

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
Curso de Especialização em Saúde da Família

*Título: Mudanças do estilo de vida em pacientes
com diabetes mellitus e dislipidemias.*

Autora: Dra Madelayne Basterrechea López

*Orientadora TCC 23: Maria Angélica Tavares de
Medeiros*

UBS Jardim Real

Aruja-SP

Agosto 2014

SUMÁRIO

1- Introdução.	3
2- Objetivos	5
3- Revisão Bibliográfica.	5
4- Metodologia.	7
5- Resultados Esperados.	8
6- Cronograma.....	9
7- Referencias.....	9

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus atualmente é considerado uma das principais doenças crônicas que afetam o homem contemporâneo, acometendo populações de países em todos os estágios de desenvolvimento econômico-social. Sua importância nas últimas décadas vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como: maior taxa de urbanização, aumento da expectativa de vida, industrialização, maior consumo de dietas hipercalóricas e ricas em hidratos de carbono de absorção rápida, deslocamento da população para zonas urbanas, mudança de estilos de vida tradicionais para modernos, inatividade física e obesidade, sendo também necessário considerar a maior sobrevida da pessoa diabética.¹

O diabetes mellitus é uma doença caracterizada por defeitos da ação e na secreção de insulina, podendo ocorrer a qualquer idade, mas geralmente é diagnosticada após dos 40 anos.²

É uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da mesma de exercer adequadamente seus efeitos, resultando em resistência insulínica. Caracteriza-se pela presença de hiperglicemia crônica, frequentemente, acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial.³

Essa enfermidade representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionada às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevida dos indivíduos, e que muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas.^{4,5,6}

Muitos pacientes com diabetes mellitus apresentam dislipidemia que é a elevação das taxas de lipídios e de lipoproteínas na corrente sanguínea, ocasionando posteriormente as doenças cardiovasculares. Geralmente a dislipidemia está presente no momento de diagnóstico da hiperglicemia nas pessoas com diabetes.²

A hipercolesterolemia resulta de uma alteração do metabolismo das lipoproteínas, condicionando uma elevação do colesterol total, da fração c-LDL ou dos triglicerídeos e/ou uma redução do c- HDL. Sendo minoritárias as dislipidemias monogénicas, como a hipercolesterolemia familiar (FH), e as dislipidemias secundárias.⁷

Em 2004, Wild et al. publicaram resultados de estudo desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), referente às estimativas de prevalência do diabetes mellitus entre 2000 e 2030. Segundo os autores, o Brasil, que em 2000 ocupava o oitavo lugar entre os dez países com maior número de casos de diabetes (4,6 milhões), ocupará a sexta posição em 2030, quando contará com 8,9 milhões de pessoas diagnosticadas.⁸

A incidência do Diabetes Mellitus é crescente em nosso meio, e resulta da interação entre predisposição genética e fatores de risco ambientais e comportamentais. Ainda que a base genética do Diabetes Mellitus não tenha sido identificada, há uma forte tendência a considerar que os fatores de risco modificáveis, como a obesidade e o sedentarismo sejam os determinantes não genéticos dessa enfermidade.⁹

É importante que haja um esclarecimento necessário para as pessoas sobre a alimentação saudável, e a prática regular de atividades física como medida preventiva, evitar o fumo e bebidas alcoólicas. Deve-se fazer o uso do medicamento para o tratamento. Trabalhos educativos nas escolas e comunidades voltados para prevenção, diagnóstico e tratamento deveriam ser realizados por profissionais especializados. De uma maneira geral, para tratar e prevenir o diabetes mellitus associado a dislipidemia, o indivíduo deve fazer mudanças do estilo de vida.

Portanto, a população precisa ser melhor incentivada a realizar uma dieta equilibrada e a praticar atividades físicas, uma vez que estes cuidados reduzirão os níveis de glicemia e de lipídios contribuindo para uma longevidade mais saudável.

A modificação no estilo de vida inadequado, o consumo de dieta equilibrada, associado à prática regular de atividade física, contribuem para o controle metabólico e a redução dos fatores de risco para o Diabetes Mellitus e outras doenças crônicas não transmissíveis. Sendo assim, programas de intervenção que promovem mudança no estilo de vida devem ser incentivados, no intuito de melhorar a qualidade de vida da população de risco.

Consideramos importante gerenciar ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, como o diabetes mellitus e dislipidemias, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada, pelo que este trabalho procurara responder a seguinte questão de estudo: Como incidir na melhora dos hábitos de vida de pacientes com Diabetes Mellitus e Dislipidemias?

OBJETIVO

Elaborar um projeto educativo para fazer mudanças do estilo de vida de pacientes com diabetes mellitus e dislipidemias.

