

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**Projeto de intervenção: Elaboração de grupo educativo para pacientes
Diabéticos em modificação do estilo de vida.**

Aluno: Damarys Consuegra Raez

Orientador: Prof^a Ana Maria Rojas Carrasco

São Paulo
2015

SUMARIO.

1 Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema	3
1.2. Justificativa da intervenção	4
2. Objetivos	
2.1. Objetivo geral	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. Revisão Bibliográfica	6
4. Metodologia.....	11
5. Resultados Esperados	13
6. Cronograma	14
7. Referências bibliográficas	15

1.INTRODUÇÃO

1.1 Identificação e apresentação do problema

A diabetes é uma doença crônica resultante do desequilíbrio dos níveis de glicose no sangue. Isso ocorre quando o pâncreas não consegue produzir insulina suficiente (diabetes tipo 1) ou quando a insulina produzida pelo pâncreas não age adequadamente nas células devido a uma resistência do corpo à ação dela (diabetes tipo 2). Quando um destes problemas com a insulina ocorre, a glicose deixa de ser absorvido pelas células, o que provoca a elevação dos níveis de glicose no sangue.

A principal característica da diabetes é a hiperglicemia (elevação dos níveis de glicose no sangue), que pode se manifestar por sintomas como poliúria (excesso de urina), polidipsia (sede aumentada), perda de peso, polifagia (fome aumentada) e visão turva. Esses sinais e sintomas são mais evidentes no diabetes tipo 1. O diabetes tipo 2 em geral é mais “silencioso” e é mais comum na faixa etária dos adultos. (.Dobson, M. (1776).

Nas Américas, o número de indivíduos com diabetes foi estimado em 35 milhões para o ano 2000 e projetado para 64 milhões em 2025. Nos países desenvolvidos, o aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais avançadas, decorrente do aumento da esperança de vida e do crescimento populacional; nos países em desenvolvimento, o aumento será observado em todas as faixas etárias, principalmente no grupo de 45-64 anos onde sua prevalência deverá triplicar, duplicando nas faixas etárias de 20-44 e 65 e mais. Entre as doenças crônicas não transmissíveis, o Diabetes Mellitus tem se destacado como uma das mais relevantes. Estima-se que sua prevalência esteja em torno de 8% na população brasileira de 30 a 69 anos, sendo que metade dos pacientes acometidos pela doença desconhece a condição. (Diabetes Mellitus. Portal Banco de Saúde. 2008)

Estudos de mortalidade têm evidenciado que a mortalidade por diabetes é subestimada, quando se analisam causas básicas de mortalidade sendo o diagnóstico do diabetes muito simple, podendo ser detectado apenas com um exame de sangue e pode ser prevenido com mudanças na alimentação e também com mais atividade física.(Sociedade Portuguesa de Diabetologia2007-2008, Arq Bras Endocrinol Metab 2002).

..

Pelo fato do diabetes estar associado a maiores taxas de hospitalizações, a maiores necessidades de cuidados médicos, a maior incidência de doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, cegueira, insuficiência renal e amputações não traumáticas de membros inferiores, pode-se prever a carga que isso representará para os sistemas de saúde dos países latino-americanos, a grande maioria ainda com grandes dificuldades no controle de doenças infecciosas. (Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 2007-2008.)

Em uma pesquisa divulgada pelo Ministério da Saúde aponta que o total de pessoas com a doença cresceu 40% entre 2006 e 2012. A fatia da população que se declarou diabética passou de 5,3% para 7,4% no período. O levantamento foi feito pelo ministério em entrevista por telefone com 45.448 pessoas no ano passado. O total de pessoas que recebem medicamentos para a doença pela rede pública passou de 306,8 mil em janeiro de 2011 para 1,7 milhão em setembro deste ano, Medida que ajudou a que o número de brasileiros internados pela doença nos hospitais que atendem pelo SUS caísse em um 17,4%. Passou de 172,1 mil em 2010, para 142,1 mil, em 2012.

1.2 Justificar a intervenção

A capital com maior percentual de diabéticos no levantamento feito no ano passado em Brasil foi São Paulo (9,3%), seguido de Curitiba (8,4%), Natal (8%) e Porto Alegre (8%). Os menores índices estavam em Palmas (4,3%), Macapá (4,9%), Manaus (4,9%) e Porto Velho (5%).

