



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ISABELA BRUNO DE SOUZA

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO PARA REDUÇÃO DOS RISCOS ÀS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS COMO DIABETES E HIPERTENSÃO
ATRAVÉS DA REDUÇÃO DO SOBREPESO, OBESIDADE E SEDENTARISMO

SÃO PAULO
2019

ISABELA BRUNO DE SOUZA

TRATAMENTO NÃO MEDICAMENTOSO PARA REDUÇÃO DOS RISCOS ÀS
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS COMO DIABETES E HIPERTENSÃO
ATRAVÉS DA REDUÇÃO DO SOBREPESO, OBESIDADE E SEDENTARISMO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: CLODOALDO PENHA ANTONIASSI

SÃO PAULO
2019

Resumo

A observação do alto percentual de pacientes com sobrepeso, obesidade e sedentarismo em consultas clínicas na Unidade de Saúde da Família através das consultas agendadas, do atendimento por demanda espontânea ou visitas domiciliares é uma realidade evidenciada no trabalho de muitos profissionais do SUS. A unidade Vila Nova, localizada no município de Monte Azul Paulista, São Paulo, tem uma população adscrita de 2445 pessoas, destes, 121 pacientes são diabéticos (4,95%) e 354 são hipertensos (14,48%). Estes índices corroboram em parte com a realidade brasileira, na qual, a diabetes mellitus afeta 7,6% da população entre 30-69 anos e prevalência estimada de hipertensão arterial é de 15 a 20%. Na população mundial, o número de diabéticos é mais promissor, apresentando uma incidência menor que no Brasil. A taxa mundial de pacientes diabéticos é de 2,2%. Quanto a hipertensão, os valores mundiais de sua incidência são extremamente distintos de acordo com a região pesquisada, variando entre 3,4 a 75% . Visa-se com este trabalho, estimular a população a entender a importância da saúde preventiva, reduzindo a morbidade e incapacidades causadas por essas afecções além de promover a saúde da população em geral por meio de um conjunto de ações permanentes e contínuas, estimulando a realização e evidenciando os benefícios do tratamento não medicamentoso. De forma mais específica, objetiva-se a redução do peso e sedentarismo de pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial, além do controle da glicemia e da pressão arterial dentro de limites ideais. Os pacientes serão separados em quatro grupos de forma aleatória. No grupo D1, serão selecionados cinco pacientes com diabetes mellitus que serão submetidos aos tratamentos ora propostos. No D2, cinco pacientes com diabetes mellitus serão incluídos como grupo controle, pois não receberão o tratamento aqui indicado. No grupo H1, serão escolhidos cinco pacientes com hipertensão arterial que receberão os tratamentos determinados neste projeto. Por fim, no grupo H2, cinco pacientes com hipertensão arterial serão utilizados como controle, uma vez que não serão submetidos a nenhum tratamento estabelecido no estudo em questão. Os resultados serão comparados estatisticamente.

Palavra-chave

Doença Crônica. Prevenção de Doenças. Exercício Físico. Fatores de Risco. Promoção da Saúde.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são um problema mundial de saúde, e está dentre as mais importantes causas de morte nas grandes cidades brasileiras, se tornando uma ameaça à saúde humana e atingindo principalmente a população de baixa e média renda. (LAURENTI, 1975; LEAVELL, H. R. & CLARK, 1978; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1984; LEVY, R. I. & FEINLEIB, 1987; WHO, 2005)^{8, 9, 10, 11, 12}.

No século passado, ocorreram processos de transição que geraram mudanças significativas no perfil das doenças crônicas ocorrentes na população, se tornando um exponencial fator de risco em doenças como diabetes e hipertensão. Segundo Oliveira (2004)¹³, as transições demográfica, epidemiológica e nutricional tornaram-se fatores de entendimento importante para a compreensão da mudança do processo saúde/doença na população.

Existe, segundo Chaimowicz(1997)¹⁴ uma correlação direta entre os processos de transição epidemiológica e demográfica. Isso se deve ao fato que os grupos mais jovens da população se beneficiam com a queda da mortalidade relacionada a doenças infecciosas, passando, os “sobreviventes”, a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas, ou seja, a partir do momento em que cresce o número de idosos, aumenta também a frequência de doenças não-transmissíveis.

