



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE

UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE

CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

PAULA JOELMA DE QUEIROZ NOGUEIRA

**CONHECIMENTO *VERSUS* INGESTÃO ALIMENTAR ADEQUADA
EM INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO
PORTE DO CURIMATAÚ PARAIBANO**

CUITÉ/PB

2015

PAULA JOELMA DE QUEIROZ NOGUEIRA

**CONHECIMENTO *VERSUS* INGESTÃO ALIMENTAR ADEQUADA EM
INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EM UMA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO
CURIMATAÚ PARAIBANO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
obrigatório para obtenção de título de Bacharel em
Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Orientadora: Prof. Msc. Ana Paula de Mendonça
Falcone

Cuité/PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Msc. Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

N778c Nogueira, Paula Joelma de Queiroz.

Conhecimento versus ingestão alimentar adequada em indivíduos com diabetes tipo 2 atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em um município de pequeno porte do Curimataú paraibano. / Paula Joelma de Queiroz Nogueira. – Cuité: CES, 2015.

63 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Nutrição) – Centro de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Ana Paula de Mendonça Falcone.

1. Diabetes mellitus. 2. Terapia nutricional. 3. Ingestão alimentar. 4. Consumo alimentar I. Título.

CDU 616.379-008.64

PAULA JOELMA DE QUEIROZ NOGUEIRA

CONHECIMENTO *VERSUS* INGESTÃO ALIMENTAR ADEQUADA EM
INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO CURIMATAÚ
PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade
Federal de Campina Grande, como requisito
obrigatório para obtenção de título de Bacharel em
Nutrição, com linha específica em Nutrição Clínica.

Aprovado em _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Msc. Ana Paula de Mendonça Falcone
Universidade Federal de Campina Grande
Orientador

Prof^ª. Msc. Mayara Queiroga Barbosa
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Prof^ª. Msc. Raphaela Araújo Veloso Rodrigues
Universidade Federal de Campina Grande
Examinador

Cuité/PB

2015

À Deus,
Aos meus pais, irmãos,
E à meu noivo,
Dedico.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar a **Deus**, pelo dom da vida, pela sua infinita bondade e por ter me dado força, coragem e ensinamentos nesta caminhada que se conclui;

Aos meus pais, **José Bessa Nogueira Sobrinho e Josefa Zélia de Queiroz Nogueira**, por todo amor, carinho, dedicação, pelos seus princípios e exemplos de luta. Obrigada pela oportunidade, por acreditarem sempre em mim e me apoiarem em todos os momentos;

Aos meus irmãos, **Josias Queiroz, Joélia Queiroz e Joeudes Queiroz**, que mesmo estando distantes, sempre me apoiaram e acreditaram em mim;

À meu noivo, **José Filho**, pessoa que, embora distante, esteve sempre me apoiando, me oferecendo muito amor, carinho, dedicação e confiança. Obrigada por fazer parte da minha vida e por partilhar dessa conquista comigo;

À minha orientadora **Ana Paula de Mendonça Falcone**, pela confiança em mim depositada, por sua paciência, dedicação e eficiência, pelas palavras de incentivo e oportunidades a mim concedidas;

Às professoras **Mayara Queiroga Barbosa e Raphaela Araújo Veloso Rodrigues**, as quais compõem a banca avaliadora deste trabalho, pelas suas valiosas contribuições;

À professora **Elieidy Gomes**, que também teve sua contribuição no planejamento e construção inicial deste trabalho;

Aos demais **docentes do Curso de Bacharelado em Nutrição**, pelos conhecimentos repassados;

Às minhas amigas, **Jaqueline Costa, Jussara Dias, Allane Costa e Kerollayne Fonseca**, por terem sido não apenas colegas de turma, mas principalmente amigas, companheiras presentes nos momentos de alegrias e dificuldades;

Aos demais colegas de turma, **Vívia Medeiros, Manuella Italiano, Mirelly Alcântara, Laís Martins, Luan dos Santos e Laize Guilherme**, pelos momentos de brincadeiras, de descontrações e pela união mantida durante toda essa história acadêmica;

À **Mikaelle Albuquerque, Natália Ferreira e Ismênia Marayre**, companheiras de moradia da Residência Universitária, as quais tenho um sincero carinho e consideração. Obrigada pelo companheirismo, atenção, pelos conhecimentos compartilhados e principalmente pelos momentos de descontrações;

Aos demais **colegas de residência**, pela boa convivência, pelas conversas, ajudas e confidências;

À **Diana**, funcionária da Residência Universitária, pelo seu cuidado e prestatividade;

À **toda equipe da Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio**, pela recepção no decorrer da minha pesquisa e, em especial aos **Agentes Comunitários de Saúde**, que se mostraram sempre muito prestativos a me ajudarem diante de qualquer dificuldade;

Aos **diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde**, pela atenção e receptividade em suas moradias, por ter contribuído grandiosamente ao participar da pesquisa;

À todos estes, os meus sinceros agradecimentos!

Não existem sonhos impossíveis para aqueles que realmente acreditam que o poder realizador reside no interior de cada ser humano. Sempre que alguém descobre esse poder, algo antes considerado impossível se torna realidade.

Albert Einstein

RESUMO

NOGUEIRA, P. J. Q. **Conhecimento versus ingestão alimentar adequada em indivíduos com diabetes tipo 2 atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em um município de pequeno porte do curimataú paraibano.** 2015. 63f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2015.

O Diabetes Mellitus é uma doença crônica degenerativa, de etiologia múltipla, causada pela completa ou parcial deficiência da insulina produzida pelo pâncreas e/ou diminuição de sua ação nos tecidos, prejudicando o metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios. O diabetes está associado a complicações em vários órgãos, tornando necessário o cuidado para o controle da glicemia e melhora na qualidade de vida. Dessa forma, dentre outras medidas, a adoção de uma prática alimentar adequada torna-se fundamental ao tratamento da patologia e exige que o paciente tenha o conhecimento adequado sobre essa terapia nutricional para que possa manter o autocuidado no diabetes. Neste aspecto, este estudo objetivou observar o conhecimento de diabéticos a respeito da alimentação adequada no diabetes e relacioná-lo com a prática alimentar cotidiana. Ancorou-se metodologicamente em um estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com 40 diabéticos atendidos por uma Unidade Básica de Saúde, do município de Cuité/ PB. Os dados foram coletados por meio de visita domiciliar durante os meses de outubro e novembro de 2014, utilizando-se como instrumento de coleta dos dados um questionário semiestruturado, que abordava a caracterização sócio demográfica, o conhecimento e a prática alimentar da população estudada sobre a alimentação adequada no diabetes. A amostra do estudo foi composta em sua maioria por idosos, do sexo feminino, casados, aposentados, de baixa escolaridade e renda. Os resultados da pesquisa demonstram conhecimento inadequado e comportamento incorreto pela maioria dos entrevistados, em relação ao número de refeições diárias e intervalo entre as refeições. Resultados favoráveis quanto ao conhecimento adequado e prática alimentar correta identificados pela maioria dos participantes referem-se ao volume indicado das refeições e ao consumo de frutas. Já em relação ao consumo de legumes, verduras e alimentos integrais, apesar dos entrevistados terem ciência da indicação de seu consumo, observou-se um percentual reduzido dos que os consomem. Em relação ao consumo de açúcares, doces, demais alimentos ricos em açúcar e gordura animal, a maioria dos entrevistados sabem que estes alimentos devem ser restritos, muito embora os comportamentos referentes a estes aspectos da alimentação tenham se mostrado insatisfatórios. O conhecimento a respeito da indicação de alimentos *diet* no

diabetes mostrou-se deficiente e observou-se uma baixa frequência no seu consumo pela maioria dos diabéticos. Diante do exposto, pode-se concluir que o estudo possibilitou um aporte de informações que servirão de subsídio para promoção do conhecimento e estímulo a uma prática alimentar adequada á essa população.

Palavras-chaves: Diabetes Mellitus; Terapia nutricional; Ingestão alimentar; Consumo alimentar.

ABSTRACT

NOGUEIRA, P. J. Q. Knowledge versus adequate food intake in subjects with type 2 diabetes treated in a primary care unit in a small city of Paraiba Curimataú. 2015. 63f. Work Completion of course (Undergraduate Nutrition) - Federal University of Campina Grande, Cuité, 2015.

Diabetes Mellitus is a chronic degenerative disease of multiple etiology, caused by complete or partial deficiency of insulin produced by the pancreas and / or decrease of their action on the tissues, damaging the metabolism of carbohydrates, proteins and lipids. Diabetes is associated with complications in various organs, making necessary the care for blood glucose control and improved quality of life. Thus, among other measures, the adoption of appropriate feeding practices is fundamental to the treatment of disease and requires the patient to have adequate knowledge about this nutritional therapy so you can keep the self-care in diabetes. In this respect, this study aimed to observe the knowledge of diabetic about proper nutrition in diabetes and relate it to everyday eating habits. It is methodologically anchored in a quantitative, descriptive and cross-sectional study performed in 40 diabetic patients assisted by a Basic Health Unit, from the city of Cuité / PB. The data was collected through home visits during the months of October and November 2014, using as data collection instrument a semi-structured questionnaire, which addressed the sociodemographic characteristics, knowledge and eating habits of the population studied on adequate food in diabetes. The study sample was composed mostly of elderly, female, married, retired, low education and income. The survey results demonstrate inadequate knowledge and incorrect behavior by the majority of the interviewed, compared to the number of daily meals and between meals. Favorable results regarding the proper knowledge and proper feeding practices identified by most participants refer to the above volume of meals and consumption of fruit. In relation to the consumption of vegetables and whole foods, despite the interviewed having the knowledge about the indication of consumption, there was a small percentage of those who consume them. Regarding the consumption of sugars, sweets, other foods high in sugar and animal fat, the majority of respondents know that these foods should be restricted, although the behaviors relating to these aspects of diet have been shown to be unsatisfactory. Knowledge about the diet food indication in diabetes was shown to be deficient and a low frequency was observed in their consumption by most diabetics. Given the above, it can be concluded that the study

allowed a contribution of information that will be used as subsidy for the promotion of knowledge and encouragement to an aliment practice adequate to this population.

