



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Mudança de hábitos para adesão ao tratamento do paciente diabético. Proposta de intervenção do Centro de Saúde da Família Boa Vista

CAMILLA RIBEIRO SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador(a): Michele Peixoto Quevedo

São Paulo

2016

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO	pag. 3 e 4
2- OBJETIVOS	pag. 5
2.1 Geral	pag. 5
2.2 Específico(s)	pag. 5
3- REFERENCIAL TEÓRICO	pag. 6 e 7
4- MÉTODO	pag. 8
4.1 Local	pag. 8
4.2 Participantes	pag. 8
4.3 Ações	pag. 8
4.4 Avaliação e Monitoramento	pag. 9
5- RESULTADOS ESPERADOS	pag. 10
6- CRONOGRAMA	pag. 11
7- REFERÊNCIAS	pag. 12 e 13

1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) dentre as doenças crônicas, destaca-se como a mais frequente, consistindo em uma disfunção metabólica crônica grave, com uma evolução lenta e progressiva, caracterizada pela falta parcial ou total de insulina e/ou da incapacidade desta em exercer adequadamente seus efeitos metabólicos, levando a aumentos da glicemia (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008). O DM é uma doença crônica que não apresenta cura, porém pode ser controlada, desde que sejam feitas mudanças nos hábitos de vida, como reeducação alimentar e a prática a atividade física. Atualmente, presume-se que existem em todo o mundo cerca de 150 milhões de pessoas portadoras de diabetes e esse número poderá duplicar até o ano de 2025 (SILVA et al., 2006).

Estudo mostra que no mundo a diabetes afeta 415 milhões de pessoas, e estima para 2040 aumentar para 642 milhões, sendo $\frac{3}{4}$ das pessoas com diabetes, vivem em países de baixa renda. Na América Latina há uma expectativa de crescimento nas taxas de diabetes, estimado em 65% dos casos em 2040. No Brasil apresenta 14,3 milhões de pessoas com diabetes, e uma mortalidade estimada em 130700 pessoas devido à doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015).

Encontra-se como porta de entrada para o portador de DM a Unidade Básica de Saúde, que está estruturada de acordo com o Programa Saúde da Família (PSF), tendo como uma estratégia o principal propósito reorganizar a prática da atenção básica à saúde e substituir o modelo tradicional de assistência, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado no Centro de Saúde da Família ou no domicílio pelos profissionais da saúde que compõem as equipes. Esses profissionais e a população acompanhada, criam vínculos de responsabilidade, o que facilita a identificação dos problemas de saúde da comunidade e seu atendimento (TOSCANO, 2004).

A DM tem como fatores predisponentes como a hereditariedade, obesidade, hábitos alimentares, estresse e sedentarismo. Com exceção da hereditariedade, todos os outros fatores podem ser prevenidos e/ou controlados por uma dieta adequada e pela prática de atividade física regular (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2003). De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes, o tratamento básico e o controle da doença consistem, primordialmente, na utilização de uma dieta específica baseada na restrição de alimentos ricos em carboidratos, gorduras e proteínas, atividade física regular e no uso adequado de medicação.

O aparecimento de outras doenças crônicas são contribuições de forma significativa pelo diabetes, o que é agravado na vigência de tratamento inadequado ou ausente. O maior desafio para o controle da doença é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados. O controle glicêmico desejado é glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7% (DAVIDSON, 2001). Para tanto, é necessário que haja uma mudança de hábitos e os demais cuidados desenvolvidos pelo paciente. O compor-

tamento alimentar é modificado de acordo com as exigências e limitações impostas pela síndrome, devendo ser revistas escolhas alimentares, diminuindo as calorias para evitar ganho de peso, aumentando a atividade física, moderando a ingestão de gordura, espaçando as refeições e monitorizando a glicemia, objetivando, finalmente, seu controle. (CYRINO, 2009).

