



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2015

Larissa Roberta Corso

Alimentação equilibrada: uma intervenção educativa para portadores de Diabetes Mellitus

Florianópolis, Março de 2016

Larissa Roberta Corso

Alimentação equilibrada: uma intervenção educativa para
portadores de Diabetes Mellitus

Monografia apresentada ao Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Thaíse Honorato de Souza
Coordenador do Curso: Prof. Dr. Antonio Fernando Boing

Florianópolis, Março de 2016

Larissa Roberta Corso

Alimentação equilibrada: uma intervenção educativa para portadores de Diabetes Mellitus

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Prof. Dr. Antonio Fernando Boing
Coordenador do Curso

Tháise Honorato de Souza
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2016

Resumo

O portador de Diabetes Mellitus está exposto a risco de adoecimento decorrente de respostas fisiológicas à alimentação e a atividade física, que interferem diretamente no controle da doença e de suas complicações. Há evidências acerca dos benefícios de uma alimentação equilibrada para a segurança alimentar e nutricional dos indivíduos, a qual está intimamente ligada à redução de internações por descompensação diabética e complicações cardiovasculares, o que demonstra a pertinência do presente projeto. Objetiva-se desenvolver uma intervenção educativa para a ingesta alimentar equilibrada por meio de roda de conversa com portadores de diabetes mellitus residentes na área de ação de uma ESF no município de Chapecó/SC. Busca-se ainda conhecer os hábitos alimentares, caracterizar o perfil sociodemográficos e orientar os portadores de diabetes mellitus acerca da alimentação saudável. Será desenvolvida intervenção educativa com os pacientes portadores de Diabetes Mellitus cadastrados no programa Hiperdia, durante as consultas médicas e em Rodas de Conversa. Os hábitos alimentares serão identificados por meio do teste “Como está sua alimentação?” Tal teste é proposto pelo Ministério da Saúde em 2014, durante as consultas, enquanto que a intervenção educativa sobre alimentação saudável será implementada por meio da roda de conversa, que será realizada na sala de reunião da própria Unidade Local de Saúde, para incentivar hábitos saudáveis de vida, a partir da discussão dos dez passos para uma alimentação saudável. Espera-se que os portadores de Diabetes Mellitus consigam seguir os dez passos para uma alimentação saudável, assim como compreendam a importância da participação da família e dos amigos no momento das refeições. Pretende-se ainda que os portadores de Diabetes Mellitus mantenham níveis de glicose dentro dos padrões aceitáveis, contribuindo para a promoção de sua própria saúde, na busca pela melhoria da qualidade de vida, com uma consequente redução nos gastos do setor público no tratamento dos agravos a saúde.

Palavras-chave: Nutrição em Saúde Pública, Comportamentos Saudáveis, Qualidade de Vida, Promoção da Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo Geral	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O rápido e constante crescimento das agroindústrias ampliou o mercado de trabalho e transformou-se na base da economia da cidade de Chapecó, oeste do Estado de Santa Catarina, fortalecendo também a agricultura local e o setor metal mecânico. A cidade de Chapecó é grande exportadora de produtos alimentícios industrializados de natureza animal, ocupando lugar de destaque na economia catarinense e sendo considerada a capital latino-americana de produção de aves e centro brasileiro de pesquisas agropecuárias. O referido município, colonizado por descendentes italianos e em menor grau alemães e poloneses, foi emancipado em 1917. Hoje possui 183.530 habitantes e distribuídos em 626 quilômetros quadrado, com produto interno bruto *per-capita* a preços correntes de 33.411,42 reais de acordo com os dados do IBGE no último censo (PESQUISAS, 2016).

Chapecó conta com 117 estabelecimentos de saúde total, sendo 59 estabelecimentos do SUS. Há quatro estabelecimentos de saúde com atendimento de emergência total, sendo dois com atendimento de emergência psiquiátrica (PESQUISAS, 2016). O cenário de referência neste estudo é o Centro de Saúde da Família Jardim América na cidade de Chapecó/SC.

