



**Especialização em Saúde da Família – Modalidade a distância –
Profissionais da Atenção Básica – UNA-SUS**

**Alimentação no Diabetes: Como aumentar sua adesão
através duma abordagem simples**

Aluno: Juan Martin Esteves Guillen

Orientador: Carla Gianna Luppi

**São Paulo
Setembro 2014**

Sumário

1. Introdução	3
1.1 Identificando e apresentando o Problema	3
1.2 Justificativa da intervenção.....	3
2. Objetivos	4
2.1 Objetivo geral	4
2.2 Objetivos específicos	4
3. Revisão bibliográfica	5
4. Metodologia	8
4.1 Cenário do estudo.....	8
4.2 Sujeitos da intervenção	9
4.3 Estratégias e ações.....	9
4.4 Avaliação e Monitoramento	9
5. Resultados esperados.....	10
6. Cronograma.....	10
7. Referências	11

1 Introdução

1.1 Identificando e apresentando o Problema: O Diabetes constitui um grave problema de Saúde Pública, por sua alta frequência na população, suas complicações, mortalidade, altos custos financeiros e sociais envolvidos no tratamento e deterioração da qualidade de vida.

É considerada como uma doença de proporções epidêmicas no mundo, com uma incidência crescente que atinge qualquer idade, raça, sexo ou status socioeconômico^{1,2}.

Cumprir a dieta adequada é parte fundamental no tratamento da diabetes. Existem estudos onde tem apontado um baixo seguimento dos pacientes á dieta recomendada e o por que dessa baixa adesão^{5,6,10,21}, por tanto o comportamento alimentar está relacionado tantos com os aspectos técnicos e objetivos (O que, quanto e onde comemos), como também com aspectos socioculturais e psicológicos^{6,9,21,22}.

A Falta de adesão à dieta saudável no tratamento dos pacientes diabéticos não insulino dependentes da equipe três vermelha atendidos pela UBS Parque Bristol, no sudeste da capital, representa um grande problema da falha na terapia. Entre as principais causas dessa baixa adesão destacam-se: questões culturais (população proveniente de outros Estados tais como Minas Gerias e Bahia); preferencias alimentares e crenças primitivas; tipo de trabalho; uso e preparação inadequada dos alimentos; falta de condições ao acesso de alimentos; e atitudes da própria família também podem se tornam uma barreira.

1.2 Justificativa da intervenção

Cumprir a dieta adequada é parte fundamental no tratamento da diabetes, o controle da glicemia é fundamental e a educação na diabetes deve ter como um dos seus objetivos as técnicas de autocuidado², essa educação em diabetes deve estimular hábitos saudáveis, mediante os conhecimentos e responsabilidade de todos os envolvidos no processo, assim conseguimos que o tratamento resulte eficaz, e ao mesmo tempo a diminuição dos fatores de risco dietéticos que favorecem as complicações, especialmente as complicações cardiovasculares^{2,3,4}.

2. Objetivos

2.1 Objetivo geral

Elevar adesão a uma alimentação saudável dos pacientes com diabetes mellitus não insulino dependentes da equipe 03 da ESF da UBS Parque Bristol.

2.2 Objetivos específicos

- Sensibilizar a equipe de PSF sobre a doença e a importância de uma alimentação saudável.
- Estabelecer contratos com os pacientes, como forma de promover uma relação de responsabilidades entre eles, de forma que cada avanço seja parte de um pacto de saúde estabelecido.
- Melhorar conhecimentos das características e propriedades dos ingredientes utilizados na elaboração de alimentos no dia a dia.
- Desenvolver atividades educativas para implementar receitas à base de ingredientes naturais na preparação de alimentos saudáveis.
- Promover acesso aos conhecimentos sobre a doença e a melhoria dos sintomas.
- Promover a redução de peso corporal.
- Promover a redução da dose diária de antidiabéticos orais, conforme a evolução da dieta.
- Diminuir os níveis de hemoglobina glicada (HBA1C), triglicérides e colesterol em 6 meses.

3. Revisão bibliográfica

O diabetes mellitus faz parte de um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação³. A hiperglicemia se manifesta por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos de intervenção demonstraram que a obtenção do melhor controle glicêmico possível retardou o aparecimento de complicações crônicas microvasculares, embora não tenha apresentado um efeito significativo na redução de mortalidade por doença cardiovascular².

