

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

JOSÉ GETÚLIO FERREIRA JÚNIOR

**O DIABÉTICO E A IMPORTÂNCIA ALIMENTAR: GRUPO
EDUCATIVO NA UAPS DE CIDADE DO SOL**

Juiz de Fora
2016

JOSÉ GETÚLIO FERREIRA JÚNIOR

**O DIABÉTICO E A IMPORTÂNCIA ALIMENTAR: GRUPO
EDUCATIVO NA UAPS DE CIDADE DO SOL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de especialista.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabel Ap. Porcatti de Walsh

Juiz de Fora
2016

JOSÉ GETÚLIO FERREIRA JÚNIOR

**O DIABÉTICO E A IMPORTÂNCIA ALIMENTAR: GRUPO
EDUCATIVO NA UAPS DE CIDADE DO SOL**

BANCA EXAMINADORA

Examinador 1 Prof^a Dr^a Isabel Aparecida Porcatti de Walsh- Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Examinador 2 Prof. Dra. Regina Maura Rezende- Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Aprovado em Belo Horizonte, de 2016.

RESUMO

Educação nutricional na UAPS DE CIDADE DE SOL, Juiz de Fora.

O acometimento de muitas pessoas pelo diabetes, doença que é desconhecida por uma boa parcela de seus portadores, traz muitos transtornos. O diabetes é dividido em dois tipos: 1 e 2, sendo que o tipo 2 tem maior prevalência. Quanto mais cedo, mais retorno tem o usuário para controle da mesma. Uma prevenção das complicações ao diabético é recomendação de cuidar de três eixos: uma reeducação alimentar, o uso correto da medicação e a prática de uma atividade física. Pensando num tratamento complementar ao existente, a equipe da UAPS(Unidade de atenção primária à saúde) DE CIDADE DO SOL, inspirando em outras unidades, instaura em sua abrangência a oficina da culinária do diabético, sendo que serão realizadas duas vezes por ano a partir do ano 2016, sendo compartilhada com outros profissionais de outras unidades. A UAPS DE CIDADE DO SOL atende a dois bairros e tem um número significativo de diabéticos, sendo a culinária uma nova forma de auxílio, um aproximar maior dos profissionais com os usuários, de modo acessível realiza receitas dentro do que eles possam adquirir e executá-las, além de reforçar as orientações básicas. A UAPS DE CIDADE DO SOL está localizada em Juiz de Fora. O objetivo é ajudar o usuário a fazer uma mudança alimentar, para melhor ajudar no tratamento. O método usado no texto é o analítico, com diversas citações que embasam a argumentação e gráficos para uma melhor compreensão.

Palavras-chaves: diabetes, educação alimentar, comportamento alimentar.

ABSTRACT

Many people are affected by diabetes, a disease that is unknown by a large portion of its carriers, brings many disorders. Diabetes is divided into two types: 1 and 2, wherein the type 2 is more prevalent. The sooner, the more return you have to control it. A prevention of complications for diabetic patients recommends to take care of three areas: a food reeducation, the correct use of medication and the practice of physical activity. Thinking of a complement to existing treatment, the team of the UAPS DE CIDADE DO SOL, inspiring other units, establishes in its scope the diabetic cooking workshop, which will be held twice a year from 2016, and shared with other professionals from other units. The UAPS CIDADE DO SOL serves two neighborhoods and has a significant number of diabetics, and cooking is a new form of aid, which makes a bigger approach of professionals with users and affordably makes recipes within what they can get and execute, in addition to reinforcing the basic guidelines. The UAPS DE CIDADE DO SOL is located in Juiz de Fora. The goal is to help the user make a change in the way of feeding themselves to better help in the treatment. The text used the analytical method, with several quotes that support the argument and graphs for better understanding.

Key-words: diabetes, cooking, feeding Behavior

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 JUSTIFICATIVA	8
3 OBJETIVOS	9
3.1 Geral	9
3.2 Específicos	9
4 METODOLOGIA	10
5 REFERENCIAL TEÓRICO	11
5.1 Diabetes Melitus	11
5.2 Classificação	12
5.3 Rastreamento	13
5.4 Diagnóstico	14
5.5 Intervenção Preventiva no diabetes	15
5.5.1 MUDANÇA ALIMENTAR	15
5.5.2 O USO DE MEDICAÇÃO	16
5.5.3 A ATIVIDADE FÍSICA	16
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	24

1 INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é um desafio na atualidade, atingindo uma parcela considerável da população, tornando necessária uma intervenção pela equipe de saúde, proporcionando uma qualidade de vida considerável a quem adere ao tratamento.