Na comunidade, existem ainda três escolas, sendo duas escolas municipais e uma estadual. Localizam-se, nesse mesmo território serviços públicos, tais como: Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), Centro de Referência a Assistência Social (CRAS) e não há área de risco ambiental e social nesta área. A principal fonte de renda da população é o comércio, representado por empresas, com destaque para o frigorífico Aurora. A cidade conta com um grande parque, chamado Parque das Palmeiras, considerado um espaço recreativo para lazer das famílias, além do Complexo Esportivo Verdão.

A comunidade, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que é preenchido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da unidade, não dispõe de rede de esgoto, contudo as residências contam com fossas (96,56%). Algumas residências tem o destino das fezes e urina a céu aberto (0,13%) e moradias construídas com materiais aproveitados (0,13%). A maioria das moradias é de madeira (50,51%), as demais de alvenaria (49,36%). A coleta de lixo é realizada em toda a área de abrangência da ESF Jardim América e a água utilizada pela comunidade vem da CASAN (87,40%) (DATASUS, 2015).

Dados afirmam que 99,20% da população é alfabetizada e empiricamente sabe-se que os analfabetos são idosos. Recebem o auxílio da bolsa família 0,64% da população cadastrada nessa área de abrangência e 13,94 % dos usuários cadastros possuem plano de saúde.

A população acompanhada atualmente pelo Centro de Saúde da Família Jardim América em tela abrange 786 famílias cadastradas correspondendo a 2.417 pessoas, sendo 1.220 homens (50.47 %) e 1.197 mulheres (49.52 %), com predomínio de pessoas entre 20 e 59

anos (n.1.481, correspondente a 61,27 %), sendo que n. 767 indivíduos (31,73 %) tem menos de 20 anos de idade, e n. 169 (6,99 %) possuem mais de 60 anos, segundo dados do SIAB de 06/05/2015 (DATASUS, 2015).

Dos 2.417 habitantes, 205 foram diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 46 com diabetes mellitus (DM), evidenciando uma prevalência para HAS no mês abril de dois por mil habitantes e de 0,4 por mil habitantes para DM (DATASUS, 2015).

Percebe-se que existem muitas fragilidades na organização e dinâmica de trabalho nesta unidade, considerando que não há reunião de equipe por área, a puericultura é passada para o pediatra na íntegra sendo que o enfermeiro pode auxiliar e reestruturar o acompanhamento de puericultura, não há grupos e ações voltadas ao atendimento de saúde mental, bem como o município não dispõe de vagas para encaminhamentos ao Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A demanda da unidade é organizada por horário de consulta gerando períodos de ociosidade pelo não comparecimento do indivíduo no atendimento agendado, a equipe não consegue acompanhar as web conferências do telessaúde, não há contra referência e os registros não são adequados.

A equipe de saúde realiza o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, por meio de consultas individuais dos profissionais médicos/enfermeiro/dentista e atendimentos em grupos que ocorre a cada seis meses, propondo um atendimento que envolve a promoção de saúde, com a participação de todos os membros da equipe. Semanalmente a equipe se reúne para discussão/planejamento de ações voltadas a resolver situações em que se perceba algum risco maior, desde situações clínicas, como por exemplo, busca de pacientes não aderentes ao tratamento, descompensados, até situações de risco social (idosos dependentes cujos cuidadores estejam negligenciando o cuidado; pessoas usando incorretamente a medicação devido a analfabetismo, entre outras). Contudo, vale ressaltar o elevado número de indivíduos diagnosticados com DM e HAS, as quais estão intimamente ligadas aos hábitos alimentares e estilo de vida da população e que muitos indivíduos apresentam oscilações constantes no nível de glicose, contribuindo para o desenvolvimento de agravos vasculares decorrentes desta descompensação diabética.

Durante a prática médica percebeu-se que muitos usuários do SUS com DM não está com a doença compensada em virtude de não seguir uma alimentação equilibrada, falta de hábitos saudáveis e/ou uso regular de medicamentos, o que pode comprometer a qualidade de vida destes pacientes ao longo dos anos. Considerando que o portador de DM está exposto a risco de adoecimento decorrente de respostas fisiológicas à alimentação e a atividade física, propõem-se intensificar o desenvolvimento da educação em saúde com base no “Guia Alimentar” disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS) em 2014, o qual visa à segurança alimentar e nutricional dos brasileiros.

