



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



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**A DIETA AUXILIANDO NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANS-
MISSÍVEIS**

PATRÍCIA BORTOLAI

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientadora: Ms. Priscila Mina Galati

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	03
1. OBJETIVOS.....	05
1.1 GERAIS	05
1.2 ESPECÍFICOS	05
2. REFERENCIAL TEÓRICO	06
3. MÉTODO	09
3.1 LOCAL.....	09
3.2 PARTICIPANTES	09
3.3 AÇÕES	09
3.4 AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO	10
4. RESULTADOS ESPERADOS	12
5. CRONOGRAMA	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	14

INTRODUÇÃO

Para além do controle de peso, uma alimentação saudável também contribui para o controle de doenças crônicas. Estudos apontam que uma terapia alimentar pode reduzir em até 2% (dois por cento) a hemoglobina glicada de um paciente recém diagnosticado com diabetes mellitus, ou 1% (um por cento) em pacientes já em tratamento medicamentoso (BOAS *et al.*, 2011).

Para (FISBERG *et al.*, 2004) uma dieta adequada pode reduzir os níveis pressóricos, assim como muitos tipos de cânceres.

Em 2014, no Brasil, aponta-se em estudo sobre hábitos de vida saudáveis, a caracterização entre as práticas de vida como os principais fatores de risco ou de proteção para o desenvolvimento das doenças crônicas. Dentre os fatores estudados temos o consumo de sal da dieta do brasileiro, o consumo de alimentos ricos em gordura, a prática de atividades físicas e o tempo em atividades sedentárias (por exemplo, assistir televisão). Por meio desse, o Ministério da Saúde comprovou que frutas e hortaliças fazem parte da rotina do brasileiro, porém, muitas pessoas ainda trocam refeições por lanches e o consumo de sal acima do recomendado. O estudo também conclui que a prática de atividades físicas está aumentando entre os brasileiros, sendo esta de extrema importância para proteção de doenças crônicas.

Segundo Toscano (TOSCANO, 2004), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) acompanham o indivíduo por quase toda a vida, após seu início. Estudos relacionam o aumento da incidência de DCNT na população com o processo de industrialização mundial, remetendo às mudanças de hábitos de vida da população, dentre eles os padrões alimentares (BARROS *et al.*, 2006).

Para Lopes (LOPES *et al.*, 2003) as características alimentares, no Brasil, desde o processo de industrialização vem sendo alterada predominando o consumo alimentos ricos em sódio, gorduras e conservantes, tem esses sabor mais agradável e maior facilidade no preparo. Porém, essas facilidades acarretam consequências à saúde, dentre elas a elevação da pressão arterial (PA) pelo alto índice de sódio, assim como, a ausência de diversos nutrientes propiciando o desenvolvimento do diabetes mellitus (DM).

Frente à importância de uma alimentação saudável no mecanismo de controle das DCNT, faz-se necessário investir para além da terapêutica medicamentosa, mas também em hábitos saudáveis de alimentação. Neste sentido o profissional de saúde tem um importante papel a partir da conscientização dos pacientes sobre a mudança de hábitos ali-

mentares enquanto fator benéfico para saúde, assim como para a qualidade de vida. Com isso tenta-se tornar o autocuidado uma prática aceita pela população. (BOAS *et al.*, 2011)

Boas (BOAS *et al.*, 2011) aponta que o autocuidado envolve a adesão ao tratamento medicamentoso e à mudança de estilo de vida .

A mudança de hábitos alimentares e início de prática corporal são importantes indicadores para um tratamento adequado as DCNT, sendo esse ainda um grande desafio, já que os pacientes apresentam resistência a essas mudanças, seja devido às dificuldades que requerem para execução, ou pela não confiança de bons resultados com essas modificações (COSTA *et al.*, 2011).

