



**PROJETO DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Educação alimentar para pacientes diabéticos: uma  
proposta de ação.**

**Autora: Yanelis Licea Zambrano  
Orientador: Vinicio Felipe Brasil Rocha**

**São Paulo  
2015**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	3-4
2. OBJETIVOS .....	4
2.1 Objetivos Geral .....	4
2.2Objetivos Específico .....	4
3. METODOLOGIA.....	5
3.1Cenários do estudo: .....	5
3.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo) .....	5
3.3 Estratégias e ações .....	5
3.4 Avaliação e Monitoramento .....	6
4. RESULTADOS ESPERADOS.....	6
5. CRONOGRAMA .....	7
6. REFERÊNCIAS .....	8
7. ANEXO .....	9

## 1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada por um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos produzidos pela deficiente produção de insulina pelo organismo ou dificuldade desta em realizar sua ação, acarretando aumento crônico da concentração de glicose na corrente circulatória.<sup>1</sup>

A patologia pode ser classificada basicamente em DM Tipo I que resulta da falência das células beta do pâncreas e acomete com mais frequência crianças e adolescentes; Tipo II que ocorre por resistência a ação da insulina, tendo a obesidade como um dos principais fatores desencadeantes e gestacional que ocorre neste período de vida da mulher. Outras formas são descritas na literatura, podendo ser desencadeadas por lesões anatômicas no pâncreas ou decorrentes de agressões tóxicas e infecções. Há ainda, duas categorias referidas como fatores de risco para o desenvolvimento do agravo, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância a glicose diminuída.<sup>2,3</sup>

Dados epidemiológicos demonstram que a doença cresceu de modo expressivo nos últimos anos, sendo que em 1985 estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo, esse número cresceu para 135 milhões em projeções para 2020. Tal incremento se deve preponderantemente ao maior envelhecimento populacional e pela adoção global de estilos de vida deletérios.<sup>3</sup>

No Brasil, no final da década de 1980 estimou-se a prevalência de DM na população adulta em 7,6%, dados mais recentes apontam para taxas mais elevadas, como 13,5% em São Carlos e 15% em Ribeirão Preto, ambos localizados no interior do estado de São Paulo.<sup>3</sup>

Em São Sebastião, município da região litorânea do estado de São Paulo a prevalência de Diabetes Mellitus na população adulta foi de 12,5 % em 2005, 14% em 2010, chegando ao nível de 16,3% em 2014. Quando se avalia a população cadastrada em uma equipe de saúde da família da Unidade Básica Saúde Topolandia, observa-se que somente no período de Maio de 2014 à Janeiro de 2015 o número de indivíduos portadores desta patologia passou 53 para 75, representando um incremento de 25%.<sup>4,5</sup>

Com relação ao tratamento desta condição, estudos atuais vêm demonstrando que a terapia nutricional é fundamental na prevenção e manejo da enfermidade, podendo, quando associada a outros elementos, como uso correto de medicação e prática regular de atividade física, melhorar substancialmente os parâmetros clínicos e metabólicos. Este tipo de abordagem possui como objetivos, proporcionar um bom estado nutricional, um controle metabólico adequado e a promoção da qualidade de vida do indivíduo; assim como contribuir para prevenção de complicações e comorbidades a curto, médio e longo prazo.<sup>6,7</sup>

Embora o aparecimento da DM I não seja evitável o tipo II pode ser retardado ou prevenido por meio de modificações no estilo de vida que incluem a binômica dieta e atividade física. Uma nutrição equilibrada estabelecida a partir de concentrações adequadas de carboidratos, sacarose, fibra alimentar, gordura total, ácidos graxos saturados, poliinsaturados, monoinsaturados, colesterol, proteínas, vitaminas, minerais, sódio e prescritos de forma individualizada podem contribuir substancialmente para o adequado controle metabólico.<sup>8-9-10</sup>

Neste sentido, fica evidente a relevância do presente projeto de intervenção que se propõem a trabalhar para que diabéticos e seus familiares sejam inseridos em programas de educação alimentar, tão logo conhecido o diagnóstico. Uma vez que tal ação, deve se constituir como parte integrante do processo de

conscientização do autocuidado e da manutenção da independência funcional.

Com este intuito, pretendem-se realizar atividades educacionais, como grupos operativos, oficinas e palestras, considerando como premissa básica, a necessidade de se construir coletiva e reflexivamente ações que objetivem alterações em hábitos fortemente arraigados e influenciados por questões psicológicas, econômicas, sociais e culturais, como é o caso da alimentação.

Espera-se, assim com este projeto, beneficiar a comunidade atendida, sobretudo os diabéticos, através do incremento na adesão aos planos alimentares construídos; substituição de alimentos inadequados por saudáveis; fortalecimento de atitudes, decisões e ativação da intenção, frente a mudanças de hábito; melhor controle glicêmico e prevenção de complicações agudas e crônicas; acréscimo no conhecimento individual e familiar sobre a doença e principalmente garantia de maior qualidade de vida e redução de custos ao sistema de saúde.

