

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

ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER NA ATENÇÃO BÁSICA PARA
PREVENIR A INCIDÊNCIA DA DIABETES MELLITUS

AUTOR: Roilmer Cobas Llacer

ORIENTADORA: Simone Gomide Dos Santos

São Paulo

2015

Sumário

1. Introdução	3
1.1 Identificar e apresentar o problema.....	3
1.2 Justificar a intervenção.....	4
2. Objetivos.....	5
2.1 Geral	5
2.2 Específicos	5
3. Revisão Bibliográfica	6
4. Metodologia.....	7
4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção.....	7
4.2 Cenários da intervenção.....	7
4.3 Estratégias e ações.....	7
4.4. Avaliação e Monitoramento.....	8
5. Resultados Esperados.....	9
6. Cronograma.....	9
7. Bibliografia.....	10

INTRODUÇÃO

A Diabetes Mellitus constitui um problema de saúde em todo o mundo, sendo hoje a quinta causa de morte e ao mesmo tempo é um fator predisponente para o padecimento de outras doenças, como Doenças Cardíacas, Cerebrovasculares, nefropatias, retinopatias e neuropatias (Malerbi & Franco, 1992). (1)

Durante o trabalho chamo nossa atenção ao elevado número de pessoas que apresentam-se na consulta com Diabetes Mellitus, que foi a causa para fazer uma avaliação da nossa área de abrangência, inicialmente com a informação registrada no Sistema de Informação do SUS, SIAB, o qual enriquece-se com o cadastro feito.

A prevalência do diabetes mellitus tipo 2 está aumentando de forma exponencial, adquirindo características epidêmicas em vários países, particularmente os em desenvolvimento. Esta revisão analisa a tendência crescente da importância que o diabetes vem adquirindo como problema de saúde, ressaltando sua situação no Brasil. Também é destacada a contribuição representada pelas alterações da estrutura da dieta, da prática de atividades físicas e o conseqüente aumento da prevalência da obesidade neste processo. (ADA (American Diabetes Association), 2000). (2,3)

No Brasil, as cidades das regiões Sul e Sudeste, consideradas de maior desenvolvimento econômico do país, apresentam maiores prevalências de diabetes mellitus e de tolerância à glicose diminuída. Os principais fatores associados à maior prevalência do diabetes no Brasil foram a obesidade, o envelhecimento populacional e história familiar de diabetes (Malerbi & Franco, 1992). No Brasil, tem-se observado um crescente número nas hospitalizações por diabetes, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz o aumento na sua prevalência. Estes dados mostram o aumento da frequência de internações por diabetes, como causa principal ou associada, no período de 1988 a 1997, na região de Ribeirão Preto, São Paulo (BARRETO, S. A. J. & CYRILLO, D. C., 2001). (4)

O número crescente de indivíduos acometidos por esta doença tem sido associado às rápidas transformações demográficas e socioeconômicas observadas em vários países em desenvolvimento, como por exemplo China e Cingapura (Cavalli-Sforza et al., 1996; Popkin et al., 1995). A grande variação da prevalência do diabetes em diferentes nações tem sido atribuída a uma combinação de diferenças genéticas e fatores ambientais, como dieta, obesidade, sedentarismo e desenvolvimento intrauterino (FIELD, A. E.; COAKLEY, E. H.; MUST, A.; SPADANO, J. L.; LAIRD, N.; DIETZ, W. H.; RIMM, E. & COLDITZ, G. A., 2001). (5)

As evidências apontadas sobre as alterações no estilo de vida, com ênfase na alimentação e prática de atividades físicas, associadas ao aumento da esperança de vida dos brasileiros são apontados atualmente como os principais fatores responsáveis pelo aumento da prevalência do diabetes tipo 2 observado no país. Portanto, a importância da prevenção primária de

obesidade e diabetes no Brasil tem sido enfatizada por diversos epidemiologistas. (KING, H.; AUBERT, R. E. & HERMAN, W. H., 1998). (6,7)

1.2 Justificativa da Intervenção

A Diabetes Mellitus é um grave problema de saúde no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil é muito elevada, varia em relação com os diferentes grupos etários e tem maior importância em alguns grupos específicos da população, como: 0,6% de 18-24 anos tem Diabetes; 15,2% de 25-64 anos tem Diabetes; 21,6% de 65 anos e mais tem Diabetes; 44% de adultos obesos tem Diabetes; 7,6% das mulheres grávidas com mais de 20 anos tem Diabetes.