O DM foi o problema escolhido como prioritário para propor um plano de ação, pois, ao desenvolver o diagnóstico, observou que o número de pacientes diabéticos na área de abrangência do bairro Boa Vista era muito grande e, constantemente sem orientações devidas sobre manutenção do controle glicêmico e as formas corretas de tratamento, assim ocorrendo aparecimento de novos casos dessa doença na unidade. Além disso, ela apresenta muitas conseqüências sociais e físicas para o doente e seus familiares. Devido à alta prevalência de pacientes diabéticos assistidos pelo CSF- Boa Vista, o estudo tem como objetivo informar essa população sobre a importância das mudanças de hábitos como uma reeducação alimentar e a prática de atividade física poderá beneficiar o controle glicêmico da diabetes mellitus tipo2.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Orientar o grupo de pacientes diabéticos do Centro de Saúde da família Boa Vista, quanto às complicações que a não adesão ao tratamento pode acarretar, e a importância da reeducação alimentar e atividade física, para um melhor controle glicêmico.

2.2 Específico(s)

Conhecer os aspectos que interferem na adesão e tratamento dos pacientes portadores de diabetes tipo 2.

Promover reuniões multidisciplinares com a presença do nutricionista, enfermeiro, fisioterapeutas e psicólogo, com intuito de realizar palestras informativas e diálogos, esclarecendo a grande importância na mudança de hábitos para melhor adesão ao tratamento.

Orientar em consultas os benefícios sobre a reeducação alimentar, a necessidade de acompanhamento nutricional e a prática de atividade física para o controle glicêmico.

3. REFENCIAL TEÓRICO

O Diabetes Mellitus tipo 2 é uma doença metabólica crônica caracterizada por hiperglicemia. Consiste geralmente em estado de resistência periférica à ação da insulina e à secreção deficiente da mesma. Alguns aspectos etiológicos da doença são ainda desconhecidos, porém estudos reconhecem a influência do ambiente e da genética na sua manifestação. Atualmente o DM2 é reconhecido como problema de saúde pública e representa cerca de 90% dos casos de diabetes no Brasil, dentre todos os outros tipos da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes o DM2 pode ser prevenido ou, pelo menos, retardado, através de intervenção em portadores de pré-diabetes. Esses pacientes devem alterar seu estilo de vida, com modificação dos hábitos alimentares, perda ponderal (redução de ao menos 5% a 10% do peso corporal) caso apresentem sobrepeso ou obesidade, bem como aumento da atividade física, por exemplo, caminhadas, pelo menos 150 minutos por semana.

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 (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

Atualmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) gasta em média R\$ 11 bilhões por ano com tratamentos diretos e indiretos de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis. Com o tratamento correto e conseqüentemente controle da HAS e DM a redução de gastos chega a cerca de R\$ 840 milhões em custos anuais para o governo com infarto agudo no miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal e cardíaca, cegueira definitiva e abortos, e uma média de R\$ 1.100 milhões economizados anualmente devido à incapacidade de pacientes, como aposentadorias precoces, incapacitação por invalidez e outros (SCHIMIT; DUNCAN; HOFFMANN; MOURA; MALTA; CARVALHO, 2009). Um dos principais problemas dos profissionais da saúde é a adesão ao tratamento de forma irregular e assistemática, devido ao longo prazo e a dificuldade de alterar sua rotina, para isso os profissionais necessitam da participação e cooperação dos pacientes que convivem com a cronicidade para conseguirem alterar seu estilo de vida (ALVEZ; CALIXTO, 2012).

É primordial uma reorganização de hábitos alimentares para o controle do DM tipo 2. Para tanto, é necessário que haja integração entre a alimentação e os demais cuidados desenvolvidos pelo paciente. O comportamento alimentar é modificado de acordo com as exigências e limitações impostas pela síndrome, devendo ser revistas escolhas alimentares, diminuindo as calorias para evitar ganho de peso, aumentando a atividade física, moderando a ingestão de gordura, espaçando as refeições e monitorizando a glicemia, objetivando, finalmente, seu controle (PONTIERI; BACHIO, 2010).

