



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Especialização em Saúde da Família



Leticia de Souza Pestana

**Educação alimentar para portadores de diabetes na Unidade
Básica de Saúde da Família do Meio da Serra - Petrópolis/ RJ**

Rio de Janeiro
2015

Leticia de Souza Pestana

**Educação alimentar para portadores de diabetes na Unidade de Saúde
Básica da Família do Meio da Serra – Petrópolis/RJ**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado, como requisito parcial para
obtenção do título de especialista em
Saúde da Família, a Universidade Aberta
do SUS.

Orientadora: Adriana de S. Thiago Papinutto.

Rio de Janeiro
2015

RESUMO

O diabetes mellitus tipo 2 é uma doença metabólica caracterizada principalmente pela resistência periférica a insulina, sendo o principal fator desencadeante a obesidade, estima-se que o número de pacientes portadores de diabetes mellitus chegue a 471 milhões em 2035. Observa-se a importância de medidas educativas, principalmente a nível de atenção primária. Apresenta-se na Unidade de Saúde do Meio da Serra o desconhecimento, por parte dos pacientes portadores de Diabetes tipo 2, sobre a importância de uma alimentação saudável, estudos revelam que um plano nutricional é capaz de reduzir em 1 a 2% níveis de hemoglobina glicada e conseqüentemente reduzir complicações crônicas da doença. Preconiza-se como medida de controle do diabetes, níveis de hemoglobina glicada menores que 7. Espera-se a diminuição do valor da HbA1C, nos pacientes que aderirem ao plano de educação alimentar proposto pela equipe da Unidade de Saúde do Meio da Serra, melhorando assim a qualidade de vida desse paciente.

Descritores: Alimentação saudável; Educação alimentar; Hemoglobina A Glicosilada.

SUMÁRIO

1.0	INTRODUÇÃO	.....
1.1	Situação Problema	.....
1.2	Justificativa	.....
1.3	Objetivos	.....
	Objetivo Geral	.....
	Objetivo Específico	.....
2.0	REVISÃO DE LITERATURA	.....
3.0	METODOLOGIA	.....
3.1	Desenho da Operação	.....
3.2	Público-alvo	.....
3.3	Parcerias Estabelecidas	.....
3.4	Recursos Necessários	.....
3.5	Orçamento	.....
3.6	Cronograma de Execução	.....
3.7	Resultados Esperados	.....
3.8	Avaliação	.....
4.0	CONCLUSÃO	.....
	REFERÊNCIAS	.....

1. INTRODUÇÃO

Este é um trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à obtenção de título de especialista em Saúde da Família pela Universidade Aberta do SUS.

A motivação para esse estudo surgiu a partir da observação na prática diária do desconhecimento, por parte dos pacientes com diabetes, de uma alimentação quantitativamente e qualitativamente satisfatória à manutenção dos níveis glicêmicos compatíveis com o diabetes. O número de pacientes portadores de diabetes tipo 2 está apresentando elevado índice devido ao aumento do sedentarismo e da obesidade, tornando-se um gasto para o sistema de saúde público e incapacitando precocemente muitos portadores da doença.

Estudos comprovam que medidas educacionais nutricionais diminuem em 1 a 2% os índices de hemoglobina glicada, diminuindo também a incidência de complicações crônicas.

O exposto trabalho tem como objetivo educar pacientes portadores de diabetes tipo 2 da Unidade Básica de Saúde do Meio da Serra (UBSFMS) a fim de melhorar qualidade de vida e reduzir riscos de complicações precoces da doença.

1.1 Situação-problema

Foram observados, na UBSFMS em Petrópolis, um desconhecimento por parte dos pacientes portadores de diabetes tipo 2 sobre a alimentação saudável e ausência de medidas educativas para estes pacientes.

1.2 Justificativa

O presente estudo se desenvolveu ao perceber a baixa instrução dos pacientes quando a alimentação saudável, nas consultas médicas. Optou-se pela educação alimentar em pacientes com diabetes pela observação da falta de melhora dos índices glicêmicos mesmo com o uso de medicação oral. E foi

constatado, nas entrevistas de consulta médica, o desconhecimento de uma alimentação quantitativamente e qualitativamente satisfatório. Um plano alimentar pode melhorar índices glicêmicos e diminuir o risco de complicações crônicas do DM.

1.3 Objetivos

- *Objetivo geral*

Implementar uma estratégia educativa nutricional para um melhor cuidado aos portadores de diabetes mellitus, na Unidade Básica de Saúde da Família do Meio da Serra, no município de Petrópolis/RJ.

