

Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2

Evaluation of the knowledge on eating habits among type 2 diabetics

Rejane da Silveira Santos Fontinele¹
Luciana Cury Lourenço Peres¹
Maria Aparecida Barbosa do Nascimento¹
Mara Saleti de Boni¹

RESUMO

Objetivo: avaliar o conhecimento sobre alimentação entre diabéticos tipo 2 atendidos em nove unidades de saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal - Regional Norte.

Método: estudo transversal baseado na aplicação de formulário com treze questões objetivas sobre conhecimento em alimentação entre indivíduos adultos e idosos de ambos os sexos portadores de diabetes tipo 2.

Resultados: a média de acerto das questões foi de 65%. Os maiores erros foram em relação aos tipos e características das gorduras alimentares (38,9% e 32,1%, respectivamente) e sobre o consumo de adoçantes (38,8%), de alimentos dietéticos (37,7%), de frutas (36,4%) e de vegetais como a beterraba (50,0%). Sobre as funções das fibras dietéticas, 22,8% não souberam responder. Os únicos fatores que influenciaram significativamente o conhecimento e de forma positiva foram a escolaridade ($p < 0,001$) e o fato de receber orientação nutricional do nutricionista ($p = 0,046$).

Conclusão: o grau de conhecimento em alimentação entre portadores de diabetes tipo 2 foi regular (51 a 69% de acerto das questões). A escolaridade e a orientação alimentar realizada pelo nutricionista foram os fatores que mais contribuíram ao conhecimento sobre alimentação dos pacientes diabéticos.

Palavras-chave: diabetes, alimentação, educação nutricional

Correspondência:

Rejane da Silveira Santos Fontinele
Núcleo de Nutrição e Dietética do Hospital
Regional da Asa Norte. SMHN Q. 101
Área Especial. A.jeffejane@yahoo.com.br

ABSTRACT

Objective: evaluate the knowledge about eating habits, among type 2 diabetics, who are assisted in nine community health centers of the Federal District's Health Secretariat - North Regional.

Method: cross-sectional study based on the enforcement of a form with thirteen objective questions concerning knowledge on eating habits

Recebido em 11/dezembro/2006
Aprovado em 26/março/2007

among adults and elderly individuals, of both genders, carriers of 2 diabetes.

Results: the average of correct answers was of 65%. The greatest errors were with regard to the types and characteristics of dietary fats (38.9% and 32.1%, respectively) on consumption of sweeteners (38.8%), of dietary foods (37.7%), of fruits (36.4%), and of vegetables such as beets (50.0%). Concerning the role of dietary fibers, 22.8% of the individuals did not know how to respond. The only factors that significantly influenced knowledge in a positive way were education ($p < 0.001$) and the fact that nutritional orientation had been received from a nutritionist ($p = 0.046$).

Conclusion: the knowledge rate about eating habits among type 2 diabetics was regular (51% to 69% of correct answers). The educational level and the eating orientation carried out by nutritionist were the factors that most contributed to the dietary knowledge of diabetic patients.

Key words: diabetes, eating habits, nutritional education

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus tipo 2 é uma doença crônica não transmissível que atinge cerca de 90 a 95% dos casos de diabetes. Acomete indivíduos que usualmente têm uma relativa deficiência de secreção de insulina com ou sem resistência à insulina¹. A doença requer um conhecimento sobre aspectos referentes ao seu controle e consciência de um autocuidado para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo².

O diabetes apresenta alta morbimortalidade e sua prevalência vem crescendo de forma epidêmica. No Brasil, um estudo populacional multicêntrico realizado em nove capitais brasileiras no período de 1986 a 1988 demonstrou que a prevalência de diabetes em população urbana de idade entre 30 e 69 anos foi de 7,6%. Dados da Campanha Nacional para Detecção de Diabetes Mellitus promovida pelo Ministério da Saúde em 2001, envolvendo cerca de 31 milhões de indivíduos com 40 anos ou mais de idade provenientes de 95,3% dos municípios brasileiros, mostraram 10,1% de casos confirmados da doença³.

