



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Ezequiel García Ramos

Intervenção educativa para a Identificação dos Fatores de Riscos da Diabetes Mellitus Tipo 2 em Pacientes da Unidade Básica de Saúde “Vila Velha”, Rio Branco do Sul - Paraná, 2016-2017.

Florianópolis, Março de 2018

Ezequiel García Ramos

Intervenção educativa para a Identificação dos Fatores de Riscos da
Diabetes Mellitus Tipo 2 em Pacientes da Unidade Básica de
Saúde “Vila Velha”, Rio Branco do Sul - Paraná, 2016-2017.

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Dalvan Antônio de Campos
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018

Ezequiel García Ramos

Intervenção educativa para a Identificação dos Fatores de Riscos da
Diabetes Mellitus Tipo 2 em Pacientes da Unidade Básica de
Saúde “Vila Velha”, Rio Branco do Sul - Paraná, 2016-2017.

Essa monografia foi julgada adequada para
obtenção do título de “Especialista na aten-
ção básica”, e aprovada em sua forma final
pelo Departamento de Saúde Pública da Uni-
versidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Büchele
Coordenadora do Curso

Dalvan Antônio de Campos
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018

Resumo

Introdução: A Diabetes Mellitus tipo 2 é caracterizada pela presença de níveis elevados de açúcar no sangue associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos genéticos, que consistem na impossibilidade do Pâncreas de produzir insulina. Ela é considerada uma síndrome de origem multifatorial, O diagnóstico do diabetes acaba se tornando difícil quando se considera que os sintomas clássicos da doença (poliúria, polidipsia e polifagia) não estão presentes na maioria dos casos de diabetes tipo 2 (DM2). Trata-se, portanto, de um agravo de etiologia multifatorial que, devido à grande variedade de consequências, constitui a origem de várias doenças. Considerando a repercussão na saúde desta doença, e tendo em conta o aumento da procura dos serviços médicos na demanda cotidiana por esta causa, o aumento dos casos de diabetes mellitus na comunidade foi o problema escolhido. **Objetivo :** Este trabalho propõe a criação e implementação de um plano de intervenção com ações de promoção em saúde, a ser aplicado pela Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde "Vila Velha", em Rio Branco do Sul, Paraná, com o objetivo de identificar os fatores de riscos da doença e reduzir a morbi mortalidade em nossa população. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de intervenção para o desenvolvimento de ações de educação e promoção e trabalhar com os fatores de risco, a detecção precoce dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 possa minimizar ou reduzir a oportunidade de exposição das pessoas a esses fatores de riscos e diminuir as complicações da doença em nossa UBS. Além das consultas, se desenvolverão outras ações de promoção através da distribuição de folhetos; bem como dinâmicas, exposição de vídeos e rodas de conversa sobre hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis e a mobilização dos pacientes diabéticos para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso. **Resultados esperados:** Esperamos que, quando esse projeto for aplicado, os pacientes diabéticos de nossa comunidade adquiram um maior nível de conhecimento sobre a sua doença e a forma de controlá-la, bem como seus fatores de risco; além de superar as dificuldades pessoais na mudança de hábitos prejudiciais e importância dos estilos de vida Saudáveis e boas praticas alimentares.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo 2, Estilo de Vida, Fatores de Risco, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivos Geral	13
2.2	Objetivos específicos:	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

A Unidade Básica de Saúde (UBS) "Vila Velha" tem dentro de sua área de abrangência as comunidades de: Jardim São Luiz, Jardim Garcia, Jardim dos Mineiros, Natanea, Centro e outras áreas de abordagem. Para estabelecer o reconhecimento inicial do contexto social da comunidade foi realizado contato com a Secretaria de Saúde, Enfermeira da unidade, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (elo vital no trabalho comunitário) e alguns dos habitantes mais antigos.

As primeiras dificuldades encontradas foram que de treze ACS só temos três, de modo que cinco áreas permanecem descobertas. Além disso, há um desconhecimento quase total sobre a origem e história dos diferentes setores por parte dos habitantes e até líderes comunitários, sendo narrado por um dos habitantes mais experientes que este bairro nasceu em 1978, quando a Fábrica de Cimento Votorantim comprou o bairro de Vila Velha para construir o forno 2, então transferiu os moradores da Vila Velha para o loteamento do senhor João Maltaca.

Há nesta comunidade o Conselho de Saúde que trabalha com sua equipe, mas a Associação de Bairro no momento está desativada. No momento estão desativadas as entidades representantes e sem outras lideranças de destaque pelo que no existe Liderança Comunitária. Serviço no Bairro: -Educação: Uma escola Municipal 1ra a 4 ta serie (Escola Municipal Victor de Oliveira Franco) e uma Escola Estadual 5ta a 8va (Escola Estadual Professora Hilda Faria Franco); Saúde: Unidade de Saúde João Alves Viana; Assistência Social: CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) atende gerando Bolsa Família e outros mais.

Dentro dos equipamentos sociais tem: a Igreja Católica com ação social, assim como a Igreja Evangélica que tem ação social, assim como doação de alimentos e roupas para os menos favorecidos. Foram identificados como riscos: esgoto a céu aberto, falta de saneamento básico e casas com risco de desmoronamento de barreiras. Como pontos fortes encontramos que recentemente está sendo implantada pela empresa de saneamento do estado a rede de água tratada, que até o momento não havia. O bairro é o primeiro do município a ter a implantação da rede de água tratada. O perfil social é de baixa renda, sendo que mais do 30% vivem do Programa Bolsa Família do Governo Federal, sendo que a maioria vivem em casas de madeira com coleta de lixo precária, duas vezes por semana. Em média mais de 20% da população (fundamentalmente idosos) são analfabetos.