Na Minha área de abrangência, município de São José dos Campos, UBS Eugênio de Melo tem um total de 3.024 PESSOAS, deles 892 são diabéticos, o qual representa 24,49%, valor que fica acima da média do Brasil, sendo esse o motivo de fazer nosso estudo com a finalidade de desenvolver estratégias que na atenção básica que podem se aplicar a toda a população e com elas ajudar na diminuição da incidência do Diabetes Mellitus em nossa área.

2. Objetivos

2.1 Objetivo Geral

- Identificar os fatores que influenciam na aparição e evolução do Diabetes mellitus em Eugênio De Melo.

2.2 Objetivos Específicos

- Conscientizar às equipes de saúde da UBS Eugênio de Melo da importância da prevenção do Diabetes Mellitus.
- Planejar, de forma conjunta, ações de educação, promoção e prevenção da aparição do Diabetes Mellitus.
- Identificar os grupos de maior risco do Diabetes Mellitus para desenvolver ações específicas com eles.

Revisão Bibliográfica

A partir dos anos 90, os estudos mostraram um aumento da incidência de Diabetes tipo 2 (DM2) em crianças e adolescentes em todo o mundo, configurado como um problema emergente(8,9).

O Brasil ainda não dispõe de dados sobre a incidência ou prevalência de DM2 em crianças e adolescentes. O assunto Diabetes, que atualmente é projetado em relação ao aumento do número de casos de Diabetes tipo 2 em crianças e adolescentes. Entre eles ficam histórico familiar de Diabetes tipo 2, com sobrepeso, obesidade, sedentarismo e hipertensão. A estes fatores alguns autores adiciona a idade, raça, sexo e açúcar elevado no sangue. (10,11,12).

Enquanto isso, umas pesquisas realizadas em escolas públicas mostraram que a prevalência de sobrepeso foi maior no sexo masculino (13,14). No entanto, há trabalhos que identificaram maior prevalência de sobrepeso no sexo feminino (15,16). Estar acima do peso predominou na faixa etária de 14-15 anos, resultado também encontrado na pesquisa realizada com adolescentes da capital do estado. (17)

Em outro estudo, em Fortaleza, a prevalência de sobrepeso / obesidade na faixa etária de 10-14 anos foi de 24,0% e 15-19 anos 15,0% (15). Todos sabem que o excesso de peso não é exclusivo para adultos, uma vez que o número de adolescentes com sobrepeso e obesidade tem aumentado substancialmente nas últimas décadas. Esses distúrbios nutricionais precoces observados entre os indivíduos são geralmente associados com o aparecimento e desenvolvimento de fatores de risco que podem predispor no futuro, como adultos, com uma maior incidência de distúrbios metabólicos e funcionais. (18)

A alta prevalência de sedentarismo encontrada entre os estudantes, especialmente do sexo feminino também é apoiada por estudos realizados em outras cidades brasileiras. (19,20). Um estilo de vida sedentário prevaleceu entre adolescentes com idades entre 16-17 anos. Estudo com alunos de 10-17 anos da periferia de Bauru, São Paulo, mostrou que 42% dos entrevistados foram classificados como sedentários (21).

Em outro estudo, observou-se uma maior tendência ao sedentarismo entre os adolescentes com idades entre 17 e 18 anos. A atividade física é vista como uma intervenção eficaz na prevenção da diabetes tipo 2. (21).

Um estudo prospectivo seguido 5.990 indivíduos do sexo masculino de 10 anos, tendo sido observado que o risco relativo para o aparecimento de diabetes foi significativamente menor naqueles que praticavam atividade física regular. (22,23)

Isso mostra a importância do trabalho preventivo em toda a população desde os mais novos. A importância dessas estratégias é também justificada por outros estudos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o perfil sanitário mundial está se alterando rapidamente, especialmente nos países em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre a natureza das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sua ocorrência, seus fatores de risco e populações sob risco também estão em transformação. (24)

A OMS reforça a importância do reconhecimento do caráter pandêmico das DCNT e a necessidade da tomada de ações imediatas para combatê-las, uma vez que essas doenças são as principais causas de mortes no mundo. Além disso, têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, com aumento da pobreza. (25)