Prevenir ou retardar as complicações do diabetes está diretamente relacionado à adesão ao tratamento. Conhecer a doença não implica necessariamente mudança de comportamento e adesão ao tratamento, mas é o começo. Assim, a educação em diabetes é a chave do tratamento da doença e por muitos anos ela tem sido considerada um

meio para que pacientes obtenham conhecimento e habilidades para aderir às recomendações do tratamento de saúde. A educação em diabetes visa assegurar que as escolhas realizadas diariamente nos cuidados com a doença sejam conscientes⁴ e benéficas como, por exemplo, a alimentação.

O conhecimento em alimentação no diabetes é fundamental para atingir os objetivos da terapia nutricional. Segundo a American Diabetes Association (ADA)², estes objetivos incluem: colaborar para a formação de hábitos alimentares saudáveis, prevenir e tratar complicações agudas e crônicas do diabetes por meio da manutenção de um ótimo controle metabólico incluindo glicemias, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, pressão sanguínea e peso corporal.

Analisar o conhecimento em diabetes é importante para subsidiar o processo educativo, uma vez que o conhecimento que o indivíduo com diabetes mellitus tem sobre a própria doença é determinante tanto para seu manejo como para a adoção de medidas preventivas. Parte-se do pressuposto de que o conhecimento sobre questões básicas do diabetes é o primeiro passo para uma participação mais ativa e, conseqüentemente, mais efetiva do paciente no curso de sua doença⁵.

Considerando-se que conhecer aspectos referentes à alimentação saudável é determinante no tra-

tamento e no prognóstico do diabetes mellitus, o objetivo da pesquisa foi avaliar o conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2 atendidos nas nove unidades de saúde da Regional Norte de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

MÉTODO

O estudo apresenta delineamento transversal baseado na aplicação de um formulário para obtenção de dados sobre conhecimento em alimentação e fatores que possam interferir no mesmo: sexo, idade, escolaridade, renda, tempo de diagnóstico e de tratamento, uso de medicações hipoglicemiantes e tipo de profissional que orientou a alimentação. O conhecimento foi avaliado por meio de um teste com treze frases sobre alimentação e diabetes, onde o indivíduo deveria responder “falso”, “verdadeiro” ou “não sei”. A renda foi analisada segundo o questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)⁶, a qual estratifica a renda em classes de A a E, sendo que as classes C, D e E são as de menores rendimentos. Neste estudo, uniram-se as classes A1 e A2; B1 e B2; C, D e E porque uma vez que se faz o teste estatístico com todas as classes separadamente, o resultado fica incompatível porque o número de células com frequência esperada menor que 5 é maior que 20%. Assim, a união dessas classes aumenta o contingente em cada célula evitando este problema.

A coleta de dados ocorreu no ambulatório de diabetes do Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e em todos os Centros de Saúde de Brasília (CSB's) pertencentes à Regional Norte de Saúde: 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e Varjão. A população do estudo foi composta por usuários do serviço de saúde dos referidos centros, com diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, cadastrados nos centros mencionados.

A amostragem foi de conveniência, com inclusão dos usuários adultos e dos idosos, de ambos os sexos, que aceitaram livre e espontaneamente participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os indivíduos foram convidados a participar do estudo quando presentes nas unidades de saúde para consultas ou palestras de rotina dos serviços durante o período de março a maio de 2006.

Foi realizado teste piloto para validar o instrumento de coleta de dados no período de trinta dias de atendimento, durante as consultas de rotina da Nutrição nos CSB's 09, 11 e 14 com dezoito participantes.

Não foi possível obter uma amostra probabilística por dificuldades de cadastro, visto que este inclui o número total de pacientes da Regional Norte de Saúde e não o número de pacientes por Unidade de Saúde. Uma amostra representativa da Regional Norte deveria ser constituída de aproximadamente 350 indivíduos. Entretanto, não foi possível compor equipe de entrevistadores em número suficiente para atingir tal amostra. Todos os formulários foram aplicados por duas pesquisadoras, nutricionistas residentes, treinadas para a pesquisa. Foram aplicados em média 18 (dezoito) formulários em cada unidade de saúde, de acordo com a demanda de pacientes nos dias de coleta de dados, totalizando 162 (cento e sessenta e dois).

Assim, este estudo foi desenvolvido a partir de uma perspectiva exploratória que, mesmo não tendo poder de inferência, contribui com dados qualitativos introdutórios sobre o tema – conhecimento dos pacientes sobre a sua alimentação.