Em relação ao perfil epidemiológico da comunidade, foi analisado o período de janeiro a setembro de 2016, mas é conveniente lembrar que ainda há áreas não cobertas por ACS o que torna difícil a coleta de informações.

Dados populacionais:

População total: 5324, deles 2407 homens e 2917 mulheres. Faixa etária: menores de

20 anos: 1962; entre 20 e 59 anos: 2920; e maiores de 60 anos: 442.

Frequência de determinadas doenças:

- Prevalência de HAS: 11.1% (n= 362) HAS cadastrados, 345 acompanhados (95.3%).

-Prevalência de Diabetes Mellitus (DM) 2.4% (n=80) diabéticos cadastrados, 74 acompanhados (92.5%).

A equipe realiza o acompanhamento de usuários com DM, Hanseníase, HAS, Tuberculose e por meio de consultas agendadas e/ou demanda e reuniões de grupo que são realizadas semanalmente.

Dentro de Atendimento Odontológico: Se realizaram 3176 escovações dentais supervisionadas, tratamentos concluídos: 79, foram atendidas, 263 urgências e 182 atendimentos a Gestantes.

Dentro das cinco queixas mais comuns de procura de serviços de saúde temos: DM com descontrole metabólico, HAS não controlada, Depressão nervosa e Insônia, Doenças respiratórias e del trato urinário.

Os atendimentos são programados de acordo com a demanda esperada. Sendo que durante a semana tem-se horários de atenção a demanda todos os dias de segunda a quinta pela manhã com prestação de serviço para 15 a 20 usuários em cada seção.

Na UBS Vila Velha não temos óbitos no período. Proporção de criança com até um ano de vida com esquema vacinal em dia é de 89.5% e a proporção de gestantes com sete ou mais consultas: 76.5%. A equipe acompanha a evolução de saúde materno-infantil através de consultas de puericultura e atenção pré-natal, com melhoria notável de assistência as consultas programadas e maior estabilidade no estado de saúde.

As principais causas de morbidade hospitalar e mortalidade estiveram relacionadas com complicações de DM, descontrole metabólico e doenças do aparelho circulatório, apresentaram o mesmo padrão as causas de internações de idosos.

Como problemas de maior relevância para serem discutidos, foi levantado pela equipe os seguintes pontos: aumento dos casos de Doenças Crônicas não Transmissíveis (Diabetes e HAS); déficit de Recursos Humanos (Agentes Comunitárias de Saúde); não utilização de qualquer tratamento de água; e falta de saneamento básico.

Dentro de esses problemas elencados foram priorizados os três primeiros, tendo em conta como critérios para a definição de prioridades a magnitude do problema, sua importância (transcendência), a vulnerabilidade e a quantidade de recursos que se precisaram para sua solução (custos). Considerando a repercussão na saúde das doenças crônicas não transmissíveis e dentro delas a DM e tendo em conta o aumento da procura dos serviços médicos na demanda cotidiana por esta causa, o aumento dos casos de DM na comunidade foi o problema escolhido.

As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça a saúde e ao desenvolvimento humano. Hoje a Diabetes Mellitus é considerado uma das principais síndromes de evolução crônica que acometem o homem moderno em

qualquer idade, trata-se de uma síndrome decorrente da falta ou produção diminuída de insulina e/ou incapacidade desta em exercer, adequadamente, seus efeitos metabólicos (BRASIL, 2013).

A prevalência da DM está aumentando por causa do crescimento e do envelhecimento populacional, maior urbanização, crescente prevalência da obesidade, sedentarismo e maior sobrevida do usuário diabético. Estima-se que, em 1995, a doença atingia 4% da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará o montante de 5,4% (BRASIL, 2013). Deste modo, percebe-se o importante papel da Atenção Básica (AB) dentro de suas atribuições para o acompanhamento e controle desse agravo na população (BRASIL, 2012).

Em países desenvolvidos o aumento ocorrerá principalmente na faixa etária de 45 a 64 anos. Um estudo multicêntrico de base populacional, conduzido em 1988 em nove capitais de estados brasileiros, demonstrou que a prevalência do diabetes, entre 30 e 69 anos de idade, é de 7,6 e 7,8%, respectivamente no Brasil, as cidades das regiões Sul e Sudeste, considerados de maior desenvolvimento econômico do país, apresentam maiores prevalências de diabetes mellitus. Os principais fatores associados à maior prevalência do diabetes no Brasil foram a obesidade, o envelhecimento populacional e história familiar de diabetes (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

2 Objetivos

2.1 Objetivos Geral

Elaborar um plano de intervenção educativa, atuando nos fatores de riscos, para diminuir as complicações da Diabetes Mellitus (DM) na população adscrita da Unidade Básica de Saúde Vila Velha.

2.2 Objetivos específicos:

- Identificar a prevalência de DM na população adulta atendida na UBS Vila Velha durante o ano 2016.
- Caracterizar o grupo de estudo segundo variáveis biológicas e sociodemográficas.
- Identificar pessoas com fatores de risco modificáveis como obesidade, hipercolesterolemia e maus hábitos alimentares na população.
- Desenhar programa de ações educativas dirigidas a prevenir as complicações da DM tipo 2.

