

## INTRODUÇÃO

O *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) é uma doença crônica, freqüente e sua prevalência vem aumentando rápida e continuamente nas últimas décadas em todo o mundo, adquirindo características epidêmicas em vários países, particularmente naqueles em desenvolvimento. Segundo a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), existe epidemia dessa doença em curso<sup>(1)</sup>. Em 1988, eram 30 milhões de pacientes no mundo todo; em 2004 foram notificados 177 milhões de casos, devendo esse número aumentar para 370 milhões até 2040<sup>(2)</sup>.

De acordo com o Estudo Multicêntrico sobre a Prevalência de Diabetes no Brasil, realizado em 1988, 7,6% da população adulta do país tem esse problema de saúde. E, em 2004, na Campanha Nacional de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes no Brasil, quando foram realizadas 20,7 milhões de glicemia capilar, detectou-se prevalência de 14,6% de exames suspeitos<sup>(3)</sup>. Além disso, as estatísticas oficiais de morbimortalidade apontam que o DM2 constitui a quinta indicação de hospitalização no Brasil e está entre as dez maiores causas de mortalidade no país<sup>(4)</sup>.

Diante desses resultados, a grande preocupação que surge é o como enfrentar essa situação nos diferentes segmentos da sociedade. O envelhecimento populacional e as alterações do estilo de vida são apontados como os principais determinantes do acentuado incremento na freqüência de DM2, nos últimos anos. Evidências quanto às alterações no estilo de vida como alimentação não saudável e a falta de atividades físicas regulares, associadas ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros têm sido apontados como responsáveis .

Relatório recente da Organização Mundial da Saúde aponta, de forma convincente, a associação entre o ganho de peso, obesidade abdominal, sedentarismo e o desenvolvimento de DM2, ressaltando que o consumo alimentar habitual constitui um dos principais fatores passíveis de modificação, relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis<sup>(1)</sup>.

Revisão sistemática da literatura apontou que, embora a influência da carga genética no desenvolvimento da doença seja indiscutível, a prevenção ou retardo no desenvolvimento do DM2, entre indivíduos portadores de fatores de risco, possui

impacto relevante na qualidade de vida da população, com redução de custos em saúde pública com complicações decorrentes da evolução da doença<sup>(5)</sup>.

Nesse sentido, alguns estudos têm demonstrado que o controle de peso, da dieta e o aumento da atividade física diminuem a resistência à insulina, diminuindo, assim, por conseguinte, as chances de se desenvolver o DM2<sup>(7)</sup>. Além disso, dados da OPAS demonstram ser essa uma medida mais eficiente do que a utilização de medicamentos na prevenção primária do DM2<sup>(1)</sup>.

Por outro lado, estudos prospectivos realizados com pacientes diabéticos tipo 2, no Reino Unido (UKPDS)<sup>(8)</sup> e aqueles realizados com diabéticos do tipo 1 (DCCT)<sup>(9)</sup>, demonstraram claramente a associação da hiperglicemia e o desenvolvimento das complicações do DM2, indicando também que o tratamento que reduz a hiperglicemia também reduz os riscos da retinopatia diabética, nefropatia e neuropatia.

A redução de fatores de risco modificáveis como o peso, consumo alimentar e a prática de atividade física, portanto, mostrou significativo potencial na redução do risco de desenvolver o DM2, mesmo em indivíduos com história familiar dessa doença<sup>(10)</sup>.

O DM2 traz grande impacto econômico para as nações. O custo do paciente diabético está relacionado principalmente com alta frequência de complicações agudas e crônicas, que são causas de hospitalização, incapacitações, menor produtividade laboral e morte prematura. De fato, no Brasil, tem-se observado crescente número nas hospitalizações por causa do DM2, ou das doenças associadas, em proporções superiores às hospitalizações devidas a outras causas<sup>(4)</sup>. Reduzir o impacto do DM2 significa, antes de tudo, reduzir a incidência da doença, antecipando-se ao seu aparecimento com medidas preventivas. Entretanto, muito pouco se sabe sobre as condições de saúde dos brasileiros de cidades de médio e pequeno porte.

Estudos de intervenção para a prevenção do diabetes em população adulta sugerem que esses programas são viáveis em unidades básicas de saúde<sup>(5)</sup> e promovem melhoria da saúde da população. Há evidências de que mudanças de estilo de vida possam ocorrer com maior sucesso quanto mais precoce forem as intervenções. Assim, estudos que avaliam o perfil de usuários do serviço de saúde podem auxiliar na prevenção de doenças e cronificação do DM2.