Grande parcela da população desconhece que é portador da doença, tendo ausência de sintomas. Assim, um rastreamento para detecção da doença é sugerido para os adultos, no qual poderá chegar a um diagnóstico e tratamento adequado.

Em alguns casos, quando é diagnosticada tardiamente a doença, pode se tornar crônica, o que poderia ser evitada se houvesse alguma intervenção preventiva. Entre as intervenções temos três pilares: a mudança alimentar, o uso da medicação e a atividade física.

Uma reeducação dos hábitos é algo difícil de ser constituído nas unidades de saúde, por inúmeros motivos como a resistência do usuário, sua cultura, hábitos familiares entre outros. A educação em saúde é essa proposta ousada, sendo que os profissionais de saúde são os mais indicados para tal; o elo com o usuário é bem consolidado. As três intervenções se bem trabalhadas ajudarão bem o diabético no seu cotidiano.

A baixa adesão na parte alimentar motivou os profissionais da UAPS (Unidade básica de atenção primária à saúde) DE CIDADE DO SOL a criarem a culinária do diabético. Juiz de Fora, está na Zona da Mata Mineira, com estimativa populacional para 2015 é 555.284 habitantes. Os diabéticos das duas áreas de cobertura da unidade são convidados a participarem duas vezes por ano nas oficinas da culinária do diabético, um complemento ao tratamento já iniciado na unidade.

É uma proposta inovadora nesta unidade que vem de encontro com a promoção à saúde, estimulando o usuário e ser esse promotor de sua saúde, seja pelas práticas de receitas ou de orientações que fazem parte deste projeto, um incentivo a mais no seu tratamento.

2 JUSTIFICATIVA

Em função da realidade da UAPS de Cidade do Sol, da dificuldade em se fazer uma mudança comportamental específica na área alimentar, a proposta da culinária do diabético, poderá ser auxiliar ao tratamento. Em consenso da equipe de trabalho, a culinária é a alternativa de grupo educativo para estes usuários, que vem de encontro com o plano diretor da secretaria de saúde de Juiz de Fora em que além da consulta habitual ele possa ter outras vertentes que auxiliem no controle da doença. É uma proposta inovadora, que se pretende implantar o mais breve possível.

Essa iniciativa tem sua validade, porque é uma estratégia de promoção à saúde, estimulando ao usuário ser protagonista no seu tratamento.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor uma intervenção com grupo educativo com os diabéticos da UAPS de Cidade do Sol, com a proposta da culinária do diabético.

3.2 Objetivos específicos:

Instaurar a culinária do diabético como já existe em outra UAPS de Juiz de Fora e que vem dando resultado positivo.

Promover, através desta oficina, uma mudança alimentar gradativa dos usuários, ajudando desta forma no tratamento da doença.

4 METODOLOGIA

Para uma melhor teorização da temática do diabetes, formou-se uma base sólida de argumentos, no qual foi utilizado o método analítico, com diversas citações, facilitando a argumentação até culminar na iniciativa inovadora da culinária do diabetes.

Diversos gráficos são apresentados, de forma didática a fim de expor os dados que constata a importância da culinária do diabético. Um olhar crítico será apresentado nos resultados, apontando sugestões, após perpassar os diversos dados.

A culinária do diabético será uma proposta de grupo educativo com a realização em dois semestres, uma para cada.

A UAPS de Cidade do Sol reunirá toda equipe, agentes comunitários, médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, para o melhor alcance do objetivo.

A culinária terá três momentos. A prática de receita de fácil realização; teatro, para que de forma lúdica consiga-se uma interação com os participantes. E por último a orientação por meio de palestras, em que algum componente da equipe trabalhe alguma temática relevante.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

A explanação sobre o diabetes, suas classificações (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002), rastreamento, diagnóstico estão mais embasadas na recente linha guia do Estado de Minas Gerais, de 2013, Linha- Guia de hipertensão, arterial sistêmica, Diabetes *Mellitus* e doença renal crônica, com algumas outras contribuições relacionadas nas referências (MEIRELES, 2013).

No corpo textual estão várias citações que ajudam no discorrer da temática e direcionamento do objetivo.