Keywords: Diabetes Mellitus; Nutritional therapy; Food intake; Food consumption.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição percentual dos diabéticos quanto ao consumo dos diferentes tipos de frutas.....	37
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, de acordo com sexo e faixa etária.....	29
Tabela 2 – Distribuição dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, de acordo com as características sócio demográficas.....	31
Tabela 3 – Conhecimento e prática alimentar dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao número de refeições diárias.....	32
Tabela 4 – Conhecimento e prática alimentar dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao intervalo entre as refeições.....	34
Tabela 5 – Conhecimento e prática alimentar dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao volume das refeições.....	35
Tabela 6 – Conhecimento dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, em relação ao consumo de frutas.....	35
Tabela 7 – Conhecimento dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, em relação ao consumo inadequado de alguns tipos de frutas.....	36
Tabela 8 – Consumo de frutas pelos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca.....	36
Tabela 9 – Conhecimento dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao consumo diário de legumes e verduras.....	38
Tabela 10 – Consumo de legumes e verduras pelos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca.....	38
Tabela 11 – Conhecimento e prática dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao uso de alimentos integrais e refinados.....	39
Tabela 12 – Conhecimento e prática dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao uso do açúcar e do adoçante.....	40
Tabela 13 – Conhecimento e prática dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica	

de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao consumo de doces e alimentos ricos em açúcar.....	41
Tabela 14 – Conhecimento dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao uso de alimentos <i>diet</i>	41
Tabela 15 – Consumo de alimentos <i>diet</i> pelos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca.....	42
Tabela 16 – Conhecimento e prática alimentar dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao consumo de alimentos em gordura animal.....	42

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS

dL – Decilitro

g – Grama

mg – Miligrama

% - Por cento

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ACS's – Agentes Comunitários de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM – Diabetes Mellitus

FAO – Food and Agriculture Organization

MS – Ministério da Saúde

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

SPSS – Statical Pancage for the Social Sciences

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Campina Grande

VET – Valor Energético Total

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
3 REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1 DIABETES	19
3.2 TERAPIA NUTRICIONAL NO DIABETES	21
3.3 ADEÇÃO AO TRATAMENTO.....	23
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	26
4.1 TIPO DE PESQUISA	26
4.2 LOCAL DA PESQUISA	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	26
4.5 COLETA DOS DADOS.....	27
4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	27
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA	29
5.2 RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	32
5.2.1 Número de refeições diárias	32
5.2.2 Volume e intervalo entre as refeições	33
5.2.3 Consumo de frutas.....	35
5.2.4 Consumo de legumes e verduras	38
5.2.5 Consumo de alimentos integrais e alimentos refinados	39
5.2.6 Uso do açúcar e do adoçante.....	39
5.2.7 Consumo de doces e alimentos ricos em açúcar.....	40
5.2.8 Consumo de alimentos <i>diet</i>	41
5.2.9 Consumo de alimentos ricos em gordura animal	42
6 CONCLUSÃO	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	50
ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos o Brasil tem passado por significativo processo de transição epidemiológica, caracterizado pela redução na incidência e prevalência de doenças infectocontagiosas e aumento das doenças crônicas degenerativas, trazendo como consequência a mudança no perfil de morbimortalidade da população.

Dentre estas doenças, o Diabetes Mellitus (DM) destaca-se como um importante problema de saúde pública. Trata-se de um distúrbio metabólico causado pela completa ou parcial deficiência da insulina produzida pelo pâncreas e/ou diminuição de sua ação nos tecidos, prejudicando o metabolismo dos carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas e minerais (TORRES; FERNANDES; CRUZ, 2007). Segundo Cruz, Melo e Barbosa (2011), o diabetes está associado a complicações em vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2014), o DM pode ser subdividido em DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos específicos. O diabetes tipo 1, é a forma presente em 5% a 10% dos casos e caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina. O diabetes mellitus tipo 2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina. Este tipo de diabetes pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticada após os 40 anos. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, porém podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado.

Quanto ao tratamento da doença, compreende basicamente dois conjuntos de medidas, as medicamentosas e as não medicamentosas. O tratamento não medicamentoso inclui a adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, controle do peso corporal, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

O cuidado em controlar a glicemia favorece a qualidade de vida, e para atingir o controle glicêmico, além do reconhecimento da hiperglicemia e hipoglicemia, o diabético precisa tomar seu medicamento regularmente quando a terapia medicamentosa for necessária, controlar a dieta e praticar atividade física, para evitar o aparecimento das complicações crônicas ou reduzir a incidência da doença (CRUZ; MELO; BARBOSA, 2011).

As mudanças no comportamento do paciente diabético em relação a sua alimentação e estilo de vida são fortemente influenciadas pelo conhecimento do significado da doença, dos seus sintomas, riscos e medidas de controle. O conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença é a base do cuidado para se conseguir o controle adequado do diabetes, mas a aquisição do conhecimento, necessariamente, não se traduz em mudança de comportamento (CRUZ; MELO; BARBOSA, 2011).

Diante das consequências desta patologia e a importância da dieta na evolução e tratamento da doença, qual o nível de conhecimento da alimentação adequada e sua influência na adesão a terapia alimentar no diabetes?

Considera-se que a maioria dos portadores de diabetes, pelo convívio com a doença, vai, com o passar do tempo, obtendo o conhecimento das práticas adequadas de autocuidado, o que facilitaria a adesão e, conseqüentemente, o tratamento da doença. No entanto, existem fatores que socioeconômicos, cultura, hábitos e preferências alimentares, que podem interferir na adesão a uma dieta adequada.

O diabetes é uma patologia muito prevalente que acarreta consequências significativas na vida das pessoas, consequências estas que poderiam ser evitadas com a adoção de uma alimentação adequada e estilos de vida mais saudáveis. Diante disso, percebe-se a necessidade de pesquisas e estudos com aprofundamento neste tema, de forma a quantificar o conhecimento e interesse da população diabética a respeito da terapia nutricional no manejo desta doença e a partir daí, identificar as carências passíveis de intervenção por parte de profissionais da área da saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar o conhecimento dos indivíduos com DM tipo 2, atendidos em uma Unidade Básica de Saúde do município de Cuité/PB, a respeito da alimentação adequada no diabetes e a relação deste conhecimento com a prática alimentar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar o conhecimento e o comportamento dos aspectos da alimentação, como, número de refeições diárias, quantidade, fracionamento e tipos de alimentos;
- Verificar os alimentos considerados adequados ao consumo dessas pessoas com diabetes;
- Verificar o comportamento alimentar;
- Analisar fatores socioeconômicos que podem interferir na alimentação destes indivíduos.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DIABETES

O novo perfil da população brasileira revela uma fase de transição epidemiológica caracterizada pelo predomínio das doenças crônicas, cuja morbimortalidade associa-se com a alimentação, nutrição e estilo de vida (PEREIRA et al., 2009). O DM destaca-se entre estas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e consiste em um transtorno metabólico, de etiologia múltipla, caracterizado por hiperglicemia crônica e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e lipídios, resultante de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina pelas células beta pancreáticas, causando diminuição da captação de glicose pelos tecidos periféricos. Apresenta um impacto considerável como problema de saúde pública pela morbidade, mortalidade e custos no seu tratamento, acarretando uma grande carga econômica e social pela sua associação com complicações agudas e crônicas que levam os indivíduos a hospitalizações, incapacidade, comprometimento da produtividade e à morte (LAGACCI et al., 2008; OLIVEIRA; FRANCO, 2010; FERREIRA et al., 2011; BRASIL, 2013).

Em 1985 estimava-se haver 30 milhões de adultos com DM no mundo. Em 1995 esse número cresceu para 135 milhões e atingiu 173 milhões de diabéticos em 2002, com projeção de atingir 300 milhões em 2030. Cerca de dois terços dos casos consistem em indivíduos que vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemiologia apresenta-se em maior intensidade. A incidência e prevalência desta doença vem aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com diabetes (SBD, 2014).

A classificação do diabetes inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1, DM tipo 2, DM gestacional e outros tipos específicos de diabetes. O diabetes tipo 1 é a forma presente em 5% a 10% dos casos e resulta da destruição das células beta pancreáticas com consequente deficiência de insulina (SBD, 2014). É também conhecida como diabetes insulino dependente e atinge na maioria das vezes, crianças ou jovens, podendo também aparecer em menor número em adultos e até em idosos (LIMA; SANTANA, 2011). Os principais sintomas são polidipsia e poliúria. Outros sintomas frequentemente encontrados são fadiga, perda de peso, dor abdominal, formigamentos e dormências, cansaço doloroso nas pernas, câimbra, nervosismo, indisposição, desânimo, visão turva e enurese (LIMA et al., 2013).

O DM tipo 2 é a forma mais prevalente, presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina, podendo ocorrer em qualquer

idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não são dependentes de insulina exógena para sobrevivência, porém podem necessitar de tratamento com insulina para a obtenção de um controle metabólico adequado (SBD, 2014). No momento do diagnóstico, o paciente apresenta desde um predomínio de resistência a insulina até um déficit expressivo na secreção deste hormônio, o que pode levar a necessidade da insulino terapia. Na maioria dos casos, a resistência à insulina acontece anos antes do desenvolvimento da doença. A maioria dos pacientes com diabetes tipo 2 não mostram os sintomas de hiperglicemia, sendo os sintomas mais comuns a sede excessiva, fadiga, sintomas neurológicos e turvação da visão (LIMA et al., 2013).

O DM gestacional é considerado qualquer intolerância à glicose, associado tanto a resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Esse tipo de diabetes é similar ao DM tipo 2 e não exclui a possibilidade de a condição existir antes da gravidez. Outros tipos específicos e menos comuns de diabetes podem acontecer, cujas causas podem ser por defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, indução por medicamentos ou agentes químicos, infecções, síndromes genéticas associadas à diabetes e formas incomuns de diabetes autoimune (SBD, 2014).

De acordo com BRASIL (2013) e a SBD (2014), os critérios para diagnóstico do diabetes são glicemia de jejum igual ou superior a 126 mg/dL; glicemia igual ou superior a 200 mg/dL 2 horas após sobrecarga de 75g de glicose; ou glicemia casual igual ou superior a 200 mg/dL, associada aos sintomas de poliúria, polidipsia, polifagia e perda acentuada de peso.

O diabetes está associado a complicações em vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos (CRUZ; MELO; BARBOSA, 2011), estando estas complicações relacionadas com o grau de controle metabólico, de forma que, quanto maior o controle metabólico no diabetes, menor será a incidências das complicações advindas desta patologia (LAGACCI et al, 2008).

A presença de hiperglicemia está frequentemente acompanhada de dislipidemia, obesidade abdominal, hipertensão arterial e disfunção endotelial (CARVALHO et al, 2012) No decorrer dos anos, a hiperglicemia prolongada promove o desenvolvimento de lesões orgânicas extensas e irreversíveis, afetando os olhos, os rins, os nervos, os vasos de pequeno e grande calibre, assim como a coagulação sanguínea. Os níveis de glicose sanguínea elevados por longo período são tóxicos ao organismo por três mecanismos diferentes, sendo estes a

glicação das proteínas, a hiperosmolalidade e o aumento dos níveis de sorbitol dentro da célula (NETTO et al., 2009).

3.2 TERAPIA NUTRICIONAL NO DIABETES

O objetivo do tratamento do diabetes consiste em controlar a doença, de modo a prevenir ou retardar complicações, e, sobretudo, a mortalidade. Quando se consegue controlar a doença, observa-se uma melhor qualidade de vida com autonomia (STUHLER, 2012).

O tratamento compreende basicamente dois conjuntos de medidas, as medicamentosas e as não medicamentosas. O tratamento não medicamentoso inclui a adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, controle do peso corporal, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares (BRASIL, 2013).

O plano alimentar para a pessoa diabética deverá ser nutricionalmente adequado, não se diferenciando da alimentação saudável e equilibrada indicada a todo indivíduo saudável; ser individualizado de acordo com as necessidades para idade, sexo, estado fisiológico, estado metabólico, atividade física e doenças intercorrentes; estar adequada aos hábitos socioculturais, situação econômica, disponibilidade de alimentos e demais características individuais; fornecer energia em quantidade suficiente para obtenção e/ou manutenção do peso corporal adequado; e promover o controle metabólico da glicose, dos lipídios plasmáticos, dos níveis pressóricos e à prevenção de complicações (LIMA et al., 2013).

Recomenda-se que o plano alimentar seja fracionado em seis refeições diárias, sendo estas três principais e três lanches (SBD, 2014). A manutenção de uma alimentação em horários regulares é importante como forma de evitar hipoglicemia, devido ao longo período de tempo sem glicose no organismo (CRUZ; MELO; BARBOSA, 2011). Além disso, o fracionamento adequado das refeições colabora para o controle da saciedade, previne uma sobrecarga metabólica e atua no controle, manutenção ou diminuição do peso corporal (BARBIERI et al, 2012).