A análise dos dados foi realizada com auxílio do programa *Statistical Package for Social Sciences*[®] (SPSS[®]) da *Windows*, versão 10. A digitação dos dados foi feita em planilha *Excel*[®] e posteriormente importada para o SPSS[®]. Foram utilizadas tabelas de frequências simples e tabelas de frequências cruzadas, juntamente com o teste de independência de qui-quadrado (χ^2), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O escore de conhecimento foi estratificado em duas categorias: menos da metade ($\leq 50\%$) de acerto das questões e mais da metade ($> 50\%$) de acertos. A avaliação do grau de conhecimento foi baseada nas escalas utilizadas por Rothman et al.⁷, que considera “baixo conhecimento” um total de acertos $\leq 50\%$ das questões, e por Almeida et al.⁸, que considera “conhecimento suficiente do assunto” $\geq 70\%$ de acertos. Neste estudo, valores intermediários, 51 a 69%, foram considerados “regulares”.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal.

RESULTADOS

Dados demográficos, sociais e econômicos

A amostra foi composta por 109 mulheres (67,3%) e 53 homens (32,7%). A idade variou entre 29 e 89 anos com mediana de 61 anos. A maior pro-

porção dos participantes encontrou-se na faixa etária entre 61 e 70 anos.

Segundo critério utilizado para classificar a renda (ABEP)⁶, a maior parte dessa população encontrou-se nas classes C, D e E (tabela 1).

A distribuição dos participantes por unidade de saúde encontra-se na tabela 1. A maior parte das unidades onde foi realizado o estudo possui nutricionista em sua equipe de atendimento (66,6%). Apenas o CSB 10, o CSB 13 e o Varjão não possuem.

Tabela 1:

Frequência das características sociodemográficas e econômicas dos participantes. Brasília, 2006.

Característica	Frequência	
	n	%
Faixa etária (anos)		
Até 50	33	20,4
51 a 60	45	27,8
61 a 70	51	31,4
Acima de 70	33	20,4
Escolaridade		
Não alfabetizado	45	27,8
Ensino Fundamental incompleto	41	25,3
Ensino Fundamental completo ou mais	76	46,9
Classes de renda familiar (R\$)		
A1 e A2 (7.793,00-4.648,00)	18	11,1
B1 e B2 (2.804,00-1.669,00)	40	24,7
C, D e E (927,00-207,00)	104	64,2
Local da entrevista		
CSB 9	15	9,3
CSB 10	20	12,3
CSB 11	24	14,9
CSB 12	19	11,7
CSB 13	20	12,3
CSB 14	17	10,5
CSB 15	20	12,3
VARJÃO	10	6,2
HRAN	17	10,5

Dados sobre a doença e o tratamento

Os pacientes entrevistados tinham em média 8,8 anos de diagnóstico e 7,4 anos de tratamento.

A prevalência de pacientes que haviam recebido orientação alimentar de algum profissional da saúde até o momento da entrevista encontra-se na tabela 2. Entre os profissionais que forneceram a orientação alimentar, o nutricionista foi mencionado por 128 (79%) participantes.

Quando questionados a respeito do uso de medicamentos, verificou-se que a maior parte da popu-

lação era usuária de alguma medicação para diabetes (90,1%) e destes, 31,5% utilizavam insulina.

Tabela 2:

Frequência das informações sobre o tratamento. Brasília, 2006.

Informações	Frequência	
	n	%
Recebeu orientação alimentar de profissional da saúde		
Sim	152	93,8
Não	10	6,2
Profissional que forneceu orientação alimentar		
Nutricionista somente	94	58
Equipe* contendo nutricionista	34	21
Equipe* sem nutricionista	34	21
Medicamentos para diabetes		
Hipoglicemiante oral	100	61,7
Insulina apenas ou associada a agentes orais	46	28,4
Não toma medicamentos para diabetes	16	9,9

* Médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo.