- *Objetivos específicos*

Educar sobre alimentação com base na pirâmide alimentar;

Orientar sobre cada grupo de alimentos (carboidratos, legumes, verduras, proteínas e lipídeos), tendo em vista a necessidade diária de cada indivíduo para o funcionamento adequado de seu organismo.

Comparar o índice da hemoglobina glicosilada no início e três meses após as orientações alimentares.

2.0 – REVISÃO DE LITERATURA

2.1 - DIABETES MELLITUS:

Diabetes mellitus (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas. Existe atualmente seis classificações com base na sua etiologia, entre eles, o diabetes mellitus tipo 2, que é o mais prevalente, podendo representar 90 a 95% dos casos. (DIRETRIZES, 2014-2015)

O diabetes tipo 2 é uma doença metabólica complexa caracterizada por uma diminuição da secreção pancreática de insulina e uma diminuição da ação da insulina ou resistência à insulina nos órgãos periféricos, resultando em hiperglicemia e glicotoxicidade. Esta última é responsável por um estresse oxidativo crônico ao nível tecidual, tendo um importante papel na gênese das complicações crônicas do diabetes. Embora, por vezes, seja difícil caracterizar qual dos mecanismos fisiopatológicos predomina em um determinado paciente, a característica principal do diabetes tipo 2 é a resistência periférica a insulina, sendo influenciada por fatores ambientais (obesidade, inatividade física) e fatores genéricos. (MARCONDES, 2003)

Uma epidemia de diabetes mellitus está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes é da ordem de 382 milhões de pessoas e que deverá atingir 471 milhões em 2035. Este número está aumentando em virtude do crescimento e envelhecimento populacional, maior urbanização, aumento da obesidade e sedentarismo e maior sobrevivência de pacientes com DM. (DIRETRIZES, 2014-2015)

Os critérios do American Diabetes Association (ADA) aceitos pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), para diagnóstico da doença são: Sintomas de poliúria, polidipsia e perda ponderal acrescidos de glicemia casual > 200 mg/dl, glicemia de jejum \geq 126 mg/dl. Em caso de pequenas elevações da glicemia, o diagnóstico deve ser confirmado pela repetição do teste em outro dia. E por fim, a glicemia de 2 horas pós-sobrecarga de 75 g de glicose > 200 mg/dl. A hemoglobina glicada, por apresentar muita discussão sobre sua utilização diagnóstica, (DIRETRIZES, 2014-2015) é utilizada como método de

controle do diabetes, estudos comprovaram que níveis abaixo de 7% reduzem significativamente complicações crônicas micro e macrovasculares, sendo utilizado pela SBD valor ainda mais baixo, menor que 6,5%. O exame deve ser solicitado com um intervalo de pelo menos 3 meses e seu valor é o resultado da média das glicemias neste período. (NETTO, 2009).

2.2 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE:

O Diabetes Mellitus representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e para a sociedade, especialmente quando mal controlada, sendo a maior parte dos custos diretos de seu tratamento relacionado às suas complicações, que comprometem a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos indivíduos, e que, muitas vezes, podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas. A educação em saúde, enquanto medida de prevenção ou retardo da doença, é uma ferramenta importante para a redução de custos para os serviços de saúde. (MCLELLAN, 2007)

Na Saúde Coletiva, a Educação e Comunicação são domínios cada vez mais requeridos em seus diferentes níveis de práticas, com especial relevância no âmbito da Atenção Primária à Saúde, pela importância que aí assumem as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Não se pode pensar que a Educação em Saúde é uma tecnologia na qual só um polo estabelece o que é e como as práticas de saúde devem ser aplicadas, deve-se levar em consideração a capacidade que a pessoa desenvolve em condições de caráter crônico em que o próprio portador é responsável por seu cuidado, conhecer e compreender o saber prático desenvolvido pelos indivíduos em seu autocuidado. (CYRINO, 2005).

As pessoas com DM querem manter o controle sobre suas vidas, e isso inclui o manejo da doença. Por mais que elas acreditem na importância da adesão ao tratamento, podem recusar ou ter dificuldades para cumprir as recomendações terapêuticas. Portanto, para promover a adesão ao tratamento, essas recomendações devem atender às necessidades e expectativas das pessoas e, sobretudo, serem estabelecidas em comum acordo. (VILLAS BOAS, 2011).