Os carboidratos deverão compor 45% a 60% do Valor Energético Total (VET) da dieta (SBD, 2014), dando-se preferência aos carboidratos complexos, por serem ricos em fibras e apresentarem baixo índice glicêmico (LIMA et al., 2013). O paciente deve ingerir seis ou mais porções diárias de alimentos ricos em carboidratos, dar preferência aos alimentos integrais, manter uma alimentação rica em fibras, vitaminas e minerais, com um consumo

diário de duas a quatro porções de frutas e de três a cinco porções de hortaliças (CRUZ; MELO; BARBOSA, 2011).

A quantidade recomendada de fibras na dieta deve ser de no mínimo 20 g por dia. O consumo de fibras solúveis está associado à melhora do controle glicêmico e à redução da concentração de lipídios plasmáticos em pessoas com diabetes, enquanto as fibras insolúveis promovem a saciedade e o controle do peso corporal (SBD, 2014).

As proteínas devem compor 15% a 20% do VET para portadores de diabetes com função renal normal, dando-se preferência às fontes proteicas de boa qualidade biológica e de fácil digestibilidade, como carnes magras (bovina, aves, peixes), soja, leite, queijos e iogurtes de baixo teor de gordura. As leguminosas (feijões, ervilha, lentilha, grão de bico, fava), os cereais integrais e oleaginosos (nozes, castanha do Brasil, amêndoa, avelã, macadâmia, pistache) devem complementar a oferta de aminoácidos (SBD, 2014).

Ainda de acordo com a SBD (2014), a ingestão de lipídios deve ser de até 30% VET, sendo que a ingestão de ácidos graxos saturados, ácidos graxos trans, ácidos graxos poli-insaturados e colesterol devem ser, respectivamente, menos de 7% do VET, igual ou inferior a 2g/dia, até 10% do VET e menos de 200mg/dia. A ingestão de monoinsaturados, por sua vez, dever ser completada de forma individualizada. Cruz, Melo e Barbosa (2011) acrescentam que o paciente deve preferir o consumo de peixe por ser fonte de ômega-3 e evitar carnes gordas, embutidos, laticínios, frituras, gordura de coco, doces e alimentos refogados ou temperados em excesso de óleo e gordura.

É importante ressaltar que a maioria dos alimentos ricos em açúcar são também ricos em gordura e, dessa forma, seu consumo aumentado eleva o risco de doenças cardiovasculares e obesidade, além de apresentarem também a desvantagem de possuir baixo teor de fibras, vitaminas e minerais (LOTTENBERG, 2008).

Os adoçantes exercem papel relevante na alimentação, uma vez que conferem doçura aos alimentos com pouca ou nenhuma caloria. Apesar destes produtos não serem necessários para o controle metabólico do diabetes, apresentam um papel significativo no aspecto psicológico destes pacientes e proporcionam a palatabilidade e o prazer do sabor doce (BRITO, BUZO, SALADO, 2009; OLIVEIRA, FRANCO, 2010). De acordo com a SBD (2014), foi aprovado o uso de acesulfame K, aspartame, sacarina sódica e sucralose. Estes adoçantes foram submetidos à rigorosa análise, mostrando-se seguros, desde que seu consumo esteja de acordo com a Ingestão Diária Aceitável (IDA).

Os alimentos dietéticos são definidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 1998) como os alimentos especialmente formulados ou processados, nos quais

sofrem modificações no conteúdo de nutrientes, adequados à utilização em dietas, diferenciadas e ou opcionais, visando atender às necessidades de pessoas em condições metabólicas e fisiológicas específicas.

O uso destes alimentos pode ser recomendado, considerando-se o seu conteúdo calórico e de nutrientes. Vale ressaltar a importância de se diferenciar alimentos *diet* e *light*. Os alimentos *diet* são isentos de sacarose, quando destinados a indivíduos diabéticos, mas podem ter valor calórico elevado, por seu teor de gorduras ou outros componentes. Os alimentos *light* apresentam valor calórico reduzido em relação aos alimentos convencionais. Em função dessas características, o uso de alimentos *diet* e *light* deve ser orientado pelo profissional nutricionista, que se baseará no conhecimento da composição do produto para incluí-lo no plano alimentar proposto (LIMA et al., 2013).

A SBD (2014) preconiza que os alimentos *diet*, *light* ou zero podem ser indicados no contexto do plano alimentar, desde que não sejam utilizados de forma exclusiva, respeitando-se as preferências individuais e o poder aquisitivo do paciente e da família.

A terapia nutricional adequada e o seguimento rigoroso do plano alimentar podem refletir na melhora do nível glicêmico e levar a uma redução de até 2% da hemoglobina glicada em pessoas com diagnóstico recente, e redução de 1% em pessoas com diagnóstico de em média quatro anos (BOAS et al., 2011). A hemoglobina glicada refere-se a um conjunto de substâncias formado com base em reações entre a hemoglobina A e alguns açúcares, onde envolve ligações não enzimáticas entre a hemoglobina e açúcares redutores como a glicose. Os valores normais de referência estão entre 4% e 6% e níveis acima de 7% estão associados a um risco progressivamente maior de complicações crônicas. Dessa forma, a manutenção do nível da hemoglobina glicada abaixo de 7% é considerada como uma meta importante no controle do diabetes (NETTO et al., 2009).

3.3 ADESÃO AO TRATAMENTO

O DM é uma doença que necessita de mudanças que duram toda a vida e seu tratamento envolve a terapia nutricional, medicações diárias, quando estas forem necessárias, exercícios físicos programados, automonitorização da glicemia, cuidados com o corpo, educação em saúde e modificação comportamental (GIL; HADDAD; GUARIENTE, 2008).

A adesão a um tratamento adequado é imprescindível na prevenção das complicações microvasculares e macro vasculares (RONSANI, 2012). Neste aspecto, o conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença é a base do cuidado para se conseguir o controle do

diabetes, mas a aquisição do conhecimento, necessariamente, não se traduz em mudança de comportamento (CRUZ; MELO; BARBOSA, 2011).

Segundo Costa et al. (2011), a ocorrência de mudanças no estilo de vida para a prevenção de complicações e promoção da saúde no tratamento das doenças crônicas é caracterizada pela baixa adesão por parte do portador de DM. Para Brito, Buzo e Salado (2009), fatores como o tipo de diabetes, idade, crenças, valores sociais, motivação pessoal e doenças associadas podem influenciar na decisão do paciente em optar por um controle mais rígido, para o qual o profissional de saúde deve estar capacitado para orientá-lo e apoiá-lo. O fato de o DM ser geralmente assintomático pode dificultar o seguimento do tratamento estabelecido, uma vez que o paciente se sente saudável (OLIVEIRA; FRANCO, 2010).

A globalização da economia e a industrialização, por sua vez, vêm exercendo papel relevante nas características da dieta da população atual, que procura facilidades que poupem o tempo de preparo e diminua a frequência das compras, o que leva ao consumo de alimentos de grande densidade calórica, considerado um fator de risco para os diabéticos (BRITO, BUZO, SALADO, 2009).

Ceolin e Biasi (2011) afirmam que as condições financeiras podem influenciar negativamente no controle da doença e, Jesus (2012) acrescenta que o baixo nível educacional e socioeconômico seja preditor de uma baixa adesão ao tratamento do diabetes.

A adesão ao regime terapêutico é vista como um comportamento humano e, como tal, está sujeita às influências diretas do ambiente social (BOAS et al, 2012). O ato de comer é bastante complexo e significa não apenas a ingestão de nutrientes, mas envolve também uma série de significados, emoções e sentimentos, além de valores culturais específicos (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006). Normalmente os hábitos alimentares são construídos ao longo da vida, por este motivo a necessidade de mudanças nesses hábitos torna-se mais abrangente, ao ponto de ser necessário algumas vezes a mudança de todo o meio em que o portador de DM está inserido (RONSANI, 2012).

As várias restrições alimentares impostas pela doença, o custo elevado dos alimentos dietéticos e os hábitos alimentares pré-formados dificultam a adesão dos diabéticos a este cuidado (CEOLIN; BIASI, 2011), bem como a difícil adaptação à doença pode ser intensificada pela falta de motivação, atrelada ao desconhecimento em relação à doença e suas complicações. Estes fatores são importantes para o autocuidado, pois as mudanças no estilo de vida são difíceis de serem adotadas, mas podem acontecer se houver uma estimulação constante (SANTO et al., 2012).

Segundo Costa et al. (2011), os fatores comportamentais e emocionais apresentados por cada diabético devem ser considerados no planejamento de ações de saúde voltadas para a assistência integral a essa população.

O fato do portador de diabetes ser casado também foi citado por Pereira et al (2010) como um fator positivo, uma vez que esse vínculo representa um auxílio do cônjuge nas tarefas diárias do tratamento. Natali (2010) reforça que a ajuda e o apoio dos familiares tem papel relevante na aceitação da doença por parte do diabético bem como na adesão ao tratamento.

O apoio da família e dos amigos é primordial para a aceitação das mudanças necessárias ao sucesso do tratamento. O portador de diabetes deve estar sensibilizado sobre a necessidade dos cuidados em saúde como forma de melhorar sua vida cotidiana. A promoção de saúde, neste caso, não se refere à busca de subsídios para prevenção da doença, uma vez que o indivíduo já é portador de diabetes; o enfoque, neste caso, refere-se ao controle da doença e à importância de que o diabético se conscientize que é possível levar uma vida saudável e normal quando se é portador de uma doença crônica. Nesse sentido, a mudança nos hábitos de vida é de fundamental importância, não só para o diabético, mas também para aqueles que estão inseridos no mesmo meio social, evitando assim que indivíduos predispostos ao diabetes desenvolvam também a doença. (COSTA et al., 2011).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de campo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Cuité, Paraíba, no período de outubro e novembro de 2014.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com pacientes diabéticos atendidos pela UBS Ezequias Venâncio dos Santos, situada na Rua Projetada, S/N, Bairro: Novo Retiro, no município de Cuité/Paraíba. A referida UBS conta com uma equipe multidisciplinar composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e sete agentes comunitários de saúde.

Inicialmente foi feita a seleção de todos os prontuários dos pacientes portadores de DM cadastrados na UBS, a fim de identificar os possíveis participantes do estudo e seus respectivos endereços. Ao todo, foram analisados 69 prontuários.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra total numa primeira análise constou de 69 prontuários, que correspondia ao quantitativo de pacientes diabéticos que se encontravam cadastrados no serviço no momento da pesquisa. Destes, foram selecionados apenas aqueles pacientes portadores de DM tipo 2, residentes na zona urbana do município de Cuité, de ambos os sexos e qualquer faixa etária. A partir daí os pacientes continuaram a ser selecionados de acordo com os demais critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Constituíram como critérios de inclusão nesta pesquisa os pacientes portadores de DM tipo 2, de ambos os sexos e qualquer faixa etária, residentes na zona urbana do município de Cuité/PB, conscientes, em condições de verbalizar e dispostos a participarem livremente do estudo. Foram adotados nos critérios de exclusão aqueles pacientes que não obedeceram aos critérios supracitados, bem como aqueles, cujos endereços estavam desatualizados, inviabilizando o contato com esses pacientes através de visita domiciliar.

4.5 COLETA DOS DADOS

Inicialmente foi realizado o teste piloto com dez pacientes e, a partir daí foram feitas as modificações necessárias no instrumento de coleta dos dados.

