

CONHECIMENTO NUTRICIONAL DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE ATENDE PESSOAS COM DIABETES MELLITUS NA ATENÇÃO BÁSICA

Nutritional knowledge of a Multidisciplinary Team that serves people with Diabetes Mellitus in the Public Health Care System

Kenia Cleopatra Molmelstet¹, Susane Fanton²,
Judite Hennemann Bertoncini³, Claudia Regina Lima Duarte da Silva⁴, Deise Maria Vargas⁵,
Luciane Coutinho de Azevedo Campanella⁶

RESUMO

Objetivo: este estudo teve como objetivo descrever conhecimentos em nutrição para portadores de diabetes mellitus de uma equipe de saúde atuante em uma unidade básica. **Metodologia:** a partir de abordagem qualitativa, foram entrevistados 13 profissionais de saúde dessa unidade, situada na cidade de Blumenau-SC, durante o primeiro semestre de 2013. **Resultados:** a análise temática a partir das falas possibilitou identificar em muitos momentos carências e/ou contradições no conhecimento sobre a conduta alimentar dos pacientes. Os resultados apontam que mudanças significativas nas prescrições para esses pacientes são de grande valia e cabe à equipe multiprofissional reavaliar a atual conduta, visto que a unidade de saúde não apresenta o profissional mais habilitado, o nutricionista para atender a demanda dessa realidade.

PALAVRAS-CHAVE: Conhecimento; Diabetes Mellitus; Nutrição; Profissionais de Saúde; Saúde.

ABSTRACT

This study aimed to describe knowledge about nutrition for people with diabetes mellitus in a team of health professionals at a public clinic. From a qualitative approach, we interviewed 13 health professionals from this unit, located in the city of Blumenau, SC, during the first half of 2013. Thematic analysis from the interviews made it possible to identify gaps and / or inconsistencies in knowledge about appropriate feeding of patients. The results indicate that significant changes in prescriptions for these patients are of great value, and that the multidisciplinary team should reevaluate current behavior, since the health unit does not have the most qualified professional, the nutritionist, to meet the requirements of this situation.

KEYWORDS: Knowledge; Diabetes Mellitus; Nutrition; Health Professionals; Health.

¹ Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional de Blumenau. E-mail: keniacleopatra@yahoo.com.br.

² Acadêmica do Curso de Nutrição da Universidade Regional de Blumenau.

³ Doutora em Enfermagem pela UFSC e Mestre em Saúde Pública pela UFSC. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau.

⁴ Doutora em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Mestre em Educação pela FURB. Coordenadora do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau. Docente do Curso de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau.

⁵ Doutora em Medicina e Cirurgia pela Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) e Mestre em Endocrinologia e Nutrição Pediátricas pela UAB. Docente do Curso de Medicina e do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Regional de Blumenau.

⁶ Doutora em Neurociência pela UFSC e Mestre em Neurociência e Comportamento pela UFSC. Docente dos Cursos de Nutrição da Universidade Regional de Blumenau e da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, tem feito esforços no sentido de promover mudanças na formação dos profissionais da saúde, a fim de adequá-la à realidade e às necessidades da população brasileira. Nesse sentido, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET) tem o reconhecimento da Universidade de Blumenau como referência de integração ensino-serviço-comunidade e de desenvolvimento de novas experiências pedagógicas. No subprojeto Princípio da Educação Popular para a Promoção da Saúde do PET- SAÚDE (Pesquisa e Extensão para Melhoria do Cuidado na Atenção Básica) da Universidade Regional de Blumenau, como uma das atividades acadêmicas de produção de conhecimento em áreas estratégicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), se propôs a realização de matriciamento com trabalhadores da equipe de saúde que atuam nas áreas de abrangência do programa. No entanto, nas fases que antecederam ao matriciamento, foi apoiada a realização de estudos para a identificação de fragilidades no conhecimento de profissionais da equipe de saúde quanto aos aspectos relacionados ao cuidado do paciente em condições patológicas crônicas, tais como o diabetes mellitus.