2.3 - ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:

Tem sido bem documentado que o acompanhamento nutricional, realizado por nutricionista especialista favorece o controle glicêmico promovendo redução de 1% a 2% nos níveis de hemoglobina glicada. (MAGGIO,1999). Sabe-se também, que quando associado a outros componentes do cuidado em diabetes, o acompanhamento nutricional pode melhorar ainda mais os parâmetros clínicos e metabólicos dessa doença. (RICKHEIM, 2002).

A pirâmide alimentar (anexo 1) no processo de educação alimentar e nutricional, apresenta-se como um guia eficaz para o planejamento de uma alimentação saudável. (PHILIPPI, 2013).

A ingestão dietética de carboidratos para pessoas com diabetes segue recomendações semelhantes às definidas para a população geral, respeitando concentrações entre 45% e 60% do requerimento energético diário.(ADA,2014).

Embora o carboidrato seja um importante preditor da glicemia pós prandial, os alimentos que contém esse nutriente são também fontes importantes de energia, fibra, vitaminas, minerais, contribuindo ainda com a palatabilidade da dieta. (DIRETRIZES, 2014-2015). São exemplos de alimentos que contém carboidratos: Açúcar, mel, frutas, balas, refrigerantes, cereais, massas, pão, biscoito, tubérculos e leguminosas.

As fibras fontes de vitaminas e minerais são encontradas nos vegetais, principalmente em folhas, raízes, talos, sementes e bagaços. As principais fontes alimentares são frutas, verduras, legumes, farelo de aveia e de cevada, semente de linhaça, além de leguminosas. (DIRETRIZES, 2014-2015). Recomenda-se o consumo de no mínimo 14g/1000 kcal. (ADA, 2014)

As proteínas são estimulantes da secreção de insulina em portadores de diabetes tipo 2, sem incrementar a glicemia pós prandial, as fontes alimentares devem provir de aminoácidos essenciais, carnes magras (bovina, aves, peixes), soja, leite, queijos e iogurtes. (DIRETRIZES, 2014-2015). Recomendação de 15 a 20% ou 0,1 a 0,8g/kg/dia. (ADA, 2014).

O consumo de gorduras e os açucares são fontes de energia para o organismo. Além disso, as gorduras são fontes de ácidos graxos essenciais e

de vitaminas lipossolúveis (A,D,E,K), que necessariamente devem ser veiculadas pelos alimentos, pois o organismo não pode produzir (BRASIL,2008), porém seu consumo deve ser limitado a 30% do total de gorduras consumidos por dia(ADA,2014), por apresentar-se como um grande fator de risco para doenças ateroscleróticas e aumentar complicações crônicas do Diabetes. (DIRETRIZES, 2014-2015).

3.0 – METODOLOGIA

3.1- Público-alvo

Os sujeitos do estudo são pacientes portadores de diabetes da UBSF do Meio da Serra que fazem uso de medicação oral e apresentam hemoglobina glicosilada maior que 7%.

3.2- Desenho da operação

No primeiro momento será realizado avaliação da dieta com o recordatório alimentar de cada participante e solicitação da hemoglobina glicosilada (HbA1c) através da consulta médica, o paciente deverá retornar em um mês com o resultado do exame, caso o resultado esteja maior que 7% o paciente se enquadra nos critérios do estudo.

Neste momento, o paciente receberá uma filipeta com o dia e hora do encontro onde será desenvolvida a educação alimentar. Dois dias antes do grupo as Agentes Comunitárias de Saúde irão fazer a visita domiciliar para lembrar e confirmar os participantes da atividade de educação.

No encontro, será realizada uma roda com os participantes, iniciando-se com a apresentação de cada um e uma exposição dos objetivos do encontro. Após será realizada uma apresentação de 15 minutos sobre os tipos de alimentos com base na pirâmide alimentar e o comer saudável. Posteriormente, uma discussão

dialogada para entender as dificuldades de compreensão e execução da alimentação saudável. Após observar-se se houve compreensão dos pacientes, serão selecionados aqueles que efetivamente participarão da estratégia de alimentação saudável. Neste aspecto será solicitado que cada paciente expresse a compreensão e o seu desejo de realizar a alimentação saudável. Serão também disponibilizadas consultas individuais para aqueles que estiverem com dúvidas. Após esse encontro será marcada consultas mensais para acompanhamento da adesão a alimentação saudável, e após três meses será avaliado a hemoglobina glicosilada. Os resultados desses exames serão comparados com o primeiro exame realizado pelo paciente para avaliação dos efeitos da alimentação saudável na hemoglobina glicosilada. Os resultados vão ser apresentados em planilha do Excel.