## **2.1 Objetivo Geral**

O presente projeto de intervenção tem objetivo elaborar um projeto de intervenção para melhorar os hábitos alimentares de pacientes diabéticos cadastrados na Unidade Básica de Saúde (UBS) Topolandia na ESF Olaria localizada no município de São Sebastião, Estado de São Paulo.

## **2.2 Objetivos Específicos**

Sensibilizar a equipe de saúde da família para reorganização do processo de trabalho tendo em vista o estabelecimento de cuidado mais qualificado ao diabético; Identificar a frequência, a qualidade e quantidade dos alimentos consumidos pelos pacientes diabéticos; realizar atividades educativas com intuito de produzir mudanças benéficas nos hábitos e costumes alimentares dos portadores de Diabetes Mellitus.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1- Cenário de estudo**

O projeto de intervenção será desenvolvido no território de abrangência da unidade básica de saúde de Topolandia, na ESF Olaria, localizada no município de São Sebastião, Estado de São Paulo no período de junho a setembro de 2015, pela equipe de saúde composto por um médico, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, oito agentes comunitários, uma técnica de farmácia e uma auxiliar geral, na unidade se oferecem os serviços de clínica geral, vacinas, pediatria, ginecologia, curativos entre outros, com predomínio de uma população com doenças crônicas e dificuldades nos hábitos higiênicos dietéticos.

#### **3.2- Sujeitos da intervenção**

A equipe da UBS composta por médico, enfermeira, técnicas de enfermagem e agentes comunitários, e os pacientes diabéticos cadastrados no território de abrangência da unidade básica de saúde e familiares que desejem participar na intervenção educativa.

#### **3.3- Estratégias e ações**

Inicialmente serão desenvolvidas oficinas de planejamento e de capacitação com os profissionais, em especial com os agentes comunitários de saúde para que se tornem multiplicadores de informações relativas à alimentação saudável do paciente diabético. O médico e as enfermeiras organizarão a capacitação dos agentes duas vezes por semana com duração de uma hora por duas semanas para tratar a temática em questão e os agentes estem aptos para abordar o tema.

Em uma segunda etapa será reavaliado o processo de trabalho da equipe multiprofissional para o correto acolhimento, orientação e atenção aos pacientes, contribuindo para melhor controle da patologia de base e comorbidades decorrentes do descontrole metabólico. Nesta fase será preconizada a busca ativa de casos, tanto dos sabidamente diabéticos, mas não cadastrados na equipe, como dos casos subdiagnosticados no território. Procurar-se-á também realizar um levantamento dos hábitos e costumes alimentares dos indivíduos para subsidiar as intervenções.

Na terceira etapa os usuários diabéticos serão convidados por microárea para uma reunião, nesta será relatada a importância do projeto e pactuado coletivamente as ações a serem desenvolvidas. Posteriormente serão estabelecidas as datas e ações a serem executadas como oficinas de alimentação saudável e grupos educativos, a princípio a proposta dos encontros é que sejam semanais e que abordem os temas presentes no quadro 1, entretanto o mesmo poderá ser modificado conforme sugestões e demandas trazidas pelos participantes do grupo.

A intervenção promoverá uma abordagem direcionada ao conhecimento sobre a educação alimentar para diabéticos. A equipe utilizará algumas técnicas educativas e participativas como palestras, rodas de conversa e dinâmica de grupo para explicar o tema, uma vez por semana com tempo de duração de 1 hora, durante dois meses. Ao término das palestras, se esclarecerão dúvidas sobre os aspectos tratados. Considerando os quatro princípios éticos básicos: o respeito das pessoas, a beneficência, a não-maleficência e a justiça, respeitando-se os indivíduos estudados. Informando-se o conteúdo do estudo sempre com o consentimento do paciente.

### **3.4- Avaliação e monitoramento**

Uma vez concluída a intervenção educativa terá continuidade com a avaliação, após dois meses, pois os resultados encontrados serão monitorados durante as consultas, visitas domiciliares e grupos educativos, obtendo a partir dos relatos de experiências vividas, modificação de hábitos vivenciados e aspectos positivos e negativos apontados tais aspectos qualitativos serão registrados para posterior avaliação pela equipe.

Serão estabelecidos também indicadores quantitativos tais como controle dos níveis glicêmicos dos pacientes antes e após o início do projeto, assim como monitorar por meio de óbitos, internações e complicações identificadas em estes pacientes. Estes aspectos serão discutidos mensalmente nas reuniões de equipes.

