



**Universidade Federal de São Paulo**  
**Curso de Especialização em Saúde da Família**

**PROJETO DE INTERVENÇÃO**

**Título: intervenção sobre os maus hábitos alimentares em pacientes diabéticos e promoção de hábitos de vida saudáveis.**

**Autor: Dr Reynerio Yoandrys Velázquez Rodríguez**

**Orientadora: Vanessa Baliego de Andrade Barbosa**

**Fatura**  
**Abril/2015**

## SUMARIO.

1. Introdução -----	3
1.1. Identificação e apresentação do problema-----	4
1.2. Justificativa da intervenção-----	4
2. Objetivos-----	5
2.1. Objetivo geral-----	5
2.2. Objetivos específicos-----	5
3. Metodologia-----	5
3.1. Cenários do estudo-----	5
3.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção-----	5
3.3. Estratégias e ações-----	6
3.4. Avaliação e monitoramento-----	6
4. Resultados Esperados-----	7
5. Cronograma-----	7
6. Referências-----	8
7. Anexo-----	9

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão consideradas entre as principais causas de mortes no mundo. Provocam um elevado número de mortes de pacientes em idades precoces, além da perda de qualidade de vida uma vez que a falta de controle sobre esses agravos acarreta a ocorrência de complicações com alto grau de limitação nas atividades de trabalho, gerando impactos econômicos negativos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando da pobreza<sup>1</sup>.

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo modificam a maneira como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Estas mudanças facilitam e/ou dificultam o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e por tanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de adoecimento<sup>2</sup>.

O crescimento epidêmico das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente doenças cardiovasculares e Diabetes *Mellitus* (DM) do tipo 2, pode ser atribuído ao aumento da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças e às mudanças na pirâmide demográfica, com o aumento da longevidade da população. Além disso, a maioria dos países em desenvolvimento passa por uma transição nutricional, acarretando o aumento expressivo da obesidade, o que também explica o crescimento da incidência das DCNT. **Projeções para as próximas décadas indicam crescimento epidêmico - particularmente das doenças cardiovasculares, neoplasias e diabetes tipo 2 - na maioria dos países em desenvolvimento<sup>3</sup>.**

Considera-se a Diabetes *Mellitus* (DM) é uma epidemia em curso. Em 1985, estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo; esse número cresceu para 135 milhões em 1995, atingindo 173 milhões em 2002, com projeção de chegar 300 milhões em 2030<sup>4</sup>.

Sua natureza crônica, gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam a DM uma doença muito onerosa, não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias mais também para o sistema de saúde<sup>5</sup>.

O número de diabéticos está aumentando devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, à maior urbanização, à crescente prevalência de obesidade e sedentarismo<sup>6</sup>.

Há marcantes diferenças na prevalência de DM entre diversos países e grupos étnicos. Descreveram-se taxas mais elevadas para Nauru, na Oceania e para os índios Pima, no Arizona, Estados Unidos, onde praticamente metade da população adulta apresenta DM<sup>7</sup>.

No Brasil, a mortalidade por doenças crônicas aumentou significativamente, sendo considerada a principal causa de morte em vários estados. Neste contexto, o diabetes encontra-se entre as 10 causas principais de óbitos no País<sup>8</sup>. Ao final da década de 1980 estimou-se a prevalência de DM na população adulta, em 7,6%<sup>9</sup>. Dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas como 12,1% no estudo de Ribeirão Preto (SP)<sup>10</sup> e de 13,5% em São Carlos (SP)<sup>11</sup>.

Aspecto a destacar são as repercussões de mudança no estilo de vida, em curto período de tempo, em grupos de migrantes. No Brasil, um estudo realizado na comunidade nipo-brasileira mostrou aumento vertiginoso na prevalência de DM, cuja taxa passou de 18,3%, em 1993 para 34,9%, em 2000. Evidenciando o impacto de alterações no estilo de vida, em particular do padrão alimentar, interagindo com provável susceptibilidade genética<sup>12</sup>. A efetividade de políticas de promoção de vida saudável requer a participação dos diversos setores e atores sociais responsáveis e comprometidos com a saúde e qualidade de vida da população brasileira<sup>3</sup>.

O Programa de Saúde Familiar (PSF) constitui a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>12</sup>. O objetivo é lograr atender os problemas principais e freqüentes da população sobre a base da promoção de saúde e a prevenção de doenças, sendo as (DCNT) priorizadas tanto na prevenção como o tratamento para evitar complicações futuras.

## 1.2 Justificativa da intervenção

Os hábitos alimentares inadequados e a falta de orientação por parte do pessoal de saúde aos pacientes diabéticos, por sua importância é o tema escolhido para ser abordado neste trabalho, tendo em conta o diagnóstico situacional apontou que de entre 180 diabéticos cadastrados e acompanhados, 102 são idosos, 16 não alfabetizados e oito moram sozinho. Os agentes comunitários de saúde nas visitas domiciliares, tanto como nas consultas médicas e de enfermagem temos observado, o número acentuado de pacientes que assistem a consulta Por Diabetes Mellitus descompensada e entre as principais causas estão os hábitos alimentares inadequados. Quando os pacientes foram questionados sobre o conhecimento do esquema de alimentação dos diabéticos 100% aceitaram seu desconhecimento sobre esse tema.