Conhecimentos sobre alimentação

Contabilizando-se as treze (13) frases sobre conhecimento em alimentação, a média do número de acertos na amostra foi de 8,46 questões o que representa uma média de 65% de respostas corretas. A questão 13 foi a que apresentou o maior percentual de acertos (96,3%), a questão 8 foi onde ocorreu maior percentual de erro (38,9%) e de dúvida (30,2%) e a questão 10 apresentou 22,8% de respostas "não sei". Somando-se os erros e "não sei", mais da metade dos participantes não acertaram a resposta das frases 4, 7, 8 e 11 (tabela 3).

Após realizada análise do valor do "p" (tabela 4), verificou-se que não houve significância estatística ($p>0,05$) quando avaliados sexo, faixa etária, tipo de medicamento que utiliza, ter ou não recebido orientação alimentar e tempo de tratamento com o total de acertos. As únicas variáveis que demonstraram significância estatística foram: escolaridade ($p<0,001$), renda ($p=0,018$) e receber orientação alimentar do nutricionista ($p=0,046$). Os que apresentaram menor escolaridade também tinham menor renda ($p<0,001$). Os pacientes mais idosos foram os que possuíam mais tempo de diagnóstico de diabetes ($p=0,006$) e mais tempo de tratamento da doença ($p=0,026$).

Tabela 3:

Frequência das respostas no teste de conhecimento aplicado aos participantes. Brasília, 2006.

Questões	Resposta Correta	Frequência					
		Acertos		Erros		Não souberam	
		n	%	n	%	n	%
1. Glicemia é o nome da taxa de açúcar no sangue.	Verdadeira	153	94,4	1	0,6	8	5,0
2. Os carboidratos presentes nas massas e frutas aumentam a glicemia.	Verdadeira	120	74,0	10	6,2	32	19,8
3. As pessoas com diabetes podem comer todos os tipos de frutas.	Verdadeira	90	55,6	59	36,4	13	8
4. A beterraba não deve ser consumida por diabéticos.	Falsa	54	33,3	81	50	27	16,7
5. O diabético pode comer o quanto quiser de carne, já que não aumenta a glicemia.	Falsa	129	79,6	16	9,9	17	10,5
6. Carnes e leite integral aumentam o colesterol.	Verdadeira	123	75,9	24	14,8	15	9,3
7. Óleos vegetais (exemplo: óleo de soja e de girassol) não contêm colesterol.	Verdadeira	77	47,5	52	32,1	33	20,4
8. As margarinas são mais saudáveis que os óleos.	Falsa	50	30,9	63	38,9	49	30,2
9. A casca e o bagaço dos vegetais e frutas são fontes de fibras.	Verdadeira	143	88,3	1	0,6	18	11,1
10. As fibras ajudam a controlar a glicemia e o colesterol do sangue.	Verdadeira	117	72,2	8	5,0	37	22,8
11. Os alimentos diets podem ser consumidos à vontade pelos diabéticos.	Falsa	76	46,9	61	37,7	25	15,4
12. O adoçante pode ser consumido à vontade.	Falsa	90	55,6	63	38,8	9	5,6
13. Controlar o peso melhora a glicemia.	Verdadeira	156	96,3	1	0,6	5	3,1

DISCUSSÃO

Dados demográficos, sociais e econômicos

A amostra foi composta por uma parcela maior de indivíduos acima de 50 anos de idade e de idosos. Com o avançar da idade, houve uma redução no percentual de acerto das questões, que apesar de não ser significativa ($p=0,356$), mostra uma tendência de que maior idade relaciona-se com menor conhecimento. Desta forma, era esperado que o idoso errasse mais itens, pois ele possui particularidades que influem o processo educativo e que devem ser consideradas. São exemplos: menor consciência do elo dieta-doença, menor percepção do impacto da doença, poder aquisitivo comprometido, problemas de dentição, maior presença de comorbidades, uso de vários medicamentos, baixo nível de compreensão e pouca motivação⁸.

Outros estudos^{8,9} também encontraram que os jovens apresentaram mais acertos em termos de conhecimento em diabetes. Williams et al.⁹ ve-

rificaram que as mais altas médias de escores de conhecimento em diabetes foram associadas com idade mais jovem. Em estudo de Almeida et al.⁸ foi verificado que de três grupos de pacientes que tinham mais tempo de tratamento no programa de diabetes, dois eram compostos por idosos e não apresentaram resultados satisfatórios de conhecimento. O outro grupo composto por adultos jovens obteve bom nível de compreensão.