No Brasil, em 2015, por meio de estudo realizado em municípios do estado de São Paulo, aponta-se um número crescente de hipertensos, diabéticos e a associação de ambas as doenças. O Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HiperDia) apresentou em relação aos usuários cadastrados, que no período de 1999 a 2015, na cidade de Campinas, 335 (trezentos e trinta e cinco) pacientes foram cadastrados como portadores de diabetes mellitus, 5.342 (cinco mil, trezentos e quarenta e dois) com hipertensão arterial sistêmica, e 2.989 (dois mil, novecentos e oitenta e nove) com ambas as doenças (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, o presente projeto de intervenção busca qualificar as ações de promoção à saúde, enfatizando alimentação saudável buscando melhorar a qualidade de vida dos portadores de DCNT.

1. OBJETIVOS

1.1 Geral

Qualificar as ações de promoção a saúde enfatizando alimentação saudável buscando melhor a qualidade de vida dos portadores de DCNT

1.2 Específico(s)

- Capacitar os profissionais da saúde para orientação de alimentação saudável;
- Orientar a população sobre hábitos alimentares saudáveis; e
- Instituir grupos de reeducação alimentar vinculado a equipe de saúde da família buscando demonstrar a importância da dieta adequada no auxílio ao tratamento das DCNT.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo (ACHUTTI; AZAMBUJA, 2004), as DCNT são doenças caracterizadas por diversas causas, que se desenvolvem ao longo da vida, sendo de longa duração e podem trazer consequências fatais ao indivíduo, tendo como exemplo as doenças cardiovasculares, a diabetes, o câncer, e as doenças respiratórias crônicas, dentre outras. Os fatores de risco para seu desenvolvimento são comuns, assim como os gastos para sistema público de saúde devido à necessidade de assistência continuada e complicações agudas que podem apresentar.

Dentre os fatores de risco para desenvolvimento das DCNT estão a dieta e o sedentarismo (MALTA *et al.*, 2006). Nesse sentido é fundamental mudança de hábitos buscando a redução da prevalência das DCNT.

Ainda há divergência, na literatura, acerca da avaliação da qualidade da alimentação da população, seja por meio da quantificação e ou qualificação de macronutrientes, micronutrientes ou categorias de alimentos consumidos. Apesar dessa diferença de avaliação o objetivo de todos os métodos é comparar o consumo de cada tipo de alimento com as doenças crônicas.

Segundo Neumann (NEUMANN *et al.*, 2007) os alimentos associados às DCNT são os ricos em colesterol, ácidos graxos saturados, trans e sódio. Exemplos de consumo frequente desses conteúdos alimentares são os Fast-Foods, que se tornaram cada dia mais frequentes na vida urbana, devido à facilidade, rapidez de obtenção e sabor palatável.

Ainda segundo o autor (NEUMANN *et al.*, 2007), os alimentos que devem ter seu consumo estimulado, uma vez que reduzem o risco de doenças cardiovasculares, dentre eles os alimentos ricos em ácidos graxos poliinsaturados e monoinsaturados. Alimentos ricos nesses tipos de "gorduras saudáveis" são peixes e óleos vegetais. O aumento no consumo de verduras, legumes, frutas e cereais também podem reduzir o risco de desenvolvimento de DCNT, devido ao nível elevado de fibras alimentares, potássio, componentes antioxidantes e fotoquímicos (NEUMANN *et al.*, 2007), sendo que o benefício observado com a ingestão desses alimentos pode ser visto inclusive nos pacientes já doentes.

A quantificação de fibras alimentares presentes na dieta para que os efeitos benéficos sejam observados ainda não foram bem estabelecidos, entretanto diversos estudos mostram redução da prevalência de cânceres de cólon devido ao aumento da ingestão desse componente alimentar (MATTOS, 2000).

Costa (COSTA *et al.*, 2011) aponta em seu estudo, a comparação dos hábitos alimentares associados às DCNT, seja para caracterizar os fatores de risco, ou para identificar alimentos benéficos à saúde da população. Nesta leitura, chega-se a conclusão que uma dieta saudável, aliada a prática de atividades físicas interferem diretamente no controle metabólico. Esse mesmo estudo ainda associa os hábitos de vida saudáveis à adesão melhor ao tratamento. Pacientes que tem maior conhecimento sobre a doença compreendem melhor às mudanças de hábitos e ao tratamento medicamentoso, obtendo melhores resultados.

A prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e da diabetes mellitus (DM) em todo o mundo vêm aumentando a cada ano, associado aos fatores genéticos, ambientais e de envelhecimento da população, a alimentação é posta como relevante ponto para redução dessa incidência (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015 e SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As DCNT apresentam como complicação dentre outras patologias o Acidente Vascular Encefálico (AVE), Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), amputações por complicações vasculares, transplantes renais por lesão renal, dentre outros. Porém, as opções de tratamento garantem aos pacientes uma maior sobrevida apesar de muitas vezes ser seguida de sequelas.

No mundo, o acidente vascular cerebral é a segunda principal causa de morte, nos países em desenvolvimento, esse perfil vem se alterando. No Brasil desde a última década o AVE corresponde a uma das principais causas de morbimortalidade e mortalidade, causando na grande maioria dos pacientes, algum tipo de sequela seja ela transitória ou não (ALMEIDA, 2012).

Em 2003, Feigin (FEIGIN *et al.* 2003) realizou uma revisão sistemática da literatura apontando que em países como estágios epidemiológicos mais avançados, a incidência de AVE em pessoas com 55 (cinquenta e cinco) anos ou mais varia de 4,2 (quatro vírgula dois) a 11,7 (onze vírgula sete) / 1000 (mil) ano, sendo que de 67% (sessenta e sete por cento) à 81% (oitenta e um por cento) dos casos são de etiologia isquêmica; de 7% (sete por cento) à 20% (vinte por cento) hemorragia intracerebral primária; de 1% (um por cento) à 7% (sete por cento) para hemorragia subaracnóidea e de 2% (dois por cento) à 15% (quinze por cento) para etiologia indeterminada. O estudo ainda aponta que a maior faixa etária de acometimentos é em pacientes acima de 75 (setenta e cinco) anos. O mesmo autor ainda aponta a prevalência de AVE em indivíduos acima de 65 (sessenta e cinco) anos é de 46 (quarenta e seis) à 72 (setenta e dois) / 1000 (mil) habitantes, e a mortalida-

de um mês após o acidente é de 23% (vinte e três por cento), podendo chegar a 42% (quarenta e dois) em casos de etiologia hemorrágica. A mortalidade do AVE isquêmico é de 16% (dezesseis por cento) e da hemorragia subaracnóidea de 32% (trinta e dois por cento).

Ainda segundo Almeida, (ALMEIDA 2012) foram registradas 160.621 (cento e sessenta mil, seiscentos e vinte e um) casos de internações por doenças cerebrovasculares onde a taxa de mortalidade para o período foi 51,8 (cinquenta e um vírgula oito) / 100.000 (cem mil) sendo que destes 99.174 (noventa e nove mil, cento e setenta e quatro) óbitos forma de idosos acima de 80 (oitenta) anos (ALMEIDA, 2012).

Desse modo, a garantia do tratamento e acompanhamento adequado dos pacientes com DCNT, requer do sistema de saúde investimentos elevados, estimando-se que o tratamento ambulatorial de um único paciente diabético é de US\$: 20.108,00 (vinte mil, cento e oito dólares). (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2015). No Brasil, a número de usuários que necessitam de transplanta renal e diálise é elevado sendo esse fator associado à HAS não controlada. Em 2007, 94.282 (noventa e quatro mil, duzentos e oitenta e dois) pacientes foram inseridos no programa de diálise do SUS para iniciar terapia de substituição da função renal. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Diante do exposto, a prevenção da DCNT é fundamental tendo a mudança de hábitos de vida um papel importante nesse processo. Nesse sentido a Atenção Básica deve contribuir para além das ações de tratamento, recuperação e cura enfocando ações de prevenção das DCNT assim como as de promoção à saúde atuando em ações que busquem modificar os hábitos da população, e, informando os hábitos de vida saudáveis é o melhor meio, e, o primeiro a ser colocado em prática.

3. METODOLOGIA

3.1 Local

Centro de Saúde Padre Anchieta, no município de Campinas, no estado de São Paulo.

