estimados US \$ 263,000 milhões, equivalente a quase metade dos gastos com saúde diabetes no mundo, e na Europa, com 147 mil milhões USD. Apesar de suas populações em crescimento diabetes, Sudeste Asiático e África gastar menos 1% da despesa total em saúde à doença (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Com 10,7% da população adulta afectada, a Região América do Norte e Caribe tem a segunda prevalência mais elevada de diabetes. A maioria da população da região vive nos EUA, México e Canadá, onde também é a maioria das pessoas com diabetes. A prevalência de diabetes entre adultos que moram nas ilhas do Caribe é geralmente elevada e sempre acima da média global (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

A região da América Central e do Sul tem uma distribuição etária marcadamente mais jovem do que a maioria da América do Norte. A na medida em que a urbanização continua e a população seja mais idosa, a diabetes irá tornar-se um problema crescente de saúde pública na região. Estima-se que 24,1 milhões de pessoas, 8% da população adulta têm diabetes. Em 2035, ele espera que esse valor a subir quase 60% a cerca de 38,5 milhões de pessoas. Além disso, estimacões atuais indicam que 22,4 milhões pessoas, ou 7,4% da população adulta, têm Tolerância a Glicose Alterada (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

O Brasil tem o maior número de pessoas com diabetes (11,9 milhões), seguido por Colômbia (2,1 milhões), Argentina (1,6 milhões) e Chile (1,3 milhões). Porto Rico tem a maior prevalência de diabetes em adultos (13%), seguido por Nicarágua (12,4%), República Dominicana (11,3%) e Guatemala (10,9%) (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Estima-se que 7.300 crianças desenvolveram diabetes tipo 1 em 2013. Na região como um todo, 45.600 crianças menores de 15 anos têm diabetes Tipo 1. A maioria, cerca de 31.100 crianças, vivem no Brasil. Em 2013, 226 mil pessoas morreram por causa da diabetes, 11,6% de todas as mortes na região. Mais da metade (56%) dessas mortes ocorreram em pessoas com 60 anos ou mais, e mais em homens (121.000) do que nas mulheres (105.000). O Brasil teve o maior número de mortes, com 122 mil, mais de metade de todas as mortes por diabetes na região (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2013; 2014).

Registro da Secretaria Estadual de Saude de Pernambuco mostram um aumento de 46%, nos casos de atendimento a pessoas com diabetes, de 2012 a 2013. O estado possui, ainda, altos índices de amputações decorrentes da falta de controle de diabetes. Segundo a Dra. Geisa Marcedo, presidente da SBD-PE falta maior atenção aos pacientes, com relação aos riscos de amputação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 2014).

Dados da Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas mostram que o número de paciente atendidos pela rede pública no estado vem crescendo a cada ano. Comparando os anos de 2011, 2012 e 2013 a quantidade de pacientes com suspeita ou com diabetes confirmado cresceu de 45.565 para 52.011, chegando a 52.434 no último ano. As cidades de maior registro de paciente são Maceio, Arapiraca, Coruripe, Delmiro Gouveia e Marechal Deodoro. Endocrinologistas locais alertam muitos pacientes, tanto no serviço público, quanto no privado, mostram resistência ao tratamento do diabetes fazendo com que os mesmos avancem para um estágio mais perigoso da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. 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 (Pesquisa Nacional de Saúde. 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 (Pesquisa Nacional de Saúde. 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 (Pesquisa Nacional de Saúde. 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 General Carneiro, em Sabará, pois a situação nesta Unidade precisa ser melhorada

Portanto, torna-se relevante a implementação do Plano de ação apresentado no próximo capítulo.

## 6 PLANO DE AÇÃO

Considerando o problema prioritário, foi proposto um plano de intervenção com vistas a um problema prioritário: redução da incidência da Diabetes Mellitus descompensada na área de abrangência das Vilas Reunidas, tornado realizável pela implementação de ações intermediárias, ou seja, a resolução do “nó crítico”.