Sabe-se que pacientes de diabetes mellitus necessitam de acompanhamento sistêmico por equipe multiprofissional de saúde que ofereça condições mínimas necessárias para o manejo da doença com vistas ao autocuidado.¹ Como o diabetes é uma enfermidade que necessita de mudanças que duram para toda a vida, torna-se indispensável a presença de ação educativa para conscientizar o diabético da importância do seu conhecimento sobre a doença como parte integral do cuidado.² Ressalta-se que funções educativas, exercidas por profissionais da saúde, devem proporcionar aos indivíduos com a doença e aos familiares autonomia e habilidades no manejo dos cuidados necessários para tratar disfunções biológicas desencadeadas pela doença.³

Destaca-se a importância da busca, pelos profissionais de saúde da atenção básica, por conhecimentos, habilidades e competências para atuar na prática educativa em diabetes mellitus, a fim de se concretizar ações junto aos usuários com essa doença, visando educação para o autocuidado. Nesse sentido, confirma-se a necessidade de se conhecer “o saber” de profissionais que fazem parte da atenção básica que estão direta ou indiretamente envolvidos na prática educativa em diabetes.⁴

REVISÃO DA LITERATURA

Transições demográfica, nutricional e epidemiológica, já identificadas no século passado, determinam um perfil de risco para as doenças crônicas não transmissíveis, com alto custo social e grande impacto na morbimortalidade da população, o que confere ônus crescente e preocupante para os governantes. O diabetes mellitus, como uma dessas doenças, configura-se atualmente como epidemia global, representando grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.⁵

Conhecer o diabetes não implica necessariamente em mudança imediata no comportamento e adesão ao tratamento; mas é o começo. Assim, a educação em diabetes é a chave da terapêutica da doença, um meio para que pacientes obtenham conhecimento e habilidades para aderir às recomendações do mesmo. A educação em diabetes visa assegurar que as escolhas realizadas diariamente no cuidado com a doença sejam conscientes e benéficas, por exemplo, a alimentação.⁶ A terapia nutricional para o diabetes inclui o processo e o sistema pelo qual o cuidado nutricional será promovido, bem como as recomendações específicas para cada indivíduo. O plano alimentar deve ser definido, prescrito e acompanhado, pois este fará parte de um processo educativo contínuo.⁷

Na falta do profissional nutricionista, a demanda de atendimento nutricional a portadores de diabetes fica na responsabilidade de outros profissionais da área da saúde que, no ambiente coletivo, tenham contato com os pacientes, mas que por vezes desconhecem os métodos específicos de abordagem das questões alimentares, assim como modos efetivos de intervenção.⁸ Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de auxiliar os pacientes com diabetes mellitus, ensinando-lhes o autocuidado, instruindo-os sobre a doença e conscientizando-os da importância da automonitorização, de modo a garantir mudança de comportamento e participação no tratamento. É importante destacar que a assiduidade da equipe de saúde na avaliação da abordagem apresenta resultados positivos ou carece de novas direções educacionais e nutricionais no tratamento.²

Ao se considerar que: (1) hoje, presenciamos uma epidemia na incidência de diabetes mellitus, com tendência à elevação contínua, (2) a orientação nutricional é parte fundamental do tratamento de pacientes com diabetes, (3) não existe, na maioria das vezes, profissional nutricionista na equipe multiprofissional das unidades de atenção básica à saúde para realizar essa orientação e (4) há necessidade de melhor capacitação dos profissionais de saúde para realizarem orientações aos portadores de diabetes, que transcendam o tratamento puramente medicamentoso. É o que justifica a investigação que norteou o objetivo desta pesquisa, ou seja, analisar os conhecimentos nutricionais em diabetes mellitus apontados pelos profissionais

de uma equipe multiprofissional atuante em uma unidade básica de saúde.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, que explora um nível de realidade que não pode ser quantificado, a partir de um universo de significados, aspirações, crenças e valores, que correspondem a um espaço mais profundo das relações, que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis.⁹ Nesse tipo de estudo, o significado que as pessoas dão às coisas e à sua vida constituem focos de atenção especial do pesquisador, o que possibilita trazer fatos do cotidiano para a pesquisa e considerá-los parcelas importantes dos resultados.¹⁰ Diante disso, justifica-se porque essa abordagem é mais apropriada para responder a problemática deste projeto: como evidenciar conhecimentos em nutrição para diabetes mellitus que os profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde apresentam?