Este trabalho procurará responder a seguinte questão: **Quais ações serão realizadas pelo equipe da Estratégia de saúde Familiar para melhorar os hábitos alimentares de pacientes diabéticos?**

## 2- Objetivos

### 2.1- Objetivos Gerais

Elaborar um projeto de intervenção para melhorar o controle glicêmico e hábitos alimentares dos pacientes diabéticos da área de saúde da Unidade Básica São Caetano, Fartura SP

### 2.2- Objetivos Específicos

- Comparar o controle glicêmico-metabólico dos pacientes antes e depois da aplicação do projeto.
- Identificar a frequência, qualidade e quantidade dos alimentos consumidos pelos pacientes diabéticos estudados.
- Mudar hábitos e estilos de vida não saudáveis dos pacientes diabéticos na área de saúde.

## 4- Metodologia

4.1. Cenários do estudo: O estudo será realizado no PSF São Caetano, município Fartura – SP.

### 4.2. Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A intervenção envolve 180 pacientes cadastrados como diabético na área de saúde.

### 4.3 Estratégias e ações

#### Etapa 1

Identificação da população com diabetes mellitus, presente entre os pacientes cadastrados na unidade.

#### Etapa 2

Os pacientes selecionados serão convocados para reunião na unidade de saúde, para descrição do objetivo e a importância do projeto de intervenção. Será realizado o teste do controle glicêmico e serão convidados a responder um questionário (anexo 1) referente ao conhecimento sobre a doença, hábitos alimentares e controle glicêmico.

#### Etapa 3

Agendamento de consultas individuais para conscientização da importância da consulta periódica, monitoramento dos valores de glicemia e avaliação da dieta.

#### Etapa 4

Serão realizadas reuniões quinzenais, na unidade de saúde, nas quais cada dia será discutido um tema relacionado à dieta e sobre suas formas variadas, e acordo com o profissional selecionado para a data.

### 4.4 Avaliação e monitoramento

Os pacientes serão estimulados, durante as reuniões e nas consultas, a testemunhar 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 quinzenais que serão realizadas com toda a equipe de saúde, será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

Após o término das ações de intervenção, o mesmo questionário será aplicado, isso possibilitará avaliar os pontos positivos e negativos do ponto de vista dos pacientes, assim como comparar respostas antes e depois da intervenção. Será reavaliado o controle glicêmico em relação ao nível do começo do projeto.

## 5- Resultados Esperados

possibilitar que os pacientes percebam os riscos que a dieta inadequada traz para o controle da diabetes mellitus e conseguir uma educação alimentar adequada. Atingindo aos valores adequados da glicemia e controle da doença crônica.

## 6- Cronograma

Atividades	Dez	Jan	Fev	Mar	Abril	Maio
Elaboração do projeto	X	X				
Identificação da população		X	X			
Estudo do referencial teórico	X	X	X	X	X	X
Implantação do projeto				X	X	
Análise dos resultados						X
Divulgação dos resultados						X

## Bibliografia

1. Organização Panamericana de Saúde. Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília; 2002.
3. Barreto SM, Pinheiro ARO, Sichieri R, Monteiro CA, Batista Filho M, Schimidt MI, et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. Epidemiol Serv Saúde. 2005; 14(1):41-68.
4. Ulrich P, Cerami A. Protein glucation, diabetes, and aging. Recent Progress in Hormone Research. 2001;56:1-22.
5. The Diabetes Control na complications Trial Research Group. Pregnancy outcomes in the diabetes control and complications trial. Am J Obstet Gynecol. 1996;174:1343-53
6. Lang F. Hormones\_ Late complications of prolonged hyperglycemia(diabetes mellitus). In: Silbernagl S, Lang F. Color atlas of pathophysiology. New York; Thieme Stuttgart, 2000. P. 291
7. American Diabetes Association. Fructosamine test. Disponível em: [http://professional.diabetes.org/disease\\_background.asp?TYP=262](http://professional.diabetes.org/disease_background.asp?TYP=262).
8. Lotufo PA. Premature mortality from heart disease in Brazil: a comparison with other countries. Arq Bras Cardiol. 1998; 70(5):321-5.
9. UK Prospective Diabetes study group. Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet. 1998;352:837-53.
10. Abe M, Matsumoto K. Glycated hemoglobin or glycated albumin for assessment of glycemic control in hemodialysis patients with diabetes? Nat Clin Pract Nephrol. 2008;4:482-3. Disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/580573>.
11. Pimazoni Netto A, Wajchenberg BL, Eliaschewitz GG, et al. Novas diretrizes da SBD para controle glicêmico do diabetes tipo 2 – posicionamento oficial SBD, n.4. revista
12. Azevedo, A.M.A. Acesso à atenção à saúde no SUS: o PSF como (estreita) porta de entrada. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Instituto Aggeu Magalhães, Recife. 2007



## ANEXO 1

### Questionário de avaliação do Projeto.

1. Você gostou de participar do Projeto.

( ) sim ( ) não

2. Qual era a dieta que você fez antes de participar do Grupo, tipos de alimentos, forma de preparação dos alimentos, frequência diária das refeições?

3. Controle glicêmico no começo do projeto?

( ) Sim ( ) Não Valor\_\_\_\_\_.

4. O projeto ajudou você entender sobre a sua doença e o uso correto da dieta?

( ) sim ( ) não

5. Na sua opinião, quais foram os pontos positivos do projeto? E os negativos?

6. As atividades trouxeram mudanças em algum hábito praticado por você? Qual?

7. Você conseguiu, juntamente com seu médico, fazer uma dieta adequada?

( ) sim ( ) não

8. Controle glicêmico após aplicação do projeto?

( ) Sim ( ) Não Valor\_\_\_\_\_.

9. Além do que foi proposto no projeto, você gostaria de realizar outras atividades? Quais?