A transição nutricional advém do fato de que, nos últimos 20 anos, o brasileiro passou a consumir mais alimentos de origem animal e menos grãos e cereais. O século XX foi marcado por uma dieta rica em gorduras (principalmente as de origem animal), açúcar e alimentos refinados e reduzido consumo de carboidratos complexos e fibras. O predomínio dessa dieta tem contribuído, juntamente com declínio progressivo da atividade física, para o aumento da obesidade (MONDINI, L; MONTEIRO, C. A,1994; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003)^{15,16}

A ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES (2014)¹⁷ define diabetes como um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia resultante de defeitos na secreção de insulina, ação da insulina ou ambos. Com a era da industrialização, houve uma mudança significativa do meio ambiente e do estilo de vida da população, aumentando a má alimentação, o sedentarismo e a incidência de diabetes¹⁸. Segundo DRIZD, T. et al (1986)¹⁹, a hipertensão arterial também é um problema crônico comum e na maioria dos casos, desconhece-se sua causa. Porém, vários estudos mostram que fatores como o sedentarismo, o estresse, o tabagismo, o envelhecimento, a história familiar, a raça, o gênero, o peso e os fatores dietéticos podem estar associados à elevação da pressão arterial (ROBERTS, J, 1981)²⁰.

Diversos estudos indicam um acelerado crescimento da obesidade e corroboram com a necessidade de programas preventivos, que colaborariam com redução da incidência das doenças crônicas. TOSCANO (2004) concorda que tais programas deveriam incorporar mudanças comportamentais, como adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e realização de atividades físicas regulares, visando reduzir o ambiente obesígeno a que as populações atualmente estão expostas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. (Chopra M, 2002; Grubb SR.; World Health Organization 2000)^{21,22,23,24}

Neste sentido, e de acordo com a grande taxa de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis na UBS Vila Nova, localizada no município de Monte Azul Paulista, São Paulo,

que tem uma população adscrita de 2445 pessoas, sendo 121 pacientes diabéticos (4,95%) e 354 hipertensos (14,48%), visa-se estimular a população a entender a importância da saúde preventiva, reduzindo a morbidade e incapacidades causadas por essas afecções além de promover a saúde da população em geral por meio de um conjunto de ações permanentes e contínuas, estimulando a realização e evidenciando os benefícios do tratamento não medicamentoso. Ademais, visa ações que sejam abrangentes e possíveis de serem realizadas nos locais onde a população está inserida, para que a captação destes indivíduos e as ações de intervenção tenham maior abrangência, resolutividade e efetividade.

Objetivos (Geral e Específicos)

GERAL:

Redução dos fatores de riscos associados às Doenças Crônicas Não Transmissíveis, especialmente em pacientes hipertensos e diabéticos.

ESPECÍFICOS:

Redução do sobrepeso, obesidade e sedentarismo com intuito de melhorar a saúde da população da unidade de Saúde da Família Vila Nova através da redução da incidência de fatores de risco associados às DCNTs e às ações combinadas de promoção da saúde e prevenção das doenças no território e o serviço de saúde.

Diminuir os fatores de risco com: estímulos as práticas corporais e atividades físicas; promoção da alimentação saudável e educação em saúde preventiva em espaços públicos com equipamentos e profissionais qualificados.

Método

O projeto em questão, inicialmente será enviado para avaliação junto a Comissão de Ética Médica; e só terá início após sua aprovação.

O projeto será realizado na ESF-Vila Nova, localizada no município de Monte Azul Paulista-SP. Serão selecionados 20 pacientes do serviço de saúde desta unidade. Destes 20 pacientes, 10 terão diagnóstico confirmado de diabetes mellitus e 10 pacientes apresentarão hipertensão arterial sistêmica.

Os pacientes serão separados em quatro grupos de forma aleatória. No grupo D1, serão selecionados cinco pacientes com diabetes mellitus que serão submetidos aos tratamentos ora propostos. No D2, cinco pacientes com diabetes mellitus serão incluídos como grupo controle, pois não receberão o tratamento aqui indicado. No grupo H1, serão escolhidos cinco pacientes com hipertensão arterial que receberão os tratamentos determinados neste projeto. Por fim, no grupo H2, cinco pacientes com hipertensão arterial serão utilizados como controle, uma vez que não serão submetidos a nenhum tratamento estabelecido no estudo em questão.