Assim, para o nó crítico foi proposto um conjunto de atividades, produtos esperados, com definição de data de cumprimento (cronograma), recursos necessários e recursos críticos, participantes e local, responsáveis pelas atividades, sistema de acompanhamento e avaliação e viabilidade da resolução do nó crítico e, conseqüentemente, do problema principal selecionado.

Assim, para o problema prioritário são abordado o seguinte nó crítico, com ações detalhadas nos quadros 1.

- Estabelecer ações educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes hipertensos e para a equipe da saúde da família.

Quadro 1 - Plano de intervenção com vistas à redução da incidência da Diabetes Mellitus descompensada na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde General Carneiro, em Sabará, Minas Gerais, 2015. Nó crítico: Estabelecer ações educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos e para a equipe da saúde da família.

<b>Problema selecionado</b>	<b>Redução da incidência da Diabetes Mellitus descompensada</b>
<b>Nó crítico</b>	<b>Estabelecer ações educativas para aumentar o nível de conhecimento dos pacientes diabéticos e para a equipe da saúde da família.</b>
<b>Projeto</b>	<b>Conhecer melhor a doença.</b>
Produtos esperados	1- Aumentar nível de conhecimento dos pacientes diabéticos e da equipe da saúde da família da doença e complicações.
Atividades	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientações educativas individuais com cada paciente diabético no acolhimento da enfermeira.</li> <li>2. Orientações educativas individuais com cada paciente diabético na consulta médica.</li> <li>3. Utilizar os meios de comunicação para enviar mensagem educativos á população.</li> <li>4. Realizar palestras educativas na população a nível de cada microarea.</li> <li>5. Colocar material educativo na UBS, para que os pacientes utilizem em o salão de espera.</li> <li>6. Capacitação aos agentes comunitários sobre Diabetes Mellitus.</li> <li>7. Realizar palestras sanitárias na consulta de hiperdia.</li> <li>8. Orientações educativas nas casas dos pacientes.</li> </ol>
Recursos necessários	Educacionais: Pôster, propaganda gráfica, propaganda televisiva. Infraestrutura: Sala de espera do posto de saúde, consultório medico, consultório da enfermeira.
Recursos críticos	Materiais: Propaganda.
Participantes e responsáveis	Medico. Enfermeira. Agente comunitário de saúde. Paciente.
Prazos	Curto prazo
Acompanhamento e avaliação	Permanente

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Conhecer a realidade de General Carneiro, 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 ações pode-se elevar o conhecimento dos indivíduos, famílias e comunidade sobre a prevenção da Diabetes Mellitus descompensada e incrementar a participação ativa das comunidades, melhorarem 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

Almaguer Herrera A, Miguel Soca PE, Reynaldo Sera C, Mariño Soler AL, Oliveros Guerra RC. Actualización sobre diabetes mellitus. CCM. 2012[citado 24 ene 2013]; 16(2). Disponible en: <http://www.revcoemed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/507/71>

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>

Craig ME, Jefferies C, Dabelea D, Balde N, Seth A, Donaghue KC. Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes* 2014; 15 (Suppl. 20): 4–17.

[https://www.ispad.org/sites/default/files/resources/files/1-definition\\_epidemiology\\_and\\_classification\\_of\\_diabetes\\_in\\_children\\_and\\_adolescents.pdf](https://www.ispad.org/sites/default/files/resources/files/1-definition_epidemiology_and_classification_of_diabetes_in_children_and_adolescents.pdf)

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](http://www.idf.org/sites/default/files/www_25610_Diabetes_Atlas_6th_Ed_SP_int_ok_0914.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

PREFEITURA MUNICIPAL DE SABARÁ. História de Sabará. 2013-2016. [http://sabara.mg.gov.br/site\\_pms/](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

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.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diabetes. Saúde e Ciência. 2014

[http://www.diabetes.org.br/revista/RevistaDiabetes\\_v21n03/](http://www.diabetes.org.br/revista/RevistaDiabetes_v21n03/)