O município de Jaguariúna do estado de São Paulo não é uma exceção nessa situação, pois também tem um número elevado de diabéticos diagnosticados e um número importante de pessoas que ainda não sabem que tem a doença. Na UBS José poltrioneri do centro da cidade, também tem alta prevalência de diabetes. Durante 10 meses de trabalho em essa Unidade de Saúde o maior por cento das consultas foram por diabetes mellitus descompensada e outras por incidência, principalmente em pessoas entre 30 e 40 anos de idade.

Na entrevista realizada com cada paciente, observou-se que eles não conhecem das medidas não farmacológicas que podem ajudar a controlar a mesma, por esse motivo resolveu-se fazer um trabalho educativo sobre a importância de alimentação adequada e

a prática de exercícios físicos para controlar melhor a doença , elevar a qualidade de vida dos pacientes portadores de diabetes e evitar suas complicações.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Elevar o conhecimento sobre o tratamento não farmacológico dos pacientes Diabéticos na área de abrangência.

2.2 Objetivos específicos

- Elaborar um grupo educativo sobre tratamento não farmacológico para pacientes Diabéticos.
- Promover o estilo de vida saudável em pacientes diabéticos.
- Conscientizar sobre a prática de exercícios físicos para melhorar qualidade de vida.

3. Revisão Bibliográfica

A diabetes mellitus já era conhecida antes da era cristã. No papiro de Ebers descoberto no Egito, correspondente ao século XV antes de Cristo, já se descrevem sintomas que parecem corresponder à diabetes.¹

Foi Areteu da Capadócia quem, no século II, deu a esta doença o nome de "diabetes", que em grego significa "sifão", referindo-se ao seu principal sintoma que é a eliminação exagerada de água pelos rins, expressando que a água entrava e saía do organismo do diabético sem fixar-se nele (polidipsia e poliúria, características da doença e por ele avaliadas por esta ordem). Ainda no século II, Galeno, contemporâneo de Areteu, também se referiu à diabetes, atribuindo-a à incapacidade dos rins em reter água como deveriam. Dobson, M. (1776).

O diabetes melito (em latim, diabetes mellitus), também conhecido como diabetes sacarino, é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue. A glicose é a principal fonte de energia do organismo porém, quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde como por exemplo o excesso de sono no estágio inicial, problemas de cansaço e problemas físico-táticos em efetuar as tarefas desejadas. Quando não tratada adequadamente, podem ocorrer complicações como ataque cardíaco, derrame cerebral, insuficiência renal, problemas na visão, amputação do pé e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações.(Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 2007-2008).

Diabetes é uma doença bastante comum no mundo, especialmente na América do Norte e norte da Europa, acometendo cerca de 7,6% da população adulta entre 30 e 69 anos e 0,3% das gestantes. Alterações da tolerância à glicose são observadas em 12% dos indivíduos adultos e em 7% das grávidas. Porém estima-se que cerca de 50% dos portadores de diabetes desconhecem o diagnóstico. Segundo uma projeção internacional, com o aumento do sedentarismo, obesidade e envelhecimento da população o número de pessoas com diabetes no mundo vai aumentar em mais de 50%, passando de 380 milhões em 2025. A diabetes afeta cerca de 12% da população no Brasil (aproximadamente 22 milhões de pessoas) e 5% da população de Portugal (500 mil pessoas).(Arq Bras Endocrinol Metab 2002).

A diabetes tipo 1 ocorre em frequência menor em indivíduos negros e asiáticos e com frequência maior na população europeia, principalmente nas populações provenientes de regiões do norte da Europa. A frequência entre japoneses é cerca de 20 vezes menor que entre escandinavos. Em São Paulo a incidência do tipo 1 é de 7,6 casos a cada 100.000 habitantes (International Diabetes Federation, 2011)

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 2006 havia cerca de 170 milhões de pessoas doentes da diabetes, e esse índice aumenta rapidamente. É estimado que em 2030 esse número dobre. A Diabetes Mellitus ocorre em todo o mundo, mas é mais comum (especialmente a tipo II) nos países mais desenvolvidos. O maior aumento atualmente é esperado na Ásia e na África, onde a maioria dos diabéticos será visto em 2035. O aumento do índice de diabetes em países em desenvolvimento segue a tendência de urbanização e mudança de estilos de vida. (Jorge L. Gross 2002)

