

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO.

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

TÍTULO: MUDANÇAS DO ESTILO DE VIDA EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS.

ALUNO: LUIS ROMAN NUEVA RODRIGUEZ.

ORIENTADORA: ELMA PEREIRA DOS SANTOS POLEGATO.

SETEMBRO-2014.

SUMARIO:

1. Introdução
 - 1.1 Identificação e apresentação do problema
2. Objetivos
 - 2.1 Objetivo geral
 - 2.2 Objetivos específicos
3. Revisão Bibliográfica
4. Metodologia
 - 4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção
 - 4.2 Contexto da intervenção
 - 4.3 Estratégias e ações
 - 4.4 Avaliação e monitoramento
5. Conclusões
6. Referencias

1 Introdução

1.1 Identificação e apresentação do problema

O Diabetes Mellitus(DM) é hoje um dos maiores problemas de saúde em todo o mundo. Atualmente, mais de 250 milhões de pessoas convivem com a doença¹, mas espera-se que este número chegue a 380 milhões, em 2025¹. O Brasil ocupa a 4ª posição entre os países com maior prevalência de diabetes: são 13,7 milhões de pessoas², e muitas ainda nem foram diagnosticadas.

O diabetes é uma doença de base genética e hereditária. Em geral, se há histórico na família entre parentes de primeiro grau, há possibilidades maiores de desenvolver a doença.

O diabetes é uma síndrome do metabolismo que resulta no acúmulo de glicose pelo organismo. Pacientes com diabetes apresentam deficiência na função da insulina, o hormônio responsável por metabolizar a glicose, ou mesmo apresentam falta de insulina no organismo.

A alta incidência e prevalência de DM na população mundial resultam em problemas econômicos e sociais, tais como diminuição da produtividade, altos custos do tratamento, piora da qualidade de vida e diminuição da sobrevivência dos pacientes. O DM ainda contribui de forma significativa para o aparecimento de outras doenças, o que é agravado na vigência de tratamento inadequado ou ausente. (5)

Uma dieta saudável, juntamente com a atividade física regular, a manutenção de peso corporal normal e a cessação do uso do tabaco podem prevenir o diabetes tipo 2 ou retardar sua aparição e diminuir suas complicações(6,7). Entretanto, os pacientes atendidos e orientados quanto as boas práticas para a prevenção ou controle do DM, frequentemente, não aderem as orientações. Frente a esta realidade, o tratamento torna-se o pilar fundamental no controle da DM e em muitas ocasiões e, provavelmente, a única intervenção necessária(8,10).

Portanto, é necessário que haja integração entre a alimentação e os hábitos do paciente, para uma reorganização alimentar para o controle do DM. O comportamento alimentar é modificado de acordo com as exigências e limitações impostas pela síndrome, devendo ser revistas escolhas alimentares, diminuindo as calorias para evitar ganho de peso, aumentando a atividade física, moderando a ingestão de gorduras, espaçando as refeições e monitorizando a glicemia, para seu controle(5).

A dieta hipocalórica, responsável pela perda ponderal, é particularmente significativa logo após o diagnóstico de DM, quando a secreção de insulina ainda é adequada. Essa dieta tem mostrado importante papel regulador no controle da hiperglicemia, ainda que não haja perda ponderal, o que torna o valor da ingestão calórica mais importante que o peso em si(5).

Destaca-se o importante aumento de população na área de abrangência da unidade de saúde pelo aporte de um número importante de pessoas provenientes de outras regiões ou estados. Esse processo teve como consequência o aumento progressivo da demanda de consultas e, o aumento no diagnóstico de DM de um número maior de pessoas, muitas delas sem diagnóstico prévio, pois, alegavam não comparecer as consultas por "não sentir ninguém sintoma", e/ou dificuldade no agendamento da consulta médica.

Devido a gama de alterações do estilo de vida que são impostas as pessoas portadoras desta doença, numa fase da vida onde seus hábitos já estão consolidados, a adesão delas ao tratamento tem sido um grande desafio para nos , e este e nosso objeto de estudo.

Desta forma foi levantada a seguinte pergunta "De que maneira nosso equipe de saúde pode atuar para facilitar a aderência dos pacientes com DM as modificações dietéticas?"