As intervenções não farmacológicas são frequentemente utilizadas na prevenção de agravos à saúde e no tratamento de doenças já instaladas. Considera-se a educação em saúde uma abordagem privilegiada para intervenção e importante espaço para a prática

médica, sendo esta estratégia, muito utilizada por profissionais de saúde pra atuar na vida cotidiana das pessoas e difundir o conhecimento científico. A intervenção educativa respeita as diferenças entre os participantes envolvidos, constituindo-se uma ferramenta de empoderamento do indivíduo para o autocuidado. Por este motivo, o tempo destinado para educação em saúde é valioso uma vez que possibilita ao indivíduo, perceber seu maior ou menor envolvimento no processo terapêutico, espaço em que o usuário torna-se corresponsável pelo processo educativo (FELIPE et al., 2012).

A abordagem contextualizada e participativa possibilita reconhecer a oportunidade para a educação em saúde e desse modo pode subsidiar o sujeito na melhoria da qualidade de vida (MACHADO; LEITÃO; HOLANDA, 2005).

Acredita-se que por meio de uma reflexão sobre as práticas alimentares, tornar-se-á possível a valorização do diálogo produzido pelo sujeito, sua participação ativa no processo de cuidado e sua atuação como agente transformador da realidade, uma vez que a consulta médica, além de possibilitar o diagnóstico, tem o dever de disseminar informações e orientações convocando o sujeito para participação ativa no processo de cuidado.

Ao expor determinada temática à discussão, cria-se um ambiente propício para a reflexão e, a exposição de um indivíduo estimula a reflexão, participação dos demais envolvidos. Neste sentido, a roda de conversa demonstra o seu caráter educativo, favorecendo aquisição e troca de saberes, permite focar a promoção da saúde e prevenção de agravo em um processo contínuo de educação para a saúde. Neste estudo a intervenção educativa abordará orientação sobre ingestão alimentar equilibrada em pacientes portadores de DM.

A escolha da temática está alicerçada em evidências sobre os benefícios da alimentação equilibrada para a segurança alimentar e nutricional dos indivíduos, a qual está intimamente ligada à redução de internações por descompensação diabética e complicações cardiovasculares. Uma alimentação saudável aliada à prática regular de atividade física é fundamental para uma boa saúde (BRASIL; SAÚDE; BÁSICA, 2014).

Estudo para analisar o consumo alimentar da população brasileira segundo as grandes regiões envolvendo os Estados do Pará, São Paulo, Bahia e Paraná como base nos dados da Pesquisa Orçamentária Familiar 2008-2009, considerando o total de calorias (Kcal) e contribuições dos diferentes grupos de alimentos na composição da dieta, identificou que houve diferenças significativas no consumo de calorias entre as regiões do Pará (1.958,25 Kcal) e São Paulo (1.575,84 Kcal). O mesmo estudo também sinaliza uma inversão do consumo alimentar do grupo de frutas e hortaliças como o grupo de óleos e gorduras e o grupo de açúcares de refrigerantes, resultado que pode estar presente em outras regiões federativas e instiga uma intervenção educativa a fim de fortalecer os indivíduos para uma escolha alimentar equilibrada (MENDES; ZAMBERLAN, 2013).

Assim, o presente estudo contribuirá diretamente para a melhoria da qualidade de vida ao promover saúde nos pacientes portadores de diabete mellitus. Também se espera contribuir para minimizar os riscos cardiovasculares dos portadores de DM, à medida

que provê os sujeitos e grupo com dados sobre sua saúde e sobre as formas de mante-se saudáveis hoje e no futuro.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Desenvolver intervenção educativa para a ingesta alimentar equilibrada em portadores de DM residentes na área de ação de uma ESF no município de Chapecó- SC.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil alimentar e sociodemográfico dos portadores de DM residentes na área de ação de uma ESF no município de Chapecó- SC.
- Orientar os portadores de DM residentes na área de ação de uma ESF no município de Chapecó/SC, acerca da alimentação saudável durante as consultas médicas.
- Realizar ação educativa em saúde por meio de roda de conversa com profissionais de saúde e portadores de DM residentes na área de ação de uma ESF no município de Chapecó- SC.