Os dados da pesquisa foram coletados por meio de visita domiciliar durante os meses de outubro e novembro de 2014. O início da pesquisa ocorreu mediante obtenção do Termo de Autorização Institucional, solicitado à Secretaria de Saúde do município de Cuité/PB, que autorizou o desenvolvimento da pesquisa, e após seleção dos pacientes a partir dos prontuários, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Assim, deu-se início a realização das visitas domiciliares, nas quais o pesquisador apresentava a pesquisa aos entrevistados, esclarecendo sobre a proposta, relevância e os objetivos do estudo, o modo ao qual seria efetuada a entrevista, a garantia do anonimato e a possibilidade de desvinculação do estudo sem danos pessoais. Em seguida, os diabéticos eram convidados à participação da pesquisa.

Utilizou-se como instrumento de coleta de dados um questionário semiestruturado que constava de perguntas objetivas e subjetivas (APÊNDICE A), agrupadas em três partes. A primeira parte correspondia à caracterização do sujeito, incluindo questões sócio demográficas; a segunda e terceira parte correspondiam, respectivamente a questões sobre o conhecimento a respeito da alimentação adequada para o diabetes e a prática alimentar cotidiana. As variáveis abordadas foram número de refeições diárias, intervalo entre as refeições, volume das refeições, consumo de frutas, consumo de legumes e verduras, consumo de alimentos integrais e refinados, uso do açúcar e do adoçante, consumo de doces e alimentos ricos em açúcar, consumo de alimentos *Diet*, consumo de alimentos ricos em gordura animal.

Vale ressaltar que a entrevista só acontecia mediante autorização por parte do paciente e leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), (APÊNDICE B).

4.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

As informações coletadas na entrevista de campo foram digitadas e armazenadas no programa *Microsoft Access*®, versão 2010 e para a análise estatística foi utilizado o *software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows*, versão 13.0. A análise dos dados foi realizada por meio da utilização de frequência univariada.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, esta foi desenvolvida de forma a obedecer os princípios éticos estabelecidos pela resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que preconiza no seu capítulo III que as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes. A resolução preconiza também, no seu capítulo IV, que:

“o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Para atender a este princípio, os participantes foram explicados quanto ao objetivo da pesquisa e a garantia do anonimato, bem como o direito do participante desistir a qualquer momento do estudo sem risco de qualquer penalização ou prejuízo pessoal ou financeiro. Para aqueles que aceitaram participar, foram apresentados o TCLE, sendo submetidos à leitura e assinatura do mesmo, para que se prosseguisse o início da entrevista. O estudo foi submetido à avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a fim de atender ao propósito da resolução nº 466/12.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 69 prontuários analisados, apenas 40 pacientes atenderam aos critérios de inclusão. Dentre os 29 excluídos do estudo, 7 eram portadores de DM tipo 1, 11 residiam na zona rural, 4 não se encontravam em condições de verbalizar, 2 haviam falecido e 5 haviam mudado de endereço. Quanto a estes últimos, buscou-se ajuda junto aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), a fim de buscar informações sobre os novos endereços destes, mas os ACS's não tinham conhecimento do destino desses pacientes.

5.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Em relação aos 40 pacientes selecionados, 60% eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino (Tabela 1). Esses dados se assemelham aos obtidos nos estudos desenvolvidos por Ferreira e Ferreira (2009); Oliveira e Zanetti (2011); Anunciação et al (2012) e Boas et al (2012), cuja maior prevalência de diabetes observada em mulheres pode ser explicada pelo fato das mulheres se cuidarem mais e procurarem os serviços de saúde com maior frequência, favorecendo as chances de diagnóstico e tratamento da doença. O mesmo não acontece com a maioria dos homens, que buscam atendimento médico apenas em períodos de vigência de alterações em sua condição clínica (CRUZ, MELO e BARBOSA, 2011; FERRAZ et al, 2013). Assunção e Ursine (2008) acrescentam que desde a perspectiva da divisão sexual do trabalho, a tarefa de providenciar assistência médica à família é vista como atributo feminino, vindo a aumentar o contato da mulher com o serviço de saúde e garantindo-lhe acesso facilitado.

Tabela 1 – Distribuição dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, de acordo com sexo e faixa etária.

Variáveis	N	(%)
Sexo		
Feminino	24	60
Masculino	16	40
Faixa etária		
45 – 49 anos	4	10
50 – 59 anos	9	22,5
60 – 69 anos	11	27,5
70 – 79 anos	13	32,5
80 – 86 anos	3	7,5

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

A idade dos pacientes estudados variou entre 45 e 86 anos, com predomínio de idosos e das duas faixas etárias entre 60 e 69 anos e entre 70 e 79 anos (Tabela 1), corroborando com

o estudo desenvolvido por Oliveira e Zanetti (2011), cuja maior prevalência encontrava-se na faixa etária de 60 a 80 anos. A idade superior a 40 anos nos pacientes estudados também foi observada no estudo de Ferreira e Ferreira (2009). Esse predomínio de diabéticos com idade superior a 40 anos já era uma característica esperada, pois, segundo Barsaglini e Canesqui (2010) e Boas et al (2012), o diabetes tipo 2 em geral acomete pessoas a partir dos 40 anos de idade. Pena et al (2012) ressaltam que enquanto o DM tipo 1 tem início frequentemente antes dos 30 anos de idade, o DM tipo 2 é mais comumente diagnosticado a partir dos 40 anos, com forte associação ao sedentarismo e a obesidade.

Quanto às demais características sociodemográficas (Tabela 2), percebe-se que a maioria dos diabéticos (70%) são casados ou vivem em união estável. Pereira et al (2010) consideram o fato do portador de diabetes ser casado como um fator positivo, pois, segundo estes autores, esse vínculo representa um auxílio do cônjuge em tarefas diárias do tratamento.

Em relação à escolaridade, 25% não possui nenhuma escolaridade, 35% tem o nível fundamental I incompleto e 12,5% tem o ensino fundamental I completo, com menor proporção de diabéticos cujo nível de escolaridade encontra-se acima destes citados. Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados por Machado et al (2011) e Souza Neto et al (2014) e, segundo Jesus (2012), foi observada uma relação preditiva entre o baixo nível de escolaridade e uma baixa adesão ao tratamento do diabetes.

A renda familiar de 40% dos entrevistados consiste em um salário mínimo e outros 40% apresentam renda de dois salários mínimos, observando-se uma maioria (80%) dos pacientes entrevistados com renda de um a dois salários, o que pode-se supor que seja pelo fato da maioria deles serem aposentados (75%), apresentando como renda o próprio salário e o salário de seu cônjuge. Esse predomínio de idosos, de baixa escolaridade e renda foi observado nos estudos de Machado et al (2011) e também é tida como preditor de baixa adesão ao tratamento do diabetes (JESUS, 2012). Valoes et al (2012) acrescenta que a renda contribui decisivamente na aquisição de alimentos adequados e específicos para diabéticos, bem como na adesão ao tratamento em geral, já que este apresenta certo custo para o indivíduo e família.

Tabela 2 – Distribuição dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, de acordo com as características sócio demográficas.

Variáveis	N	(%)
Situação Conjugal		
Solteiro (a)	1	2,5
Casado (a) / União estável	28	70
Divorciado (a) / Separado (a)	4	10
Viúvo (a)	7	17,5
Escolaridade		
Nenhuma	10	25
Ensino Fundamental I incompleto	14	35
Ensino Fundamental I completo	5	12,5
Ensino Fundamental II incompleto	2	5
Ensino Fundamental II completo	3	7,5
Ensino Médio incompleto	2	5
Ensino Médio completo	3	7,5
Curso Superior	1	2,5
Ocupação		
Aposentado (a)	30	75
Trabalha	9	22,5
Dono (a) de casa	1	2,5
Renda Familiar		
1 Salário mínimo	16	40
2 Salários mínimos	16	40
3 Salários mínimos	5	12,5
4 Salários mínimos ou mais	3	7,5
Moradores no domicílio		
Mora sozinho (a)	5	12,5
2 moradores	16	40
3 a 5 moradores	13	32
5 a 7 moradores	6	15

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No que se refere ao número de moradores por domicílio (Tabela 2), 40% dos diabéticos entrevistados moravam com uma pessoa, na maioria dos casos, com seu respectivo cônjuge; 47% moravam com outros membros da família; e 12,5% dos entrevistados moravam sozinhos. Neste aspecto, vale mencionar a influência e a importância que a estrutura familiar exerce na qualidade de vida do paciente diabético. A ajuda e o apoio dos familiares têm papel relevante para os diabéticos aceitarem melhor a doença e se esforçarem mais para aderir ao tratamento (NATALI, 2010). Pontieri e Bachion (2010), afirmam que os hábitos alimentares das pessoas são construídos ao longo da vida e as práticas relativas à alimentação são determinadas no convívio tanto social quanto familiar. Esses mesmos autores reforçam o papel indispensável que a família deve exercer no apoio ao diabético, afirmando que a pessoa

responsável pela preparação dos alimentos para o indivíduo diabético deve estar ciente das suas necessidades e de suas preferências, sendo muitas vezes preciso que os integrantes da família abram mão de suas práticas não saudáveis em função de uma alimentação mais adequada ao paciente diabético.

5.2 RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO E A PRÁTICA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO ESTUDADA

5.2.1 Número de refeições diárias

Quando investigados quanto ao número correto de refeições, de acordo com o plano alimentar indicado para diabéticos, apenas 15% dos entrevistados referiram que a dieta deve ser distribuída em seis refeições por dia (Tabela 3), o que está de acordo com a recomendação da Sociedade Brasileira de Diabetes, que preconiza um plano alimentar fracionado em seis refeições diárias, sendo estas, as três refeições principais e três lanches. Dos demais entrevistados, os resultados encontrados foram de 22,5%, 32,5% e 15% para cinco, quatro e três refeições por dia, respectivamente, além dos 15% restantes que disseram não saber. Quando comparado a pesquisa desenvolvida por Cruz, Melo e Barbosa (2011), onde estes autores avaliaram o conhecimento de idosos diabéticos sobre a sua doença e o tratamento nutricional, e observaram que 64,30% dos diabéticos relataram que a quantidade correta de refeições diárias deve ser superior a cinco refeições por dia, percebe-se que o resultado do presente estudo está muito aquém do encontrado na literatura.

Tabela 3 – Conhecimento e prática alimentar dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao número de refeições diárias.

Variável	Quantas refeições devem ser realizadas diariamente?		Quantas refeições realiza diariamente?	
	N	(%)	N	(%)
Três refeições	6	15	10	25
Quatro refeições	13	32,5	13	32,5
Cinco refeições	9	22,5	11	27,5
Seis refeições	6	15	5	12,5
Sete refeições ou mais	-	-	1	2,5
Não sabe	6	15	-	-
TOTAL	40	100	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Ao comparar o conhecimento dos diabéticos estudados referente à quantidade de refeições que devem ser realizadas diariamente e a frequência das refeições que os mesmos

realizam, pôde-se observar que na maioria dos casos houve uma discreta semelhança em relação ao que é considerado correto e o que eles realizam, com exceção da variável de três refeições, que apresentou uma discrepância nos valores encontrados (Tabela 3). Apenas 12,5% deles referiram realizar seis refeições por dia, o que mostra um quantitativo aproximado quando comparado aos diabéticos que têm o conhecimento adequado deste fracionamento. Foi encontrado um percentual de 22,5% dos diabéticos que relataram que o correto consiste em realizar cinco refeições por dia e observou-se um percentual semelhante àqueles que fracionam a dieta desta maneira, constituindo 27,5% dos entrevistados. Os indivíduos que consideram o fracionamento da dieta em quatro refeições por dia correto e também fazem esse fracionamento manteve-se constante, em 32,5%. Quanto ao fracionamento da dieta em três vezes ao dia, encontrou-se o resultado 15% dos entrevistados referiram este como o fracionamento correto, embora um número maior de entrevistados assim o faça, consistindo em 25% dos diabéticos.