REVISÃO BIBLIOGRAFICA

Actualmente a diabetes mellitus (DM) é definida como uma condição metabólica, origem permanente, heterogénea e multicausal que impede o uso normal de açúcares, proteínas e gorduras¹⁰, porque o pâncreas não produzir insulina suficiente ou quando o corpo você não pode usar a insulina produzida de forma eficaz. Isto provoca um aumento da glucose no sangue, o que pode danificar gravemente os órgãos do corpo, especialmente nos vasos sanguíneos e nervios.¹¹

Desde os anos 60, a população brasileira tem passado pelos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, o que levou a elevação da

prevalência das Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e principalmente a diabetes mellitus. Apenas no ano de 2007, aproximadamente 72% das mortes no país foram atribuídas a estas doenças. A Diabetes Mellitus (DM), continua aumentando de forma significativa, sendo a doença crônica não transmissível que mais cresce, principalmente nos países em desenvolvimento.¹²

A diabetes mellitus pode ser considerada, portanto, uma das doenças crônicas de maior impacto para o sistema de saúde pública, devido a seu elevado grau de morbimortalidade e dos altos custos para seu controle metabólico e tratamento de suas complicações.¹³

Cerca de 80% dos casos de DM são atendidos em sua maioria na atenção básica. Esta atenção pode ser efetuada por meio da prevenção de fatores de risco para diabetes, da identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes, da identificação de casos não diagnosticados de diabetes para tratamento e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando prevenir complicações agudas e crônicas¹⁴

Segundo o Ministério da Saúde, as dislipidemias são fatores de risco frequentemente presentes para desenvolver Diabetes Mellitus principalmente pela ingestão de alimentos ricos em gordura saturada e colesterol.¹⁵

Pacientes com diabetes mellitus são frequentemente portadores de uma série de fatores de risco para as doenças aterotrombóticas, entre os quais a dislipidemia provavelmente exerce o papel mais importante. O perfil lipídico mais comum nesses pacientes consiste em hipertrigliceridemia e baixo HDL-C. A concentração média do LDL-C não apresenta diferenças quantitativas quando em comparação com pacientes não diabéticos, no entanto, do ponto de vista qualitativo, se distingue por perfil de elevada aterogenicidade através de maior

proporção das partículas pequenas e densas da lipoproteína de baixa densidade (LDL). Estão sujeitos a duas a quatro vezes mais risco para doenças cardiovasculares (DCV) quando comparados a pacientes não diabéticos. A doença aterosclerótica, compreendendo doença arterial coronária (DAC), doença vascular periférica (DVP) e doença cerebrovascular, é responsável por três em cada quatro mortes entre pessoas diabéticas. As doenças

cardiovasculares são responsáveis por 75% das mortes de indivíduos com diabetes mellitus, com pelo menos 50% por doença arterial coronária.¹⁶

Etiologicamente a dislipidemia é classificada como dislipidemia primária que é de origem genética que é causada pela desordem da síntese e degradação de lipídios, e dislipidemia secundária que é causada por outras doenças ou uso de medicamento. O diabetes mellitus e a obesidade são classificados como dislipidemia secundária.¹⁷

A dislipidemia nos diabéticos é causada devido à resistência a insulina e a obesidade, podendo ser caracterizada pelo aumento na produção de glicose, hipertrigliceridemia e VLDL, associando-se a redução na HDL e elevação na LDL (que apresenta partícula pequena e densa). Isso é devido ao excesso de ácidos graxos circulantes derivados do tecido adiposo encontrado no fígado. Com produção excessiva de ácidos graxos, há redução da sensibilidade à insulina no tecido muscular, há produção de interleucinas, fatores de crescimento e outras citosinas pelo tecido adiposo e também pode há hiperinsulinemia que aumenta a reabsorção de sódio e a atividade do sistema simpático. A média das concentrações comparada com os pacientes não diabéticos de LDL, apresenta diferença qualitativa por perfil de elevada aterogenicidade através de maior proporção das partículas de LDL, mas qualitativamente não apresenta diferença.¹⁸

O diabetes mellitus e a dislipidemia têm grandes relações, pois quanto mais gordura no organismo, mais aumenta o nível de glicose e de lipídeos no sangue. Isso leva ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares que vêm causando mortalidades em milhares de pessoas no mundo.²

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de Intervenção, descritivo, a traves de um análise de dados de pacientes atendidos no Período (Maio -julho), 2014.

Foi realizado um levantamento bibliográfico de publicações frequentes a estudos de prevalências e o perfil epidemiológico da Diabetes Mellitus de base

populacional, fazendo ênfases nas mas atuais.

Foram selecionados artigos descritivos da prevalência da Diabetes Mellitus e de doenças crônicas não trasmisíveis. Foram obtidos os resumos de todos os estudos , em seguida promoveu-se a leitura e avaliação de suas pertinências para esta revisão.