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Combater os maus hábitos dietéticos e fomentar a prática de exercícios na população exposta

2.2 Especifico

Acompanhar ativamente na melhora de hábitos de vida saudáveis

Construir um plano de ação para a diminuir o consumo de açúcar, das comidas ricas em glicose

Orientar os profissionais da unidade de saúde e os pacientes através de educação continuada sobre os riscos

3. REVISAO BIBLIOGRAFICA

Os principais fatores de risco para o diabetes mellitus são¹⁵ :

- Idade acima de 45 anos;
- Obesidade (>120% peso ideal ou índice de massa corporal \geq 25 kg/m²);
- História familiar de diabetes em parentes de 1º grau;
- Diabetes gestacional ou macrossomia prévia;
- Hipertensão arterial sistêmica;
- Colesterol HDL abaixo de 35 mg/dl e/ou triglicédeos acima de 250 mg/dl;
- Alterações prévias da regulação da glicose;
- Indivíduos membros de populações de risco (negros, hispânicos, escandinavos e indígenas).

Os fatores de risco são a principal causa de morte no mundo, no Brasil

As evidências científicas que determinam mudanças na prática clínica devem ser baseadas nos desfechos de saúde-doença, como morte e incidência de doença. Dados de pesquisas que interferem em desfechos substitutos (marcadores fisiopatológicos, bioquímicos, etc.), tem menor impacto direto na prática clínica, embora possam ser relevantes para melhor compreensão da doença e desenvolvimento de metodologias diagnósticas e terapêuticas(2).

4. METODOLOGIA

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve os pacientes cadastrados na unidade de saúde do Rodrigo Barreto e minha equipe.

A população escrita constitui-se todas aquelas vistas na consulta que foram feitas exames e seguimento na consulta para medições de Glicemias capilares

4.2 Contexto da intervenção

Dada a importância e prevalência disso fatores na população foram feitos comparativamente a literatura revisada, seguimento nas consultas dando manifesto a incidências de casos na população menor de 40 anos

4.3 Estratégias e ações

Primeiramente foi necessário a identificação da população envolvida, delimitando as áreas em questão. Presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação sera através de abordagem no momento do acolhimento durante as consultas.

Depois os grupos desenvolvidos foram vistas suas medições de cifras da glicose comparativamente com o referente nas bibliografias sobre os riscos e sua prevalência nessa população

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade da mudanças nos hábitos de vida.

Durante as reuniões que serão realizadas com toda a equipe, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessário.

5. Conclusão

Um programa agressivo de intervenção saudável no âmbito da atenção primária da saúde, focado desde a ótica do risco global, que inclui programas de educação para a comunidade e promoção de hábitos saudáveis higienodietéticas ligados ao apropriado manejo de combinar exercícios com redução de consumo de açúcar e acrescentar o consumo de ácidos graxos ômega 3-6.

O fator socioeconômico não satisfatório e o nível básico da educação encontrados não foram limitantes para que os pacientes puderam adquirir maior conhecimento sobre sua doença.

6. REFERENCIAS

- 1-Disponivel : <http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/o..01471727-E1298,00.html>.
- 2-FERREIRA,A.B.H.Novo dicionário da língua portuguesa.Rio de Janeiro.Nova Fronteira.
- 3-McLellan KCP, Motta DG, Lerario AC, Campino ACC.Custo do atendimento ambulatorial e gasto hospitalar do Diabetes mellitus tipo 2 . Saude em Revista .2006;8(20):37-45.
- 4-Haney EM, Huffman LH , Bougatsos C , et-al.Screening and treatment for lipid disorders in children and adolescents; Systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force.Pediatrics.2007;120:189-214.
- 5-Pontieri FM,Bachion MM.Crenças de pacientes diabeticos acerca da terapia nutricional e sua influencia na adessao ao tratamento.Cienc.saude Coletiva .2010 Jan;15(1).
- 6-Alfaro J, Simal A, Botella F.Tratamento do diabetes .Sistema Nacional de Saude da Espanha.2000.24(2).
- 7-Simo R,Hernandez C.Tratamiento de la diabetes mellitus ; objetivos generales y manejo em la practica clinica .Rev.Esp.Cardiol.2002 Ago:55(09845-60.
- 8-Suarez MM , Astoviza MB, Puig ML.Diabetes mellitus : tratamento dietético...Rev.Cubana Invest.Biomed.2002 Jun.21(2).
- 9-Sociedade Brasileira de Diabetes.Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2013-2014.SBD.2013-2014.
- 10-Ministerio da Saude.Diabetes mellitus.Cadernos de Atenção Basica-No 16.Brasilia;2006.