No estudo desenvolvido por Barbieri et al (2012), que avaliou o consumo alimentar de indivíduos com DM tipo 2, observou-se um maior percentual de diabéticos que realizam seis refeições por dia, consistindo em 27,08% da população estudada.

5.2.2 Volume e intervalo entre as refeições

No que se refere ao intervalo entre as refeições, menos da metade dos entrevistados (40%) responderam que as refeições devem ser realizadas a cada três horas. O intervalo de quatro horas ou mais foi relatado por 10% dos entrevistados, enquanto que 22,5% referiram que a alimentação dever ser realizada apenas nos episódios de fome e 27,5% não souberam responder (Tabela 4). Resultados completamente discrepantes foram encontrados no estudo desenvolvido por Brasil (2009), onde 100% dos diabéticos entrevistados por esse autor julgaram como correto alimentar-se a cada 3 horas.

Tabela 4 – Conhecimento e prática alimentar dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao intervalo entre as refeições.

Variável	Qual o intervalo ideal entre as refeições?		Costuma de alimentar de quantas em quantas horas?	
	N	(%)	N	(%)
Uma hora	-	-	-	-
Duas horas	-	-	1	2,5
Três horas	16	40	17	42,5
Quatro horas ou mais	4	10	8	20
Quando sente fome	9	22,5	14	35
Não sabe	11	27,5	-	-
TOTAL	40	100	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Levando-se em consideração a orientação da SBD (2014) quanto ao fracionamento da dieta em seis refeições diárias, a manutenção de intervalos regulares de em média três horas a cada refeição torna-se necessário para atender as indicações do plano alimentar para pacientes diabéticos. Cruz, Melo e Barbosa (2011) relatam a importância da alimentação em horários regulares como forma de evitar hipoglicemia, devido ao longo período de tempo sem glicose no organismo.

Ao relacionar o conhecimento e a prática diária sobre o intervalo entre as refeições (Tabela 4), percebe-se que, embora o percentual tenha se mantido semelhante entre aqueles que reconhecem o intervalo ideal de três horas entre as refeições (40%) e aqueles que assim fracionam a dieta (42,5%), observa-se uma oposição quanto aos demais resultados. Apesar do intervalo de duas horas não ter sido citado como correto, 2,5% dos indivíduos realizam suas refeições a cada duas horas; ao passo que 10% consideram que o intervalo correto deve ser de quatro horas ou mais, esse percentual dobrou para os diabéticos que assim fracionam a dieta; e, ainda que 22,5% dos diabéticos acreditem que as refeições devem ser realizadas apenas quando sentir fome, o percentual encontrado foi de 35% dos diabéticos que assim se comportam.

Quanto ao volume indicado das refeições, 92,5% dos entrevistados reconhecem que o ideal é que cada refeição seja feita em porções menores e uma quantidade semelhante, 90% dos pacientes, relataram fazer dessa maneira (Tabela 5). Quando indagados sobre a ingestão dietética em quantidades correta, apenas 7,5% não souberam responder á pergunta, nenhum dos diabéticos relatou ser correta a ingestão dietética em grandes quantidades, embora 10% dos entrevistados tenham esse hábito.

Tabela 5 – Conhecimento e prática alimentar dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao volume das refeições.

Variável	Qual o volume adequado em cada refeição?		Qual o volume das refeições realizadas?	
	N	(%)	N	(%)
Em pequenas quantidades	37	92,5	36	90
Em grandes quantidades	-	-	4	10
Não sabe	3	7,5	-	-
TOTAL	40	100	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No atual estudo observou-se predomínio de diabéticos que acreditam ser correto alimentar-se em pequenas quantidades a cada refeição, enquanto, Ribas, Santos e Zanetti (2011) encontraram resultados mais desfavoráveis, pois, para os diabéticos de seu estudo, o conceito de estar bem alimentado está relacionado á quantidade, e não a qualidade dos alimentos consumidos. Para estes indivíduos estudados, comer pouco ou com moderação não significa estar bem alimentado.

Quanto aos indivíduos que se alimentam em grandes quantidades (10%), este percentual encontra-se bastante inferior aos resultados observados no estudo de Milhomem et al (2008) onde, dos sete diabéticos estudados, seis apresentaram uma nutrição desequilibrada, consistindo em uma ingestão excessiva, maior que as necessidades corporais.

5.2.3 Consumo de frutas

Todos os entrevistados reconhecem que o consumo de frutas é indicado no diabetes (Tabela 6), o que corrobora com o estudo realizado por Cruz, Melo e Barbosa (2011).

Tabela 6 – Conhecimento dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, em relação ao consumo de frutas.

Variável	É indicado o consumo de frutas no diabetes?	
	N	(%)
Sim	40	100
Não	0	0
Não sabe	0	0
TOTAL	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Ao serem questionados sobre o fato de algumas frutas serem prejudiciais ou não ao diabetes (Tabela 7), um percentual elevado (75%) dos entrevistados afirmaram que alguns tipos de frutas podem ser prejudiciais, enquanto 20% não reconheceram o consumo de frutas

como sendo prejudicial e 5% não souberam responder. Comparados os resultados encontrados no atual estudo com o estudo desenvolvido por Anunciação et al (2012), esses autores, anteriormente a aplicação de uma intervenção nutricional educativa, observaram que 42,4% dos diabéticos estudados consideraram que as pessoas com diabetes não podem comer todos os tipos de frutas e 48,5% dos entrevistados consideraram que as pessoas com diabetes podem comer todos os tipos de frutas.

Tabela 7 – Conhecimento dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, em relação ao consumo inadequado de alguns tipos de frutas.

Variável	O consumo de alguns tipos de frutas pode ser prejudicial ao diabetes?	
	N	(%)
Sim	30	75
Não	8	20
Não sabe	2	5
TOTAL	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com a tabela 8, somando-se os percentuais dos entrevistados quanto ao consumo diário de frutas, pode-se observar que 92,5% dos entrevistados tem o hábito de consumir frutas diariamente, o que supera os resultados encontrados por Brito, Buzo e Salado (2009); Benetti e Ceni (2010) e Rodrigues (2011) onde, respectivamente, 36,14%, 88,89% e 73,7% dos diabéticos destes estudos consumiam frutas todos os dias.

Tabela 8 – Consumo de frutas pelos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca.

Variável	Quantas frutas costuma comer por dia?	
	N	(%)
Nenhuma	3	7,5
Uma	11	27,5
Duas	17	42,5
Três	6	15
Quatro ou mais	3	7,5
TOTAL	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No que se refere à quantidade de frutas consumidas diariamente, 42,5% dos entrevistados costumam comer duas frutas, 15% costumam comer três frutas e 7,5% costumam comer quatro frutas ou mais (Tabela 8). Dos demais, 27,5% comem apenas uma fruta por dia e 7,5% não consome nenhuma, consistindo, nestes dois últimos casos somados,

em um percentual de 35% da população estudada com ingestão abaixo da recomendada pela SBD (2014), que preconiza um consumo mínimo de duas a quatro porções de frutas por dia.

Ainda que um percentual expressivo de diabéticos estudados encontre-se com ingestão de frutas abaixo do recomendado, este percentual encontra-se inferior ao encontrado no estudo de Santos et al (2009), onde estes autores observaram que 64% dos diabéticos entrevistados apresentavam um consumo de frutas inferior às recomendações.

Em relação às frutas consumidas pelos entrevistados, as mais citadas foram banana (72,5%), mamão (45%), laranja (42,5%) e maçã (40%) (Gráfico 1). Em um estudo desenvolvido por Iop, Teixeira e Deliza (2009), essas quatro frutas também foram citadas como as mais consumidas pelos diabéticos estudados, no entanto, três delas com um maior percentual de consumo (banana, maçã e laranja). Quanto às demais frutas consumidas pelos entrevistados do atual estudo, todas elas também apresentaram um percentual de consumo inferior ao observado no estudo de Iop, Teixeira e Deliza, com exceção do melão, abacate e ameixa, não citado no referido estudo.

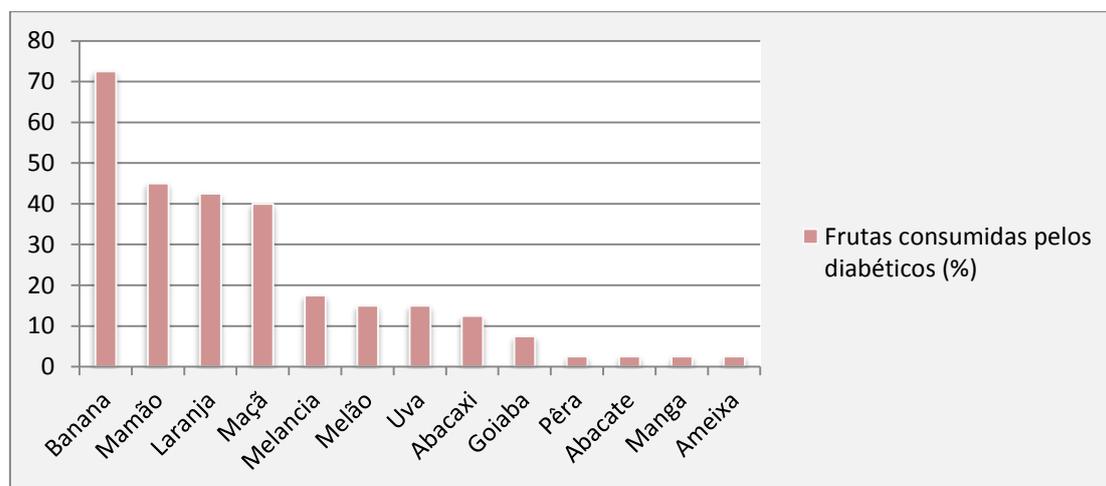


Gráfico 1 – Distribuição percentual dos diabéticos quanto ao consumo dos diferentes tipos de frutas. Fonte: Dados coletados a partir da pesquisa com diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, nos meses de outubro e novembro de 2014.

De acordo com os valores de índice glicêmico dos alimentos descritos pela *Food and Agriculture Organization* (FAO, 1998) e a classificação do índice glicêmico proposto por Brand-Miller et al (2003), das quatro frutas mais consumidas pelos diabéticos deste estudo, apenas o mamão apresenta um índice glicêmico médio. As demais (banana, laranja e maçã) apresentam baixo índice glicêmico.

5.2.4 Consumo de legumes e verduras

Dos 40 diabéticos estudados, todos eles afirmaram que é indicado o consumo diário de legumes e verduras (Tabela 9).

Tabela 9 – Conhecimento dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao consumo diário de legumes e verduras.

Variável	É indicado o consumo diário de legumes e verduras?	
	N	(%)
Sim	40	100
Não	0	0
TOTAL	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No entanto, apenas 42,5% deles consomem esses alimentos todos os dias, seguidos dos 32,5% que consomem de quatro a seis vezes por semana, 20% que consomem de uma a três vezes por semana e dos 5% que nunca consomem (Tabela 10).

Tabela 10 – Consumo de legumes e verduras pelos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca.