3.2 Participantes (público-alvo)

O presente estudo pretende abranger principalmente a população que possui fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão arterial, assim como a população que já apresenta essas comorbidades.

Entre os envolvidos no projeto estão: médico, enfermeiro, Agente Comunitário de Saúde da equipe de saúde da família, médico coordenador do projeto, nutricionista de referência do distrito Norte, ao qual faz parte o Centro de Saúde Padre Anchieta, e os técnicos responsáveis pela coleta de exames de sangue, ou seja, todas as equipes e funcionários que participam das ações no posto.

3.3 Ações

Treinar os profissionais: Os médicos das equipes de referência estarão cientes do projeto e terão uma preparação de 2 (dois) encontros para finalizar o protocolo de acompanhamento que será realizado por eles. Nessa preparação serão esclarecidas as dúvidas quanto aos exames que devem ser pedidos e os períodos de reavaliação de cada paciente participante do grupo. Além dos médicos, a equipe de técnicos de enfermagem responsável pela coleta estará preparada e dividida em escalas para atender a maior demanda de exames a serem coletados nos períodos de avaliação.

Divulgar o projeto: A princípio toda a população atendida no centro de saúde que tenha doença crônica não transmissível ou fator de risco para tal, será referenciada para o grupo de mudança de hábitos alimentares. Seja pelo médico de sua equipe, pela enfermeira ou agentes de saúde, com a avaliação do prontuário dos pacientes.

Implantar o projeto: Através de palestras com a população em um espaço público disponível, será apresentado o tema da alimentação saudável. Demonstrando a pirâmide alimentar, classificando os alimentos e apresentando suas propriedades. Após esse embasamento, pretende-se realizar uma dinâmica com o público, por meio da montagem de pratos que são consumidos por eles no dia a dia. Através de figuras de alimentos comumente consumidos montaremos refeições que são habituais para a população. Após a avaliação do que a população está consumindo, serão sugeridas modificações, trocas de alguns alimentos que estejam inadequados. Durante esse processo iremos explicar o motivo da troca e explicar os benefícios que o novo alimento introduzido tem em relação ao anterior escolhido. Em um segundo encontro, distando aproximadamente 15 (quinze) dias do primeiro encontro, avaliaremos o que pôde ser modificado na alimentação desde a última reunião. Trocaremos experiências, das dificuldades e das facilidades que encontraram nas modificações dos hábitos alimentares. Além disso, ofereceremos algumas receitas de preparações rápidas de alimentações saudáveis e formas de armazenamento em congelador e geladeira, para facilitar a preparação e consumo ao longo da semana, sem perda dos nutrientes. Com isso pretende-se inserir a idéia de uma alimentação saudável na vida da população local. Após a introdução e modificações iniciais, para os grupos específicos dos diabéticos e hipertensos, em um novo encontro, 1 (uma) vez por semana, pretendemos oferecer listas de alimentos que devem ser evitados e lista de alimentos que devem ser preferidos durante uma refeição, para cada grupo. Além dos três encontros em grupo para início do projeto e troca de experiências, as consultas clínicas no posto de saúde também serão agendadas com antecedência, com exames laboratoriais antes da intervenção e após 6 (seis) meses das mudanças alimentares. As consultas de controle ocorrerão aos 3 (três) meses, 6 (seis) meses e 1 (um) ano após a intervenção. Durante esse período outras consultas poderão ocorrer por demandas necessárias específicas de cada paciente.

3.4 Avaliação e Monitoramento

Após esse acompanhamento e intervenção, será mantida uma rotina de acompanhamento clínico e laboratorial com os pacientes abordados. Tal acompanhamento pretende avaliar quanto das mudanças puderam ser mantidas por um período de 3 (três) meses, 6 (seis) meses, 1 (um) ano e após em toda consulta de rotina. E qual foi o impacto dessas modificações na vida dos pacientes. Seja pela avaliação da melhora do bem estar

geral, níveis pressóricos, ou melhora dos exames laboratoriais, como por exemplo, a melhora dos índices glicêmicos. Além dessa avaliação em longo prazo, o paciente será observado nos encontros de grupo que serão distanciados em no máximo 15 (quinze) dias. Em cada encontro os pacientes apresentarão suas dificuldades e facilidades em realizar as mudanças alimentares.