As pesquisadoras realizaram o estudo em uma unidade de atenção básica de saúde, durante o primeiro semestre de 2013. A população foi composta por 13 profissionais graduados que atendem diariamente nessa unidade. A seleção de ambos foi a partir do envolvimento que esses profissionais de saúde têm em sua prática clínica em atender pacientes diabéticos.

Neste estudo, consideramos que os profissionais de saúde atuantes nessa unidade de saúde são os “responsáveis” pela conduta nutricional dos pacientes diabéticos, uma vez que não há o profissional nutricionista para atender a demanda. No entanto, pode-se observar na Tabela 01 a caracterização dos depoentes deste estudo.

Para a coleta de dados foram utilizados: roteiro de entrevista semiestruturado, gravador (áudio), Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) e caneta esferográfica azul. A estrutura básica do roteiro de entrevista foi dividida em duas partes: na primeira, os entrevistados preencheram as perguntas objetivas e na sequência foram submetidos a responder as questões discursivas (gravadas).

As entrevistas foram realizadas individualmente em seus recíprocos locais de atendimento, em sua maioria, a totalidade das entrevistas obteve duração em média de 15 minutos cada e ocorreram após a assinatura do TCLE. O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) em 02/06/2009, conforme o protocolo de nº 043/09.

Para a verificação dos dados, utilizou-se a análise temática do conteúdo. Procedeu-se à ordenação das falas, após a transcrição integral das falas e da leitura extenu-

ante do material coletado. Posteriormente, selecionou-se parte do material, buscando as ideias proeminentes que constituem as unidades de significado, as quais foram codificadas e organizadas pelos pesquisadores em subtemas, relacionando-os aos outros temas supracitados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e sua discussão serão exibidos segundo os subtemas e os temas identificados durante a análise de conteúdo temático das entrevistas.

Reconhecimento de particularidades na dieta para diabéticos

A partir das falas dos depoentes, verificou-se que 92% dos profissionais entrevistados afirmaram haver diferenças na dieta recomendada para indivíduos com diabetes comparada à dieta dos que não possuem a doença. Ao justificar a presença de particularidades na dieta prescrita para indivíduos diabéticos, podem-se observar referências a alguns pontos de destaque.

Controle na quantidade de carboidrato

Cientificamente, sabe-se que a prática alimentar adequada é importante para todos os indivíduos, uma vez que é a partir dos alimentos que o organismo retira os nutrientes necessários para o crescimento, o desenvolvimento, a manutenção de tecidos, a resistência às doenças, além de outras situações. Para que um indivíduo supra suas necessidades nutricionais, é imprescindível a combinação de diferentes alimentos pertencentes aos diversos grupos alimentares,¹¹ em que a relação dos alimentos que se ingere com o comportamento alimentar está diretamente associada ao controle e à prevenção de doenças em indivíduo com ou sem diabetes mellitus.¹²

Segundo dados recentes publicados em uma das diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), a ingestão dietética de carboidratos para pessoas com diabetes segue as definidas para a população geral, sem diferenças entre portadores ou não da doença, desde que sejam respeitadas as concentrações de carboidrato entre 45 e 60% do requerimento energético total.¹³

Nas falas dos profissionais entrevistados, constatou-se constante indicação à necessidade de “controle” na quantidade de carboidrato ingerido pelos diabéticos, com destaque ao depoimento do entrevistado II, que carrega sua fala com expressões proibitivas como “não deve”. Nessas, percebe-se semelhança nas conotações e carências de aprofundamento no tema nutrição e diabetes, apesar da

recomendação de restrição em carboidrato. Considerou-se vaga, ou pouco aprofundada, a informação transmitida, criando-se a impressão de desconhecimento, por parte dos entrevistados, a respeito do tema carboidrato e diabetes.