Estratégia é ações:

1_Promover mudanças de comportamento, dando orientações que devem englobar aspectos subjetivos, emocionais, econômicos, sociais e culturais que influenciem a prática do autocuidado

2_A promoção da saúde desses indivíduos não pode ser feitas exclusivamente por profissionais de saúde, pois se acredita que jamais se alcançará o autocuidado, se deve lograr o apoio dos agentes comunitários de saúde.

3_Fazer ações educativas junto a pacientes família e comunidade já que têm um papel essencial no controle dessa enfermidade, uma vez que seus complicações estão estritamente ligadas ao conhecimento para o cuidado pessoal diário adequado é ao estilo de vida saudável.

Este trabalho é com objetivo fazer mudanças do estilo de vida de pacientes com Diabetes Mellitus e dislipidemias.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se neste Processo no Período de Maio – Julho , 2014 uma redução dos fatores de riscos destes pacientes como sedentarismo, obesidade e melhora do estado nutricional, com diminuição das valores dos lipídios, com resultados a ser insentidos a curto , mediano e longo prazo, e modificar o estilo de vida , ademais de lograr um nível maior de conhecimento por parte deles e melhor qualidade de vida.

CRONOGRAMA

Atividade	maio	junho	julho	agosto	Setembro	outubro	novembro
Elaboração do projeto	X	X					
Aprovação do projeto		X					
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X	X
Revisão final do trabalho						X	
Entrega do trabalho final							X

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Alves Ortiz MC, Zanetti ML. Levantamento dos fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. Rev Latino-am Enfermagem 2001 maio; 9(3)58.
- 2- Pereira R. A relação entre Dislipidemia e Diabetes Mellitus tipo 2. Cadernos UniFOA. Volta Redonda, Ano VI, n. 17, dezembro 2011. Disponível em: <http://www.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/17/89.pdf>
- 3- Portero McLellam KC, Barbolhao SM, Cattalini M, Lerario AC. Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida. Rev. Nutr., Campinas, 20(5):515-524, set./out., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v20n5/a07v20n5.pdf>
- 4- International Diabetes Federation. Diabetes health economics: facts, figures and Forecasts. Brussels: IDF; 1999.
- 5- Gross JL, Ferreira SRG, Franco LJ, Schmidt MI, Motta DG, Quintão E, et al. Diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. Recomendações da Sociedade Brasileira deDiabetes. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2000;44(4):Supl 1:8-35.
- 6- McLellan KCP, Motta DG, Lerario AC, Campino ACC. Custo do atendimento ambulatorial e gasto hospitalar do Diabetes Mellitus tipo 2. Saúde em Revista. 2006; 8(20):37-45.
- 7- 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:e189-214.
- 8- Alves de Moraes S, Martins de Freitas IS, Agostinho Gimeno SG, Mondini L. Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. Cad de saúde publica, Rio de Janeiro, 26 (5):929-41, maio, 2010.

- 9- Pereira AC, Bensenor IM, Fedeli LM, Castilhos C, Vidigal PG, Maniero V, et al. Delineamento e implementação do biobanco do ELSA-Brasil: estudo prospectivo na população brasileira. *Rev Saude Publica*. 2013;47(Supl 2):72-8.
- 10-García R, Suárez R. La educación, el punto más débil de la atención integral del paciente diabético. Reporte técnico de vigilancia [Internet]. 1997 [citado 14 Nov 2011];2(6).
- 11-Faget Cepero O. Diabetes Mellitus, um problema de saúde. *Avances Méd de Cuba*. 2000;(23):19.
- 12-Schmidt M I, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Cavalho RMSV, Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006, *Rev Saúde Pública*, 43(2):74-82, 2009
- 13-Oliveira DS, Tannus LRM, Matheus ASM, Correa FH, Cobas R, Cunha EF, Gomes MB, Avaliação do Risco Cardiovascular Segundo os Critérios de Framingham em Pacientes Com Diabetes Tipo 2, *Arq Bras Endocrinol Metab*,51(2): 268-674, 2007.
- 14-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus- Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 15-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília; 2002.
- 16-Diretrizes SBD 2006. Tratamento da dislipidemia associada ao Diabetes Mellitus. pag 77-9 Disponível em: <http://www.sausedireta.com.br/docsupload/1332095942SBD%20parte%20II.pdf>.
- 17-Santos DR. III Diretrizes Brasileiras sobre Dislipidemias e Diretriz de Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; 77 (S3): 1-48, 2001.
- 18-Aquino EML, Barreto SM, Bensenor IM, Carvalho MS, Chor D, Duncan BB, et al. Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): objectives and design. *Am J Epidemiol*. 2012;175(4):315-24.