Algumas evidências sugerem que o sedentarismo, favorecido pela vida moderna, é um fator de risco tão importante quanto a dieta inadequada na etiologia da obesidade (PRENTICE; JEBB, 1995), e possui uma relação direta e positiva com o aumento da incidência do diabetes tipo 2 em adultos, independentemente do índice de massa corporal (MANSON et al., 1991), ou de história familiar de diabetes (ZIMMET et al., 1997).

A atividade física é indicada aos diabéticos do tipo 2 porque ajuda no tratamento, podendo oferecer melhor controle da glicose, sendo que o exercício obriga o organismo a utilizar maiores quantidades de glicose, melhorando assim a relação glicose – insulina – tecidos, através do aumento da sensibilidade dos tecidos à insulina, diminuindo, desta maneira a necessidade de insulina no transporte de glicose para dentro do tecido. (RAMOS, 1999). Esse efeito pode levar à redução na administração de insulina, ou seja, o diabético que pratica esporte rotineiramente tem um controle mais estável com menos doses de insulina. (OLIVEIRA, 2010).

A mudança de hábitos de vida, dessa forma, é um processo lento e difícil. Particularmente no que se refere à alimentação. Os hábitos alimentares estão relacionados pelo menos a três fatores complexos: culturais, que são transmitidos de geração a geração ou por instituições sociais; econômicos, referentes ao custo e à disponibilidade de alimentos e, por fim, aos sociais, relacionados à aceitação ou rejeição de determinados padrões alimentares (FERNANDES; JUNIOR; TASCA, PELOSSO; CUSMAR, 2015). Outros fatores também influenciam o indivíduo a adotar muitas vezes padrões inapropriados de comportamentos, tais como aversão a certos alimentos, crenças relacionadas a supostas ações nocivas e tabus ou proibições ao uso e consumo de certos produtos. A dificuldade de seguir a alimentação prescrita acontece porque está relacionada aos hábitos adquiridos, ao horário definido, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconômicas e à questão psicológica envolvida. A transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida do paciente diabético. “O desejo alimentar faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa” (PÉRES; SANTOS; ZANETTI; FERRONATO, 2007).

4. METODOLOGIA

4.1 Local :

As reuniões poderão acontecer no pátio do Centro de Saúde da Família Boa Vista-Limeira/São Paulo, com datas pré-agendadas e com antecedência para a correta divulgação pela equipe.

4.2 Participantes (público-alvo)

Em um primeiro momento reuniremos toda equipe a fim de conscientizá-los sobre os riscos e as consequências do Diabetes, capacitando-os e permitindo assim que façam grupos para acompanhamento e educação em saúde, tendo como público alvo os pacientes diabéticos cadastrados.

Toda a equipe deverá participar desses grupos, abrangendo assim todos os temas do assunto. Médico e enfermeiro com os tópicos teóricos; técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e agentes administrativos incentivando e divulgando sobre os dias e horários de realização dessas palestras, bem como sua participação nos grupos sobre orientações de centros para prática de atividade física disponíveis no bairro. Como na CSF Boa Vista portamos de psicólogo 8 horas semanais, seria interessante sua participação com apoio psicológico para aqueles pacientes que não aceitam a doença e o seu tratamento.

Consultados o SIAB e a partir daí, foram feitos levantamentos de prontuários para buscar os pacientes cadastrados portadores de diabetes e seus familiares, convidando-os para a participação nos grupos de diálogos sobre a mudança de hábitos e depoimentos de como é realizado o seu tratamento.

4.3 Ações

- Distribuir em consultas, cardápios com orientações alimentares que são permitidas e evitadas para os portadores de Diabetes.

- Organizar grupos com o apoio multiprofissional para diálogos com os pacientes diabéticos e familiares.

-Reconhecer e captar nas consultas os fatores que interferem a não adesão ao tratamento proposto.

4.4 Avaliação e Monitoramento

O projeto de intervenção será avaliado durante o período de atuação no Centro de saúde da família Boa Vista, avaliando durante as consultas os fatores que interferem a não adesão ao tratamento proposto, e as informações que os pacientes conseguem entender sobre o diabetes mellitus. Observamos nesse período que grande parte dos pacientes não portava de informações alimentares saudáveis e a importância da mudança de hábitos no controle glicêmico. Através desta análise, podemos concluir que esta população necessita de orientações para melhor adesão ao tratamento proposto.