A diabetes está na lista das 5 doenças de maior índice de morte no mundo, e está chegando cada vez mais perto do topo da lista. Por pelo menos 20 anos, o número de diabéticos na América do Norte está aumentando consideravelmente. Em 2005, eram em torno de 20,8 milhões de pessoas com diabetes somente nos Estados Unidos. De acordo com a American Diabetes Association existem cerca de 6,2 milhões de pessoas não diagnosticadas e cerca de 41 milhões de pessoas que poderiam ser consideradas pré-diabéticas. Os Centros de Controles de Doenças classificaram o aumento da doença como epidêmico, e a NDIC (National Diabetes Information Clearinghouse) fez uma estimativa de US\$132 bilhões de dólares, somente para os Estados Unidos este ano. (Jorge L. Gross, SandraP 2001)

A Diabetes se classifica em:

I. Diabetes mellitus tipo 1

II. Destruição das células beta do pâncreas (mais especificamente, das ilhotas pancreáticas), usualmente levando à deficiência completa de insulina, já que sua produção ocorre nesse órgão.

- Autoimune e idiopático (causa desconhecida)

II. Diabetes mellitus tipo 2

- Graus variados de diminuição de secreção e resistência à insulina

III. Outros tipos específicos

1. Defeitos genéticos da função da célula β
2. Defeitos genéticos da ação da insulina
3. Doenças do pâncreas exócrino
4. Endocrinopatias
5. Indução por drogas ou produtos químicos
6. Infecções
7. Formas incomuns de diabetes imunomediado

IV. Diabetes gestacional

Para realizar o teste confirmatório do Diabetes o paciente deve permanecer em jejum de 8h (é permitido beber água) antes da primeira coleta de sangue. Em seguida deve-se ingerir 75g de glicose anidra (ou 82,5g de glicose monoidratada), dissolvidas em 250-300ml de água, em no máximo 5 minutos. Uma nova coleta de sangue é feita 2 horas após a ingestão de glicose. Durante a espera o paciente não pode fumar e deve permanecer em repouso. (Risérus U 2009)

A diabetes mellitus é caracterizada pela hiperglicemia recorrente ou persistente, e é diagnosticada ao se demonstrar qualquer um dos itens seguintes não é necessário fazer um novo teste caso o paciente já possua os sintomas característicos.(Risérus U 2009)

- Nível plasmático de glicose em jejum de 8h maior ou igual a 126 mg/dL (7,0 mmol/l) em duas ocasiões.
- Nível plasmático de glicose maior ou igual a 200 mg/dL ou 11,1 mmol/l duas horas após ingerir uma dose de 75g de glicose anidra em duas ocasiões.
- Nível plasmático de glicose aleatória em ou acima de 200 mg/dL ou 11,1 mmol/l associados a sinais e sintomas típicos de diabetes.

Não é necessário fazer um novo teste caso o paciente já possua os sintomas característicos.

Existe algumas causas que provocam a Diabetes como e as Infecções virais podem desencadear respostas auto-imunes que resultam no diabetes mellitus tipo 1 No Brasil, 40% têm excesso de peso e 10 a 15 % têm obesidades e o aumento do tecido gorduroso leva à produção exagerada de substâncias que interferem com a ação da insulina produzida pelo pâncreas. (Fernandez, AP 2011)

Outras causas de diabetes são : Defeitos genéticos no funcionamento da célula β (beta), defeitos genéticos no processamento de insulina ou ação da insulina, poliendocrinopatia por mutações do gene regulador da autoimunidade, defeitos do pâncreas exócrino (Pancreatite crônica, Pancreatectomia, Neoplasia do pâncreas) y endócrinas como acromegalia e Síndrome de Cushing , além de algumas infecções virais como Infecção por citomegalovírus y Coxsackievirus B4.

Insulite, uma infiltração inflamatória das ilhotas de Langerhans (no pâncreas), que precede o desenvolvimento do diabetes autoimune.

Ambos os tipos 1 e 2 tem fatores genéticos importantes, sendo o principal fator desencadeante de 20-30% dos casos de tipo 1 e de 5-10% dos casos de diabetes tipo 2. Geralmente essa predisposição genética resulta em disfunção do pâncreas na produção de insulina. O tipo 1 é desencadeado mais cedo, atingindo crianças e adolescentes principalmente por volta dos 10 aos 14 anos. (Altshuler D.2000)

E´ importante lembrar que mesmo com uma genética favorável, hábitos saudáveis servem para prevenir e adiar o aparecimento dessa doença que acomete geralmente apenas os obesos, hipertensos e dislipidêmicos (que compreendem de 90-95% de todos os casos). As complicações causadas pela diabetes se dão basicamente pelo excesso de glicose no sangue, sendo assim, existe a possibilidade de glicosilar as proteínas além de retenção de água na corrente sanguínea, e retirada da mesma do espaço intercelular. (Vasconcelos EM (2009).