A escolaridade é um fator que altera o grau de compreensão de uma informação. A baixa escolaridade é um fator que pode influenciar negativamente a aprendizagem e o entendimento das orientações recebidas sobre a doença¹⁰. Assim, pacientes diabéticos com baixa escolaridade podem ter também pouco conhecimento sobre o autocuidado com a doença. Pelos resultados deste estudo, percebe-se uma relação positiva entre grau de escolaridade e o número de questões respondidas corretamente. Outros estudos^{9,11} também observaram um melhor nível de conhecimento em diabetes nos pacientes com mais anos de escolaridade.

Tabela 4:

Frequência do total de acertos e teste estatístico relacionado às características da amostra. Brasília, 2006.

Característica	Frequência de Acertos (%)		Teste Estatístico	
	≤50%	>50%	χ^2	p
Sexo				
Feminino	13,8	86,2	0,009	0,923
Masculino	13,2	86,8		
Recebeu orientação alimentar da equipe de saúde				
Sim	12,5	87,5	2,448	0,118
Não	30,0	70,0		
Escolaridade				
Não alfabetizado	35,6	64,4		
1º grau incompleto	4,9	95,1	25,642	<0,001
1º grau completo ou mais	5,3	94,7		
Faixa etária				
Até 50 anos	9,1	90,9		
51 a 60 anos	8,9	91,1	3,241	0,356
61 a 70 anos	15,7	84,3		
Acima de 70 anos	21,2	78,8		
Renda				
A1 e A2	5,6	94,4	8,001	0,018
B1 e B2	2,5	97,5		
C, D e E	19,2	80,8		
Medicamento para diabetes				
Não usa	19	81		
Somente agente oral	14	86	0,667	0,716
Insulina e/ou agente oral	11	89		
Orientado por				
Nutricionista somente	7,1	92,9		
Equipe contendo nutricionista	14,7	85,3	6,137	0,046
Equipe sem nutricionista	23,5	76,5		
Tempo de tratamento				
Até 5 anos	13,3	86,7	0,007	0,932
Mais de 5 anos	13,8	86,2		

Vários fatores influenciam a capacidade de aprendizagem do indivíduo e o nível econômico é um destes fatores¹². Neste estudo, pacientes com menor renda acertaram menos questões, mas isso, porque os de maior renda, também possuíam maior escolaridade. Portanto, a renda isoladamente não alterou o conhecimento. Santos e Baracho¹¹ ao avaliarem a importância da educação no controle do diabetes, observaram um melhor nível de conhecimento nos pacientes cuja renda familiar situava-se acima de 1 (um) salário mínimo. Rothman et al.⁷ encontraram mais altos escores de conhecimento em diabetes nos indivíduos que apresentaram maior escolaridade e maior renda. Encontraram também que os mais idosos, os mais pobres e os de diagnóstico mais recente (≤3 me-

ses) apresentaram mais baixos escores (≤50% de acertos).

Dados sobre a doença e o tratamento

Os participantes da pesquisa tinham em média menos de 10 anos de diagnóstico e de tratamento de diabetes. Esperava-se que os pacientes que tivessem maior tempo de diagnóstico – ou no mínimo maior tempo de tratamento – acertassem um maior número de questões, como aconteceu no estudo de Rothman et al.⁷. Contudo, neste estudo não foi encontrada relação positiva entre estas variáveis provavelmente porque os pacientes com mais tempo de doença também eram os mais idosos.

Neste estudo, os pacientes que receberam orientação de nutricionista e de equipe de saúde contendo nutricionista acertaram mais questões comparadas àqueles que tiveram orientação de equipe de saúde sem nutricionista. Este resultado mostra quão importante é a integração do nutricionista ao processo educativo dos diabéticos. Considerando-se que a orientação nutricional é importante para auxiliar o indivíduo a melhorar seus hábitos alimentares¹³ e obter um controle metabólico da doença², ela deve ser realizada logo ao se fazer o diagnóstico de diabetes e é importante que a orientação dietética seja feita por profissional tecnicamente habilitado para desenvolver programas e ações de educação nutricional, neste caso, o nutricionista¹⁴.

