



6º Simposio de Ensino de Graduação

PERFIL DE INDIVÍDUOS COM DIABETES DO TIPO 2 PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE NUTRIÇÃO DE PIRACICABA – SP.

Autor(es)

FLAVIA AMARAL GRANATO

Orientador(es)

PATRICIA CARREIRA NOGUEIRA

1. Introdução

A incidência de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) vem aumentando cada ano. A prevalência no Brasil, em 1993, foi de 18,3% e em 2000 representava 34,9% (SBD, 2007).

O Diabetes é um distúrbio metabólico e hormonal caracterizado por defeitos na ação e na secreção da insulina levando à hiperglicemia. Embora não seja dependente da insulina exógena, pode depender desta para obter um controle glicêmico adequado (SBD, 2007). O processo desencadeia a resistência à insulina devido a concentrações plasmáticas glicêmicas como resultado da exaustão das células- β ; do pâncreas o que dificulta à secreção de insulina e conseqüentemente a captação de glicose (McLELLAN et al, 2007). Costuma ser insidiosa e tem como principais complicações microvasculares a Insuficiência Renal; Amputação de membros inferiores; Cegueira e as microvasculares a Doença cardiovascular e Doenças Coronarianas Encefálicas (TOSCANO, 2004).

Os fatores determinantes para progressão do DM2 são alterações no estilo de vida como sedentarismo, dieta habitual inadequada, caracterizada pelo consumo de alimentos com alta densidade energética, maior consumo de leites e derivados integrais e carnes, principalmente aquelas com elevado teor de ácidos graxos saturados, alimentos industrializados (gorduras “trans”), carboidrato simples e refrigerantes, reduzido consumo de frutas, legumes, verduras e cereais complexos e fibras, assim como também o envelhecimento (SARTORELLI; FRANCO, 2003).

O tratamento em nível primário de atenção à saúde tem como objetivo retardar e reduzir o desenvolvimento do DM2, através de programas que baseados em intervenções dietéticas, incentivo à atividade física e controle do peso. Esta abordagem apresenta eficiência comprovada, com redução de 58% na incidência de casos de DM2 (SBD, 2007).

A educação em saúde é uma ferramenta muito importante para os serviços de saúde, buscando colaborar com o controle metabólico e aumentar a abrangência do cuidado, além de propiciar um retorno positivo para portadores de DM2 e a rede pública de saúde (McLELLAN, et al, 2007). Para Cazarini (2002) a educação para saúde é de grande valia para profissionais, pacientes e familiares colaborando para que atinjam a qualidade de vida de forma gradativa, considerando as características do educando. Quando o trabalho é

realizado em grupo, há o favorecimento do desenvolvendo da confiança e auto-estima para o convívio com a doença sem conflitos e otimizando o tempo do educador

Para esse tipo de tratamento são considerados os aspectos subjetivos e emocionais, os quais no processo cognitivo são fortes influências à adesão (PÉRES et al., 2007).

O sucesso da adesão pode determinar a mudança comportamental e consecutiva mudança no estilo de vida, trazendo benefícios à saúde, como a redução ponderal, normalização glicêmica tornando mais flexível o controle e possibilitando a autonomia (LYRA et al., 2006; FRANCONI, SILVA, 2007).

A relevância deste estudo se deve à contribuição da Educação Nutricional para um grupo de diabéticos do tipo 2 para fomentar um melhor controle metabólico, o auto cuidado e a qualidade de vida dos mesmos, assim como também retardar as complicações provenientes dessa doença.

2. Objetivos

O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de indivíduos diabéticos tipo 2 participantes de um grupo de educação alimentar desenvolvido em uma clínica escola de Nutrição de Piracicaba – SP.

3. Desenvolvimento

O estudo foi realizado entre outubro de 2007 a abril de 2008, com indivíduos diabético tipo 2, pertencentes à lista de espera para acompanhamento nutricional em uma Clínica Escola de Nutrição em Piracicaba-SP.

Para realização deste estudo, foram convidados para a primeira reunião 26 pessoas, das quais participaram 11. No primeiro encontro foi apresentada a pesquisa e dada anuência ao termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizada avaliação antropométrica com determinação do peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura e quadril. Para aferição da altura foi utilizado estadiômetro vertical. O peso foi aferido na balança digital da marca Filizola, com capacidade para 150 kg e escala 0,1 kg. Para o IMC, foram considerando os critérios adotados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 1999), para adultos e idosos. Para circunferência de Cintura e Quadril foi utilizado fita métrica inelástica e utilizados os valores de referência da OMS (WHO, 1998).