Uma dieta mais controlada de açúcar principalmente carboidratos. (I)

Não deve ingerir em excesso carboidratos que inclui pão, massa... (II)

Diferença é basicamente na quantidade. (III)

Quantidade da ingestão de carboidratos. (VII)

Em outras vezes, recomendações para reduzir a quantidade de carboidratos permitida para ingestão foram citadas de maneira clara, mas incorreta.

Numa dieta de um diabético tem que diminuir as taxas de hidrato de carbono. (VI)

Deve ser uma quantidade menor que o não diabético. (VII)

Analisando as falas supracitadas, confirmaram-se discordâncias nos referenciais de consumo de carboidratos para os pacientes diabéticos. Isso nos preocupa, uma vez que se houver redução na recomendação de carboidrato na dieta em relação à caloria total, haverá concomitante aumento na ingestão de proteínas e/ou na ingestão de gordura que, em excesso, trazem malefícios à saúde e ao controle do diabetes.¹¹ Vale lembrar que a maior incidência de diabetes mellitus é a do tipo 2 que, na maior parte das vezes, está relacionada à presença de resistência insulínica.¹² E essa, por sua vez, é agravada pelo excesso de peso e pelo consumo elevado de gorduras alimentares. Ao se recomendar redução no carboidrato, ou foco no carboidrato como o “vilão” da dieta, cria-se a falsa impressão de que proteína e lipídios podem ser liberados, agravando o controle da doença. Assim, é importante que essas considerações nutricionais façam parte da abordagem no contato com o paciente, como parte da reeducação nutricional.¹⁴

Tipo de carboidrato

O cuidado acerca do tipo de carboidrato que pode ser ingerido foi também indicado pelos profissionais como uma particularidade que deve ser considerada e praticada na escolha alimentar dos pacientes diabéticos. Os depo-

entes apontam para a necessidade de restrição de carboidratos simples, o que vai ao encontro das recomendações nutricionais para diabetes, a respeito da ingestão do açúcar simples, também conhecido como sacarose, que não deve ultrapassar o consumo de mais que 10% do valor energético total da dieta.¹³ Não abordado pelos entrevistados, mas da mesma maneira importante, quando ingerido, deve-se considerar o carboidrato como parte do contexto de uma dieta saudável, em substituição a outra forma de carboidrato e não simplesmente em adição ao plano alimentar.¹¹

Restrição principalmente no consumo de carboidratos simples. (IV)

Evitar o açúcar comum o açúcar branco. (XI)

Não vai indicar um alimento muito com muito açúcar. (XIII)

Os depoentes, quando questionados a respeito do tipo de carboidrato presente nos alimentos, revelaram falta de conhecimento a respeito de sua classificação química (simples ou complexos).¹³ A maior parte classificou adequadamente o açúcar branco e o mel com fontes de carboidratos simples, no entanto, aproximadamente metade dos profissionais qualificou incorretamente os seguintes alimentos: cereal matinal, feijão, macarrão, granola, pão, farinha de mandioca e o açúcar mascavo. A dificuldade no reconhecimento, pela equipe multiprofissional, do tipo de carboidrato predominante nos alimentos denota desconhecimento acerca do que seria uma fonte de carboidrato simples ou complexo, que se ratifica pelas falas citadas abaixo.