Como toda doença crônica a diabetes tam. bem tem complicações agudas e crônicas : Complicações agudas esta a cetoacidose diabética, coma diabético, coma hiperosmolar não cetótico e hiperglicemia, as complicações crônicas sao retinopatia diabetica,hipertensao,pe diabetico,prolemas vasculares e renais entre outros.(Chan, J, Gagliardino, S. H,2008)

A frequência de problemas cardíacos como acidente vascular cerebral (AVC) e ataque cardíaco são entre 2 a 4 vezes maior nas pessoas com diabetes. Os fatores de risco dos problemas crônicos são: hipertensão arterial, alteração do metabolismo das gorduras (aumento do colesterol ruim, aumento dos triglicérides e redução do colesterol bom), tabagismo, obesidade, pouca atividade física e presença de microalbuminúria (proteína na urina).(Silva I .2008)

É evidente a epidemia de Diabetes Mellitus da atualidade com projeções alarmantes para este século, especialmente nos países em desenvolvimento. Sua presença relaciona-se a morbidade e mortalidade precoce. Estima-se que nos países em desenvolvimento haverá um crescimento de 170% na prevalência de DM, com um aumento de 84 para 228 milhões de indivíduos afetados, particularmente naqueles entre 45 a 64 anos de idade, em contraste com os países desenvolvidos, onde a faixa etária mais acometida será acima dos 65 anos .

Quanto melhor o controle, menor será o risco de complicações. Desta maneira, a educação do paciente, compreensão e participação é vital. Os profissionais da saúde que tratam diabetes também tentam conscientizar o paciente a se livrar certos hábitos que sejam prejudiciais à diabetes. Estes incluem ronco, apneia do sono, tabagismo, colesterol elevado (controle ou redução da dieta, exercícios e medicações), obesidade (mesmo uma perda modesta de peso pode ser benéfica), pressão sanguínea alta (exercício e medicações, se necessário) e sedentarismo. (King H.2012)

Recomenda-se manter um peso saudável, e ter no mínimo 3 horas de exercício por semana, não ingerir muita gordura, e comer uma boa quantidade de fibras e grãos. Embora os médicos não recomendem o consumo de álcool, um estudo indica que o consumo moderado de álcool pode reduzir o risco. Quanto melhor o apoio social melhor será o controle glicêmico, a qualidade de vida e menor o número de complicações do diabético. (Sandra R.G 2012)

4. METODOLOGIA

4.1. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve os pacientes cadastrados como Diabéticos.

A equipe envolvida será composta por médico, enfermeira e agentes de saúde.

4.2 Contextos da intervenção

Durante as consultas na Unidade de Saúde Jose Poltrioneri do município de Jaguariúna do Estado de São Paulo, o número acentuado de pacientes que assistem a consulta por Diabetes Mellitus descompensada e entre as principais causas dessas intercorrências estão os hábitos alimentares inadequados. Os pacientes não realizavam acompanhamento adequado e a dieta não era a correta.

Quando os pacientes foram questionados sobre os riscos, demonstraram seu desconhecimento sobre algumas aspectos do tema.

O local destinado para as ações dirigidas aos indivíduos usuários será a própria unidade de saúde (consultório e sala de reuniões).

4.3 Estratégias e ações

Etapa 1

Inicialmente será necessária a identificação da população com Diabetes Mellitus e hábitos de vida inadequados, presente entre os pacientes cadastrados na unidade, para, assim, direcionar as ações preventivas. Essa investigação será através de abordagem no momento do acolhimento na unidade de saúde e durante as consultas, com entrevista.

Etapa 2

Os selecionados, então, serão convocados por micro áreas para uma reunião na unidade de saúde, para descrição rápida do objetivo e a importância do projeto de intervenção.

Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento da glicose capilar.

Etapa 4

Serão realizadas reuniões semanais, na unidade de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado estilo de vida saudável, de acordo com o profissional selecionado para a data.

4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões, a testemunhar seus pontos de vista, experiências vividas com o grupo, aspectos positivos e negativos vivenciados com a intervenção, para avaliação constante da efetividade do projeto pela equipe.