3 Revisão da Literatura

(LEVEY et al., 2009) As Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça a saúde e ao desenvolvimento humano (SCHMIDT BERTHOLW DUNCAN, 2014). Hoje, o Diabetes Mellitus é considerado uma das principais síndromes de evolução crônica que acometem o homem moderno em qualquer idade, trata-se de uma síndrome decorrente da falta ou produção diminuída de insulina e/ou incapacidade desta em exercer, adequadamente, seus efeitos metabólicos. O Diabetes Mellitus (DM) compreende um grupo de distúrbios metabólicos que se caracteriza por hiperglicemia causada por defeito na ação e/ou secreção da insulina, que leva a alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, acarretando, ao longo do tempo, o comprometimento da função e da estrutura vascular de diferentes órgãos (EBERLY et al., 2003). Atualmente, a classificação do diabetes se dá pela etiologia e não pelo tipo de tratamento, como costumava acontecer, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Diabetes (ADA), a doença se divide em quatro classes clínicas: Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Outros tipos específicos de Diabetes Mellitus, Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), Glicemia de Jejum Alterada (GJA), Tolerância Diminuída à Glicose (TDG). – ambas condições conhecidas como pré-diabetes e consideradas fatores de risco para o DM e doenças cardiovasculares. O DM1 resulta da destruição das células beta do pâncreas por autoimunidade, causando a deficiência de insulina. Uma minoria de casos apresenta a forma idiopática do DM1, quando não há evidência de processo autoimune. O DM2 caracteriza-se por defeito na secreção ou ação da insulina. A maioria dos portadores desse tipo de diabetes apresenta sobrepeso ou obesidade, podendo necessitar de insulina exógena para o controle metabólico, porém sem depender dela para sua sobrevivência (KING; AUBERT; HERMAN, 1988). Outros tipos específicos de diabetes envolvem formas menos comuns da doença, cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. São os defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, infecções, entre outros. O DMG é historicamente definido como “qualquer grau de TDG com início ou primeiro reconhecimento durante a gestação” e pode ou não persistir após o parto. O DMG pode ocorrer tanto pela resistência à insulina quanto pela diminuição da função das células beta, está diretamente relacionado ao aumento da morbidade e da mortalidade perinatais, no caso de reversão para a tolerância normal após a gravidez, o que normalmente acontece, as mulheres que desenvolvem diabetes gestacional apresentam de 10 a 63% de risco de desenvolvimento de DM2 dentro de cinco a 16 anos após o parto. O pré-diabetes é um estado intermediário entre o DM e os valores considerados normais da glicose no organismo (WILD et al., 2004). O DM é considerado uma epidemia mundial, Estima-se que, em 1995, a doença atingia 4%

da população adulta mundial e que, em 2025, alcançará o montante de 5,4%. Em países desenvolvidos o aumento ocorrerá principalmente na faixa etária de 45 a 64 anos com projeção de chegar a atingir 300 milhões de indivíduos em 2030 no mundo, no Brasil, a prevalência é de 7,6% em indivíduos entre 30 e 70 anos de idade. O DM tipo 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido pelo DM tipo 1, que corresponde a aproximadamente 8%. O diabetes gestacional merece atenção devido ao seu impacto na saúde da gestante e do feto, o diagnóstico ocorre geralmente após os 40 anos de idade, e a associação com o excesso de peso e o histórico familiar de DM são frequentes. A incidência em crianças e adolescentes com DM2 tem aumentado devido ao sedentarismo e à obesidade e cerca de 50% dos portadores de DM desconhecem seu diagnóstico, o qual geralmente é feito na presença de sintomas clássicos, por isso estimasse que a eliminação de fatores de risco como tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação não saudável poderia prevenir 80% das cardiopatias, dos acidentes vasculares cerebrais e do diabetes tipo 2, além de mais de 40% dos casos de câncer. As doenças crônicas não transmissíveis corresponderam a 49% das internações, a maior taxa de internação está nas regiões Sul e Sudeste, que apresentam maior proporção de idosos. O DM e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise (EBERLY *et al.*, 2003). O diabetes é responsável por 50 a 70% das amputações não traumáticas de membros inferiores e é a principal causa de cegueira adquirida. Aproximadamente 30 a 40% dos pacientes que sofrem de DM1 desenvolverão nefropatia. O DM1 resulta da destruição das células beta do pâncreas por autoimunidade, causando a deficiência de insulina. Uma minoria de casos apresenta a forma idiopática do DM1, quando não há evidência de processo autoimune. O DM2 caracteriza-se por defeito na secreção ou ação da insulina, a maioria dos portadores desse tipo de diabetes apresenta sobrepeso ou obesidade, podendo necessitar de insulina exógena para o controle metabólico, porém sem depender dela para sua sobrevivência. Outros tipos específicos de diabetes envolvem formas menos comuns da doença, cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados, são os defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, infecções, entre outros. O DMG é historicamente definido como “qualquer grau de TDG com início ou primeiro reconhecimento durante a gestação” e pode ou não persistir após o parto. O DMG pode ocorrer tanto pela resistência à insulina quanto pela diminuição da função das células beta. Está diretamente relacionado ao aumento da morbidade e da mortalidade perinatais. No caso de reversão para a tolerância normal após a gravidez, o que normalmente acontece, as mulheres que desenvolvem diabetes gestacional apresentam de 10 a 63% de risco de desenvolvimento de DM2 dentro de cinco a 16 anos após o parto, o pré-diabetes é um estado intermediário entre o DM e os valores considerados normais da glicose no organismo. Um período de