## **OBJETIVO GENERAL**

Propor um plano de intervenção com vista a redução dos fatores de risco da diabetes mellitus tipo 2, no psf atílio bergo del município santo antônio de posse

## **OBETIVOS ESPECIFICOS**

Prevalência de fatores de risco em pacientes diabéticos tipo 2, atendidos no psf atílio bergo ,santo antônio de posse.

determinar as Características bioquímicas e antropométricas dos pacientes diabéticos tipo 2, atendidos no psf atilio bergo,santo antônio de posse.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado estudo descritivo, de delineamento transversal, no posto de saúde familiar, del município de santo antonio de posse, sao paulo, cuja coleta de dados ocorreu nos meses de junho e de agosto 2014. Do total de 352 sujeitos com DM2, cadastrados nesse posto de saúde familiar , foram selecionados 74 pacientes (14 do sexo masculino e 58 do sexo feminino) na faixa etária acima de 50 anos e que tinham diagnóstico de DM2 estabelecido há cinco anos ou mais. Os pacientes foram recrutados por enfermeiros do Programa Saúde da Família.

Foi aplicado questionário estruturado abordando: a) características demográficas e socioeconômicas dos pacientes: idade, sexo, nível de escolaridade, ocupação ; b) prática alimentar: recordatório da dieta habitual; c) atividade física: frequência e duração; d) características clínicas: antecedentes patológicos e história clínica pessoal; e) presença de hábitos deletérios à saúde: uso do tabaco ; f) estado nutricional e avaliação antropométrica .

As entrevistas foram realizadas por equipe previamente treinada, composta por entrevistadores com nível superior de escolaridade e com experiência prévia em trabalho de campo. As medidas antropométricas (peso, estatura e circunferências da cintura e quadril) foram realizadas em duplicata, sendo utilizadas as médias aritméticas dos valores obtidos.

Para avaliação do estado nutricional (sobrepeso e obesidade), os pacientes foram classificados de acordo com IMC obtido, empregando-se as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que define: peso abaixo do normal (IMC <18,5 kg/m<sup>2</sup>), peso normal (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m<sup>2</sup>), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m<sup>2</sup>) e obesidade (IMC>30 kg/m<sup>2</sup>)<sup>(1)</sup>.

A definição de distribuição central da adiposidade baseou-se na relação cintura-quadril (RCQ), utilizando-se valores de corte de  $\geq 0,85$  e  $\leq 0,95$ , para mulheres e para homens, respectivamente. Para a caracterização da hipertensão arterial, foram adotados os valores de referência, conforme

recomendações do *Joint National Committee VII (JNC VII)*<sup>(10)</sup>, em que é considerado hipertensão arterial aquela com níveis  $\geq 90$ mmHg para pressão diastólica e  $\geq 140$  mmHg para pressão sistólica. Os pacientes que apresentaram valores de pressão arterial abaixo desses níveis, mas referiram uso de drogas anti-hipertensivas, também foram considerados hipertensos.

A caracterização da prática alimentar foi feita por meio de investigação direta do consumo alimentar, a partir da aplicação do recordatório de 24 horas, que constitui a forma ideal para caracterizar os padrões dietéticos. A dieta não saudável foi considerada aquela que apresentava baixa ingestão diária de frutas, fibras, verduras e legumes (menos de duas porções ao dia) e elevada ingestão de gorduras saturadas/trans, com uso frequente de frituras (mais de quatro vezes na semana), carboidratos simples e sódio, refrigerantes e alimentos processados<sup>(1)</sup>.

Foi definido como sedentário todo paciente que informou não ter participado de nenhum tipo de atividade física, ou realizado atividade física, por um período menor do que 20 minutos por dia e com frequência menor do que três vezes por semana .

Da população de estudo, 46 pacientes compareceram à posto de saúde da família para a realização dos exames bioquímicos (perfil lipídico e glicemia), estando em jejum por 12 horas. Foram considerados dislipidêmicos os indivíduos que apresentaram níveis séricos de triglicérides e/ou de colesterol total >200 mg/dl, HDL-colesterol sérico < 45mg/dl, LDL-colesterol sérico > 100 mg/dl e triglicérides > 150 mg/dl<sup>(12)</sup>.

Os resultados obtidos foram submetidos à análise estatística realizada por

meio do programa Epi-Info (versão 6.0). Os dados estão apresentados em frequência e percentual para variáveis categóricas, e médias e desvios padrão para variáveis contínuas.

participantes alfabetizados assinaram termo de consentimento informado, e os não alfabetizados foram esclarecidos verbalmente pelos pesquisadores de todos os procedimentos da pesquisa, informando consentimento por meio de impressão digital, de acordo com as recomendações da Resolução nº196/ 96, do Conselho Nacional de Saúde.