Em muitos países do mundo a prevalência do diabetes mellitus tipo 2 (DM) tem se elevado vertiginosamente e espera-se um incremento ainda maior. Nos países em desenvolvimento há uma tendência de aumento na frequência em todas as faixas etárias, especialmente nas mais jovens, cujo impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga da doença aos sistemas de saúde é imensurável¹⁶.

O diabetes nas Américas

Nas Américas, o número de indivíduos com diabetes foi estimado em 35 milhões para o ano 2000 e projetado para 64 milhões em 2025.

Nos países desenvolvidos, o aumento ocorrerá principalmente nas faixas etárias mais avançadas, decorrente do aumento da esperança de vida e do crescimento populacional⁸.

A maioria dos países latino-americanos não desenvolve um sistema de vigilância epidemiológica para as doenças crônicas na população adulta, em particular sobre o diabetes mellitus⁸.

Interessante notar que a incidência de obesidade em crianças abaixo de 12 anos de idade aumentou na última década nos Estados Unidos^{11,20}. Já se tem descrito que o diabetes tipo 2 está se manifestando mais precocemente, até mesmo na adolescência¹⁷.

O diabetes no Brasil:

Em vários estados brasileiros, demonstrou-se que a prevalência do diabetes e a tolerância à glicose diminuída em população urbana, entre 30 e 69 anos de idade vai cada dia em acréscimo.

Os casos de diabetes previamente diagnosticados corresponderam a 54% aprox. dos casos identificados, ou seja que o restante dos casos existentes desconheciam o diagnóstico, que provavelmente seria feito por ocasião de manifestação de alguma complicação crônica do diabetes^{8,12,13}.

No Brasil, as cidades das regiões Sul e Sudeste, consideradas de maior desenvolvimento econômico do país, apresentam maiores prevalências de diabetes mellitus e de tolerância à glicose diminuía como já se tinha falado no começo, e entre os principais fatores associados à maior prevalência do diabetes foram a obesidade, o envelhecimento populacional e história familiar de diabetes⁸.

No Brasil, tem-se observado um crescente número nas hospitalizações por diabetes, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma, traduz o aumento na sua prevalência^{13,8}.

Também tem demonstrado que o diabetes como causa de morte tem sido subnotificado, pois os diabéticos geralmente morrem devido às complicações crônicas da doença, sendo estas que figuram como causa do óbito⁸.

A transição nutricional :

As alterações na estrutura da dieta, associadas a mudanças econômicas, sociais e demográficas e suas repercussões na saúde populacional, vêm sendo observadas em diversos países em desenvolvimento¹⁴.

Nas últimas décadas, observou-se um aumento do consumo de ácidos graxos saturados, açúcares e refrigerantes, em detrimento da redução do consumo de carboidratos complexos, frutas, verduras e legumes, nas regiões metropolitanas do Brasil⁸. Atualmente há um aumento forma exponencial no consumo de ácidos graxos “trans”, encontrados principalmente nas margarinas, alimentos tipo *fast-foods* e outros produtos industrializados,¹⁵.

Observou-se também, um incremento da densidade energética, favorecido pelo maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras em conjunto a crescente substituição dos alimentos *in natura* ricos em fibras, vitaminas e minerais, por produtos industrializados, associada a um estilo de vida sedentário, favorecido por mudanças na estrutura de trabalho e avanços tecnológicos, gerando a obesidade¹⁴.

De acordo com relatório recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre dieta, nutrição e prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), o consumo alimentar habitual constitui um dos principais fatores determinantes passíveis de modificação para DCNT¹⁸.

Embora as evidências epidemiológicas demonstrem um potencial efeito protetor do elevado consumo de fibras e teores reduzidos de índice glicêmico da dieta habitual para o diabetes¹⁸, a influência da qualidade dos carboidratos na etiologia dos distúrbios do metabolismo da glicose ainda é pouco compreendida¹⁶.

Cumprir a dieta adequada é parte fundamental no tratamento do diabetes. Vários estudos têm apontado um baixo seguimento dos pacientes à dieta recomendada^{5,6}. O ato de comer é bastante complexo e não significa apenas a ingestão de nutrientes, mas

envolve também uma amplitude de emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos. Nesse sentido, muitas vezes “come-se” simbolicamente o nervosismo, a ansiedade e as frustrações do cotidiano. O comportamento alimentar está relacionado tanto com aspectos técnicos e objetivos (o que, quanto e onde comemos), como também com aspectos socioculturais e psicológicos⁹.