Após as reuniões entregaremos um simples questionário para os participantes, com o propósito de avaliar o resultado da intervenção, sabendo o quanto proveitosa foi para os pacientes. No final do questionário, podemos colocar um tópico de sugestões e opiniões para analisar o sucesso do grupo e como poderemos melhorar para conseguirmos os resultados esperados.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Com esse projeto de intervenção poderá trazer um suporte ao profissional da saúde, que tem papel essencial no processo de melhoria na adesão ao tratamento do paciente diabético, já que atua como agente facilitador e mobilizador, através da conscientização na mudança de comportamento e desenvolvimento da capacidade e habilidade do indivíduo para o auto-cuidado, adequando seus conhecimentos e experiências à prática clínica e a realidade do paciente. E para isso, a equipe multiprofissional deve ser sensibilizada e capacitada, organizando estratégias para melhorar a adesão ao tratamento proposto aos pacientes diabéticos do CSF- Boa Vista.

6. CRONOGRAMA

Atividades	Ago- sto2015	Setem- bro201 5	Outubro 2015	Novem- bro2015	Dezembro 2015/ Janei- ro 2016	Fe- vereiro20 16
Elaboração do Projeto	X					
Aprovação do Projeto	X					
Estudo do referencial teórico / Re- visão biblio- gráfica		X	X	X	X	X
Aplicação das suges- tões de si- nais e figu- ras		X	X	X		
Discussão e Análise dos resultados					X	X
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho						X

7. REFERÊNCIAS

ALVEZ,B.A; CALIXTO, A.A.T.F; Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior Paulista – Curso de enfermagem da Universidade Paulista, Campinas-SP,Brasil 2012.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados á adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo programa saúde da família, Ventosa, Belo Horizonte. Ciência e Saúde Coletiva, 2008.

CYRINO, A.P. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Edunesp; 2009.

DAVIDSON, M.B. Diabetes mellitus – diagnóstico e tratamento. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.

FERNANDES,C.A.M; JUNIOR,N.N; TASCA,R.S; PELOSO,S.M; CUSMAR,R.K.N. A importância de dieta e de atividade física na prevenção e controle do Diabetes mellitus tipo 2. Maringá, v.27 n.2, p.195-205, 2015.

MANSON, J.E. et al. Physical activity and incidence of non-insulin dependent diabetes mellitus in women. Lancet, Boston, v. 338, p.774-778, 1991.

OLIVEIRA, P.J.; Portador de diabetes mellitus tipo2: mudança de hábitos para adesão ao tratamento;2010.

PÉRES, D.S; SANTOS, M.A; ZANETTI, M.L; FERRONATO, A.A. Dificuldade dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos – Rev. Latino americana enfermagem. 2007.

PONTIERI, M.F.; BACHION, M.M.; Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e suas influencias na adesão ao tratamento;2010.

RAMOS, A. T. Atividade física: diabéticos, gestantes, terceira idade, crianças e idosos. 2. ed. Rio de Janeiro: Sprint, 1999.

SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.; Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. Cad Saude Publica 2003; 19(Supl 1):S29-S36.

SCHIDT, M.I; DUNCAN, B.B; HOFFMANN, J.F; MOURA, L; MALTA, D.C; CARVALHO, R.M.S.V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública. 2009.

SILVA, T.R. et al.. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupo de intervenção educacional e terapêutica em segmento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 180-189, dez. 2006.

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Itapevi, São Paulo, 2009.

Sociedade Brasileira de Diabetes – Atlas do Diabetes 2015.

Tavares, C. M. A.; Matos, E.; Gonçalves, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar a saúde. *Texto e Contexto. Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 213-221, maio, 2005.

Toscano, C.M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis : diabetes e hipertensão arterial. *Ciên. Saúde Coletiva*, v. 9, n.4, p.885-895, 2004.