A OMS estima que o número total de pessoas com diabetes no mundo elevar-se-á, de 171 milhões em 2000 para 366 milhões em 2030; apenas no Brasil, de 4,5 milhões para 11,3 milhões, no mesmo período, tornando-se o oitavo país no mundo com o maior número de pessoas com Diabetes. Entre as complicações do Diabetes, as doenças cardiovasculares e renais estão entre as mais custosas, em termos de sofrimento humano como de gastos para os sistemas de saúde. (26)

4. Metodologia

4.1 Sujeitos envolvidos no benefício da intervenção

A população é constituída por 3024 pessoas, Estão cadastrados com Diabetes Mellitus 892 pacientes, que serão a princípio os sujeitos da intervenção, com disseminação da informação para a população local. A equipe envolvida será composta por Médico, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde, Psicólogo, Gerência da UBS e Autoridades Locais.

4.2 Cenário de Estudo

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Eugênio De Melo, situada no município de São José Dos Campos, Estado de São Paulo.

4.3 Estratégia e ações

1. Garantir que a equipe de saúde tenha conhecimentos precisos para fazer a identificação das pessoas com maiores riscos de desenvolver a Diabetes Mellitus e poder desenvolver o trabalho preventivo que eles precisam.
2. Aumentar o nível de capacitação da população em geral sobre Diabetes mellitus e seus riscos e aumentar o nível de responsabilidade das pessoas com sua saúde.
3. Modificar estilos de vidas da população, criando diferentes grupos que permitam desenvolver atividades com eles de forma planejada, por exemplo: grupos de idosos, de obesos, de sedentários, e incluir o controle periódico de Glicemia dentro das atividades.

4. Lograr o apoio das autoridades locais, meios de comunicação e de pessoas doentes de Diabetes que ajudem a transmitir suas experiências

4.4 Avaliação e monitoramento

1. Monitorar mensalmente os conhecimentos de Diabetes Mellitus pela Equipe, através de discussões nas reuniões da equipe.
2. Avaliar o cuidado em saúde e a modificação de hábitos e estilos de vida, através de consultas e de visitas domiciliares.
3. Supervisionar o nível de informações relacionadas com a Diabetes Mellitus na população em geral e nos grupos de risco de desenvolver a doença.
4. Comprovar o nível de satisfação dos pacientes com as mudanças no estilo de vida.
5. Avaliar o comportamento da incidência de Diabetes Mellitus, depois da intervenção, comparando com etapas anteriores.

5. Resultados esperados

Com a implantação do projeto de intervenção espera-se melhorar o conhecimento da equipe e dos pacientes em relação ao Diabetes Mellitus, fazer mudanças no estilo de vida da população que permita a modificação dos fatores de risco e com ele baixar a incidência do Diabetes Mellitus e elevar a qualidade de vida da população.

6. Cronograma

Atividades	Fevereiro 2015	Março 2015	Abril 2015	Mai 2015	Junho 2015	Julho 2015	Agosto 2015
Elaboração do projeto	X						
Estudo referencial teórico	X	X	X				
COLETA DE DADOS	X						
DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS		X	X				
REVISÃO FINAL			X				
ENTREGA DO TRABALHO FINAL			X				
SOCIALIZAÇÃO DO PROJETO				X			
Implantação do projeto					X		
Análise dos resultados						X	
Divulgação dos resultados							X