dez a 30 anos após o início da doença; no caso dos que têm DM2, até 40% dos pacientes apresentarão nefropatia após 20 anos do surgimento da doença, a hipertensão arterial é cerca de duas vezes mais frequente entre os pacientes diabéticos. A doença cardiovascular é a principal responsável pela redução de 25% da sobrevivência de diabéticos, sendo a causa mais frequente de mortalidade. A prevalência crescente do diabetes em todo o mundo vem sendo muito discutida. Em 1995 havia 4% da população mundial (135 milhões de pessoas) com o diagnóstico de diabetes e as projeções para 2025 indicam um aumento de até 1,4%, totalizando cerca de 300 milhões de pessoas no mundo com Diabetes Mellitus (DM). No Brasil, a tendência do aumento da obesidade, do sedentarismo e conseqüentemente do DM tipo 2 vem se confirmando. O estudo mais abrangente sobre prevalência de DM foi realizado em 1988, em nove capitais brasileiras, no qual a prevalência geral, ajustada para idade, foi de 7,4%. O número de óbitos por DM no Paraná aumentou de 2.730, em 2008, para 3.314, em 2011. Diante disso, foi desenvolvido um estudo bibliográfico para análise do conteúdo de textos produzidos sobre prevalência de DM tipo 2 no Brasil e no mundo, por meio de levantamento da bibliografia publicada em periódicos das bases de dados da PUBMED e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período de 2000 a 2011. Nos diversos países varia de 5 a 10% da população (7,6% no Brasil), mesmo sem considerar os novos critérios para o seu diagnóstico, cujo impacto epidemiológico ainda é desconhecido. No que se refere ao DM tipo 2, observa-se um crescimento em proporções epidêmicas que está relacionado à “epidemia da obesidade”, nos últimos vinte anos, em países que adotam um estilo de vida ocidental. Como conseqüência, a obesidade, o sedentarismo, a dislipidemia e a hipertensão arterial, frequentemente associado ao diabetes, compõem a síndrome descrita por Reaven, a Síndrome X (atualmente conhecida como plurimetabólica), responsável em diferentes grupos étnicos pelo alto risco de morbidade e mortalidade por doenças cardiovasculares (??).

Nos últimos anos houve avanços importantes no conhecimento de novas estratégias de tratamento e várias classes de medicamentos foram introduzidas recentemente no mercado, atuando não só no controle de glicemia, mas também em outros fatores de risco cardiovascular. Deve-se objetivar o tratamento intensivo da doença, visto que o UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), primeiro grande estudo multicêntrico realizado com pacientes diabético tipo 2, mostrou que as complicações microvasculares do diabetes podem ter sua ocorrência reduzida com o controle estrito da glicemia, este mesmo estudo demonstrou também que um bom controle da glicemia não foi suficiente para reduzir as complicações macro vasculares significativamente e que o tratamento concomitante dos outros fatores que contribuem para aterosclerose (hipertensão, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo e obesidade) é essencial para redução da mortalidade cardiovascular. Assim, o tratamento do DM deve ser bem abrangente e incluir as seguintes estratégias, indispensáveis para se alcançar um bom controle metabólico: educação, modificações no estilo de vida que incluem a suspensão do fumo, prática de atividade física, mudança de

hábitos alimentares e uso de medicamentos, sempre que necessário. Os principais fatores de risco para DM2 são:

- Idade maior ou igual a 45 anos – A prevalência do DM2 aumenta com a idade. Na população com mais de 40 anos, é da ordem de 11%, enquanto que na de 65 anos ou mais, eleva-se para 20%. 14
- Parentes de primeiro grau (pai, mãe e/ou irmãos) com diabetes – Pessoas com menos de 65 anos e algum parente de primeiro grau com DM têm risco de 5 a 10% de desenvolver a doença. Se ambos os genitores têm/ tiveram DM, o risco é duas vezes maior em relação à população sem esse histórico familiar. Gêmeos homozigóticos têm concordância no desenvolvimento de DM2 em 90% e de DM1 em 30%. Um terço das pessoas com DM2 relatam que o pai, a mãe, ou ambos são diabéticos.
- Excesso de peso e obesidade central – O excesso de peso é definido como IMC 25 kg/m^2 em adultos de 20 a 59 anos, ou 27 kg/m^2 em pessoas com mais de 59 anos. Já a obesidade central caracteriza-se pela medida da circunferência abdominal superior a 94 cm nos homens e 80 cm nas mulheres. Nem toda pessoa com excesso de peso desenvolve DM, porém, há uma correlação linear entre o grau desse excesso e a prevalência de DM2, que aumenta com o tempo de evolução e a distribuição central da gordura corporal. A redução do peso corporal em obesos previne o desenvolvimento de diabetes, o que torna o excesso de peso o fator de risco preditivo de DM2 mais sensível à atenção ambulatorial, por ser modificável.
- Sedentarismo – O sedentarismo, conceituado como gasto inferior a 2.200 Kcal por semana com atividades físicas ou ocupacionais, é apontado como um dos mais importantes fatores preditivos para obesidade e DM2.
- Presença ou antecedente de sinais de resistência insulínica ou condições associadas à ela.
- Antecedente obstétrico de abortos frequentes, mortalidade perinatal, recém-nascidos com peso superior a 4 kg e diabetes gestacional – Em média, 47% das mulheres com história de diabetes gestacional evoluem para DM2 cinco anos após o parto.

Educação. O paciente deve ser conscientizado de todos os riscos da doença e saber como tentar evitá-los, perseguindo a normoglicemia. É importante conhecer os sintomas de hipo e hiperglicemia, instituir hábitos saudáveis como não fumar e, de um modo geral, não ingerir bebidas alcoólicas, aprender a cuidar dos pés, combater a obesidade e realizar exames de controle periódicos, exercícios físicos. a atividade física deve ser estimulada, o exercício físico pode contribuir para o controle da glicemia e da dislipidemia, diminui a insulino-resistência e ajuda a perder peso. Entretanto, não deve ser realizado quando o paciente estiver descompensado e, portanto, a atividade física deve ser individualizada. O paciente deve ser avaliado previamente em relação aos membros inferiores (presença de feridas, úlceras ou calos) e em relação a patologias do sistema cardiovascular, já que nesses casos o exercício físico pode ser prejudicial (CORONHO *et al.*, 2001). Deve-se levar em conta que a doença é crônica e, por isto, não devemos impor ao indivíduo uma dieta muito restritiva. O plano alimentar deve visar o controle metabólico, pressórico, a prevenção das complicações e ser nutricionalmente adequado, individualizado e fornecer o valor calórico total (VCT) compatível com a obtenção e/ou manutenção do peso corpóreo desejável. A composição da dieta deve ser de