Eu não sei qual é... (I)

Não sei o que é carboidratos simples e ou complexos. (XI)

Que é esse complexo e simples? (VI)

A respeito dessa questão, foi identificada na resposta do depoente V (*se for simples ele tem uma absorção muito rápida*), a relação entre digestão e velocidade de absorção desse nutriente. As recomendações alimentares a respeito da escolha do carboidrato parecem advir do conceito de que a digestão/absorção do carboidrato simples é mais rápida que do carboidrato complexo. Conceito que deve ser revisado, uma vez que a capacidade digestiva/absorptiva do amido (carboidrato complexo mais frequente do cardápio diário) é tão rápida quanto a da sacarose (carboidrato simples).¹⁵

Outra constatação identificada quanto ao controle na qualidade do carboidrato ingerido, refere-se a práticas de conhecimento popular, como a proibição de alimentos naturais temidos pelo seu sabor adocicado.

A beterraba, um alimento que contém muito açúcar que o diabético na verdade não deveria comer. (VIII)

Destaca-se que a proposta geral para alimentação do diabético não deve ser proibitiva, e sim direcionada à ingestão de um cardápio variado, balanceado, dentro de limitações individuais de cada paciente. A limitação ou até mesmo a proibição da ingestão de alimentos popularmente restritos levam a consequências indesejáveis, dentre as quais podemos citar a baixa adesão à terapia nutricional e a reduzida ingestão de uma variedade de nutrientes necessários para se atingir equilíbrio nutricional.¹⁶ Vale lembrar que os carboidratos provenientes das hortaliças e leguminosas e dos produtos integrais devem ser incentivados dentro de uma alimentação saudável, por apresentar elevado valor nutricional e baixo valor calórico.¹³

Estimular o consumo de alimentos integrais

A necessidade de escolha de alimentos fontes de carboidratos na sua versão integral foi citada por todos os profissionais entrevistados, e exemplificado conforme os depoimentos a seguir.

Pão integral, folhas verdes. (I)

Cereais integrais, maioria das frutas, verduras principalmente os talos e folhas. (III)

Cereais e vegetais. (IV)

Linhaça, castanha, quinoa, aveia, vários grãos, barras de cereais... (VII)

Pães, arroz, arroz branco, macarrão sempre são recomendados os integrais. (VIII)

Verduras, algumas frutas, arroz integral... (X)

Granola e aveia. (XIII)

A compreensão da importância de escolhas alimentares fontes de fibras obteve destaque nas falas dos entrevistados III e VII, quando as mencionam principalmente em alimentos como talos, folhas e sementes. As conotações acima referentes aos diabéticos consumirem alimentos in-

tegrais são confirmadas pela literatura.¹³ Assim como a população em geral, os indivíduos com diabetes mellitus devem ser motivados a escolher alimentos que contenham fibras.^{17, 18} Em números, recomenda-se o consumo de, no mínimo, 14 gramas de fibra dietética para cada 1.000 calorias ingeridas por dia,¹³ porém, é importante ressaltar que não há razão para recomendar-lhes o consumo de maiores quantidades de fibras.^{17, 18}

O aumento da saciedade, a regulação no funcionamento do intestino e a diminuição do colesterol plasmático foram citados pelos entrevistados como justificativas para o estímulo ao consumo de fibra em indivíduos diabéticos.

Mais saciedade... (I e II)

Fibra demora mais para ser absorvida, o indivíduo diabético fica saciado mais tempo. (V)

Ajuda a diminuir o colesterol... (X)

Melhora do funcionamento do intestino. (II,VI, XII e XIII)

As fibras apresentam propriedades distintas e benefícios diversos, como apontados pelos depoentes nas falas acima. Conforme as diretrizes, as fibras solúveis possuem efeitos benéficos na glicemia e no metabolismo de lipídios, enquanto as fibras insolúveis agem no controle do peso corporal bem como contribuem para a saciedade, além da preservação da saúde intestinal.¹³ Segundo relatos da literatura, o consumo de fibras alimentares é benéfico aos pacientes portadores de diabetes, por favorecer o melhor controle na liberação de insulina, uma vez que alimentos com elevado teor de fibra teriam absorção mais lenta, em função do retardo no esvaziamento gástrico e da diminuição do tempo de trânsito intestinal, evitando, assim, picos glicêmicos indesejáveis¹⁹ (também mencionado nas falas dos depoentes).