3 Revisão da Literatura

Sabe-se que muitas doenças crônicas são evitáveis pelo estilo de vida saudável. Atualmente estudos justificam o desenvolvimento de ações de educação em saúde por considerar que fatores de risco e doenças subsequentes podem ter início precoce e portanto demandam esforços para a promoção da saúde e prevenção de doenças na tentativa de adiar a mortalidade, melhorar a qualidade de vida e diminuir o peso econômico no sistema de saúde (SCHUSTER; OLIVEIRA; BOSCO, 2015). Neste sentido, estilo de vida nocivo inclui a ingestão de alimentos que estão intimamente ligados ao desenvolvimento de doenças crônicas, como DM e doenças cardiovasculares (FITZGERALD; MORGAN; SLAWSON, 2013).

O Brasil vem experimentando uma rápida transição nutricional nos últimos anos sendo caracterizada pela presença de desnutrição, obesidade e doenças carenciais específicas ligadas à má alimentação (SOUZA, 2010). Diversos fatores, tais como, ambiental, psicológico e econômico, influenciam na ingesta alimentar, sendo que o fator econômico, muitas vezes determina a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos pelas populações (JOMORI; PROENÇA; CALVO, 2008).

O Guia Alimentar para a População Brasileira apresenta um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação que objetiva promover a saúde de pessoas, por meio de um conjunto de estratégias para proporcionar aos indivíduos a realização de práticas alimentares apropriadas. O referido guia apresenta dez passos para uma alimentação adequada e saudável, a saber: 1) Fazer alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação; 2) Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; 3) Limitar o consumo de alimentos processados (conservas de legumes, compota de frutas); 4) Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados (biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes); 5) Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia; 6) Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados (Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente); 7) Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; 8) Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece (Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer); 9) Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora (Evite redes de fast-food); 10) Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais (a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos) (BRASIL, 2014).

Nesta mesma linha, o Ministério da Saúde (MS) também orienta 10 passos para uma alimentação saudável para pessoas com mais de dois anos de idade conforme (Figura 01),

Tabela 1 – Figura 01 – Dez Passos para uma Alimentação Saudável

1 - Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
2 - Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
3 - Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4 - Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
5 - Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
6 - Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
7 - Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
8 - Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.
9 - Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
10 - Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

não sendo necessário adotar todos os passos de uma vez e também não é preciso seguir a ordem dos números sugerida nos 10 passos (BRASIL, 2014).

Fonte: Brasil, Ministério da Saúde, (2014b). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes>

Em um estudo realizado para avaliar a adesão aos 10 passos para uma alimentação saudável em 1.233 adolescentes do Rio Grande do Sul identificou que nenhum participante aderiu a todos os passos, sendo a maior a adesão ao passo 4, referente ao consumo de arroz e feijão, e menos frequentes a adesão aos passos 7, relativo ao menor consumo de refrigerantes, sucos industrializados, doces e guloseimas, e passo 3, consumo de frutas, legumes e hortaliças não processados (COUTO et al., 2014).

Já a pesquisa realizada por Mendes e Zamberlan (2013) que se propôs a investigar a disponibilidade domiciliar de alimentos, por unidades federativas (regiões Norte, Sudeste, Nordeste e Sul do País) identificou que o consumo de frutas e hortaliças está muito abaixo

do recomendado, e que o contrário acontece com o consumo de óleos, gorduras, carnes, açúcares e refrigerantes que superam os padrões de recomendações.

Neste sentido, como forma de facilitar a seleção e consumo de todos os grupos de alimentos habituais e tradicionais da população brasileiro, alguns autores adaptaram a Pirâmide Alimentar para a população brasileira, distribuindo os alimentos em oito grupos e em quatro níveis. Para cada grupo são estabelecidos valores energéticos, permitindo estabelecer os equivalentes em energia (kcal), sendo que os valores dos alimentos nas porções foram apresentados em gramas, quilocalorias (kcal) e medidas usuais para facilitar o entendimento/orientações. As porções são estabelecidas com base nas medidas usuais, tais como, xícaras, número de fatias, colheres de sopa ou unidades (PHILIPPI et al., 1999).