Durante as reuniões quinzenal que são realizadas com toda a equipe de saúde será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

A aplicação de questionário que possibilitará avaliar os pontos positivos, negativos do ponto de vista dos pacientes, os tópicos esperados e alcançados por eles, com a intervenção.

DIA	TEMA	Palestrante
1º dia	<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento e explanação do projeto.	Equipe de Saúde
2º dia	<ul style="list-style-type: none">• Conceptualização de estilo de vida saudável.	Médica
3º dia	<ul style="list-style-type: none">• Prática de exercícios físicos	Médica
4º dia	<ul style="list-style-type: none">• Alimentação adequada e sua importância.	Enfermeira
5º dia	<ul style="list-style-type: none">• Efeito de bebidas alcoólicas em a Diabetes.	Enfermeira
6º dia	<ul style="list-style-type: none">• Estresse como causa de descompensação.	Médica
7º dia	<ul style="list-style-type: none">• Discussão analítica e global do projeto;• Aplicação do questionário;• Confraternização.	Equipe de Saúde

5. RESULTADOS ESPERADOS

Através de atitude ativa, persistente e duradoura de toda a equipe, os pacientes do Grupo alcançarão a percepção dos riscos que a dieta inadequada, o consumo de bebidas alcoólicas, e a não prática de exercícios físicos e um estilo de vida não saudável, traz a eles consequências e complicações que podem ser prevenidas.

6.CRONOGRAMA.

ACTIVIDADE	AGOSTO	SETEMBRO	OUTOBRO	NOVEMBRO	DECEMBRO	JANEIRO	FEBREIRO
Observação e elaboração do projeto	X	X					
Estudo de la literatura do problema selecionado.			X	x			
Escrever o projeto de intervenção					x	x	
Finalizar o projeto de intervenção					x	x	
Presentacao do projeto							X
Divulgação dos resultados							X

7 BIBLIOGRAFIA

1. Dobson, M. (1776). "Nature of the urine in diabetes". *Medical Observations and Inquiries* 5: 298–310.

1. Diabetes Mellitus. Portal Banco de Saúde. 2008.
2. Diabetes Mellitus e Qualidade de Vida. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. 2007-2008.:
3. Diabetes Mellitus: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico. *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 46 nº 1 Fevereiro 2002.
4. International Diabetes Federation. *IDF Diabetes Atlas, 5th edn.* Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2011. <http://www.idf.org/diabetesatlas>
5. Jorge L. Gross, Sandra P. Silveiro, Joíza L. Camargo, Angela J. .(2001) *Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.*
6. Risérus U, Willett WC, Hu FB. (2009). "Dietary fats and prevention of type 2 diabetes". *Progress in Lipid Research* 48 (1): 44–51.
7. Fatores imunogenéticos associados ao diabetes mellitus do tipo 1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.5 [cited 2011-03-03], pp. 743-749 . Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>
8. Fernandez, AP . Fatores imunogenéticos associados ao diabetes mellitus do tipo 1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.5 [cited 2011-03-03], pp. 743-749 . Available from: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>
9. Altshuler D, Hirschhorn JN, Klannemark M, Lindgren CM, Vohl M-C, Nemesh J, et al. The common PPAR gama Pro12Ala polymorphism is associated with decreased risk of type 2 diabetes. *Nat Genet* 2000;26:76-80.
10. Vasconcelos EM (2009). *Desordens do metabolismo dos carboidratos: Erros Inatos do metabolismo glicídico.* PPT.
11. Chan, J, Gagliardino, S. H. Baik, J.-M. Chantelot, S. R.G. Ferreira, N. Hancu, H. "Multifaceted Determinants for Achieving Glycemic Control: The International Diabetes Management Practice Study (IDMPS)." *Diabetes Care* 32.2 (2008): 227-33

12. Silva I, Pais-Ribeiro J, Cardoso H, Ramos H, Carvalhosa SF, Efeitos do apoio social na qualidade de vida. 2008.
<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v4n1/v4n1a02.pdf>
13. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. Prevalence, numerical estimates and projections. *Diabetes Care* 2012;21:1414-31)
14. Sandra R.G, Antonela F.A, Khawali SC. Intervenções na Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2: É Viável Um Programa Populacional Em Nosso Meio? *Arq Bras Endocrinol Metab* vol 49 nº 4 Agosto 2005