3.3- Recursos Necessários

Será utilizado exame laboratorial da dosagem de hemoglobina glicosilada, duas medições por paciente. Elaboração de panfletos e guias alimentares, utilização de cartazes com alimentos da pirâmide alimentar. Planilha do Excel para elaboração do resultado. Espaço da recepção da unidade básica para realização da educação alimentar em grupo. Apoio das Agentes Comunitárias de Saúde para captação do público alvo do projeto de intervenção.

3.4- Cronograma de execução

NOVEMBRO/2015	Coleta de HbA1C
DEZEMBRO/2015	Resultado de exame.
JANEIRO/2016	Resultado de exame.
FEVEREIRO/2016	Grupo de educação alimentar
MARÇO/2016	Acompanhamento de pacientes
ABRIL/2016	Acompanhamento de pacientes
MAIO/2016	Coleta de HbA1C

JUNHO/ 2016	Análise de dados.
-------------	-------------------

3.5- Resultados esperados

De acordo com literaturas há uma diminuição de 1 a 2% da hemoglobina glicosilada com plano de alimentação saudável e diminuição das complicações crônicas da doença, nesse aspecto, espera-se a diminuição do valor da HbA1C, nos pacientes que aderirem ao plano de educação alimentar proposto pela equipe da Unidade Básica de Saúde do Meio da Serra, melhorando assim a qualidade de vida desse paciente.

3.6- Avaliação

Todos os dados serão avaliados a partir da adesão do paciente à alimentação saudável e comparação da hemoglobina glicosilada da primeira consulta comparada a da segunda consulta. Os dados serão apresentados através de planilha Excel e discutidos com base nos referenciais teóricos

4. CONCLUSÃO

O diabetes Mellitus é uma patologia com grande representação na população brasileira, refletindo nas unidades básicas de saúde. Com a implantação deste projeto será enfatizado a importância de educação nutricional neste nível de saúde. Mudanças nos hábitos alimentares de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 reduz o número de complicações desta doença, aumentam a autonomia dos paciente, sua qualidade de vida e diminui gastos nos serviços públicos.

Após desenvolvimento deste estudo, espera-se evidenciar a redução de índices da hemoglobina glicada com plano de educação alimentar, e também possa servir como elemento motivador para os pacientes para adesão da incorporação de exercícios físicos e uso adequado e contínuo da medicação. Devido a relevância da temática espera-se com esse estudo chamar atenção e aumentar a discussão do tema.

REFERÊNCIAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care. January 2014. Volume 37, Supplement 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para população brasileira. Brasília – DF 2008. 1.^a ed 1.^a reimp.

CYRINO, A. P.P. *As competências no cuidado com o Diabetes Mellitus: contribuições à Educação e comunicação em saúde*. 2005. 278 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015/Sociedade Brasileira de Diabetes. organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio – São Paulo, 2015.

MARCONDES, J.A.M.. DIABETE MELITO: FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO. Revista da faculdade de ciências médica de Sorocaba, 2003, v. 5, n. 1, p. 18-26.

McLELLAN, K. C. P; Barbalho, S. M; Cattalini, M.; Lerario, A. C. *Diabetes mellitus do tipo 2, síndrome metabólica e modificação no estilo de vida [editorial] nutrologia*. vol. 20 no.5, Campinas, Sept./Oct. 2007.

NETTO, A. P; *Atualização sobre hemoglobina glicada (A1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais*. São Paulo, 2009, Posicionamento oficial, 3^a Ed.

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

PI-SUNYER, F.X, Maggio CA, McCarron DA, Reusser ME, Stern JS, Haynes RB et al. Multicenter randomized trial of a comprehensive prepared meal program in type 2 diabetes. Diab Car. 1999 Feb;22(2):191-7.

RICKHEIM, P.L, Weaver TW, Flader JL, Kendall DM. Assessment of group versus individual diabetes education: a randomized study. Diabetes Care. 2002 Feb;25(2):269-74.

VILLAS BOAS, L.C.G; FOSS, M. C et al. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes Mellitus. *Enfermagem*. Florianópolis. p. 272 – 279, abr./jun. 2011.

ANEXO1:



Pratique atividade física, no mínimo 30 minutos diários
Faça 6 refeições no dia (café da manhã, almoço e jantar, com lanches intermediários)

**SONIA
TUCUNDUVA
PHILIPPI**