Para o planejamento de uma dieta adequada deve-se considerar “dieta” o conjunto de preparações culinárias, alimentos e bebidas consumidos nas 24 horas pelo indivíduo. Os grupos de alimentos devem ser distribuídos ao longo dia e os alimentos de um grupo não podem ser substituídos por alimentos de outros grupos, pois, todos são importantes e necessários, e nenhum grupo deve ser excluído ou inadequadamente substituído. Contudo, a Pirâmide Alimentar Brasileira foi redesenhada para contemplar 2.000 quilocalorias (Kcal)/dia, sendo esta a recomendação energética média diária para o indivíduo estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA em 2005 (PHILIPPI, 2013).

A seguir apresenta-se a nova Pirâmide Alimentar Brasileira (Figura 02).

Figura 02 - Nova Pirâmide Alimentar Brasileira

Fonte: PHILIPPI, S.T., Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável. 2013.

A seguir apresenta-se a figura 03 com valores energéticos e número de porções por grupo de alimentos que compõem a pirâmide alimentar para uma dieta de aproximadamente 2.000 Kcal/dia.

Fonte: PHILIPPI, S.T., Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável. 2013.

A dieta adequada deve se utilizar de alimentos de todos os grupos alimentares da pirâmide, principalmente em alimentos em sua forma natural, reforçando o consumo dos grupos das frutas e dos legumes e verduras.

Um estudo realizado em uma academia da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, que utilizou-se de oficinas como estratégia de intervenção nutricional para promoção da saúde, pautada no Guia Alimentar para a População Brasileira e nos Dez Passos para uma Alimentação Saudável, identificou um incremento estatisticamente significativo na média do total de acertos das questões do questionário de avaliação da aquisição de informações, e, 90,9% dos participantes sinalizaram alguma mudança de hábito alimentar, com ênfase na redução do consumo de óleos, gorduras e frituras em 29,5% e um incremento na ingestão

IMAGEM
NÃO
DISPONÍVEL

Figura 1 – Imagem invalida ou não encontrada. -

de frutas e hortaliças em 22,5%, sendo que a redução no consumo de açúcares e doces foi a recomendação mais difícil de ser seguida pelos participantes do estudo, representando 21,1% (SILVA; CARMO; HORTA, 2013).

Em outro estudo que avaliou o estado nutricional e o hábito alimentar dos funcionários de uma instituição de ensino superior no oeste Catarinense em 2008, mais especificamente no município de Chapecó-SC, constatou uma prevalência de sobrepeso e obesidade, entre docentes e técnicos-administrativos de 39,3% (TOMINI; BROLL; CORRÊA, 2013). Entre os alimentos mais consumidos encontram-se os lanches assados, refeições salgadas, café preto e refrigerante, consumidos por 40% dos pesquisados e apenas 10,8% dos entrevistados consideram sua alimentação adequada (TOMINI; BROLL; CORRÊA, 2013).

Já em pesquisa com objetivo de verificar a tendência de mudança nos hábitos alimentares brasileiros, com foco no consumo de alimentos tidos como saudáveis, e como esta transformação está ocorrendo na cidade de Campo Grande/MS, foram visitados restaurantes e lanchonetes em 2009, resultando que “os negócios” mais estruturados destinam

Tabela 2 – Figura 3 - Valor energético e número de porções por grupo de alimentos da Pirâmide Alimentar no exemplo da dieta de 2000 kcal.

Grupos alimentares	Porção (Kcal)	Número de porções	Total (Kcal)
Arroz, pão, massa, batata, mandioca	150	6	900
Legumes e verduras	15	3	45
Frutas	70	3	210
Carnes e ovos	190	1	190
Leite, queijo e iogurte	120	3	360
Feijões	55	1	55
Óleos e gorduras	73	1	73
Açúcares e doces	110	1	110
Total	—	—	1973

espaço próprio em seus cardápios para alimentos saudáveis, no entanto, a maioria dos estabelecimentos não tem a visão do longo prazo, adaptando-se conforme o cliente. E ainda, existe uma tendência de diminuição do consumo de carne vermelha com gordura aparente e aumento de frutas e hortaliças na dieta da população investigada. (DRESCH; ANDRADE, 2010)

Corroborando com os estudos apresentado, Tomini, Broll e Corrêa (2013) afirmam que vários problemas causados à saúde têm ligação direta com a alimentação inadequada, bem com fatores que acabam afetando o bom desempenho das atividades diárias e enfatiza a importância da aquisição de hábitos alimentares saudáveis, visando principalmente à reeducação alimentar. Ainda, que de certa forma, no dia a dia, os cuidados básicos com a saúde acabam ficando de lado, seja pela falta de tempo ou em consequência de condições financeiras.