## **4. RESULTADOS ESPERADOS**

O estudo será capaz de propiciar os níveis mais altos de conhecimentos a os membros da equipe que desconheciam aspectos sobre essa problemática de saúde, desse modo conseguirá uma maior educação em saúde para realizar atividades de promoção e prevenção das complicações da Diabetes Mellitus com a busca ativa de casos na comunidade. Espera-se, também, beneficiar a comunidade atendida, sobretudo os diabéticos, através do incremento na adesão aos planos alimentares construídos; substituição de alimentos inadequados por saudáveis; fortalecimento de atitudes, decisões e ativação da intenção, frente a mudanças de hábito; melhor controle glicêmico e prevenção de complicações agudas e crônicas; acréscimo no conhecimento individual e familiar sobre a doença e principalmente garantia de maior qualidade de vida e redução de custos ao sistema de saúde, o que se traduz como uma maior qualidade de vida e uma população com melhor cultura alimentar. Obter boa participação e motivação dos participantes pelo tema abordado, e que todos os recursos humanos e materiais estarão disponíveis para garantir que a intervenção cumpra os objetivos propostos.

## Cronograma de Atividades:

Atividades (2015)	Dezembro- Janeiro	Janeiro- Fevereiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Elaboração do projeto	X	X				
Aprovação do projeto		X				
Estudo da literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados		X	X	X		
Discussão e Análise dos Resultados.				X		
Revisão final e digitação.				X	X	
Entrega do trabalho final.						X
Socialização do trabalho						X

## 6. REFERÊNCIAS.

1. Zanuso S, Jimenez A, Pugliese G, Corigliano G, Balducci S. Exercise for the management of type 2 diabetes: a review of the evidence. *Acta Diabetol* 2010; 47:15-22. Disponível em: [search.us.com/](http://search.us.com/). Acesso 12 janeiro de 2015
2. Organização Pan-americana de Saúde. Doenças crônicas degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação, atividade física e saúde. Brasília: OPAS; 2003. Disponível em : [www.efdeportes.com/efd132/alimentacao-e-atividades-fisicas-nas-diferentes-idades.htm](http://www.efdeportes.com/efd132/alimentacao-e-atividades-fisicas-nas-diferentes-idades.htm). Acesso em 12 janeiro de 2015.
3. Stamber J, Stamber R, Neaton JD, Wentworth D, Daviglius ML, Garside D, et al. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and noncardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. *J AM Med. Assoc.* 1999; 282(21): 2012-18.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília; 2002. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf). Acesso em 28 janeiro de 2015.
5. Motta DG, Boog MCF. Fundamentos de o comportamento alimentar. In: Educação nutricional. 3 a. Ed. São Paulo: Ibrasa. 1991. Capítulo 3, p.34-54. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000600004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000600004&script=sci_arttext). Acesso em: 13 fevereiro de 2015.
6. Fernanda Lima, Diabetes Mellitus, INFOESCOLA, boasauade. uol.com.br/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3146&ReturnCatID=1764. Disponível em : [www.infoescola.com/autor/fernanda-lima/362](http://www.infoescola.com/autor/fernanda-lima/362). Acesso em 25 fevereiro de 2015.
7. Skyler JA. Relação do controle glicêmico com as complicações diabéticas. In: Inzucchi, S. *Diabete Melito: manual de cuidados essenciais*. Porto Alegre (RS): Artmed; 2007. p.334-47. Disponível em: [search.us.com/](http://search.us.com/). Acesso 10 março de 2015
8. Dimatteo MRP. Variations in patient's adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care.* 2004 Mar; 42(3): 2009. . Disponível em: [search.us.com/](http://search.us.com/). Acesso 10 março de 2015
9. KGMM Alberti, P Aschner, J-P Assal, J Jervell, Y Kanazawa, H Keen, etc, AL, Definição, Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus, Sociedade Portuguesa Diabetologia, ano 2012. Disponível em: [search.us.com/](http://search.us.com/). Acesso em 24 março de 2015.
10. Andreia Torres, Adesão ao tratamento dietético em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 atendidos no ambulatório de nutrição do hospital regional da asa nortemore. Disponível em: [search.us.com/](http://search.us.com/). Acesso 24 março de 2015.



## 7. Anexo.

Quadro 1: Atividades, temas e responsáveis

DIA	TEMA	Responsáveis
1º dia	Acolhimento e explanação do projeto.	Equipe de Saúde
2º dia	Indicação, manejo adequado da dieta e orientações médicas.	Médica
3º dia	Alimentação saudável	Médica
4º dia	Propostas de medidas alternativas, não farmacológicas para controlar a diabetes mellitus	Enfermeira
5º dia	Como evitar as principais complicações da DM.	Enfermeira
6º dia	Importância da dieta para o controle da DM.	Médica
7º dia	Discussão analítica e global do projeto.	Equipe de Saúde