Na parte alimentar e atividade física a maior citação é do livro Medicina Laboratorial, em dois artigos, sobre o tratamento da hiperglicemia e sobre o Diabetes Mellito (MATOS, 2006-; SCHMIDT, 2006).

O caminho bibliográfico de diabetes e alimentação conduz a uma intervenção da inovadora culinária do diabético (CAVALCANTE FILHO, 2009), porque o diabético em geral consulta, porém não muda o hábito alimentar, o que é um problema de grande relevância social.

5.1 Diabetes Mellitus

A diabetes é uma doença crônica e têm algumas divisões. O rastreamento é uma das ferramentas que ajudam a chegar a um diagnóstico desta doença.

O diabetes *mellitus* é uma doença crônica, constituída de um grupo heterogêneo de transtornos metabólicos, cujos fatores apresentados são a hiperglicemia, conseqüente da deficiência de secreção de insulina, por problema em sua ação, ou dois concomitantemente (MEIRELES, 2013).

É considerado um dos maiores problemas de saúde pública do mundo e é crescente em países em desenvolvimento. O envelhecimento rápido da população desses países, a presença da obesidade em crianças e adolescentes, são fatores que predispõem o avanço desta doença (MEIRELES, 2013).

A diabetes muitas vezes não é diagnosticada porque o indivíduo não sabe que a tem, não manifestou sintoma que despertasse uma diferença no seu dia-a-dia, o que motivaria a procura médica; o efetivo tratamento e orientações.

Aproximadamente metade dos indivíduos com diabetes tipo 2 não sabe que tem a doença. Outros distúrbios glicêmicos, considerados estágios prévios ao diabetes tipo 2, também são assintomáticos e, por isso, não diagnosticados. Terapias comprovadamente efetivas para a prevenção de complicações do diabetes poderiam ser oferecidas a esses pacientes se fossem diagnosticados (SCHMIDT, 2006).

A presença é maior em mulheres (6,0%) e homens (5,2%), conforme pesquisa do Ministério da Saúde realizada em 27 cidades no ano de 2011. Os casos não diagnosticados no mundo estão entre 30% a 60%. Em Minas adotou-se que 10% dos adultos sejam diabéticos (MEIRELES, 2013).

No Estado de Minas Gerais entre os anos 2001 e 2009 as doenças crônicas representavam 51,5% dos óbitos, com maior prevalência para a diabetes e para a doença pulmonar obstrutiva crônica. As complicações advindas da diabetes não tratadas ou por pouca participação do indivíduo no tratamento, podem ocasionar neuropatias, amputações, doença renal crônica, acidente vascular cerebral, cegueira entre outras (MEIRELES, 2013).

5.2 Classificação

O diabetes *mellitus* pode ser dividido em quatro classes clínicas: tipo 1, tipo 2, outros tipos específicos de diabetes e o diabetes gestacional (MEIRELES, 2013).

O diabetes *mellitus* tipo 1 é responsável por 5% a 10% dos casos da doença. Pode ocorrer em qualquer idade, surgindo, geralmente antes dos 30 anos, com necessidade de insulino-terapia. É mais comum em indivíduos magros, mas também pode acometer obesos. Na maioria dos casos, o quadro se inicia abruptamente, com poliúria, polifagia, polidipsia e emagrecimento, podendo a cetoacidose diabética ser a primeira manifestação da doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2002).

A destruição das células Beta pancreáticas leva à deficiência absoluta de insulina. Graus variáveis de autoimunidade de mediação celular ou relacionados a anticorpos estão ligados diretamente como causantes dessa destruição (BRUNNER, 2000).

Essa ausência de insulina diferencia muito o tipo 1 do tipo 2, em que há uma perda progressiva da capacidade secretória da célula Beta. O tipo 2 é responsável por 80% a 90% dos casos. É mais comum a partir dos 40 anos, embora possa atingir outras faixas etárias (MEIRELES, 2013).

O diabetes *mellitus* tipo 2 pode permanecer silencioso por anos e quando o usuário receber o diagnóstico pode estar com complicações crônicas. O estilo de vida adotado interfere bruscamente tanto para manifestar os primeiros sintomas ou retardá-los; pessoas sedentárias e que tem uma ingestão inadequada serão os agentes propícios para o aparecimento dessa doença (MEIRELES, 2013).