Com intuito de avaliar a redução do sobrepeso, da obesidade e do sedentarismo, todos os pacientes, de todos os grupos (D1, D2, H1 e H2), terão seus pesos corporais aferidos antes do início dos tratamentos ora propostos.

No dia zero (início do experimento), junto com a mensuração dos pesos corporais, os pacientes com diabetes mellitus (D1 e D2) terão suas glicemias aferidas em jejum, pré e pós-prandial. Os pacientes com hipertensão arterial sistêmica (H1 e H2) serão aferidos no período matutino, vespertino e noturno.

Ainda no dia zero, os pacientes dos grupos D1 e H1 receberão consulta nutricional com nutricionista ou nutrólogo para reeducação alimentar.

A partir do dia zero, os pacientes serão acompanhados por seis meses. As mensurações da glicemia e da pressão arterial, nos respectivos grupos, e do peso corporal em todos os grupos, serão realizadas mensalmente da mesma forma que foram realizadas no dia zero.

Diariamente, os pacientes dos grupos D1 e H1 serão encorajados a fazer caminhadas por 30 minutos, acompanhados por um profissional da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes de saúde ou educadores físicos).

Ademais, diariamente após a caminhada, os pacientes dos grupos D1 e H1 irão realizar exercícios funcionais com pequenas cargas em equipamentos oferecidos nas chamadas "academias populares" dispostas em praças do município de Monte Azul Paulista-SP.

Mensalmente, os pacientes dos grupos D1 e H1 participarão de palestras de temas variados, ministradas pelo médico responsável pela unidade ESF-Vila Nova, abordando especialmente a importância da medicina preventiva nas diferentes afecções, sejam agudas ou crônicas, como as doenças em questão.

Também mensalmente, os pacientes dos grupos D1 e H1 passarão por consulta com o nutricionista ou nutrólogo para adequação da dieta.

Ao final do estudo, após seis meses do tratamento preventivo, os grupos que receberam o tratamento (D1 e H1) serão confrontados estatisticamente com os grupos controle (D2 e H2) para a melhor quantificação dos resultados alcançados.

Os pacientes dos grupos não tratados (D2 e H2) que se sentirem estimulados a seguirem os mesmos tratamentos aplicados aos grupos tratados (D1 e H1), receberão o tratamento; todavia, sairão do experimento e novos integrantes serão inseridos.

Vale ressaltar que pacientes serão pré-selecionados de modo que se enquadrem no objetivo proposto neste trabalho. Qualquer paciente com diabetes mellitus e hipertensão arterial que se apresentar ao serviço de ESF-Vila Nova, e não estiver apto a seguir o projeto, este será tratado de forma alopática. Deste modo, o grupo controle será formado por pacientes que não seguem o tratamento alopático e tampouco as medidas não-medicamentosas.

Resultados Esperados

Ao final do estudo, seis meses após o início da avaliação dos pacientes, estima-se que os paciente dos grupos D1 e H1, que receberam os tratamentos ora propostos, estejam com valores de refêrencias para glicemia e pressão arterial próximos ao ideal.

Acredita-se que ao final de seis meses, além do controle da pressão arterial nos periodos matutino, vespertino e noturno; e da glicemia em jejum, pré e pos-prandial; os pacientes submetidos aos tratamentos não medicamentosos (D1 e H1) apresentem resultados satisfatórios e estatisticamente relevantes quanto a perda de peso.

Ademais, pelos novos hábitos, indiretamente, espera-se melhor controle emocional, psicológico e maior disposição física para se continuar com os tratamentos não medicamentosos propostos, mesmo após o término do experimento.