Ainda, outra constatação a respeito desta subtemática, conforme demonstrado nos depoimentos a seguir, foi o apontamento para relação entre a presença de fibras e a redução na velocidade de absorção do carboidrato nos alimentos, inclusive sendo citada a palavra “índice glicêmico”, apesar de ter acontecido de maneira desarranjada do contexto.

A fibra faz com que o índice glicêmico seja mais longo. (III)

A fibra reduz a absorção do açúcar, conseqüentemente, demora mais pra que essa absorção ocorra no organismo. (IV)

A fibra vai complexar um alimento pra poder ser eliminado pelas fezes, ela vai desacelerar esse processo de absorção de forma mais gradativa... O diabético precisa comer fibra até por causa do índice glicêmico. (VII)

Na busca referendada, entende-se que o índice glicêmico é um método proposto para auxiliar a seleção dos alimentos na elaboração de condutas alimentares, a fim de caracterizar o perfil de absorção do carboidrato e a resposta metabólica após as refeições. Além disso, o índice glicêmico da dieta habitual é um indicador da qualidade do carboidrato da dieta consumida.^{11, 19} No entanto, cabe advertir que fatores intrínsecos e extrínsecos dos alimentos podem interferir na digestão e absorção do amido, o que implica diferentes respostas glicêmicas produzidas pelos alimentos, além de que esse método é válido somente quando se trata do consumo isolado, pois quando associado a outros alimentos vale destacar a importância da carga glicêmica,¹⁹ de aparente desconhecimento dos depoentes entrevistados nesta pesquisa.

Aumento da frequência alimentar

Para alguns, a preocupação com o aparecimento de episódios de hipoglicemia conduziu à indicação de se respeitar o consumo frequente (periódico) de alimentos. Além disso, uma das falas citadas a seguir se refere à íntima relação existente entre alimentação e medicação prescrita, como forma de se evitar grandes excursões glicêmicas.

Atender a necessidade desse paciente sem que ocorra o risco de hípo e hiperglicemia e medicação com a alimentação. (VI)

Não pode ficar muito tempo sem comer. (IX)

Não deve ficar muito tempo sem ingerir alimentos... (XI)

A ingestão alimentar diária deve ser disciplinada, fracionada em diversas refeições e ajustada à prática de exercícios e ao esquema de insulinização ou de antidiabéticos orais, quando utilizados, de forma a impedir consumo excessivo de alimentos nas refeições e o jejum prolongado, com a finalidade de reduzir as oscilações glicêmicas significativas e o risco de hipoglicemia, o que irá favorecer no controle metabólico, refletindo em melhor qualidade de vida.¹⁸ Recomenda-se que o plano alimentar seja fracionado em seis refeições ao dia, sendo três principais (café da manhã, almoço e jantar) e três lanches intermediários. Acredita-se que as recomendações apontadas anteriormente justificam as expressões “não pode” quando se referem à frequência alimentar do paciente diabético.

Produtos diet/light na dieta para diabéticos

Ao serem questionados a respeito do que seria alimento *diet* ou *light*, verificou-se importante ausência de conhecimento da matéria. As falas assinalaram para um conflito de interpretações, muitas com ênfase no reduzido ou ausente teor de açúcar.

Diet não contém açúcar eles contêm outras substâncias... (I)

Diet é redução de açúcar... e o light teor baixo de caloria. (II)

Diet é a redução de açúcar do produto... o light seria menos calorias. (III)

Diet seria com ausência de açúcar... light seria com um baixo teor de gordura. (V)

Diet não tem açúcar... o light tem caloria, menor mais tem. (VII)

Diet menos açúcar, menos ou nada de açúcar ou zero açúcar... light tem menos gordura. (VIII)

Diet não pode ter açúcar... light com menos gordura. (X)

Diet é sem açúcar... diet a princípio é pra ser livre de açúcar... light tem açúcar e menos gordura. (XII)

Diets que são livres de açúcar... lights menos calóricos. (XIII)