Em alguns casos, não é possível definir, com clareza, o diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1 ou diabetes *mellitus* tipo 2, uma vez que muitos indivíduos com o tipo 2 podem apresentar cetoacidose, complicação aguda clássica do tipo 1. Da mesma forma casos do tipo 1 podem ter aparecimento mais tardio e evolução prolongada. Muitos indivíduos que apresentam um fenótipo sugestivo do tipo 2, com início da doença na idade adulta e associação com obesidade, e na verdade, apresentam um componente autoimune em sua doença (MEIRELES, 2013).

O terceiro tipo de diabetes é nomeado de outros tipos específicos de diabetes: Defeitos genéticos na função da célula beta (MODY, por exemplo), Defeitos genéticos na ação da insulina, Doenças do pâncreas exócrino (pancreatite, fibrose cística e neoplasia), Endocrinopatias (síndrome de Cushing e acromegalia), uso de drogas (antirretrovirais, interferon, glicocorticóides), associado a doenças genéticas (síndrome de Down, síndrome de Turner entre outros) (MEIRELES, 2013).

O último tipo é o diabetes gestacional, responsável por 7% das gestações, tendo uma variação de 1% a 14%. As mulheres que desenvolveram esse diabetes na gestação têm grande chance de se tornarem diabéticas no futuro, sendo esta um grande risco tanto para mãe quanto para o neonato (MEIRELES, 2013).

As quatro classes clínicas atingem ao todo uma boa parcela da população necessitando muitas intervenções nos hábitos e no tratamento dos indivíduos.

5.3 O rastreamento

O rastreamento deve ser realizado dentro dos serviços de saúde, em que a eficácia pode ser maior, por haver o vínculo com o usuário. Sua eficácia torna-se

maior, quando a descoberta e tratamento forem precocemente realizados (MEIRELES, 2013).

A possibilidade de se efetuar prevenção primária (detecção e tratamento precoces de grupos de risco para prevenção do diabetes) integrada à prevenção secundária tradicional (detecção e tratamento precoces do diabetes) está tornando o rastreamento integrado a uma estratégia preventiva de maior potencialidade (SCHMIDT, 2006).

A população acima de 45 anos é a mais indicada para o rastreamento. Quando há associações de outros fatores como obesidade e hipertensão, é necessário que seja mais precoce e frequente (SCHMIDT, 2006).

Os exames indicados para o rastreamento são a glicemia em jejum ou teste oral de tolerância a glicose (TOTG), com valores de referência recomendados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (MEIRELES, 2013).

O rastreamento em crianças é indicado quando há casos de obesidade e se for associado a pelo menos dois fatores de risco, entre eles: História familiar da doença em parente de 1º ou 2º grau; Sinais clínicos de resistência insulínica com “*acantose nigricans*”; Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); Dislipidemia; Síndrome de ovários policísticos; Nascidos pequenos para a idade gestacional; História materna de diabetes gestacional durante a gestação da criança; Etnias com alto risco para DM (MEIRELES, 2013).

Em gestantes que não tenham o diagnóstico de diabetes é sugerida a realização do rastreamento na primeira consulta, devendo-se também associar os fatores de risco (MEIRELES, 2013).

A reavaliação do rastreamento é recomendada a cada três anos, com um intervalo menor quando o usuário apresentar algum fator de risco (MEIRELES, 2013).

5.4 Diagnóstico

Os exames mais recomendados para o diagnóstico é a glicemia em jejum e a glicemia 2 horas após 75 gramas de glicose (SCHMIDT, 2006).

A hemoglobina glicada (HbA1c) é outro que poderá estar associado para fins de diagnóstico, porque nela há o histórico dos três últimos meses, sendo que valores

superiores a 6,5% é considerado portador de Diabetes *mellitus*. Entre 5,7% a 6,4% é o usuário que tem pré-diabetes (MEIRELES, 2013).

Na presença de glicemia casual igual ou superior a 200 mg/dl, acompanhada de sintomas clássicos (poliúria, polidipsia e perda de peso), também é feito o diagnóstico de diabetes *mellitus*. Na ausência de sintomas clássicos de hiperglicemia ou de glicemia igual ou superior a 200 mg/dl, o teste para diagnóstico de DM deve ser repetido, em uma segunda ocasião (MEIRELES, 2013).

A glicemia em jejum é outro indicativo. Não havendo urgência, é preferível solicitar uma glicemia de jejum medida no plasma no laboratório; um valor maior ou igual a 126 mg/dl é indicativo de diabetes, mas precisa ser confirmado em outro dia, a não ser o quadro hiperglicêmico seja muito evidente, como quando acompanhado de descompensação metabólica (SCHMIDT, 2006).