Referências

- * Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação de diabetes mellitus e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. São Paulo: Sociedade Brasileira de Diabetes; 2000. *Disponível em:* <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_bras_diabetes.pdf> *Acesso em:* 17 fev. 2019
- * Sociedade Brasileira de Diabetes. Detecção e tratamento das complicações crônicas do diabetes mellitus, 1998. *Disponível em:* <<http://www.diabetes.org.br>> *Acesso em:* 15 mai. 2001.
- * BÁSICA, Departamento de Atenção. Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 3, p.316-319, jun. 2000. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102000000300018>.
- * KOHLMANN JUNIOR, Osvaldo et al. III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s.l.], v. 43, n. 4, p.257-286, ago. 1999. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0004-27301999000400004>.
- * WILD, S. et al. Global Prevalence of Diabetes: Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, [s.l.], v. 27, n. 5, p.1047-1053, 26 abr. 2004. American Diabetes Association. <http://dx.doi.org/10.2337/diacare.27.5.1047>.
- * KEARNEY, P. M. et al. Worldwide prevalence of hypertension: a systematic review. **Journal of hypertension**, v. 22, n. 1, p. 11-19, 2004.
- * KHAJEDALUEE, M. et al. The prevalence of hypertension and its relationship with demographic factors, biochemical, and anthropometric indicators: A population-based study. **ARYA Atheroscler**, v. 12, n. 6, p. 259-265, 2016.
- * LEAVELL, H. R.; CLARK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1978.
- * LEVY, R. I.; FEINLEIB, M. Fatores de risco para doença arterial coronariana e seu controle. In: BRAUNWALD, E., (Org.) *Tratado de medicina cardiovascular*. São Paulo: Ed. Roca, 1987, p. 1176-205.
- * ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Expert Committee on Community Prevention and Control of Cardiovascular Diseases, Geneva, 1984. *Report*. Geneva, 1986. (Technical Report Series, 732). *Disponível em:* <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38004>> *Acesso em:* 17 fev. 2019
- * LAURENTI, R. O problema das doenças crônicas e degenerativas e dos acidentes nas áreas urbanizadas da América Latina. **Rev. Saúde públ.**, v. 9, p.39-48, 1975.
- * WHO. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva: World Health Organization, 2005. *Disponível em:* <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43314/9241563001_eng.pdf?sequence=1> *Acesso em:* 17 fev. 2019
- * OLIVEIRA, Ronaldo Coimbra de. A transição nutricional no contexto da transição

- ♦ demográfica e epidemiológica. **Rev. min. saúde pública**, v. 3, n. 5, p. 16-23, 2004.
- ♦ CHAIMOWICZ, Flávio. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, p. 184-200, 1997.
- ♦ MONDINI, L; MONTEIRO, C. A. Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira: 1962-1988. **Revista de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p.433-9, 1994.
- ♦ KAC, Gilberto; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. 2003. *Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000700001&script=sci_abstract> Acesso em: 17 fev. 2019.*
- ♦ ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES et al. Diagnóstico e classificação do diabetes mellitus. **Diabetes care** , v. 37, p. S81-S90, 2014.
- ♦ NARAYAN, KM Venkat et al. Diabetes—a common, growing, serious, costly, and potentially preventable public health problem. **Diabetes research and clinical practice**, v. 50, p. S77-S84, 2000.
- ♦ DRIZD, Terence; DANNENBERG, Andrew L.; ENGEL, Arnold. Blood pressure levels in persons 18-74 years of age in 1976-80, and trends in blood pressure from 1960 to 1980 in the United States. **Vital Health Stat.** v. 11, n. 234, 1986.
- ♦ ROBERTS, J. Hypertension in adults 25-74 years of age, United States, 1971-1975. **Vital Health Statist.** v. 11, n. 221, 1981
- ♦ TOSCANO, Cristiana M. National screening campaigns for chronic non-communicable diseases: diabetes and hypertension. **Ciência&SaúdeColetiva**, v. 9, n. 4, p. 885-895, 2004.
- ♦ CHOPRA, Mickey; GALBRAITH, Sarah; DARNTON-HILL, Ian. A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 80, p. 952-958, 2002.
- ♦ GRUBB, Stephen R. " Where obesity goes, so goes diabetes"--dual epidemics of alarming proportions. **The West Virginia medical journal**, v. 98, n. 6, p. 268-270, 2002.
- ♦ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** World Health Organization, 2000.