Para a avaliação dietética, foi solicitado o Diário Alimentar de 3 dias, após orientação sobre seu preenchimento. Para o cálculo deste, as quantidades dos alimentos informados foram convertidos em gramas e calculados em software específico (PINHEIRO et al., 1996; ANÇÃO et al.).

Após a primeira semana, foi realizada entrevista, visando identificar o perfil social, econômico e cultural dos mesmos bem como o histórico da doença e também seu consumo alimentar por meio do levantamento do Dia Alimentar Habitual corrigido pela Frequência habitual de consumo. Após, iniciaram-se as reuniões em grupo, sendo realizadas 13 durante o estudo, tendo este caráter participante, que visa tornar o indivíduo ativo nas discussões contribuindo com as dúvidas para o esclarecimento, sugerindo alternativas, trocando informações, construindo estratégias para uma mudança de hábito de vida melhor. Os encontros ocorreram quinzenalmente, sendo em todos os encontros aferidas as medidas antropométricas e glicemia capilar. Ao longo do estudo, cada participante passou por duas consultas individuais, para prescrição e adequação de um plano alimentar individualizado, elaborado em conjunto com o paciente e avaliação de sua adesão. Nos encontros os temas abordados surgiram das próprias necessidades expostas pelos pacientes. Ao final as avaliações antropométricas e dietéticas foram realizadas novamente. Os dados foram tabulados no programa Excel 2003 versão XP.

4. Resultado e Discussão

O grupo foi composto inicialmente por 11 participantes e ao final permaneceram 7, sendo 5 do feminino. A idade média foi de 55 anos, com tempo médio de doença de 5 anos. De acordo com os dados apresentado na tabela 1, observa-se que 63,6 % apresentam o ensino fundamental. A escolaridade é um importante elemento para educação em saúde, pois reflete na compreensão da complexidade da instrução motivada para o educando, e o educador deve Ter o papel de facilitar a abordagem da educação tornando-a compreensível(CAZARINI at. al, 2002).

Com relação a ocupação 45,5% dos participantes trabalham e 27,3% são do lar, podendo este ser um dos motivos de abandono ao tratamento por 4 integrantes (36%), devido aos compromissos profissionais e à demanda dos trabalhos domésticos e cuidados com a família (CAZARINI at. al, 2002).

Dos participantes, 72,7% são casados e segundo CAZARINI e colegas (2002) o estado civil exerce influência sobre controle do diabetes, de forma positiva, quando os familiares colaboram com o tratamento apoiando e acompanhando ou negativa quando os familiares não têm conhecimento suficiente sobre a doença e seu tratamento dificultando (PACE et al, 2006).

Outras doenças crônicas estão presentes em 90% dos integrantes.

Para a avaliação dos dados antropométricos foi usada a classificação de "Adequado" o IMC entre > 18,5 e < 25 kg/m² para adultos e até 27 kg/m² para idosos, sendo os demais valores considerados Inadequados(WHO, 1999).

Para a avaliação dietética, foram analisados a ingestão calórica, macronutrientes, frações de gordura, colesterol dietético e fibras, sendo classificados como adequados ou inadequados de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2007) e cálcio e Vitamina E segundo RDA (DRI's, 1998) para esses indivíduos.

Nas tabelas 2 e 3 são apresentados os dados de IMC e consumo alimentar ao início e ao final do estudo e observa-se que 72,7% dos participantes eram obesos no início, havendo uma redução de 1,3% nesse percentual ao final do estudo. Esse dado é de suma importância, já que a obesidade é um dos fatores para o desenvolvimento das complicações macro vasculares (MARIATH, 2007), indicando a necessidade de ações diretas para a redução do peso e conseqüente prevenção dessas complicações. Outro indicador relevante encontrado é a Relação Cintura Quadril, no qual 73% dos participantes apresentaram alteração, indicando risco para doenças cardiovasculares (ORTIZ, ZANETTI, 2001)