A nutrição adequada é um componente essencial ao controle do diabetes e envolve um tratamento que inclui a avaliação da ingestão alimentar do paciente, do estado metabólico, do estilo de vida, da disponibilidade para fazer mudanças, instruções dietéticas e acompanhamento. Devido à complexidade deste tratamento nutricional, a ADA² recomenda que pessoas com diabetes recebam cuidados de equipe multiprofissional de saúde, na qual o nutricionista proverá cuidados nutricionais de acordo com recomendações baseadas em evidências. Segundo a ADA¹⁵, resultados de estudos apontam que terapia nutricional desenvolvida por nutricionista tem reduzido os níveis de glicohemoglobina de 1-2% em diabéticos tipo 2.

Mas apesar da importância da alimentação para o tratamento, sabe-se que muitos desses indivíduos não têm acompanhamento nutricional. Além disso, poucas unidades básicas de saúde contam com o nutricionista, ficando para médicos e enfermeiros a responsabilidade de orientar a alimentação. Estes referem dificuldade em identificar e lidar com os problemas alimentares de seus pacientes, além do pouco tempo de consulta¹⁴.

Em relação à medicação, esperava-se que os pacientes que utilizassem medicamentos acertassem mais questões. Isto porque o fato do paciente tomar um medicamento e principalmente usar insulina, requer que ele conheça mais sobre a doença e principalmente sobre a alimentação, já que há uma influência recíproca entre os dois. Esta hipótese não foi confirmada nesta pesquisa. Contudo, Almeida et al.⁸ em um estudo sobre avaliação do conhecimento de diabéticos sobre a doença, verificaram que em relação às questões sobre nutrição os resultados não foram satisfatórios; apenas os grupos compostos por adultos jovens usuários de insulina obtiveram um bom nível de compreensão

sobre alimentação. Rothman et al.⁷ também encontraram maiores escores de conhecimento em diabetes entre os usuários de insulina.

Teste de conhecimento

A seguir, serão feitos breves comentários sobre as questões que suscitaram mais erros ou dúvidas:

- Consumo de frutas e vegetais: este estudo mostrou que uma grande parte não acertou ou não sabia a resposta para a pergunta 3 (44,4%) e nem para a 4 (66,7%). A crença de que o diabético não pode comer alimentos com sabor mais adocicado, tais como a beterraba e alguns tipos de frutas não têm embasamento científico. Frutas e vegetais não são mais ricas em carboidratos que quantidades isocalóricas de alimentos como arroz, pães e bolachas. Além disso, são alimentos ricos em energia, fibras, vitaminas e minerais e são importantes para a palatabilidade da dieta. Não há restrição a nenhum tipo de fruta ou vegetal e restrições desnecessárias não são recomendadas¹⁵.

- Tipos de gorduras alimentares (questões 7 e 8): o diabetes tipo 2 está associado a aumento do risco de doença cardiovascular, que é a maior causa de morte entre os diabéticos². E a dislipidemia é um dos bem reconhecidos e modificáveis fatores de risco cardiovasculares neste grupo¹. Sendo assim, estes pacientes precisam saber reconhecer as gorduras benéficas e aquelas que aumentam o risco de doença cardiovascular. Dentre as benéficas encontram-se os óleos vegetais em geral (soja, milho, girassol, canola, etc.), óleo de peixes, linhaça e nozes¹⁶.

Algumas margarinas são fontes de gordura trans (ácido eláidico 18:1 ômega-9 forma trans), produto da hidrogenação de óleos vegetais¹⁶ que contribui para redução da lipoproteína de alta densidade (HDL) e aumento da lipoproteína de baixa densidade (LDL). LDL elevada representa o maior fator de risco para doença cardiovascular e o HDL, proteção². Dessa forma, margarinas não são mais saudáveis que os óleos.

Sobre as gorduras saturadas (questão 6), existiu boa compreensão de que as principais fontes, carnes e leite/derivados integrais¹⁶ aumentam o colesterol sanguíneo². Diabéticos que ingerem mais altas quantidades de gordura saturada apresentam mais risco cardiovascular se comparados a indivíduos não diabéticos. Por isso, diabéticos precisam reduzir a ingestão de alimentos ricos neste tipo de gordura¹⁶.