Variável	Costuma comer legumes e verduras com que frequência?	
	N	(%)
Todos os dias	17	42,5
Quatro a seis vezes por semana	13	32,5
Uma a três vezes por semana	8	20
Nunca	2	5
TOTAL	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

No estudo desenvolvido por Brito, Buzo e Salado (2009), os autores observaram um maior percentual (67,47%) de diabéticos que consumiam legumes e verduras todos os dias. O percentual dos que consumiam estes alimentos de quatro a seis vezes por semana também apresentou-se discrepante do atual estudo, consistindo em 8,43%, enquanto os percentuais daqueles que consumiam de uma a três vezes por semana e que nunca consumiam apresentou-se semelhantes aos do atual estudo, consistindo em, respectivamente, 21,69% e 2,41%. Já Benetti e Ceni (2010) observaram em seu estudo que 100% dos entrevistados consumiam vegetais todos os dias. Estes mesmos autores afirmam que a ingestão diária de vegetais é um fato muito positivo devido estes alimentos serem fontes de fibras, vitaminas, minerais e auxiliarem no controle da glicemia. Em outro estudo realizado por Martins et al (2010) estes

autores mostraram que houve redução da glicação da hemoglobina com o aumento do consumo de hortaliças pelos idosos estudados.

5.2.5 Consumo de alimentos integrais e alimentos refinados

Ao serem questionados quanto ao uso de alimentos integrais e refinados, 65% dos entrevistados afirmaram que os alimentos integrais são mais indicados na dieta de pacientes diabéticos, embora apenas 7,5% consumam esses alimentos em substituição aos alimentos refinados (Tabela 11). Por outro lado, 42,5% dos diabéticos consomem os dois tipos de alimentos e 50% consomem exclusivamente alimentos refinados.

No estudo desenvolvido por Supp (2011) observou-se o consumo frequente de alimentos integrais por parte dos diabéticos, superando em números percentuais o uso destes alimentos no presente estudo.

Tabela 11 – Conhecimento e prática dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao uso de alimentos integrais e refinados.

Variável	É mais indicado consumir:		Normalmente costuma consumir/ dar preferência:	
	N	(%)	N	(%)
Alimentos integrais	26	65	3	7,5
Alimentos refinados	4	10	20	50
Alimentos integrais e refinados	-	-	17	42,5
Não sabe	10	25	-	-
TOTAL	40	100	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Segundo Silva et al (2009), a escolha por produtos integrais e menos processados são medidas que, além de contribuir para redução do índice glicêmico da dieta, também proporcionam uma maior consumo de fibras, micronutrientes e antioxidantes.

5.2.6 Uso do açúcar e do adoçante

Em relação à escolha mais indicada entre o açúcar ou adoçante quando necessário adoçar alimentos, 92,5% dos entrevistados responderam que o uso do adoçante é o mais adequado para diabéticos (Tabela 12), o que se assemelha aos resultados encontrados por Cruz, Melo e Barbosa (2011), onde 92,9% dos entrevistados relataram que pacientes diabéticos não devem consumir açúcar.

Tabela 12 – Conhecimento e prática dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao uso do açúcar e do adoçante.

Variável	Para adoçar alimentos, é mais indicado:		Quando necessário adoçar alimentos, costuma usar:	
	N	(%)	N	(%)
Açúcar	2	5	3	7,5
Adoçante	37	92,5	29	72,5
Açúcar e adoçante	-	-	8	20
Não sabe	1	2,5	-	-
TOTAL	40	100	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Embora um maior número de diabéticos (92,5%) tenha conhecimento de que o adoçante é indicado como substituto do açúcar para adoçar alimentos, percebeu-se uma redução do percentual daqueles que usam somente o adoçante, consistindo em 72,5% da população estudada. Este quantitativo está abaixo do encontrado por Cotta et al (2009), onde 90% da população diabética estudada faziam a substituição do açúcar pelo adoçante.

Vale ressaltar que no atual estudo, 20% dos entrevistados fazem uso destes dois componentes na dieta e 7,5% dos entrevistados usam exclusivamente o açúcar. Característica semelhante foi encontrada no estudo realizado por Natali (2010), onde a maioria dos diabéticos entrevistados fazia uso do adoçante, embora parcela significativa fizesse uso também do açúcar na dieta.

A sacarose não aumenta mais a glicemia do que outros carboidratos, quando ingerida em quantidades equivalentes. Dessa forma, seu consumo pode ser inserido no contexto de uma dieta saudável, contribuindo com até 10% do requerimento energético.

Segundo Monteiro e Nascimento (2013), o uso de uma dieta rica em carboidratos simples por portadores de diabetes pode prejudicar o controle da glicemia e predispor o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

5.2.7 Consumo de doces e alimentos ricos em açúcar

Embora todos os diabéticos tenham afirmado que não é indicado o consumo de doces e alimentos ricos em açúcar (Tabela 13), 37,5% relataram que comem esses alimentos de forma esporádica e 2,5% deles tem o hábito de comê-los frequentemente. Quanto aos que nunca consomem esses alimentos, totalizam 60% da população estudada, estando esse resultado discretamente superior aos resultados encontrados nas pesquisas de Brito, Buzo e Salado (2009), onde 57,83% dos diabéticos referiram não comer doces e, Benetti e Ceni

(2010), onde 55,56% dos diabéticos relataram nunca comer doces e outros alimentos ricos em açúcar, como balas e chocolate.

Tabela 13 – Conhecimento e prática dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao consumo de doces e alimentos ricos em açúcar.

Variável	É indicado o consumo de doces e alimentos ricos em açúcar?		Costuma comer doces ou alimentos ricos em açúcar?	
	N	(%)	N	(%)
Sim	0	0	1	2,5
Não	40	100	24	60
As vezes	0	0	15	37,5
TOTAL	40	100	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

5.2.8 Consumo de alimentos *diet*

Em relação ao consumo de alimentos *diet*, pôde-se perceber um escasso conhecimento por parte dos entrevistados, visto que 35% deles consideram esses alimentos indicados no tratamento do diabetes, e apenas 15% responderam que estes alimentos são indicados, deste que sejam consumidos com moderação (Tabela 14). Enquanto isso, 10% não consideram indicado e 40% não souberam responder. Nos estudos desenvolvidos por Brasil (2009) e Anunciação et al (2012), os entrevistados responderam que os alimentos diets não devem ser consumidos á vontade, correspondendo a respectivamente, 66,7% e 75,8%.

Tabela 14 – Conhecimento dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao uso de alimentos *diet*.

Variável	É indicado o consumo de alimentos <i>diet</i> ?	
	N	(%)
Sim	14	35
Sim, desde que seja feito com moderação	6	15
Não	4	10
Não sabe	16	40
TOTAL	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto ao consumo de alimentos *diet* (Tabela 15), 37,5% dos entrevistados tem o hábito de consumi-los, enquanto que 62,5% não o tem, o que mostra que nem todos aqueles que responderam que os alimentos diet são indicados, costumam consumi-los. Em contrapartida, um estudo desenvolvido por Oliveira e Franco (2010), observou um maior percentual de diabéticos que fazem uso de produtos dietéticos, consistindo em 50,83% da população estudada.

Tabela 15 – Consumo de alimentos *diet* pelos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca.

Variável	Costuma consumir alimentos <i>diet</i> ?	
	N	(%)
Sim	15	37,5
Não	25	62,5
TOTAL	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

5.2.9 Consumo de alimentos ricos em gordura animal

No que se refere ao consumo de alimentos ricos em gordura saturada, 100% dos entrevistados afirmaram que esses alimentos devem ser evitados, muito embora, 27,5% consomem às vezes e 5% que consomem frequentemente. O percentual dos que restringem a gordura saturada é de 67,5% (Tabela 16).

Supp (2011) observou um maior consumo de alimentos ricos em gordura saturada. Segundo este autor, o consumo do leite integral, queijo amarelo, carne de porco e frango acontecia uma vez ao dia por parte de, respectivamente, 25%, 21,7%, 21,7% e 31,7% dos entrevistados. Esses mesmos alimentos também foram citados como consumidos duas vezes ao dia por respectivamente, 8,3%, 8,3%, 3,3% e 6,7% dos entrevistados, incluindo o consumo de manteiga, que era realizado duas vezes ao dia por 6,7% da população estudada.

Tabela 16 – Conhecimento e prática alimentar dos diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, quanto ao consumo de alimentos ricos em gordura animal.

Variável	O consumo de alimentos ricos em gordura animal deve ser evitado?		Costuma comer alimentos ricos em gordura animal?	
	N	(%)	N	(%)
Sim	40	100	2	5
Não	0	0	27	67,5
As vezes	0	0	11	27,5
TOTAL	40	100	40	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

De acordo com a SBD (2014), a ingestão de gordura saturada está inversamente associada á sensibilidade á insulina e aumenta o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

6 CONCLUSÃO

Este estudo permitiu traçar o perfil dos pacientes portadores de DM tipo 2 atendidos pela UBS Ezequias Venâncio da Fonseca da cidade de Cuité/PB, quanto ao conhecimento e prática alimentar no tratamento do diabetes.

Os indivíduos apresentaram um conhecimento adequado em relação às variáveis que são mais difundidas no censo comum para população geral, principalmente àquelas que são mais divulgadas na mídia. Já para o conhecimento das variáveis mais específicas de uma orientação técnica, pôde-se observar uma inadequação, possivelmente pelo escasso acompanhamento dos serviços de saúde que atende a população estudada, o que reflete diretamente no comportamento alimentar.

Diante disto, pode-se concluir que o estudo possibilitou um aporte de informações que servirão de subsídio para promoção do conhecimento e estímulo a uma prática alimentar adequada a essa população, de acordo com as deficiências observadas.

Vale ressaltar que o estudo apresenta algumas limitações. Uma delas está relacionada ao fato da maioria dos entrevistados terem um grau de escolaridade baixa, o que dificultava o entendimento das perguntas contidas na entrevista. Outra limitação encontrada está relacionada a possíveis vieses de omissão, porém, mesmo com esses entraves, o estudo possibilitou uma gama de informações que demonstram a necessidade de estruturação nos serviços de saúde que atende a essa população, de forma a atender suas necessidades.

De acordo com os resultados obtidos propõe-se como perspectiva a necessidade de uma maior atenção aos pacientes diabéticos por parte das equipes de saúde, bem como a realização de novos estudos que avaliem a qualidade dos serviços de saúde na atenção a essa população. Os profissionais de saúde devem investir em ações educativas destinadas a promoção do conhecimento e autocuidado no diabetes levando em consideração a escolaridade, poder aquisitivo e demais características sociodemográficas. A inclusão de informações ao paciente diabético para medidas de autocuidado deve ser contínua e a equipe de saúde deve promover a conscientização e as mudanças de comportamento dos pacientes diabéticos, de forma a melhorar o tratamento da patologia, e conseqüentemente, a melhora na qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ANUNCIACÃO, P. C.; BRAGA, P. G.; ALMEIDA, P. S.; LOBO, L. N.; PESSOA, M. C. Avaliação do conhecimento sobre alimentação antes e após intervenção nutricional entre diabéticos tipo 2. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 986-1001, 2012.

ASSUNÇÃO, T. S.; URSINE, P. G. S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 2189-2197, 2008

BARBIERI, A. F. S.; CHAGAS, I. A.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Consumo alimentar de pessoas com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 20, n. 2, p. 155-160, 2012.

BARSAGLINI, R. A.; CANESQUI, A. M. A Alimentação e a Dieta Alimentar no Gerenciamento da Condição Crônica do Diabetes. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 919-932, 2010.