50-60% do VCT de carboidratos, (SBC, 2001). As doenças crônicas constituem uma das principais causas de mortalidade no mundo. No Brasil, as DCNT constituem a principal causa de morte em adultos, com destaque para as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias crônicas e diabetes, responsáveis pela maior parte das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar; que também resultam em crescente impacto econômico, afetando um grande número de famílias, sistema de saúde e sociedade em geral

2, 3 Fatores de risco comuns e potencialmente modificáveis como ausência de uma dieta saudável, uso de cigarro, consumo nocivo de bebida alcoólica e a inatividade física explicam a maior parte destas doenças crônicas e seus agravos, que são expressas através de fatores de risco intermediários como hipertensão arterial, hiperglicemia, deterioração do perfil lipídico e obesidade (BRASIL, 2006). Os fatores de risco são: Hábitos alimentares inadequados, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool, níveis elevados de lipídeos sanguíneos, estresse, obesidade, valores pressóricos elevados. A avaliação da adesão ao tratamento inclui, além do uso regular da medicação, a frequência às consultas e as atitudes de autocuidado, como: alimentação adequada, atividade física, atividades laborativas e de lazer e vida social e familiar satisfatória, caso seja constatada alguma dificuldade em qualquer um dos aspectos descritos anteriormente, é hora de centrar a atenção na investigação cuidadosa dos motivos subjacentes a essa dificuldade. Entre os fatores para a avaliação da adesão incluem: Uso adequado de medicação, frequência às consultas, atitudes de autocuidado. Autocuidado/Autoestima. Um dos elementos essenciais para a adesão ao tratamento é a disponibilidade e empenho da pessoa em cuidar de si própria. Esse cuidado se faz presente quando a pessoa pode se perceber como alguém que o merece, alguém que tem valor e importância. Além disso, querer cuidar de si pressupõe o desejo de viver, ter projetos a realizar na vida, ter sonhos para o futuro, o contato efetivo e afetivo com diferentes pessoas questiona certezas, mobiliza conhecimentos, provoca sentimentos, influencia atitudes e maneiras de pensar; é de fundamental importância um momento de reflexão dos profissionais sobre a tarefa que desenvolve. A estruturação de grupos com base na abordagem integral e com ênfase na autonomia que consolide o espaço dialógico entre quem cuida e quem é cuidado tem se mostrado eficaz no enfrentamento das doenças crônicas e entre os dependentes químicos. A estratégia do grupo de adesão constitui espaço solidário que permite o acesso à informação, a troca de experiências, o intercâmbio de motivações, o apoio mútuo e a vivência de uma pluralidade de situações que criam oportunidades para pacientes e profissionais de saúde posicionar-se, tirarem dúvidas, interagirem e superarem dificuldades no processo de aderir ao tratamento.

O grupo terapêutico é um espaço de construção coletiva com vistas a uma abordagem ampliada da saúde com possibilidades de ser, a um só tempo, local de desenvolvimento de cuidado assistencial mais pertinente às necessidades das pessoas e cenário privilegiado de ensino e de capacitação discente. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde (BRASIL, 2014). O diagnóstico é

frequentemente realizado na vigência de exames rotineiros, complicações ou descontrole metabólico, ao mesmo tempo, pessoas com pré-diabetes apresentam maior risco de desenvolver DM e doença cardiovascular e seriam beneficiadas pelas mudanças no estilo de vida. A detecção precoce da população diabética ou daquela com maior risco de desenvolver a doença deve ser prioritária nos serviços de saúde, porém, segundo a ADA, não há evidência de benefício do rastreamento de DM na população geral. Para tanto, preconiza-se o rastreamento seletivo, em unidades de saúde, de pessoas-alvo, ou seja, indivíduos com maior probabilidade de ter diabetes ou estar em risco de desenvolvê-lo: Pessoas com mais de 45 anos, pessoas com menos de 45 anos com: 1. IMC ≥ 25 kg/m² e um ou mais fatores de risco. 2. Sintomatologia característica de DM (poliúria, polidipsia e perda inexplicada de peso). Para as pessoas com testes dentro dos parâmetros de normalidade, o período sugerido pela literatura para realização de novo rastreamento é de dois em dois anos (BRASIL, 2013).

4 Metodologia

O presente trabalho trata-se de um Projeto de Intervenção, e para a efetivação do mesmo será realizado um estudo epidemiológico longitudinal descritivo, com o objetivo de descrever e identificar os fatores de risco associados a Diabetes Mellitus tipo 2 que aumentam a morbidade na população atendida pela UBS Vila Velha Rio Branco do Sul.

O estudo será realizado na Unidade Básica de Saúde Vila Velha pertencente ao Município Rio Branco do Sul, Estado Paraná no período Agosto 2016, Agosto 2017, A Unidade de Saúde possui atendimento médico e consulta de Enfermagem, além disso, tem Dentista, Psicólogo, e funciona como equipe Multiprofissional na atenção integral da população. Nesta área encontra-se ubicada na periferia do município em um território irregular geograficamente, caracterizado por moradias de classe pobre com dificuldades sociais, sem disponibilidade de área lazer, altos consumo de drogas, baixo nível culturais e uma elevada prevalência das doenças crônicas não transmissíveis.

A população estimada é de 5324 habitantes credenciadas ao Sistema Único de Saúde (SUS), o desenho amostral população alvo (universo) deste estudo serão, inicialmente, os 80 pacientes cadastrados como Diabéticos na UBS “Vila Velha”, observa-se um baixo registro da doença, mas cabe assinalar que com o trabalho diário de pesquisa e controle, atualmente contamos com 249 pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, cadastrados em nossa área de abrangência. Serão estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: pessoas de ambos os gêneros, com idades entre 30 e 69 anos, cadastrada na Unidade de Saúde Vila Velha, ter passado por consulta médica neste período e estar de acordo a realizar o estudo, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido, Critérios de exclusão: Indivíduos previamente diagnosticados com a doença de Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2 e aqueles que se recusarem a participar.