Cerca de 50% dos diabéticos do tipo 2 não são diagnosticados, porque são em geral assintomáticos. Nesse caso recomenda-se o levantamento dos fatores de risco, para auxiliar no aumento do índice de diagnosticados (SCHMIDT, 2006).

5.5 Intervenção preventiva no diabético

5.5.1 MUDANÇA ALIMENTAR

Uma das grandes dificuldades dos diabéticos é a mudança alimentar, uma parcela faz o uso da medicação prescrita pelo médico, mas continua ingerindo alimentos que faziam parte de sua alimentação anterior ao seu diagnóstico.

No entanto, a ingestão adequada de alimentos pelo diabético é uma terapia de primeira escolha (MEIRELES, 2013). A dieta é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes e deve atender aos mesmos princípios básicos de uma dieta saudável, sendo fracionada em 5 a 6 refeições / lanches diários; conter de 50 a 60% de glicídios, a maior parte em forma complexa e um mínimo sob forma de açúcar, conter no máximo 30% de gorduras, sendo não mais de um terço sob a forma de ácidos graxos saturados; não exceder a 300mg/dia de colesterol, com o objetivo de evitar oscilações acentuadas da glicemia (MATOS, 2006).

O uso de adoçantes é indicado, desde que consumido em quantidades adequadas. Os calóricos como a frutose podem ser usados com certas restrições (MATOS, 2006).

Os pacientes devem ser encorajados a incluir em sua dieta alimentos ricos em fibras como frutas, verduras e cereais integrais e a consumir com moderação os alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) (MATOS, 2006).

Alimentos que têm o índice glicêmico alto não são recomendados, evitando assim o uso do carboidrato. Quando a ingestão é acompanhada de gorduras ou de vegetais ricos em fibras, a absorção torna-se mais lenta, o que atenua as causas das variações glicêmicas (SCHMIDT, 2006).

5.5.2 O USO DA MEDICAÇÃO

Há uma grande oferta de medicamentos como antidiabéticos orais que podem ser conjugados, além da insulinização. A dosagem prescrita dependerá do perfil do usuário, dos resultados de seus exames e a resposta deste ao tratamento (MEIRELES, 2013).

Existem alguns tipos de insulinas presentes no Brasil, como a regular, a lispro, aspart, NPH e glargina. A administração, os horários e as dosagens dependem da avaliação médica, seguindo as recomendações vigentes. A aplicação usual é subcutânea, com exceção da regular que para uma resposta imediata pode ser administrada intravenosa ou muscular. A concentração delas no Brasil é 100 U/ml (MATOS, 2006).

Um dos efeitos adversos mais comuns da insulina é a hipoglicemia (apresentando sintomas como sudorese, taquicardia, tremores e dormência na língua). A associação da dieta ao exercício físico e à insulina ameniza esses episódios. Outro efeito adverso é a lipodistrofia que ocorre nos locais da aplicação, podendo ser a hipertrofia (nódulos subcutâneos) e atrofia (depressão na pele). A rotatividade dos locais ajudará a prevenir esse segundo efeito adverso (MATOS, 2006).

5.5.3 A ATIVIDADE FÍSICA

A prática de atividade física ainda é modesta no cotidiano dos portadores de diabetes. No entanto, sua prática regular melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Considerando que o aumento epidêmico do diabetes tipo 2 está associado à diminuição da atividade física e ao aumento da prevalência da obesidade, a prática do exercício físico é prioritária tanto para o manejo como para prevenção do diabetes tipo 2 (MATOS, 2006).

Há diversas opções de atividades físicas, sendo que trabalhar no jardim, fazer o trabalho doméstico ou brincar com crianças também podem ser consideradas atividade física com potencial benefício para a saúde. O melhor tipo de exercício para um determinado indivíduo é aquele que ele consegue incorporar à sua rotina diária por toda a vida (STEIN, 2006).