No aspecto dietético, foram analisados o VET (valor energético total), os macro nutrientes, colesterol, ácidos graxos saturados (AGS), ácidos graxos monoinsaturados (AGM), ácidos graxos poliinsaturados (AGP), fibras e Cálcio e vitamina E. Observa-se que 90% dos indivíduos, no início do estudo consumiam acima de sua necessidade calórica, e ao final, houve redução para 71,4%. Chama a atenção o consumo adequado de carboidratos, que era 72,7% no início passando para 57,1% ao final e o consumo excessivo de lipídeo, que no início esteve presente em 54,5% dos integrantes, passando para 71,4%, ao final. Esses dados são preocupantes dada a importância desses dois nutrientes para o controle metabólico e desenvolvimento das complicações da doença. Nas reuniões do grupo foram abordados temas relacionados a esses nutrientes, sendo o carboidrato associado ao controle glicêmico, podendo ter havido uma apropriação equivocada do sentido desejado pela pesquisadora, o que levou a uma parcela dos integrantes a uma restrição maior do que o necessário, desse nutriente na dieta habitual (FRANCIONI; SILVA, 2006). Apesar do consumo de lipídeos ter se elevado ao longo do estudo, a distribuição das frações de gorduras indicou uma melhora significativa com a redução de 15,6% dos AGS e o aumento dos AGP constando 45,5% no início e ao final 71,4%, indicando que apesar do aumento no consumo, a escolha pelo tipo de gordura foi mais adequada, isto, associado ao consumo adequado de fibras, como o observado, que passou de 45,5% para 85,7% sugere uma possível melhora nos hábitos alimentares, com conseqüentes benefícios à saúde, tais como: redução do colesterol sérico, melhora da tolerância a glicose, aumento da saciedade, além dos benefícios para doenças cardiovasculares (SANTOS et al, 2006).

Para os micronutrientes analisados, observa-se que o consumo tanto do Cálcio como a Vitamina E apresentou uma melhor adequação ao longo do estudo, podendo contribuir para a melhora da saúde dos participantes, já que esta adequação pode contribuir para redução de risco para hipertensão arterial sistêmica, doença arterial coronariana e diabetes (SANTOS et al, 2006) e a carência de antioxidantes como

a vitamina E contribui para o aumento no desenvolvimento das doenças cardiovasculares.

5. Considerações Finais

Apesar do tempo para a abordagem educativa ter sido pequeno, observa-se mudanças benéficas e significativas mediante os aspectos nutricionais assim com o aumento do consumo de ácidos graxos poliinsaturados e fibras. A conscientização sobre os aspectos nutricionais deve ser contínua e a abordagem sobre o consumo de carboidratos deve se dar de forma a não gerar mais restrição na dieta, como a observada, pois o objetivo da educação nutricional é trazer maior liberdade alimentar e não restrição, tornando o indivíduo apto a escolhas tanto com relação ao tipo do alimento, bem como com relação às porções deste, trazendo autonomia ao indivíduo e através do acompanhamento dos sentimentos e opiniões expressos durante os encontros pôde-se observar que a Educação Nutricional motivou os participantes a aprenderem a conviver com a Diabetes minimizando os conflitos e promovendo essa autonomia sem prejuízos ao controle metabólico.

Sugere-se que o trabalho com indivíduos diabéticos, em grupo, deve ser contínuo enfatizando sempre a importância da mudança do estilo de vida e a apropriação de conhecimentos de forma a torná-lo apto a fazer escolhas corretas.

Referências Bibliográficas

Anção MS, Cuppari L, Draibe AS, Sigulem D. NutWin – Programa de Apoio à Nutrição (software). São Paulo: UNIFESP, Escola Paulista de Medicina, Depto. de Informática em Saúde; 2001.

CAZARINI, RP; ZANETTI, ML; RIBEIRO, KP; PACE, AE; FOSS MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus: Porcentagem e causas, Medicina, Ribeirão Preto, v 35, pg. 142-150, abr/jun. 2002.

FRANCIONI, Fabiane F; SILVA, Denise G. V. O Processo de viver saudável de pessoas com Diabetes Mellitus através de um grupo de convivência. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, n 16. vol. 1. pg. 105-111. jan/mar. 2007.

McLELLAN, Kátia C. P; BARBALHO, Sandra M.; CATTALINI, Marino; LERARIO, Antonio C., Diabetes Mellitus Do Tipo 2, Síndrome Metabólica e Modificação no Estilo de Vida, Revista Nutrição, Campinas, v 20, n 5, p 515 – 524 set/out., 2007.

MARIATH, Aline Brandão; GRILLO, Luciane Peter; Silva, Raquel Oliveira da; SCHIMTZ, Patrícia; CAMPOS, Isabel Cristina de; MEDINA, Janete Rosa Pretto; KRUGER, Rejane Magda. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. Caderno de Saúde Pública. n 23. v 4. pg. 897 – 905, abril. 2007.