4. RESULTADOS ESPERADOS

Com essa intervenção, pretende-se modificar hábitos de alimentação com impactos sobre a saúde da população. Seja com redução de níveis glicêmicos em pré-diabéticos, ou, melhor controle dos pacientes já diabéticos; controle dos níveis pressóricos de hipertensos e não hipertensos.

Com essas modificações esperadas, reduziremos a incidência de diabetes e hipertensão na população. Como consequência, as mortes devido a essas doenças, e seus gastos ao sistema de saúde irão se reduzir.

O principal desafio do presente trabalho é fazer com que a população tenha adesão ao projeto e às mudanças alimentares propostas. Sabemos das dificuldades de mudanças de hábitos (BOAS *et al.*, 2011). Porém se algumas mudanças forem realizadas e isso influenciar na saúde de uma parcela da população, acreditamos que a atenção básica cumpriu com o papel de prevenção.

5. CRONOGRAMA

Atividades	Setem- bro 2015	Outubr o 2015	Novem- bro 2015	Janei- ro 2016	Abril 2016	Outubr o 2016	Dezem- bro 2016
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x			
Aprovação no Comitê de Ética							
Treinamento da equipe	x						
Implantação das Ações		x					
Monitoramento e ajustes				x	x	x	
Análise dos dados						x	x
Apresentação dos resulta- dos							x
Acompanhamento do Pro- jeto							x

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHUTTI, Aloyzio; AZAMBUJA, Maria Inês Reinert. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social.** Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 9, n. 4, p. 833-840, dez. 2004. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 15 dez. 2015.

ALMEIDA, S.R. M. **Análise epidemiológica do Acidente Vascular Cerebral no Brasil** Revista de Neurociência 2012; 20(4): p. 481-482

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo *et al.* **Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil**, PNAD-2003. Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, p. 911-926, Dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000400014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2015.

BOAS, Lilian Cristiane Gomes-Villas *et al.* **Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus.** Texto contexto - enfermagem, Florianópolis , v. 20, n. 2, p. 272-279, Junho de 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2015.

COSTA, Jorge de Assis *et al.* **Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde.** Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 16, n. 3, p. 2001-2009, Mar. 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300034&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2015.

FEIGIN VL, Lawes CM, Bennett DA, Anderson CS. **Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century.** Lancet Neurol 2003; 2: p. 43-53.

FISBERG, Regina Mara *et al.* **Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade.** Rev. Nutr., Campinas , v. 17, n. 3, p. 301-318, Sept. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000300003&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2015.

LOPES, Louisy Oliveira *et al.* **Tratamento não-medicamentoso para hipertensão arterial.** Revista da Sociedade de Cardiologia. Estado de São Paulo, São Paulo v. 13, n. 1, p. 148-55, 2003.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde.** Epidemiol. Serviço de Saúde, Brasília, v. 15, n. 3, set. 2006. Disponível em http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 jun. 2011.

MATTOS, Lúcia Leal de; MARTINS, Ignez Salas. **Consumo de fibras alimentares em população adulta.** Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 34, n. 1, p. 50-55, Feb. 2000 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 31 dec. 2015.

MINISTERIO DA SAÚDE. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.** Brasil 2014.

NEUMANN, Africa Isabel Cruz Perez *et al* . **Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro.** Rev Panam Salud Publica, Washington , v. 22, n. 5, p. 329-339, Nov. 2007 . Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007001000006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892007001000006>.

SICHERI, Rosely; CASTRO, Joelma Ferreira Gomes; MOURA, Aníbal Sanchez. **Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população brasileira urbana.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 19, supl. 1, p. S47-S53, 2003 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol. 2010. Rio de Janeiro, 2010. 51 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes.** 2014-2015. São Paulo, 2015. 390p.

TOSCANO, Cristiana M.. **As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial.** Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 885-895, Dez. 2004 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 nov. 2015.