Os três pilares quando assimilados à rotina do diabético gera uma gama grande de benefícios. Algumas unidades apresentam alternativas alimentares a esse público específico, como a UAPS de Cidade do Sol, que fará a inovação da culinária do diabético.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO: CULINÁRIA DO DIABÉTICO NA UAPS DE CIDADE DO SOL

A UAPS de Cidade do Sol está localizada no bairro mesmo nome, na Rua Gustavo Caparema, s/ n. Tem atendimento a mais dois bairros, Cidade do Sol e Santa Maria. É composta por duas equipes da estratégia saúde da família. A equipe 39 é da Cidade do Sol e 53 do Bairro Santa Maria. Há presença em cada equipe de um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Nos registros da unidade temos um total referente ao ano de 2015 de 400 diabéticos, conforme apresentado na Figura 1.

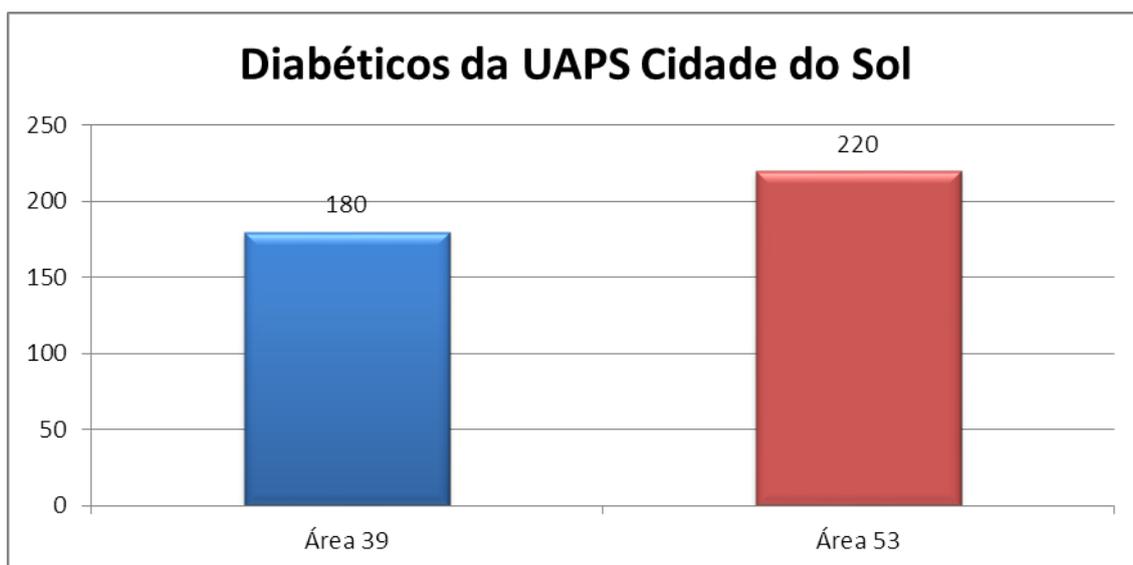


Figura 1: Quantitativo de diabéticos das duas equipes da UAPS

Fonte: Prefeitura de Juiz de Fora. Sistema de informação da atenção básica à saúde. Quantitativo de diabéticos da UAPS de Cidade do Sol, 2015.

A Figura 2 apresenta o número de diabéticos insulino dependentes do tipo 1 e tipo 2 da unidade.