ORTIZ, Maria Carolina Alves; ZANETTI, Maria Lucia. Levantamento dos fatores de risco para Diabetes Mellitus tipo 2 em uma instituição de ensino superior. Revista Latino – Americana Enfermagem. n 9. v 3, pg. 58 – 63. maio. 2001. Disponível no site: www.eerp.usp.br/rlaenf.

PACE, Ana Emilia; OCHOA - VIGO, Kátia; CALIRI, Maria Helena Larcher; FERNANDES, Ana Paula Moraes. O conhecimento sobre Diabetes Mellitus no processo de autocuidado. Revista Latino – Americana Enfermagem, n. 14. vol. 5, set/out. 2006. Disponível no site: www.eerp.usp.br/rlae.

PÉRES, Denise S.; SANTOS, Manoel A.; ZANETTI, Maria L.; FERRONATO, Antônio A.; Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e comportamentos. Revista Latino – Americana Enfermagem. n. 15. vol. 6. nov/dez. 2007. Disponível no site: www.eerp.usp.br/rlae.

PINHEIRO Ana Beatriz Vieira, at. all., Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras; ed. 3º, Rio de Janeiro, 1996.

SANTOS, Cláudia Roberta Bocca; PORTELLA, Emilson Souza; AVILA, Sonia Silva; SOARES, Eliane de

Abreu. Fatores dietéticos na prevenção e tratamento de comorbidades associadas à síndrome metabólica. Revista de Nutrição, n. 3 vol.19, mai/jun, pp. 389-401, 2006.

SARTORELLI, Daniela S.; FRANCO, Laércio J., Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional, Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 19, Supp 1, p 29 – 36 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2006.

TOSCANO, Cristina M, As Campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial, Ciência & Saúde Coletiva, v 9, n 4, p 885- 895, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. OBESITY [WHO] - Preventing and managing the global epidemic: report of WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO, 1998.

National Academy of Science (1998) New Dietary Reference Intakes. Nutrition Today 33; 6: 257 - 259

Anexos

Anexo 1:

Tabela 1: Caracterização dos participantes do Grupo

	Nº	%
Sexo		
Feminino	7	63,6
Masculino	4	36,4
Faixa Etária	Nº	%
até 53 anos	5	45,5
54 a 60 anos	3	27,3
> 60 anos	3	27,3
Instrução	Nº	%
Semi - analfabeta	1	9,1
E ensino Fundamental	7	63,6
E ensino Médio	2	18,2
E ensino superior	1	9,1
Ocupação	Nº	%
Trabalhadores	5	45,5
Do lar	3	27,3
Aposentados	3	27,3
Estado Civil	Nº	%
Casado	8	72,7
Solteiro	1	9,1
Viúva	2	18,2
Doenças Associadas	Nº	%
Diabetes Mellitus	1	9,1
DM + 1 doença	6	54,5
DM + 2 ou mais doenças	4	36,4
Tempo de doença	Nº	%
>2 anos	2	18,2
2 - 6 anos	4	36,4
≥ 6	6	54,5

ANEXO 2:

Tabela 2: Perfil antropométrico dos participantes, segundo as variáveis IMC e RCQ.

	Normal		Alterada	
	Início	Final	Início	Final
IMC	18,2	28,6	81,8	71,4
RCQ	27	28,6	73	71

Anexo3:

Tabela 3: Perfil Nutricional dos participantes, segundo as variáveis como: VET, carboidrato, proteína, lipídeo, AGS, AGM, AGP, fibras, cálcio e Vitamina E.

Nutriente (recomendação)	Adequado		Carência		Excesso	
	Início	Final	Início	Final	Início	Final
VET	0	14,3	9,1	14,3	90,9	71,4
CHO (45 - 65%)	72,7	57,1	27	42,9	0	0
PROT (15 - 20%)	72,7	85,7	18,2	14,3	9,1	0
LIP (até 30%)	36,4	28,6	0	0	54,5	71,4
FIBRAS >20g/dia	36,4	14,3	9,1	0	45,5	85,7
Ca (1.000 a 1.200)	9,1	0	63,6	57,1	27,3	42,9
Vit E	9,1	0	72,7	57,1	18,2	28,6
Coolesterol (<300mg/d)	54,5	85,7	9,1	0	27,3	14,3
AGS (< 7%)	27,3	42,9	0	0	72,7	57,1
AGM (10 - 15%)	45,5	57,1	54,5	42,9	0	0
AGP (<10%)	45,5	18,2	9,1	0	45,5	71,4