Durante as consultas na unidade, observou-se que a incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 com descontrole Metabólico e complicações são muito frequentes a cada dia, por isso serão analisados os prontuários dos pacientes diabéticos cadastrados na área com os dados dos diferentes atendimentos, decidimos investigar os motivos e o que fazer para conseguir esse controle, serão analisados também os dados oferecidos nos registros do SIAB municipal.

Os procedimentos de intervenção serão desenvolvidos em diferentes momentos da atuação em conjunto com a equipe de saúde (Enfermeira, Auxiliares de Enfermagem, Agente Comunitárias de Saúde e outros profissionais da unidade, principalmente as Nutricionistas e Psicólogas. Serão identificadas dentro da população as pessoas com suspeita de fatores de riscos para desenvolver a Diabetes Mellitus tipo 2.

No primeiro momento em relação a identificar os principais fatores de risco modificáveis da população objeto de estudo será aplicado um questionário no período Agosto,

Novembro 20016 pela equipe de saúde nas quinta férias da semana no grupo de HIPERDIA incluindo os seguintes aspetos: características demográficas e socioeconómicas dos pacientes: idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação e renda *per capita*; b) prática alimentar c) atividade física: frequência e duração; d) características clínicas: antecedentes patológicos e historia clínica; e) presença de hábitos perjudiciais a saúde: hábito de fumar e alcoolismo; f) estado nutricional e avaliação antropométrica e, g) uso de medicamentos: frequência, quantidade e tipo. As medidas antropométricas (peso, estatura y circunferência da cintura) serão realizadas dos vezes; se utilizaram os promédios aritméticos dos valores obtidos. Para avaliar o estado nutricional (sobrepeso e obesidade), os pacientes serão classificados de acordo com o IMC obtido; se empelaram as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define: o peso abaixo do normal (IMC 30 Kg/m²)

A definição da distribuição central da adiposidade vai ter como base a relação cintura-cadera (RCQ), utilizando-se o valor de corte $\geq 0,85$ para as mulheres e $\geq 0,95$, para o homes. Para caracterizar a hipertensão arterial, será adoptados os valores de referencia recomendados no *Joint National Committee VII (JNC VII)*, que considera como hipertensão arterial aquelas com niveles ≥ 90 mmHg para a pressão diastólica y ≥ 140 mmHg para a pressão sistólica. Os pacientes que presentarem valores da pressão arterial abaixo dos niveles e referem usar drogas para tratar a hipertensão, também serão considerados hipertensos.

A caracterização da prática da ingestão de alimentos será feita por meio da investigação ol consumo alimentar: a partir da aplicação da ajuda memoria de 24 horas, que constituem o jeito ideal para caracterizar os marcadores dietéticos. A dieta não saudável será considerada aquela que apresente um baixo consumo diário de frutas, fibras, verduras e legumes (menos de duas porções por dia); e uma elevada ingestão de grassas saturadas/trans., com o consumo frequente de fritadas (más de quatro vezes na semana), carboidratos simples e sódio, refrigerantes e alimentos processados.

Será definido como sedentário todo paciente que informo não houver participado de nenhum tipo de atividade física a realizada atividade física por um período menor de 20 minutos por dia e com frequência menor de três vezes por semana. A população do estúdio comparecerá a Unidade Básica de Saúde para realizar-se eximem bioquímicos (perfil lipídico e glicemia), estando em jejum de 12 horas. Serão considerados dislipidêmicos os pacientes que presentarem niveles séricos de triglicerídeos y/o de colesterol total >240 mg/dl, HDL-colesterol sérico 100 mg/dl y triglicerídeos >150 mg/dl. Os medicamentos utilizados, por os pacientes no estudo, serão classificados farmacologicamente, de acordo com o *Anatomical-Therapeutical-Chemical Clasification System (ATC)*. Nesa classificação, os medicamentos será classificados em diferentes grupos de acordo com o órgão, o sistema em que atuam e por suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas.

Uma vez obtida nestas informações, trabalharemos com a população identificada re-

alizando ações educativas integrais para mudar os fatores de risco diante atividades em grupos realizadas na unidade com uma frequência a cada 15 dias e mensal, exercícios físicos supervisionados, orientações nutricionais, atividades de capacitação e acompanhamentos na área de lazer determinada. Também faremos os devidos encaminhamentos para avaliação com outras especialidades da atenção básica como a equipe multidisciplinar do NASF e da atenção secundária como Cardiologia, Oftalmologia, Endocrinologia desde setembro 2016 a março 2017.

Será realizada dinâmica, exposição de vídeos e rodas de conversa sobre hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis nos grupos de Hipertensão. Responsável: Enfermeira. - Equipe de Apoio: ACS. Profissionais da Educação frequência semanal no último trimestre 2016. Mobilização dos pacientes diabéticos acompanhados pela UBS e seus familiares para a melhoria da adesão ao tratamento medicamentoso, especificamente aqueles pacientes que tem dificuldade para tomar seus medicamentos em horários certos. Responsável: ACS, com orientação do médico e enfermeira todas as quinta feiras da semana no grupo. Agendar retorno após cada consulta médica e de enfermagem, sendo que o profissional que o atendeu o fará de acordo com sua classificação e periodicidade estabelecida pelo protocolo de Diabetes Mellitus. Responsável: Enfermeira periodicidade mensal. Resgatar todos os pacientes ausentes a consultas. Responsável: ESF periodicidade semanal. Serão realizadas reuniões com frequência quinzenal, na unidade de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado com os fatores de risco, complicações e tratamento da doença de acordo com o profissional selecionado para a data. Responsável: ESF e profissional selecionado para a atividade periodicidade quinzenal.