Adesão à terapia nutricional

Tal como se demonstra no estudo feito em Goiás (Brasil) a necessidade de mudança de hábitos é percebida pela maioria dos participantes como parte essencial do tratamento, mas é difícil fazer essa passagem, e por quê?... Algumas vezes, o tipo de trabalho da pessoa pode ser uma barreira para uma alimentação mais adequada²¹.

Em outras vezes, atitudes da própria família é que se tornam uma barreira já que as práticas relativas à alimentação são determinadas no convívio familiar e social e a modificação da dieta e a proposta de formação de novos hábitos alimentares devem respeitar as preferências dos indivíduos, levando em consideração seu ambiente familiar e seu meio social. A pessoa responsável pela preparação dos alimentos para o indivíduo diabético deve estar ciente das suas necessidades e das suas preferências.

Muitas vezes, é preciso ainda que outras pessoas – irmãos, pais, filhos, cônjuges – abram mão de suas práticas não saudáveis em função de uma alimentação mais adequada ao paciente diabético²¹, e em função de não haver acordo entre os familiares, pode ser necessária ao diabético a adoção de uma alimentação separada dos demais. Isso pode ser uma barreira na adesão à terapia nutricional, pois muitas vezes ele não é capaz de elaborar seus próprios alimentos, não sente motivação para alimentar-se separadamente dos demais e acaba por não seguir as recomendações necessárias ao seu tratamento.

Por outro lado, as preferências alimentares podem ser muito poderosas, mais se as preferências tem que ver com a região onde provem. Os hábitos alimentares das pessoas são construídos ao longo da vida e são influenciados pelo convívio social e familiar, e como parte da cultura popular da região.

A necessidade de reestruturação dos hábitos alimentares dos diabéticos torna-se, por isso, uma atitude ainda mais abrangente, pois se percebe que, para que se tenha uma mudança efetiva por parte das pessoas adoecidas, é preciso que o meio no qual ela está inserida passe também por transformações.

O que se pode observar atualmente é que os hábitos alimentares da população em geral estão inadequados. Não só em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento, em virtude de transformações sociais, econômicas e culturais, a forma de se alimentar e a composição da dieta das pessoas foram alteradas^{14,15,21}.

Por outro lado, a terapia nutricional que relatam ter sido recomendada é percebida como proibitiva e muito restritiva, sendo muito diferente do estilo de alimentação que

praticam ou praticavam usualmente^{14,21}. Existem também crenças identificadas que denota baixa adesão à terapia nutricional tal como se o diabetes tem uma causa meramente emocional, coisa que realmente é falsa^{3,14}. Mais uma vez, esse estudo nos remetem a um panorama que sugere que, atualmente, a terapia nutricional está de certa forma massificada, os profissionais ainda estão presos a conceitos e valores tradicionais, que não facilitam o processo de conhecimento dos pacientes a respeito da terapia que está sendo utilizada.

Os pacientes recebem as prescrições de forma unidire, deixando uma lacuna onde caberia a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento da doença fica esquecido, e o olhar da doença por parte do doente continua sendo aquela em que o diabetes é emocional, ou resolvida só com medicamentos.

Reforçado assim a posição de alguns autores ao demonstrar que a falta de adesão, como refere o profissional de saúde, é um reflexo da abordagem inadequada que está sendo feita. Essa abordagem não considera o paciente como um todo, físico, mental, social e cultural, e não permite que seus conhecimentos prévios interajam com suas novas percepções e ensinamentos sobre a doença^{21,22}.

Nesse contexto, a educação é item primordial no sentido de preparar o indivíduo para lidar com suas novas necessidades, garantindo sua participação efetiva no processo de prevenção da patologia e das suas complicações; chama-se isto de Autocuidado².

A educação alimentar deve habilitar o paciente a tomar decisões pautadas em dados técnicos e informações científicas, pois dessa forma ele terá capacidade para traçar seus próprios objetivos no sentido de melhorar o estado geral de sua saúde e da qualidade de vida^{2,21}.

Por tanto, continua sendo um processo progressivo, que exige flexibilidade por parte da equipe. As mudanças vão correr de forma lenta e gradual, e pode ser que ocorram alguns retrocessos, dependendo de acontecimentos na vida do paciente, como casamento, separação, perda de entes queridos, perda de emprego, novo emprego, mudança de cidade, entre outras (sabemos que o diabetes não é emocional, porem pode ter crises hiperglicêmicas relacionadas a esses momentos que priorizam da vida do paciente e é onde não cumpre com a terapia)

Os profissionais precisam estabelecer contratos com os pacientes, como forma de promover uma relação de responsabilidades entre eles, de forma que cada avanço seja parte de um pacto de saúde estabelecido.