BENETTI, F.; CENI, G. C. Frequência do consumo alimentar de pacientes diabéticos em acompanhamento ambulatorial na região Norte do RS, no segundo semestre de 2008. **Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI**, v. 6, n. 9, p. 124-135, 2010.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FOSS-FREITAS, M. C.; TORRES, H. C.; MONTEIRO, L. Z.; PACE, A. E. Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com diabetes mellitus. **Texto contexto Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 272-279, 2011.

BOAS, L. C. G. V.; FOSS, M. C.; FREITAS, M. C. F.; PACE, A. E. Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 20, n.1, 2012.

BRAND-MILLER, J. C.; BURANI, J.; FOSTER, J.; POWELL, K.; HOLT, S. H. A. **The new glucose revolution: complete guide to glycemic index values**. 3.ed. New York: Marlowe & Company; 2003.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Portaria nº 29 de 13 de janeiro de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico referente a Alimentos para Fins Especiais, Brasil, 30 mar. 1998.

BRASIL, F. P. S. **Efeitos da apresentação de material educativo para pacientes com diabetes mellitus tipo 2 sobre o conhecimento da enfermidade e a adesão ao tratamento**.

2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 05 abril 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica: **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus**, n. 36. Brasília, 2013, 162p.

BRITO, K. M.; BUZO, R. A. C.; SALADO, G. A. Estilo de vida e hábitos alimentares de pacientes diabéticos. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 2, n. 3, p. 357-362, 2009.

CARVALHO, F. S.; NETTO, A. P.; ZACH, P.; SACHS, A.; ZANELLA, M. T. Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva. **Arquivo Brasileiro Endocrinologia e Metabologia**, v. 56, n. 2, p. 110-119, 2012.

CEOLIN, J.; DE BIASI, L. S. Conhecimento dos diabéticos a respeito da doença e da realização do autocuidado. **Perspectiva**, v. 35, n. 129, p. 143-156, 2011.

COSTA, J. A.; BALGA, R. S. M.; ALFENAS, R. C. G.; COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 2001-2009, 2011.

COTTA, R. M. M.; REIS, R. S.; BATISTA, K. C. S.; DIAS, G.; ALFENAS, R. C. G.; CASTRO, F. A. F. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. **Revista de Nutrição**, v. 22, n.6, p. 823-835, 2009.

CRUZ, A. R. R.; MELO, C. M. A.; BARBOSA, C. O. Conhecimentos dos diabéticos sobre a doença e o tratamento nutricional. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 8, n. 3, p. 343-354, 2011.

FERRAZ, R. R. N.; SILVA, M. C. M.; SILVA, S. C.; NIGRO, C. A.; FORNARI, J. V.; BARNABÉ, A. S. Avaliação do conhecimento dos portadores de Diabetes mellitus sobre a importância da manutenção dos níveis glicêmicos para prevenção da nefropatia diabética. **Revista de Saúde e Biologia**, v. 8, n. 3, p. 49-55, 2013.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde – análise a partir do sistema HiperDia. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n.1, p. 80-86, 2009.

FERREIRA, L. T.; SAVIOLLI, I.H.; VALENTI, V.E. ABREU, L. C. Diabetes Mellitus: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 182-188, 2011.

GIL, G. P.; HADDAD, M. C. L.; GUARIENTE, M. H. M. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. **Semina: ciências biológicas e da saúde**, v. 29, n. 02, p. 141-154, 2008.

IOP, S. C. F.; TEIXEIRA, E.; DELIZA, R. Comportamento alimentar de indivíduos diabéticos. **Brazilian Journal of food Technology**, II SSA, p. 36-43, 2009.

JESUS, R. A. T. **Estado nutricional e adesão ao tratamento de pacientes diabéticos tipo 2 de uma Unidade Básica de Saúde de Treviso-SC**. 2012. 99 f. Monografia (Pós-Graduação em Nutrição Clínica) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.

LAGACCI, M. T.; VERUSSA, T. L.; VIEIRA, V. G.; UENO, M.; COCETTI, M.; CEOLIM, M. F.; LIMA, M. H. M. Estado nutricional de pacientes diabéticos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde, Campinas-SP. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, n.2, p. 206-211, 2008.

LIMA, A. A.; SANTANA, A. V.; AZEVEDO, B. F.; CORREIA, N. R.; ROCHA, R. C. O.; CORREIA, M. G. S. A importância da dieta hospitalar na recuperação de pacientes diabéticos. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 1, n.16, p. 47-56, 2013.

LIMA, J. O; SANTANA, M. A. Elaboração de manual impresso sobre diabetes: diabetes tipo I x alimentação. **Cadernos de Graduação - Ciências Humanas e Sociais**, v. 13, n.13, p. 31-40, 2011.

LOTTENBERG, A. M. P. Características da dieta nas diferentes fases da evolução do diabetes melito tipo 1. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 52, n. 2, p. 250-259, 2008.

MACHADO, A. D.; BRITO, S.; OLIVEIRA, D. C.; PIMENTA, L. A. Estado nutricional e consumo alimentar de hipertensos e diabéticos em uma Unidade de Saúde/Várzea Grande/MG. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 2, n.1. p. 305-317, 2011.

MARTINS, M. P. S. C.; GOMES, A. L. M.; MARTINS, M. C. C.; MATTOS, M. A.; SOUZA FILHO, M. D.; MELLO, D. B.; DANTAS, H. M. Consumo Alimentar, Pressão Arterial e Controle Metabólico em Idosos Diabéticos Hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 23, n. 2, p. 162-170, 2010.

MILHOMEM, A. C. M.; MANTELLI, F. F.; LIMA, G. A. V.; BACHION, M. M.; MUNARI, D. B. Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo 2 mediante abordagem baseada no Modelo de Orem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n.2, p. 321-336, 2008.

MONTEIRO, F. V.; NASCIMENTO, K. O. Associação do consumo do amido resistente na prevenção e tratamento do diabetes mellitus tipo 2. **Revista Verde de Agroecologia e Desenvolvimento Sustentável**, v. 8, n. 5, p. 12-19, 2013.

NATALI, C. M. **Mudança nos comportamentos alimentar e de atividade física em portadores de diabetes mellitus tipo 2, com base no modelo transteórico**. Dissertação (Pós-Graduação em Ciência da Nutrição) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2010.

NETTO, A. P.; ANDRIOLO, A.; FRAIGE FILHO, F.; TAMBASCIA, M.; GOMES, M. B.; MELO, M.; SUMITA, N. M.; LYRA, R.; CAVALCANTI, S. Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1C) para avaliação do controle glicêmico e para o diagnóstico do diabetes: aspectos clínicos e laboratoriais. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**, v. 45, n. 1, p. 31-48, 2009.

OLIVEIRA, K. C. S.; ZANETTI, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p. 862-868, 2011.

OLIVEIRA, P. B.; FRANCO, L. J. Consumo de adoçantes e produtos dietéticos por indivíduos com diabetes melito tipo 2, atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Ribeirão Preto, SP. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 54, n.5, p. 455-462, 2010.

PENA, B. C.; XAVIER, T. V. H.; PIMENTEL, M. G. G.; CAMPOS, M. C.; CÂMARA, A. M. C. S.; DINIZ, L. M. Perfil dos pacientes diabéticos do tipo 2, insulino-necessitantes, receptores de kits para monitoração glicêmica e tratamento, vinculados a um Centro de Saúde de Belo Horizonte. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 22, n. 4, p. 388-395, 2012.

PEREIRA, A. S.; PINHO, A. E. P.; SANTOS, M. E. S.; CORRÊA, R. G. C. F. Características, conhecimento e autocuidado de idosos portadores de Diabetes Mellitus com úlcera de pé. **Revista de Pesquisa em Saúde**, v. 11, n. 2, p. 20-25, 2010.

PEREIRA, S. M. P. D.; PALÁCIO, M. A. V.; JÚNIOR, J. E. G.; SANTOS, W. S. Segurança alimentar e nutricional: conhecimento e ações dos enfermeiros do programa saúde da família aos portadores de doenças crônicas. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 22, n. 3, p. 194-198, 2009.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo 2. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 313-317, 2006.

PONTIERI, F. M.; BACHION, M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n.1, p. 151-160, 2010.

Report of a Joint: carbohydrates in human nutrition. **Food and Agriculture Organization**. FAO/WHO Expert Consultation: Roma: FAO; 1998.

RIBAS, C. R. P.; SANTOS, M. A.; ZANETTI, M. L. Representações sociais dos alimentos sob a ótica de pessoas com diabetes mellitus. **Revista Interamericana de Psicologia**, v. 45, n.2, p. 255-262, 2011.

RODRIGUES, M. T. G. **Adesão ao tratamento nutricional para o diabetes mellitus em serviço de Atenção Primária à Saúde**. 2011. 172 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

RONSANI, M. M. **Fatores associados à adesão ao tratamento em portadores de diabetes mellitus tipo I**. 2012. 70 f. Monografia (Pós-Graduação em Atenção Básica/Saúde Coletiva) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2012.

SANTO, M. B. E.; SOUZA, L. M. E.; SOUZA, A. C. G.; FERREIRA, F. M.; SILVA, C. N. M. R.; TAITSON, P. F. Adesão dos portadores de diabetes Mellitus ao tratamento farmacológico e não farmacológico na Atenção Primária a Saúde. **Enfermagem Revista**, v. 15, n. 1, p. 88-101, 2012.

SANTOS, C. R. B.; GOUVEIA, L. A. V.; PORTELLA, E. S.; AVILA, S. S.; SOARES, E. A.; LANZILLOTTI, H. S. Índice de Alimentação Saudável: avaliação do consumo alimentar de diabéticos tipo 2. **Nutrire: Revista da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição**, v. 34, n.1, p. 115-129, 2009.

SILVA, F. M.; STEEMBURGO, T.; AZEVEDO, M. J.; MELLO, V. D. Papel do índice glicêmico e da carga glicêmica na prevenção e no controle metabólico de pacientes com diabetes melito tipo 2. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia**, v. 53, n. 5, p. 560-571, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2013-2014**, Rio de Janeiro: 2014.

SOUZA NETO, V. L.; VRIGOLINO, F. S. S.; MEDEIROS, M. V. S.; SOUZA, M. J. F.; JUSTINO FILHO, J. As características sociais e epidemiológicas dos diabéticos assistidos na atenção primária a saúde. **Revista de Enfermagem da UFPI**, v. 3, n. 1, p. 65-71, 2014.

STUHLER, G. D. **Representações sociais e adesão ao Tratamento do diabetes mellitus tipo 2**. 2012. 191 f. Tese (Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2012.

SUPP, E. D. P. **Avaliação dos fatores relacionados ao surgimento de hipertensão, em um grupo de diabéticos tipo 2 de Timbé do Sul – SC**. 2011. 59 f. Monografia (Pós-Graduação em Nutrição Clínica) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2011.

TORRES, R. M.; FERNANDES, J. D.; CRUZ, E. A. Adesão do portador de diabetes ao tratamento: Revisão bibliográfica. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 21, n. 2/3, p. 61-70, 2007.

VALOES, L. M. A.; SILVA, R. R.; SOUZA, G. M. C.; ALMEIDA, O. A. E.; FERRARI, C. K. B. Antropometria e pressão arterial em pacientes diabéticos de um município do Centro-Oeste Brasileiro. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 11, n. 3, p. 279-284, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.

MÓDULO I – DADOS SOCIOECONÔMICOS

I0. Nome: _____

I1. Sexo:

- 1 () Masculino;
- 2 () Feminino.

I2. Idade: _____

I3. Estado Civil:

- 1 () Solteiro(a);
- 2 () Casado(a)/ União estável;
- 3 () Divorciado(a)/ Separado(a);
- 4 () Viúvo(a).