Deverá se obter parcerias com a Prefeitura, empresas que atuam no bairro, com a finalidade de aumentar os recursos técnicos e financeiros. Resp. Médico e Enfermeira. Primeiro Trimestre 2016. Isto poderá melhorar a capacitação dos pacientes referente aos fatores de risco associados a Diabetes Mellitus tipo 2, suas complicações, prevenção e controle.

Garantir a participação em atividades físicas supervisionadas pelo profissionais de saúde e oferecer orientações nutricionais específicas. Resp. Médico, Nutricionista e ACS, periodicidade Mensal, sugere-se realizar este trabalho, em horários planejados dentro da semana e os sábados, quando a maior parte dos moradores possui tempo para participar Responsável: ESF todas as segundas feiras as 16 horas e 8 horas da manhã os sábados. Serão estabelecidas reuniões com uma frequência mensal para avaliar os avanços obtido com cada um dos pacientes em estudo segundo o fator de risco apresentado e sua modificação ou não, após análises serão estabelecidos planos terapêuticos individuais para corrigir as dificuldades. Responsável: ESF, O monitoramento das atividades dos pacientes com fatores de risco participantes do projeto será realizado pela equipe de saúde da família que deverá velar pelo interesse dos mesmos e a qualidade das atividades, realizar visitas domiciliares e oferecer as orientações necessárias. Os resultados obtidos será submetidos a

as análises estadísticas. Os dados se apresentaram em frequências e porcentagens para as variables categóricas, e promédios e desviarão estándar para as variables continuas.

Os dados serão processados e apresentados na forma de tabelas e gráficos com a utilização do software Microsoft Excel.

5 Resultados Esperados

A diabetes tipo 2 pela elevada prevalência que apresenta, pelo significativo aumento da sua incidência ao longo do tempo, pela morbimortalidade que causa e pelos consequentes encargos socioeconómicos, é indudable problema de Saúde Pública.

A prevalência aumenta com a idade, para ambos os sexos, e o risco estimado de diabetes mellitus, no Brasil, é de 30 a 40%, o 6% da população mundial é diabética e aproximadamente 75 a 80% dos diabéticos morrem devido a doenças cardiovasculares, apresentando um risco duas a quatro vezes maiores de doença coronária que a restante população.

A mortalidade prematura causada pela diabetes estima-se em 12 a 14 anos de vida perdidos, o impacto do aumento da diabetes reflete-se nas despesas da saúde globais, para as quais se prevê um aumento de 30 a 35%, entre 2007 e 2025. O controle da diabetes tipo 2 é baseado em, Alimentação - Atividade física – Terapêutica e medicamentosa, tendo como base a educação terapêutica, o controlo metabólico e a monitorização regular da glicemia.

Os fatores de risco da diabetes implica, assim, a adopção de um complexo plano de ações comportamentais de cuidados diários, ao longo de toda a vida. A fraca identificação dos fatores de risco torna-se uma questão relevante quando se reconhece que a diabetes é considerada como uma das principais causas de cegueira, de insuficiência renal, de amputação dos membros inferiores e uma das principais causas de morte. Para além do sofrimento que as complicações causam no diabético e nos seus familiares, os seus custos económicos são elevados, devido à morbilidade e mortalidade prematura (Falcão et al., 2008).

O estudo dos fatores de risco da diabetes é complexo, exigente e requer responsabilidade e tem como objetivos a ausência de sintomas de descompensação aguda, complicações tardias micro e macro vascular, e a melhoria ou manutenção da qualidade de vida. É mundialmente reconhecida que a alteração do estilo de vida, o diagnóstico precoce e o início programado da terapêutica farmacológica, parecem ser a forma mais eficaz de minorar o desenvolvimento, a médio e longo prazo, das complicações. No entanto, a prevalência destas tem vindo a aumentar. A diabetes está assim associada a uma elevada taxa de mortalidade, uma marcada morbilidade com repercussões sérias na qualidade de vida, e a elevados custos económicos. Desta forma, podemos afirmar que a identificação dos fatores de risco da diabetes é baixa, tal como sugerido nos estudos apresentados na revisão bibliográfica. A importância dos cuidados de saúde primários tem sido reconhecida desde 1978, quando da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada na ex-URSS, e da qual resultou a declaração de Alma-Ata. Nesta declaração, os cuidados de saúde primários são definidos como o primeiro nível de contato da comunidade com o

sistema de saúde (Ferreira; Antunes, 2010). Neste sentido numa tentativa de identificar os factores de risco, a OMS reconheceu cinco grupos, dos quais destacamos dois: factores sociais, económicos e culturais, e factores individuais. Relativamente aos factores sociais, económicos e culturais, destacam-se aspectos como o analfabetismo, o desemprego, as crenças e os costumes dos doentes. Estes factores podem colocar os doentes em situação de desvantagem, em relação aos factores individuais, é desalientar a idade, o sexo, a ausência de informação e de conhecimento sobre a doença, a motivação, a confiança no tratamento, a ansiedade, a incapacidade de gerir o regime terapêutico, a falta de percepção da necessidade do tratamento, o medo da dependência ou a discriminação. Vários estudos têm demonstrado que a percepção subjectiva do estado de saúde, contribui para a variabilidade de resultados em saúde, quer em termos físicos quer emocional (Benyamini ; Gozlan ; Kokia, 2004). Este projecto de investigação tem como objectivos descrever a percepção do diabético sobre a sua doença, conhecer a sua adesão às actividades de auto-cuidado, e verificar a existência de relação entre ambas. De acordo com a revisão bibliográfica efectuada, espera-se que os resultados demonstrem que existe uma associação entre a percepção dos factores de riscos e a adesão ao seu tratamento, confirmando-se que a percepção que cada um tem da sua doença prediz a adesão ao tratamento. Este projecto de investigação sugere, tal como outras investigações, que as crenças sobre a doença e o estado emocional do diabético influenciam a adesão ao tratamento, assim como as variáveis biológicas e socio-demográficas são determinantes na percepção da doença e na adesão ao regime terapêutico. De acordo com o estudo de Broadbent, Donkin e Stroh, a melhoria dos resultados em saúde poderá ser potenciada alterando as crenças do diabético relativas à doença e respectivo tratamento (Broadbent ; Donkin ; Stroh, 2011). Neste sentido, a educação para a saúde, o aumento do conhecimento e o fornecimento de informação é fundamental para que o doente tome decisões autónomas e conscientes. A importância do controle pessoal tem sido amplamente documentada, e poderá ser potenciada através de intervenções educacionais comunitárias para a saúde.