4. Metodologia

4.1 Cenário do estudo: O Projeto de Intervenção será desenvolvido na UBS-AMA Parque Bristol, no território de abrangência do PSF 03 da UBS Parque Bristol

envolvendo as respectivas casas dos sujeitos sometidos da intervenção contidas neste espaço geográfico.

4.2 Sujeitos da intervenção

Equipe 03 da ESF UBS Parque Bristol, Pacientes Diabéticos No insulino Dependentes (população “objetivo”) e suas famílias no território de abrangência do PSF 03 Parque Bristol.

4.3 Estratégias e ações

- Realização de aula e palestra única sobre a doença dirigido ao pessoal da equipe 03 vermelha do PSF Parque Bristol, através de material didático áudio visual durante o tempo da reunião de equipe em uma data marcada.
- Estabelecer contrato direto com o paciente durante a consulta com prazo de 6 meses baseado na dieta em conjunto com medicação e oferecendo alternativas de alimentos a consumir durante o prazo estabelecido.
- Palestras curtas na população objetiva, sobre as características essenciais dos alimentos consumidos no dia a dia, indicando a quantidade necessária para seu consumo sem alterar os valores de glicemia no corpo.
- Fornecimento de receitas simples na elaboração de alimentos a base de ingredientes naturais econômicos como, por exemplo: frutas e hortaliças acessíveis em feiras populares.
- Palestras durante o desenvolvimento das atividades nos grupos de: idosos, diabetes e hipertensão, no território da área de abrangência da equipe 03 do PSF; mediante a utilização de material audiovisual atingindo informações básicas e importantes sobre o diabetes e a melhoria dos sintomas quando se faz uma terapia adequada (tratamento- dieta).
- Incentivar aos pacientes durante as consultas sobre as vantagens do controle de peso corporal, assim como também realizando medidas antropométricas (peso IMC) em período de 3 meses.
- Indicar redução na dosagem de antidiabéticos orais conforme a melhoria de peso, glicemia, IMC e sintomas.
- Avaliação do Hb1Ac, triglicérides e Colesterol na consulta semestral dos pacientes objetivos da Equipe 03 do PSF.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Monitorar o nível de informações relacionadas a diabetes por parte do pessoal da UBS, e os pacientes com seus familiares, utilizando-se instrumentos de perguntas e respostas anônimos aplicadas na UBS e realizando as visitas Domiciliares e consulta;

Monitorar o nível de informações relacionadas aos alimentos por parte do pessoal da UBS, e os pacientes com seus familiares, utilizando-se instrumentos de perguntas e respostas anônimos aplicadas na UBS e ;

Acompanhamento de indicadores disponíveis no laboratório e consulta da UBS tales como Glicemia, peso e IMC avaliando trimestralmente se houve redução de esses indicadores.

Monitorar semestralmente a qualidade do acesso aos insumos oferecidos pela ESF aos pacientes que iniciam insulinoterapia, através do conte-o de números de novos pacientes aderidos a dita terapia.

5. Resultados esperados

Com a implantação do projeto de intervenção, espera-se melhorar em o conhecimento da população em relação o diabetes, as complicações, a importância relevante da dieta no tratamento; reduzir o número de complicações e suas consequências; melhorar acesso dos pacientes às alternativas de alimentos sem gastar tanto dinheiro, reduzir o número de solicitações de insumos para insulinoterapia na ESF; como a garantia acesso aos pacientes, de Antidiabeticos orais em baixa dosagem e reduzir em 6 meses até em 2% os valores de Hb1Ac, demonstrando assim o sucesso da terapia.