- Fibras alimentares (questões 9 e 10): neste item, o grau de acerto foi satisfatório. Segundo a ADA, pessoas com diabetes devem ser encorajadas a consumir uma variedade de alimentos contendo fibras. Um elevado consumo de fibras (~50g fibra/dia) por diabéticos tipo 2 está associado a uma redução na glicemia, na hiperinsulinemia e na lipemia¹⁵.
- Alimentos dietéticos (questões 11 e 12): os adoçantes alternativos são muito consumidos pelos diabéticos e são importantes no plano dietético quando ele proporciona ao paciente um sabor doce, semelhante ao açúcar, sem acréscimo de calorias. Para os pacientes com diabetes, esses adoçantes tornam-se uma boa opção de consumo em substituição à sacarose¹⁷. Contudo, existe limite para consumo¹⁵ e nesta pesquisa verificou-se que mais da metade dos participantes acredita que tanto os adoçantes quanto os alimentos dietéticos (*diets*) podem ser consumidos à vontade.

Em estudo realizado por Assunção et al.¹⁸, verificou-se que os adoçantes alternativos são amplamente utilizados pelos diabéticos e que eles não ultrapassam as recomendações diárias estabelecidas. Contudo, não consideraram o conteúdo de adoçantes dos alimentos dietéticos. Também verificaram que os entrevistados não possuíam qualquer orientação sobre a dose máxima de consumo dos adoçantes.

Os alimentos dietéticos podem ser fontes consideráveis de calorias e gorduras, como por exemplo, o chocolate. Por isso, é importante que os pacientes sejam esclarecidos sobre qualidade dos produtos dietéticos e a quantidade a ser consumida.

Considerações sobre o conhecimento em alimentação no diabetes

O percentual de acerto das questões (65%) foi regular considerando que foi mais da metade. No entanto, questões importantíssimas no tratamento alimentar tais como fibras, vegetais, frutas, gorduras, adoçantes e alimentos dietéticos obtiveram um percentual elevado de erros ou “não sei”. Isso é importante para se conhecer em que assunto o grupo tem mais dúvidas e, a partir daí, procurar enfatizar e solucionar as principais deficiências de conhecimento.

Considerando-se que a maioria dos participantes já recebeu orientações sobre alimentação, por que eles ainda têm tantas dúvidas ou erraram questões simples sobre o assunto? Possivelmente, de-

vido à baixa escolaridade do grupo. Desta forma, o analfabetismo ou poucos anos de estudo é um problema social que vai refletir na saúde do indivíduo. Isso é um aspecto a ser levantado e discutido, pois os profissionais de saúde, sozinhos, não conseguirão desenvolver processos educativos efetivos sobre diabetes, alimentação e saúde em geral com estes indivíduos. É preciso que se utilizem técnicas, linguagem e materiais didáticos apropriados a quem não sabe ler, escrever ou tem limitações para o aprendizado¹². Uma sugestão para que estes objetivos sejam alcançados é identificar o comportamento alimentar do paciente e realizar intervenção nutricional que pode ser, por exemplo, em grupo onde os participantes possam trocar experiências^{12,13} e sentirem-se mais confortáveis ao saberem que não estão sós¹². Pode-se enriquecer o processo de transmissão de conhecimento com utilização de dinâmicas pedagógicas¹³ e de grupos operativos (enriquecidos por jogos educativos), onde os participantes possam trocar e construir conhecimentos acerca da doença¹⁹.

Dentre os padrões para que o diabético tenha sucesso em seu tratamento está a adequação da equipe para desenvolver o processo educativo na área da saúde. A qualidade desse processo requer profissionais que tenham uma educação continuada em diabetes. Estratégias educacionais e intervenções comportamentais fazem parte da preparação básica. Os profissionais precisam aliar sua experiência de trabalho com contínuos estudos na área de educação em saúde²⁰.

Aspectos básicos devem compor o planejamento de processos educativos: conhecer os clientes (seu ambiente físico, socioeconômico, cultural e familiar), propiciar participação ativa, clareza do método a ser utilizado e avaliações periódicas das ações educativas. Este conjunto poderá propiciar um conhecimento “motivacional” para mudança de comportamento e um conhecimento sobre “como fazer” para alcançar os objetivos do tratamento²¹.