A alimentação saudável é capaz de proporcionar todos os nutrientes necessários ao indivíduo, promovendo o crescimento, desenvolvimento, manutenção dos tecidos, resistência à doença, que além de contribuir para a saúde e bem estar, é uma das estratégias da Organização Mundial da Saúde para prevenir doenças crônicas como o DM (DIABETES, 2009). Contudo, para suprir as necessidades nutricionais é preciso combinar vários alimentos, uma vez que alguns nutrientes podem estar mais concentrados em determinado grupo alimentar. Para isso, a pirâmide alimentar pode guiar a escolha de alimentos necessários para compor as refeições em quantidade e qualidade compatível com uma alimentação saudável (DIABETES, 2009).

Neste sentido, como forma de facilitar a atuação dos profissionais de saúde que assistem o paciente com DM, sobretudo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes

considerando maior flexibilidades da dieta, por apresentar tabela com alimentos típicos de cada região do Brasil, levando em conta a grande extensão territorial e a diversidade cultural nela inserida, foi desenvolvido pelo Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Diabetes o Manual de Contagem de Carboidratos para Profissionais da Saúde (DIABETES, 2009).

Outro fato que se faz necessário ressaltar é que há um segmento em ascensão no mercado, que é a tendência de alimentos associados à saúde, onde se pode citar empresas multinacionais do ramo alimentício como Mc Donald's e Subway, que já adotam medidas em seus planejamentos estratégicos com a finalidade de acompanhar tais mudanças (DRESCH; ANDRADE, 2010). Os mesmos autores afirmam que estão em evidência entre os produtos saudáveis, os produtos orgânicos, cultivados e produzidos sem agrotóxicos, sendo que nos Estados Unidos da América, essa prática cresce 17% ao ano, conforme dados da Apex (Agência Brasileira de Promoção de Exportações e Investimentos).

A importância de uma alimentação saudável também é destacada por Martinez (2013) ao afirmar que por meio dela pode e deve ajudar a melhorar a qualidade de vida tanto física quanto mental e social, sendo ela um fator convergente para uma sociedade feliz e dinâmica que progride incessantemente.

Portanto, uma alimentação adequada requer informações e mudança de hábitos e atitudes que só um processo educativo pode proporcionar.

4 Metodologia

A seguir serão descritas as estratégias a serem utilizadas para a realização desta intervenção educativa, tais como a abordagem metodológica, local onde será desenvolvido o estudo, participantes e princípios éticos relacionados à intervenção ora proposta.

Trata-se de uma intervenção educativa que tem como objetivo orientar os portadores de DM cadastradas em uma ESF no município de Chapecó/SC sobre alimentação e hábitos saudáveis de vida em portadores de DM.

A presente intervenção educativa será desenvolvida com pacientes portadores de DM, residentes na área de ação de uma ESF no município de Chapecó/SC, cadastrados no programa Hiperdia e que aceitem participar.

A intervenção educativa ocorrerá em duas etapas: durante as consultas médicas, na própria ULS, a fim de subsidiar a discussão da temática “Alimentação Saudável”; e, durante a realização da “Roda de Conversa”, que serão realizadas na sala de reuniões da própria ULS, envolvendo os portadores de DM e os profissionais da ULS.

Na primeira etapa, durante a consulta médica o portador de DM será convidado a responder um questionário contendo dados sociodemográficos, de estilo de vida e avaliação da alimentação equilibrada, por meio do teste: “Como está sua alimentação?”, proposto pelo MS em 2014. Também será agendado previamente uma roda de conversa com profissionais de saúde e os portadores de DM para discussão/socialização da temática “Alimentação Saudável”.