6. Cronograma

Atividades (2014)	Agos 14	Out 14	Nov 14	Dez 14 a Mai 15	Jun 15	Jul 15
Elaboração do projeto	X	X				
Aprovação do projeto		X	X			
Revisão bibliográfica	X	X				
Apresentação para equipes e comunidades	X	X				
Intervenção				X		
Discussão e análise dos resultados					X	
Elaboração de relatório					X	X
Apresentação dos resultados para equipes e comunidade						X

Referencias

1. Simmons D, Meadows KA, William DR. Knowledge of diabetes in Asians and Europeans with and without diabetes: the Coventry Diabetes Study. *Diabet Med* 1991; 8:651-6.
2. Selli L, Kauffmann L, Meneghel S. Tecnicas educacionales en el tratamiento de la Diabetes. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro 2005; 21(5); 1366-1372
3. America Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes - 2014. *Diabetes Care* 2014; Vol 37(1); s14-s77
4. Arauz AG, Rosello M, Padilla G. Modificacion de practicas alimentarias en diabéticos no insulinos depedendientes: Efectos de una intervención educativa Multidisciplinaria. San José (Costa Rica) *Rev Costarricense de Ciencias Medicas*. 1997; 18(1): 150-166 Acesso em data do acesso. In: SciELO; ISSN-0253-2948
5. Cabrera-Pivaral CE, Martínez Ramírez A, Vega Lóz MG, González Pérez G, Muñoz de la Torre A. Prácticas nutricias en pacientes diabéticos tipo II en el primer nivel de atención: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Jalisco, México. *Cad Saúde Pública*. 1996;12(4):525-30.
6. Peres Siqueira D, Franco LJ, Dos Santos MA. Comportamento Alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. UBS Riberão Preto. *Rev. Saude Pulbica São Paulo* 2006; 40(2):310-7
7. King H, Aubert RE, Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025. *Diabetes Care* 1998, 21:1414-1431.

8. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S29-S36, 2003
9. Garcia RWD. Um enfoque simbólico do comer e da comida nas doenças. *Rev Nutr PUCCAMP*. 1992;5(1):70-80.
10. Williamson AR, Hunt AE, Pope JF, Tolman NM. Recommendations of dietitians for overcoming barriers to dietary adherence in individuals with diabetes. *Diabetes Educ*. 2000;26(2):272-9.
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) National Diabetes Statistics Report, 2014. [internet] Atlanta (USA) [atualizado em 2014 Jun 2; citado em 2014 Agos 12]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/diabetes/pubs/statsreport14/figuretext14.htm>.
12. MALERBI, D. A. & FRANCO, L. J., 1992. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 Yr. *Diabetes Care*, 15:1509-1516.
13. FRANCO, L. J. & ROCHA, J. S. Y., 2002. O aumento das hospitalizações por diabetes na região de Ribeirão Preto, SP, no período de 1988-97. *Diabetes Clínica*, 6:108.
14. POPKIN, B. M., 2001. The nutrition transition and obesity in the developing world. *Journal of Nutrition*, 131:871-873.
15. MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L. & COSTA, R. L., 2000a. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Revista de Saúde Pública*, 34:251-258

16. Sartorelli DS, Cardoso MA. *Associação Entre Carboidratos da Dieta Habitual e Diabetes Mellitus Tipo 2: Evidências Epidemiológicas*. *rq Bras Endocrinol Metab* vol 50 nº 3 Junho 2006 415-426
17. Evert AB, Boucher JL, Cypress M, Dunbar DA, Franz MJ, Mayer-Davis E, Neumiller JJ, Nwankwo R, Verdi CL, Urbanski P, Yancy WJr. Nutrition Therapy Recommendations for the Management of Adults With Diabetes. *Diabetes Care* January 2014 37:S120-S143; doi:10.2337/dc14-S120
18. World Health Organization. Food and Agriculture Organization. Joint WHO/FAO expert consultation: Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO/FAO; 2003.
19. Sheard NF, Clark NG, Brand-Miller JC, Franz MJ, Pi-Sunyer FX, Mayer-Davis E, et al. Dietary carbohydrate (amount and type) in the prevention and management of diabetes: A statement by the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2004;27:2266-71.
20. Mellen PB, Gao SK, Vitolins MZ, Goff DC. Deteriorating dietary habits among adults with hypertension: DASH dietary accordance, NHANES 1988-1994 and 1999-2004. (USA) [Arch Intern Med](#) 2008 Feb 11; 168(3): 308-14 Acesso em data do acesso. In: MEDLINE; mdl-18268173.
21. Pontieri FM, Bachion MM. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento [artigo]. *Goias (Brasil) Ciência & Saúde Coletiva*, 2010; 15(1):151-160
22. Andrade GKP, Silva RP, Lopes ECS. Programa de educação alimentar para pacientes diabéticos. *Diabetes Clínica* 2003; 7(5):351-357.