7. Referências.

1. MALERBI, D. A. & FRANCO, L. J., 1992. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 Yr. *Diabetes Care*, 15:1509- 1516.
2. ADA (American Diabetes Association), 2000. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Diabetes Care*, 23:381-389.
3. ASCHIERO, A.; KATAN, M. B.; ZOCK, P. L.; STAMPFER, M. J. & WILLETT, W. C., 1999. Trans fatty acids and coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 340:1994-1998. BAAN, C. A.; STOLK, R. P.; GROBE.
4. BARRETO, S. A. J. & CYRILLO, D. C., 2001. Análise da composição dos gastos com alimentação no Município de São Paulo (Brasil) na década de 1990. *Revista de Saúde Pública*, 35:52-59.
5. FIELD, A. E.; COAKLEY, E. H.; MUST, A.; SPADANO, J. L.; LAIRD, N.; DIETZ, W. H.; RIMM, E. & COLDITZ, G. A., 2001. Impact of overweight on the risk of developing common chronic disease during a 10- year period. *Archives of Internal Medicine*, 161: 1581-1586. FONSECA.
6. JOSHIPURA, K. J.; ASCHERIO, A.; MANSON, J. E.; STAMPFER, M. J.; RIMM, E. B.; SPEIZER, F. E.; HENNEKENS, C. H.; SPIELMAN, D. & WILLETT, W. C., 1999. Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke. *JAMA*, 282:1233-1239.
7. KING, H.; AUBERT, R. E. & HERMAN, W. H., 1998 Global burden of diabetes, 1995-2025. *Diabetes Care*, 21:1414-1431.
8. American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents. *Diabetes Care* 2000; 23(3): 11-9. 3.
9. Rosenbloom AL, Joe JR, Young RS, Winter WE. Emerging epidemia of type 2 diabetes in youth. *Diabetes Care* 1999; 22 (2): 345-54. 4.
10. Adams A. Screening for type 2 diabetes. [on line] 2000. [Acessado 2006 jul. 20]. Disponível em: http://www.genetichealth.com/DBTS_Screening_for_Type_2_Diabetes.shtml.
11. Coll Garcia E. Diabetes mellitus tipo 2 (NIDDM): em niños, adolescentes y adultos jóvenes. *Clín Méd HCC* 1999; 4(3):169-75.
12. Damiani D. Diabetes mellitus em crianças e adolescentes: como abordar o DM2? [on line] 2006. [Acessado 2006 jul. 20]. Disponível: <http://www.diabetes.org.br/apresentacoes/salvador2005/durval1.php#top>
13. Soar C, Vasconcelos FAG, Assis MAA. A relação cintura quadril e o perímetro da cintura associados ao índice de massa corporal em estudo com escolares. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20 (6): 1609-16.

14. Ballaben G, Silva GAP. Prevalência de sobrepeso e obesidade em adolescentes de uma escola de classe média-alta de Recife – PE. In: Simpósio Obesidade e Anemia Carencial na Adolescência, 2000, Salvador. Anais... São Paulo: Instituto Danone, 2000. 217p.
15. Goldeberg TBL, Colli AS, Curi PR. Relação entre área do braço, área do músculo, área de gordura do braço e a menarca em adolescentes do município de Botucatu. J Pediatr 1996; 72: 85 – 92.
16. Garcia GCB, Gambardella AMD, Frutuoso MFP. Estado nutricional e consumo alimentar de adolescentes de um centro de juventude da cidade de São Paulo. Rev. Nutrição 2003; 16(1): 41 – 50.
17. Frutuoso MFP, Bismarck-Nasr EM, Gambardella AMD. Redução do dispêndio energético e excesso de peso corporal em adolescentes. Rev Nutr Campinas 2003; 16 (3):257-63.
18. Mendes FSV, Priore SE, Ribeiro SMR. Avaliação do estilo de vida e de condições nutricionais de adolescentes atendidos em um programa específico. Nutr. em pauta 2001; 9 (47): 85-93.
19. Silva RCR, Malina RB. Nível de atividade física em adolescentes do Município de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública 2000; 16 (4): 1091-97.
20. Oehlschlaeger MHK, Pinheiro RT, Horta B, Gelatti C, Santana P. Prevalência e fatores associados ao sedentarismo em adolescentes de área urbana. Rev Saúde Pública 2004; 38 (2): 157-63.
21. Ferreira SRG, Almeida B, Siqueira AFA, Khawali C. Intervenções na Prevenção do Diabetes Mellitus Tipo 2: é viável um programa populacional em nosso meio? Arq Bras Endocrinol Metab 2005; 49 (4): 480-4.
22. Helmrich SP, Ragland DR, Paffenbarger RS. Prevention of noninsulin - dependent diabetes mellitus with physical activity. Med Sci Sports Exerc 1994; (26)7: 824-30.
23. Sociedade Brasileira de Diabetes. Atualização brasileira sobre diabetes. Rio de Janeiro : Diagraphic; 2005.144p. 2
24. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization; 2005.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

26. Rathmann W, Giani G. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004; 27(10):1047-1053.
27. Sowers JR, Epstein M, Frohlich ED. Diabetes, Hypertension, and cardiovascular disease: an update. *Hypertension*. 2001; 37(4):1053-1059.