O importante é que haja um programa educacional contínuo, com um currículo mínimo de temas necessários ao planejamento adequado da alimentação e com metodologia apropriada para se obter resultados efetivos²².

CONCLUSÕES

O grupo de indivíduos com diabetes tipo 2, cadastrados na Regional Norte de Saúde de Brasília-DF, apresentou um conhecimento regular, com

uma média de 65% de acertos das questões sobre alimentação e diabetes. Ocorreram dúvidas em itens importantes do tratamento dietético, como em relação aos vegetais, às frutas, às fibras, aos tipos de gorduras, aos adoçantes e aos alimentos dietéticos.

A escolaridade e a orientação alimentar realizada pelo nutricionista foram os fatores que mais contribuíram ao conhecimento sobre alimentação dos pacientes diabéticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Viggiano CE. Prevalência, fatores de risco, complicações e tratamento do diabetes melito. *Nutr Brasil*. 2003;2(2):96-104.
2. American Diabetes Association. Standardy of medical care in diabetes-2006. *Diab Care*. 2006; 29 (suppl.1):4-42.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
4. Anderson RM, Funnell MM, Butler PM, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste CC. Patient empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diab Care*. 1995; 18(7):943-949.
5. Pellanda LC, Canani LHS, Zimmer PM, Karohl C, Hidalgo, MP, Silveira SM, et al. Grau de conhecimento sobre diabetes mellitus: um estudo populacional. *Rev AMRIGS*. 1989; 33(4):322-326.
6. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil. 2003. Disponível em: http://www.abep.org/codigosguias/ABEP_CCEB.pdf. Acessado em 04/abr/2005.
7. Rothman RL, Malone R, Bryant B, Wolfe C, Padgett P, DeWalt DA et al. The spoken knowledge in low literacy in diabetes scale. *The Diab Educ*. 2005; 31(2):215-224.
8. Almeida HGG, Takahashi OC, Haddad MCL, Guariente MHDM, Oliveira ML. Avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar. *Rev Lat-Am Enf*. 1995; 3(2):145-164.
9. Williams MV, Baker DW, Parker, RM, Nurs JR. Relationship of functional health literacy to patients knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998; (158):166-172.
10. Guimarães FPM, Takayanagui AMM. Orientações recebidas do serviço de saúde por paciente para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Nutr*. 2002; 15(1):37-44.
11. Santos MGN, Baracho MFP. Educação em diabetes: uma experiência no hospital do Crutac, UFRN, Sto. Antônio, RN. *RBAC*. 1995; 27(2):57-60.
12. Santos RB. A equipe de saúde e o auto-cuidado numa perspectiva interdisciplinar em diabetes mellitus, hipertensão arterial e obesidade. *Diab Clin*. 2002; 6(5):368-373.
13. Pina de Andrade GK, Silva RP, Lopes EC da S. Programa de educação alimentar para pacientes diabéticos. *Diab Clin*. 2003; 7(5):351-357.
14. Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. *Cad Saúde Publica*. 1999; 15(suppl. 2):139-147.
15. American Diabetes Association. Nutrition recommendations and interventions for diabetes-2006. *Diab Care*. 2006; 29(9):2140-2157.
16. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chasson JL, Garg A, et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. *Diab Care*. 2002; 25(1):148-198.
17. Castro AGP, Franco LJ. Caracterização do consumo de adoçantes alternativos e produtos dietéticos por indivíduos diabéticos. *Arq Bras End Metab*. 2002; 46(3):280-287.
18. Assunção MCF, Andersson GB, Cavalcanti ZC de H. Uso de adoçantes alternativos pelos diabéticos. *JBM*. 1994; 67(5/6):62-69.
19. Torres HC, et al. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(4):1039-1047.
20. Mensing C, Boucher J, Cypress M, Weinger K, Mulcahy K, Barta P, et al. National standards for diabetes self-management education. *Diab Care*. 2006; 29(suppl. 1):78-85.

21. Contento IR, Randell JS, Basch CE. Review and analysis of evaluation measures used in nutrition education intervention research. *JNEB*. 2002; 34(1):2-25.
 22. Nascimento MAB. Avaliação de uma proposta de educação nutricional para portadores de diabetes mellitus tipo 2. [Mestre] Brasília: Universidade de Brasília, 2003.
-