Algumas limitações estão subjacentes a este estudo, e deste modo, os possíveis resultados deverão ser discutidos tendo em conta estas limitações. Em relação às características da própria doença, destaca-se uma limitação. A diabetes é uma doença caracterizada por ter uma evolução silenciosa, podendo não ser diagnosticada durante muitos anos. Relativamente à amostra e ao método de amostragem, várias limitações podem ser destacadas. Por um lado, o nosso projecto de investigação será aplicado numa única UBS, o que poderá condicionar a generalização dos resultados a nível regional e nacional. É ainda necessário evidenciar a realidade de selecção potenciado pela decisão do paciente em participar ou não no estudo. Uma vez que se trata de um estudo descritivo, alguns factores poderão influenciar a determinação de associações entre as variáveis. Destaca-se, o poder económico, que poderá ser uma variável de confundimento na adesão às actividades de auto-cuidado na diabetes, a adesão à alimentação e à actividade física. O projecto pa-

rece apresentar outras limitações, referentes aos instrumentos de recolha de dados. Por um lado, o tamanho de um dos questionários parece ser um factor negativo, por outro, a necessidade de ter que se aplicar os questionários por entrevista, potencia o risco de erro pela presença do investigador. Apesar destas limitações, destaca-se a utilização de instrumentos de medida traduzidos, validados e adaptados à realidade de rio branco do sul, particularmente a Escala de actividades de auto-cuidado na diabetes.

Reconhecendo a importância de que a detecção precoce dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 possa minimizar ou reduzir a oportunidade de exposição das pessoas a esses fatores, torna-se relevante desenvolver ações educativas interdisciplinares em saúde com foco na promoção, prevenção e cuidado às pessoas em risco associados ao desenvolvimento da doença na região de abrangência de atenção da UBS Vila Velha, sugere-se a aplicação de várias estratégias, com implicações em saúde pública:

- Divulgação dos resultados junto do Conselho Clínico.
- Divulgação dos resultados junto do corpo clínico da UBS, de forma a sensibilizar os profissionais de saúde para a relação entre as crenças sobre diabetes e a identificação dos fatores de riscos da diabetes.
- Exposição dos resultados na UBS e o Município.
- Publicação de um artigo na Revista Brasileira de Clínica Geral.
- Desenvolvimento e implementação de programas educacionais, na UBS, para os pacientes diabéticos, através de sessões educativas referentes à diabetes.
- Criação de parcerias com a prefeitura, para desenvolvimento de ações educativas em comunidades do interior do município.

Espera-se obter, com o desenvolvimento deste projeto terapêutico, uma redução da mobilidade da Diabetes Mellitus e suas complicações nas pessoas com fatores predisponentes que moram na área de estudo, uma maior socialização entre os pacientes e suas famílias e a população toda do bairro, desenvolvendo o espírito de cooperação, gentileza, respeito e responsabilidade pelas atividades assumidas, além da melhoria na qualidade de vida diante o aprendizagem de modos e estilos de vidas saudável o que pode-se transmitir de geração em geração.

A Diabetes Mellitus é considerada uma doença prevenível quando os fatores de riscos são modificados com medidas educativas e é adoptada uma conduta e estilo de vida saudável, é possível melhorar a qualidade de vida, diminuir os custos sociais e económicos para as famílias afetadas e para a sociedade com uma conduta responsável para com a saúde individual e coletiva.

Referências

- BRASIL. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2006. Citado na página 19.
- BRASIL. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Brasília, n. 3, 2012. Citado na página 11.
- BRASIL. Caderno de atenção básica: Diabetes mellitus. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 20.
- BRASIL. Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2014. Citado na página 19.
- CORONHO, V. et al. *Tratado de endocrinologia clínica e cirurgia endócrina*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Citado na página 18.
- EBERLY, L. et al. Impact of incident diabetes and incident nonfatal cardiovascular disease on 18-year mortality: the multiple risk factor intervention trial research group. *Diabetes Care*, v. 26, n. 3, p. 848–854, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- KING, H.; AUBERT, R.; HERMAN, W. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*, v. 21, n. 9, p. 1414–1431, 1988. Citado na página 15.
- LEVEY, A. et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med*, v. 150, n. 9, p. 604–612, 2009. Citado na página 15.
- SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, v. 19, p. 66–75, 2003. Citado na página 11.
- SCHMIDT BERTHOLW DUNCAN, A. e. S. M. M. B. C. *Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil: Carga e desafios atuais*. 2014. Disponível em: <<http://www.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/Brasil/brazilpor4.pdf>.> Acesso em: 11 Ago. 2017. Citado na página 15.
- WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*, v. 27, n. 5, p. 1047–1053, 2004. Citado na página 15.