I4. Escolaridade:

- 1 () Nenhuma;
- 2 () Ensino Fundamental I incompleto;
- 3 () Ensino Fundamental I completo;
- 4 () Ensino Fundamental II incompleto;
- 5 () Ensino Fundamental II completo;
- 6 () Ensino Médio incompleto;
- 7 () Ensino Médio completo;
- 8 () Curso Superior.

I5. Ocupação:

- 1 () Aposentado(a);
- 2 () Trabalha;
- 3 () Dono(a) de casa.

I6. Renda mensal do domicílio:

- 1 () Um salário mínimo;
- 2 () Dois salários mínimos;
- 3 () Três salários mínimos;
- 4 () Quatro salários mínimos ou mais.

I7. Número de moradores no domicílio: _____

**MÓDULO II – DADOS SOBRE CONHECIMENTO DA ALIMENTAÇÃO
ADEQUADA**

II0. Quantas refeições devem ser realizadas diariamente?

- 1 () Três refeições;
- 2 () Quatro refeições;
- 3 () Cinco refeições;
- 4 () Seis refeições;
- 5 () Sete refeições ou mais;
- 99** () Não sabe.

II1. Qual o intervalo ideal entre as refeições?

- 1 () Uma hora;
- 2 () Duas horas;
- 3 () Três horas;
- 4 () Quatro horas ou mais;
- 5 () Quando sentir fome;
- 99** () Não sabe.

II2. Qual o volume adequado em cada refeição?

- 1 () Em pequenas quantidades;
- 2 () Em grandes quantidades;
- 99** () Não sabe.

II3. É indicado o consumo diário de frutas no Diabetes?

- 1 () Sim.
- 2 () Não;
- 99** () Não sabe.

II4. O consumo de alguns tipos de frutas pode ser prejudicial ao diabetes?

- 1 () Sim.
- 2 () Não;
- 99** () Não sabe.

II5. É indicado o consumo diário de legumes e verduras no diabetes?

- 1 () Sim.
- 2 () Não;
- 99** () Não sabe.

II6. É mais indicado consumir:

- 1 () Alimentos integrais;
- 2 () Alimentos refinados;
- 3 () Alimentos integrais e refinados;
- 99** () Não sabe.

II7. Para adoçar alimentos, é mais indicado usar:

- 1 () Açúcar;
- 2 () Adoçante;
- 3 () Açúcar e adoçante;
- 99** () Não sabe.

II8. É indicado o consumo de doces e alimentos ricos em açúcar?

- 1 () Sim;
- 2 () Não;
- 99** () Não sabe.

II9. É indicado o consumo de alimentos *diet*?

- 1 () Sim;
- 2 () Sim, desde que seja feito com moderação;
- 3 () Não;
- 99** () Não sabe.

II10. O consumo de alimentos ricos em gordura animal deve ser evitado?

- 1 () Sim;
- 2 () Não;
- 99** () Não sabe.

**MÓDULO III – DADOS SOBRE O COMPORTAMENTO ALIMENTAR DOS
DIABÉTICOS**

III0. Quantas refeições realiza diariamente?

- 1 () Três refeições;
- 2 () Quatro refeições;
- 3 () Cinco refeições;
- 4 () Seis refeições;
- 5 () Sete refeições ou mais.

III1. Costuma se alimentar de quantas em quantas horas?

- 1 () Uma hora;
- 2 () Duas horas;
- 3 () Três horas;
- 4 () Quatro horas ou mais;
- 5 () Quando sente fome.

III2. Qual o volume das refeições realizadas?

- 1 () Em pequenas quantidades;
- 2 () Em grandes quantidades.

III3. Quantas frutas costuma consumir por dia?

- 1 () Nenhuma;
- 2 () Uma;
- 3 () Duas;
- 4 () Três;
- 5 () Quatro ou mais.

III4. Quais frutas mais costuma consumir?

III5. Costuma comer legumes e verduras com que frequência?

- 1 () Todos os dias;
- 2 () Quatro a seis vezes por semana;
- 3 () Uma a três vezes por semana;
- 4 () Nunca.

III6. Normalmente, costuma consumir/ dar preferência aos:

- 1 () Alimentos integrais;
- 2 () Alimentos refinados;
- 3 () Alimentos integrais e refinados.

III7. Quando necessário adoçar alimentos, costuma usar:

- 1 () Açúcar;
- 2 () Adoçante;
- 3 () Açúcar e adoçante.

III8. Costuma comer doces ou alimentos ricos em açúcar?

- 1 () Sim;
- 2 () Não;
- 3 () As vezes.

III9. Costuma consumir alimentos *diet*?

- 1 () Sim;
- 2 () Não.

III10. Costuma comer alimentos ricos em gordura animal?

- 1 () Sim;
- 2 () Não;
- 3 () As vezes.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Esta pesquisa intitulada “**Conhecimento *versus* Ingestão alimentar adequada em indivíduos com diabetes tipo 2 atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em um município de pequeno porte do Curimataú Paraibano**”, cujo objetivo é “identificar o conhecimento dos indivíduos com diabetes tipo 2 a respeito da alimentação adequada ao diabetes e a influência deste conhecimento na terapia nutricional”, está sendo desenvolvida por Paula Joelma de Queiroz Nogueira, aluna do Curso de Bacharelado em Nutrição, da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), Campus Cuité, sob orientação da Prof^ª. Ana Paula de Mendonça Falcone.

A realização dessa pesquisa só será possível com a sua participação, por isso solicitamos sua contribuição no sentido de participar da mesma. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma.

Ressaltamos que os dados serão coletados através de uma entrevista, na qual haverá algumas perguntas sobre dados pessoais e outras questões voltadas aos objetivos da pesquisa. Os dados coletados farão parte de um trabalho de conclusão de curso podendo ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o seu nome será mantido em sigilo.

Salientamos que a pesquisa não apresentará riscos maiores aos diabéticos, exceto o desconforto de responder o instrumento de pesquisa, considerados como risco mínimo.

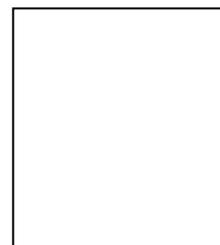
Como benefícios, a pesquisa contribuirá para os profissionais atuantes da Unidade Básica de Saúde onde serão coletados os dados, visto que se tratam de enfermeiros, médicos e dentistas que poderão se beneficiar das informações provenientes dessa divulgação científica.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a sua contribuição na realização desse estudo.

Eu, _____, concordo em participar dessa pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras.

Cuité, ____ de _____ de 2014.

Assinatura do entrevistado



Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura da pesquisadora colaboradora

Endereço da Pesquisadora responsável: Ana Paula de Mendonça Falcone.

Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde - CES, *Campus* Cuité.
Rua: Olho D'Água da Bica S/N
Município: Cuité/PB - Brasil
CEP: 58175-000
Telefone: (83) 3372-1900
E-mail: ana_paulamendonca@hotmail.com

Endereço da Pesquisadora Colaboradora: Paula Joelma de Queiroz Nogueira

Discente do curso de Nutrição, da Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Educação e Saúde - CES, *Campus* Cuité.
Rua: Mário de Azevêdo Burity, S/N
Bairro: Antônio Mariz
Município: Cuité/PB – Brasil
CEP: 58175-000
Telefone: (83) 9679-7973
E-mail: p.joelma@hotmail.com

ANEXOS

ANEXO A – Certidão de Aprovação.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO

CERTIDÃO DE APROVAÇÃO

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Nutrição. Nesse contexto, a graduanda Paula Joelma de Queiroz Nogueira, matrícula nº 511120299, RG: 2769798 SSP-RN, CPF: 082.380.994-39, está realizando uma pesquisa intitulada por: **“CONHECIMENTO *VERSUS* INGESTÃO ALIMENTAR ADEQUADA EM INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO CURIMATAÚ PARAIBANO”**, sob a orientação da professora Mestre Ana Paula de Mendonça Falcone, SIAPE 1741165.

Desta forma, declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas complementares e como esta Unidade Acadêmica de Saúde tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Cuité, _____ de _____ de 2014.

José Alixandre de S. Luís

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB

ANEXO B - Termo de Autorização Institucional.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. José Alixandre de S. Luís

Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde da Universidade Federal de Campina Grande no Centro de Educação e Saúde *campus* Cuité/PB

O Centro de Educação e Saúde da Universidade Federal de Campina Grande conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Bacharelado em Nutrição. Nesse contexto, a graduanda Paula Joelma de Queiroz Nogueira, matrícula nº 511120299, RG: 2769798 SSP-RN, CPF: 082.380.994-39, está realizando uma pesquisa intitulada por: **“CONHECIMENTO VERSUS INGESTÃO ALIMENTAR ADEQUADA EM INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO CURIMATAÚ PARAIBANO”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos prontuários das Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, no município de Cuité, na Paraíba.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição, centro e unidade acadêmica.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, ____ de _____ de 2014.

Paula Joelma de Queiroz Nogueira
(Orientanda - Pesquisadora)

Ana Paula de Mendonça Falcone
(Orientadora - Pesquisadora)

José Alixandre de S. Luís
Coordenador da Unidade Acadêmica de Saúde – Cuité/PB

ANEXO C - Termo de Autorização Institucional.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE
CURSO DE BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Ilmo. Sr. Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCEG

O Centro de Educação e Saúde da UFCEG conta no seu Programa de Graduação, com o Curso de Nutrição. Nesse contexto, a graduanda Paula Joelma de Queiroz Nogueira, matrícula nº 511120299, RG: 2769798 SSP-RN, CPF: 082.380.994-39, está realizando uma pesquisa intitulada por: **“CONHECIMENTO VERSUS INGESTÃO ALIMENTAR ADEQUADA EM INDIVÍDUOS COM DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO CURIMATAÚ PARAIBANO”**, necessitando, portanto, coletar dados que subsidiem este estudo junto aos prontuários das Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, no município de Cuité, na Paraíba.

Desta forma, solicitamos sua valiosa colaboração, no sentido de autorizar tanto o acesso da referida graduanda para a realização da coleta de dados, como a utilização do nome da instituição.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados para realização deste trabalho, bem como para publicação em eventos e artigos científicos.

Na certeza de contarmos com a compreensão e empenho dessa instituição, agradecemos antecipadamente.

Cuité, ____ de _____ de 2014.

Paula Joelma de Queiroz Nogueira
(Orientanda - Pesquisadora)

Ana Paula de Mendonça Falcone
(Orientadora - Pesquisadora)

Ramilton Marinho Costa
Diretor do Centro de Educação e Saúde da UFCEG

ANEXO D – Termo de autorização institucional.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CUITÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE CUITÉ
CNPJ: 11.404.674/0001-78
RUA. FRANCISCO TEODORO DA FONSECA, S/N,
CENTRO, CUITÉ-PARAÍBA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, _____, Secretário (a), autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“Conhecimento versus Ingestão alimentar adequada em indivíduos com diabetes tipo 2 atendidos em uma Unidade Básica de Saúde em um município de pequeno porte do Curimataú Paraibano”**, que será realizada com os diabéticos atendidos pela Unidade Básica de Saúde Ezequias Venâncio da Fonseca, no município de Cuité nos meses de outubro e novembro de 2014, com abordagem qualitativa, tendo como pesquisadora Ana Paula de Mendonça Falcone e colaboradora Paula Joelma de Queiroz Nogueira, acadêmica de Nutrição da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG.

Cuité, _____ de _____ de 2014

Dr. Gentil Venâncio Palmeira Filho
Secretário Municipal de Saúde