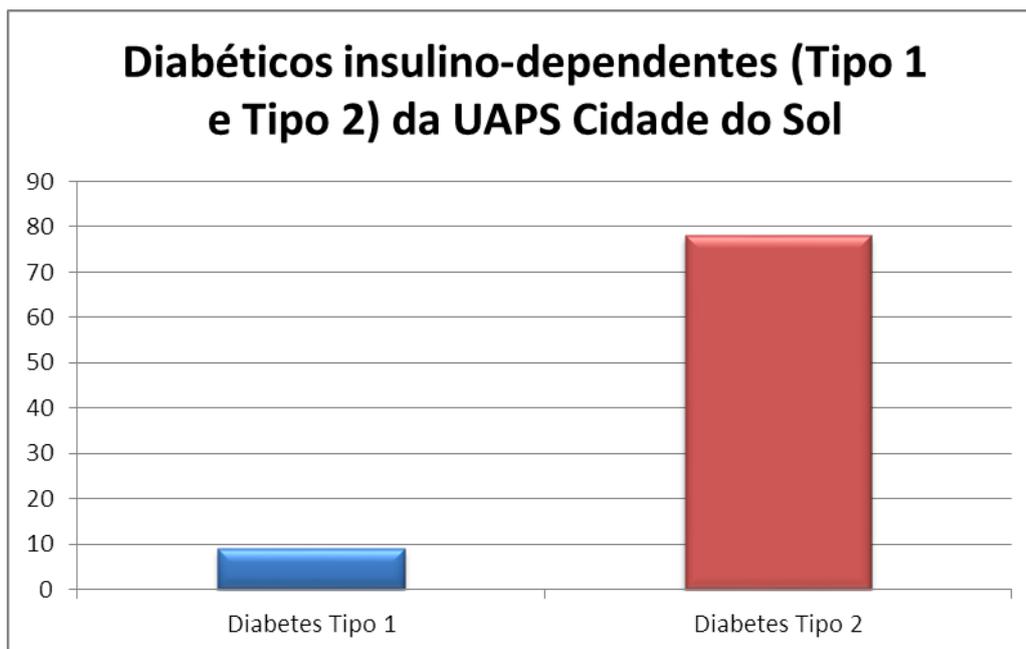


Figura 2: diabéticos insulino-dependentes do tipo 1 e tipo 2 da unidade.

Fonte: Prefeitura de Juiz de Fora. Sistema de informação da atenção básica à saúde. Quantitativo de diabéticos da UAPS de Cidade do Sol, 2015.

Diante do número de diabéticos, cresce a responsabilidade das equipes frente a essa doença. Em cada equipe há o grupo de diabético, onde trimestralmente são avaliadas a necessidade em alterar a medicação, além de se oferecer as informações necessárias. Os grupos são atendidos pelos médicos das três equipes, a enfermagem reforça as orientações da dieta, o uso e horário das medicações, a dispensação da mesma, os lugares da aplicação da insulina entre outros.

O usuário ao receber o diagnóstico de diabetes sente um grande impacto, em função do uso de medicações que não faziam parte do cotidiano e a não facilidade de mudança de seus hábitos, já inseridos em sua vida há anos. Isso cria também um questionamento da equipe sobre como poder contribuir para o bem estar desse usuário, além do que já é realizado na unidade? (FILHO, 2009)

Considerando que o profissional de saúde é a pessoa mais indicada para orientar a respeito das práticas de autocuidado que possam garantir a eficácia da adesão ao tratamento, desde que ele respeite as crenças dos clientes, e não realize a ação de informação baseada somente no conhecimento científico (XAVIER, 2009) e considerando que o item alimentação é uma das maiores dificuldades de adesão total ao tratamento já iniciado na unidade, já que uma boa parcela dos diabéticos

não consegue mudar sua alimentação (alguns até retiram o açúcar do café, mas por outro lado acabam ingerindo muito carboidrato, que acaba gerando um ciclo vicioso e prejudicial à saúde), foi proposta a culinária do diabético como coadjuvante ao tratamento em curso.

Há uma dinamicidade dos meios de comunicação da atualidade, entre eles a execução de receitas ao vivo, pratos práticos e de baixo custo que ajudam a quem cozinha rotineiramente ou a iniciantes, de forma que fica atraente a prática de receitas. Proveniente desse meio surgiu a ideia, por meio da equipe da UAPS de Cidade do Sol, de realizar oficinas em que fossem feitas receitas na hora, passo a passo, diante do usuário, e que estes pudessem degustar ao final.

Foi amadurecida a iniciativa e decidido em equipe que, acrescentando aos grupos já realizados, haveria duas oficinas durante o ano, uma no primeiro semestre e outra no segundo. As oficinas serão centradas no preparo de doces diet, orientação de como adquirir adoçantes em pó, próprios para cocção e assados ai invés dos adoçantes líquidos, próprios para cafés ou sucos. As demais se farão variando o cardápio entre salgados e doces, com ingredientes fáceis de serem encontrados e com valores acessíveis ao público direcionado.

Familiares serão os convidados, o que pode levar a serem ativos neste processo, porque muitas vezes não é o diabético que prepara o alimento, favorecendo uma melhor integração familiar e uma melhor adesão à dieta.

A proposta da UAPS de Cidade do Sol poderá ter uma adesão considerável, porque é uma aposta nova, em geral grupos educativos têm vivido uma queda brusca nos participantes. Haverá um aprendizado focado na reeducação alimentar, dentro daquilo que é recomendado, sem perder o prazer de um alimento nutritivo e agradável ao paladar.