Cabe ressaltar que nesta primeira etapa haverá um formulário, para a caracterização da amostra, em que a primeira parte, referente aos dados sociodemográficos e de estilo de vida, foi construído pela pesquisadora com base em literatura específica. Serão coletadas informações relativas aos dados sociodemográficos do portador de DM (escolaridade, situação conjugal, números de filhos, grau de satisfação com o rendimento mensal) e sobre o estilo de vida (tabagismo, horas de sono, problemas de saúde, uso de medicações, tempo para descanso, tempo para lazer e medidas antropométricas, como pressão arterial, peso, altura, índice de massa corporal).

Já a segunda etapa da intervenção educativa será realizada por meio da “Roda de Conversa”, para incentivar alimentação e hábitos saudáveis de vida em portadores de DM a partir da discussão dos dez passos para uma alimentação saudável.

O grau de risco desta intervenção pode ser classificado em grau mínimo, pelo fato de não envolver qualquer espécie de procedimentos invasivos. Durante toda a intervenção, os participantes terão oportunidade de falar sobre suas experiências alimentares, oportunizando um momento de discussão sobre o tema.

As vantagens e benefícios em participar desta intervenção é que o indivíduo estará adquirindo conhecimentos para sua segurança alimentar e nutricional com vistas ao de-

envolvimento de hábitos alimentares saudáveis.

Ao final do estudo, será realizada a divulgação da intervenção e seus resultados nos canais de comunicação científica da área.

5 Resultados Esperados

Espera-se que ao término da intervenção educativa o portador de DM consiga seguir os dez passos para uma alimentação saudável, os quais incluem: fazer pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, sem pular as refeições; incluir diariamente seis porções do grupo de cereais, tubérculos e raízes nas refeições, dando preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural; comer diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches; comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana; consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos, retirando a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis; consumir, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina e escolher os alimentos com menores quantidades de gorduras trans; evitar o consumo de refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação; diminuir a quantidade de sal na comida e evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio); beber pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia priorizando o consumo de água nos intervalos das refeições; e, praticar pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias, evitando as bebidas alcoólicas e o fumo, mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Além disso, almeja-se que os participantes compreendam que a alimentação saudável prevê a participação da família e dos amigos no momento das refeições; uma alimentação familiar variada; a valorização dos alimentos e preparações locais; a inclusão de frutas, legumes e verduras em todas as refeições; a leitura dos rótulos dos alimentos/tabela nutricional e lista de ingredientes para a escolha de alimentos com menor quantidade de sódio, gordura e açúcar; e, a realização de atividade física regular para manter o peso saudável.

O método escolhido para a implementação desta intervenção proporciona maior interação entre profissional e paciente, a medida que permite conhecer, de maneira estruturada, aspectos sociodemográficos, de estilo de vida e alimentação de cada paciente. Durante as consultas, o profissional estará esclarecendo dúvidas e estimulando o desenvolvimento de hábitos saudáveis, com base nas fragilidades sinalizadas no próprio questionário, que por si só, já indica se o paciente tem bons ou maus hábitos alimentares. Esta primeira etapa identificada por consultas médicas aos portadores de DM, será desenvolvida durante dois meses na própria unidade de saúde e realizada pelo médico que acompanha o grupo de DM.

A roda de conversa foi proposta com o objetivo de socializar e incentivar alimentação e hábitos saudáveis de vida em portadores de DM a partir da discussão dos dez passos para uma alimentação saudável proposto pelo MS. Essa iniciativa, além de ser de baixo custo

para o serviço de saúde, aproxima e fortalece os portadores de DM na contínua busca por manter-se compensados clinicamente. A roda de conversa, considerada a segunda etapa da intervenção, será realizada com a participação de todos os portadores de DM, médico e demais profissionais que compõem a ESF em questão, com agendamento prévio estimado para o terceiro mês da implantação da intervenção.

Sendo assim, é preciso que além da participação na intervenção educativa, o portador de DM consiga implementar esses conhecimentos no cotidiano familiar para manter-se com níveis de glicose dentro dos padrões aceitáveis, contribuindo desta forma para a promoção da sua própria saúde e dos seus familiares, na busca pela melhoria da qualidade de vida com menos gastos do setor público no tratamento de agravos a saúde.

Ressalta-se que este é um projeto viável e de baixo custo para sua implementação, uma vez que depende da interação da equipe de saúde e da comunidade, sobretudo dos próprios portadores de DM, com seu comprometimento na melhoria da qualidade de vida e minimização das consequências do DM descompensado. Além disso, os materiais necessários para o desenvolvimento do projeto já são disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde, não necessitando de financiamento externo.