A partir do que foi descrito anteriormente, podemos destacar que o nó crítico do problema é que a alimentação inadequada, e é uma das maiores dificuldades na adesão total ao tratamento já iniciado na unidade. Desta forma as ações relativas ao nó crítico serão detalhadas a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1: Operações sobre o nó crítico, alimentação inadequada na população de diabéticos sob responsabilidade da UAPS de Cidade do Sol em Juiz de Fora, Minas Gerais.

Nó crítico	Alimentação inadequada
Operação	Melhorar a alimentação para maior adesão total ao tratamento já iniciado na unidade.
Projeto	CULINÁRIA DO DIABÉTICO
Resultados esperados	Diabéticos e familiares com aprendizado focado na reeducação alimentar, dentro daquilo que é recomendado ao diabético
Produtos esperados	Melhorar o nível de conhecimento da população sobre sua alimentação, favorecendo o autocuidado.
Atores sociais/ responsabilidades	Médico: palestrante- coordenador. Enfermeiras: palestrante e motivadores Agentes comunitários: atuarão na cozinha, no preparo e na divulgação.
Recursos necessários	Estrutural: utensílios e ingredientes para o cardápio de cada edição. Cognitivo: Conhecimento teórico amplo da doença Financeiro: Recursos para a compra do material será da própria equipe
Recursos críticos	Financeiro- conseguir todo o material entre a equipe
Controle dos recursos críticos/ Viabilidade	Ator que controla: um profissional por equipe Motivação: fazer divisão entre a equipe.
Ação estratégica de motivação	Os resultados que a equipe poderá atingir, ajudará em muito a unidade. Cada funcionário contribuirá com um pouco do que tem.

Responsáveis	Dois profissionais por equipe.
Cronograma/prazo	Reunião com lideranças em julho- Divulgação- agosto e setembro- Culinária em outubro
Gestão, acompanhamento e avaliação	As duas equipes serão responsáveis para gerir, acompanhar e avaliar em reunião mensal.

Fonte: Autoria própria, 2016.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta da culinária do diabético é um desafio para a UAPS de Cidade do Sol, em seu objetivo de mudar hábitos, ou melhor, reeducar os diabéticos dentro da sua realidade.

A Cidade do Sol será a segunda unidade em Juiz de Fora a implantar a culinária do diabético. Esta é uma inovação que tem dado resultado e uma aceitação significativa dos usuários que sempre perguntam quando será a nova edição, bem como receberão algumas receitas que foram realizadas em alguma culinária.

Os usuários insulino-dependentes do tipo 2 são a grande maioria na unidade e as receitas serão mais direcionadas à eles sem, no entanto, deixar de oferecer atenção os do tipo 1.

Há uma certa desconfiança da equipe em relação aos resultados esperados, mas têm-se a certeza que este não será imediato, mas gradativo. E a importância de realizar algo novo que possa ser útil à unidade e modelo para muitas outras.

Um desafio para a realização da culinária é a obtenção de utensílios, já que os mesmos serão cedidos inicialmente por funcionários da UAPS, além dos ingredientes para o cardápio de cada edição. O trabalho será realizado pelo somatório dos funcionários, não havendo patrocínio ou ajuda dos órgãos públicos. É uma iniciativa jovem e no seu processo de consolidação encontrará alternativas seguras para seu prosseguimento.

Um livro de receitas talvez surja após um belo consolidado de trabalho.

REFERÊNCIAS

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 2006.

CAVALCANTE FILHO, João Batista. Coletivos organizados para a produção do cuidado integral: Um desafio para a regulamentação profissional. Juiz de Fora, volume 12, p. 214-220. **REVISTA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, 2009

MATOS, Maria Cristina Gomes; BRANCHTEIN, Leandro. Tratamento da hiperglicemia. In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

MEIRELES, Adriana Lúcia et al. **Linha-guia de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

SCHMIDT, Maria Inês. Diabete Melito: Diagnóstico, classificação e abordagem inicial. In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso brasileiro sobre diabetes: diagnóstico e classificação do diabetes melito e tratamento do diabetes do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora, 2002.

STEIN, Ricardo; RIBEIRO, Jorge Pinto. Atividade física e saúde. In: DUNCAN, Bruce B; SCHMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

XAVIER, Antônia Tayana da Franca; BITTAR, Daniela Borges; ATAÍDE, Márcia Barroso Camilo. Crenças no autocuidado em diabetes. Implicações para a prática. **Contexto de enfermagem**. Florianópolis, fascículo 18, p. 124-130, 2009.