Referências

- BRASIL. Guia alimentar para a população brasileira. Ministério da Saúde, Brasília, n. 2, 2014. Citado na página 15.
- BRASIL, M. da S.; SAÚDE secretaria de atenção à; BÁSICA departamento de atenção. *Guia alimentar para a população brasileira*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Citado na página 11.
- COUTO, S. de F. et al. Frequência de adesão aos “10 passos para uma alimentação saudável” em escolares adolescentes. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 19, n. 5, p. 1589–1599, 2014. Citado na página 16.
- DATASUS, D. de A. B. *Sistema de Informação da Atenção Básica*. 2015. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em: 01 Jun. 2015. Citado 2 vezes nas páginas 9 e 10.
- DIABETES, S. B. de. *Manual oficial de contagem de carboidratos regional*. Rio de Janeiro: DoisC Editoração Eletrônica, 2009. Citado na página 19.
- DRESCH, L. O.; ANDRADE, E. S. *Evolução dos hábitos alimentares e a busca por alimentos saudáveis em Campo Grande / MS – identificação de tendências e potencialidades*. 2010. Disponível em: <<http://www.sober.org.br/palestra/15/485.pdf>>. Acesso em: 05 Fev. 2016. Citado 2 vezes nas páginas 19 e 20.
- FELIPE, G. F. et al. Presença implicada e reserva do enfermeiro na educação em saúde à pessoa com hipertensão. *Revista enfermagem, UERJ*, v. 20, n. 1, p. 9–45, 2012. Citado na página 11.
- FITZGERALD, N.; MORGAN, K. T.; SLAWSON, D. L. Practice paper of the academy of nutrition and dietetics: The role of nutrition in health promotion and disease prevention. *J Acad Nutr Diet*, v. 113, n. 7, p. 972–979, 2013. Citado na página 15.
- JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. da C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. *Rev. Nutrição*, v. 21, n. 1, p. 63–73, 2008. Citado na página 15.
- MACHADO, M. M. T.; LEITÃO, G. da C. M.; HOLANDA, F. U. X. de. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm*, v. 5, n. 13, p. 723–728, 2005. Citado na página 11.
- MARTINEZ, S. A nutrição e a alimentação como pilares de promoção da saúde e qualidade de vida nas organizações. *O Mundo da saúde*, v. 37, n. 2, p. 201–207, 2013. Citado na página 20.
- MENDES, P. M.; ZAMBERLAN, E. C. Análise do consumo alimentar determinado pela aquisição domiciliar no Brasil. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 10, n. 1, p. 336–345, 2013. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 16.
- PESQUISAS, I. Diretoria de. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2016. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420420&search=santa-catarina|chapeco|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 12 Jan. 2016. Citado na página 9.

- PHILIPPI, S. T. *Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável*. 2013. Disponível em: <http://www.piramidealimentar.inf.br/pdf/ESTUDO_CIENTIFICO_PIRAMIDE_pt.pdf>. Acesso em: 28 Dez. 2015. Citado na página 17.
- PHILIPPI, S. T. et al. . pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutrição*, v. 12, n. 1, p. 65–80, 1999. Citado na página 17.
- SCHUSTER, J.; OLIVEIRA, A. M. de; BOSCO, S. M. da. O papel da nutrição na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares e metabólicas. *Rev Soc Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul*, v. 28, p. 1–5, 2015. Citado na página 15.
- SILVA, C. P. da; CARMO, A. S. do; HORTA, P. M. Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de belo horizonte, minas gerais. *Rev. Nutrição*, v. 26, n. 6, p. 647–658, 2013. Citado na página 19.
- SOUZA, E. B. de. Transição nutricional no brasil: análise dos principais fatores. *Cadernos UniFOA*, v. 5, n. 13, p. 50–52, 2010. Citado na página 15.
- TOMINI, E.; BROLL, A. M.; CORRÊA, E. N. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de funcionários de uma instituição de ensino superior do oeste de santa catarina. *O Mundo da Saúde*, v. 37, n. 3, p. 268–279, 2013. Citado na página 19.