Para maiores esclarecimentos, o alimento *diet* define-se como alimento industrializado em que determinados nutrientes como proteína, carboidrato, gordura, sódio, entre outros, estão ausentes ou em quantidades muito reduzidas, não resultando necessariamente em um produto com baixa caloria. Já o *light* corresponde ao alimento produzido de forma que sua composição reduza em, no mínimo, 25% o valor calórico e/ou os seguintes nutrientes: açúcares, gordura saturada, gorduras totais, colesterol e sódio, comparado com o produto tradicional ou similar de marcas diferentes.²⁰

Outros autores como Souto e Rosado¹¹ indicam que o alimento *light* possui um terço de calorias, ou 50% menos de gordura, do que a versão tradicional, contudo, pode ter ou não açúcar em sua composição. Entretanto, o produto dietético é uma expressão sem significado padronizado, apenas que algo foi modificado ou substituído e o produto pode conter menos açúcar, sal ou gordura quando

comparado com a versão tradicional. Algumas vezes os produtos *diet* podem não conter sacarose, porém, ter mais gordura se comparados a produtos convencionais.

Vale destacar a colocação de dois entrevistados, que indicaram a necessidade de restrição ao consumo de alimentos *diet*, por serem estes, independentes da sua composição, alimentos industrializados. Os mesmos profissionais reforçaram o estímulo que se deve ter na dieta, de pacientes com diabetes ou não, ao consumo de alimentos naturais, deixando os *diet*, para situações eventuais. A literatura retrata que alimentos *diet*, *light* ou em sua versão zero podem ser indicados no plano alimentar do paciente diabético, porém, não devem ser utilizados de forma exclusiva. Esses devem respeitar as preferências individuais e o poder aquisitivo do paciente e da família.¹³

Nenhum alimento deveria ser consumido livremente até porque são alimentos que são industrializados. Diet é um complemento, são opções que parecem alimentares, mas não uma base de alimentação para o diabético. (VI)

Deve-se alimentar de uma forma mais natural não propriamente diet, porque às vezes a diet tem muito sódio... se puder se alimentar com uma alimentação mais natural... é melhor, do que o produto industrializado (X)

Em um caso isolado nas falas dos depoentes, foi referido estímulo à ingestão de adoçantes em substituição ao açúcar.

...buscar sempre os alimentos que tem os adoçantes. (XI)

Particularmente, quanto ao incentivo do consumo de adoçantes, é válido se referir à preocupação existente entre os profissionais nutricionistas na substituição aleatória de alimentos com açúcar por alimentos com adoçante, como se não fossem agregados a eles, na maioria das vezes, calorias e outros tipos nutrientes, entre eles o próprio carboidrato. Essa impressão de que ao consumir alimentos *diet*, se estaria reduzindo ou evitando a ingestão do carboidrato leva o paciente à ingestão ilimitada, na maioria das vezes exacerbada desse tipo de alimento. Segundo a literatura, os edulcorantes não são essenciais ao tratamento do diabetes, com exceção aos indivíduos com sobrepeso ou hipertrigliceridemia. Aos demais, esse estímulo deve ser desconsiderado.¹³

CONCLUSÃO

Com base nos dados analisados, foi identificada, entre os profissionais entrevistados, elevada recomendação

à restrição de consumo de carboidrato para pacientes com diabetes mellitus, com predominante restrição e/ou contra-indicação ao uso de carboidratos simples, apesar de muitos desconhecerem o que seria carboidrato simples ou complexo e quais seriam suas fontes alimentares. Para os entrevistados, alimentos com sabor adocicado, independente de a qual grupo alimentar pertencem, deveriam ser evitados, destacando a presença de crenças alimentares na conduta nutricional desses profissionais. Além disso, percebeu-se desconhecimento do que seriam alimentos *diet* e *light* e estímulo ao consumo destes em substituição às versões normais por parte de alguns profissionais, inclusive com o estímulo à ingestão de adoçantes.

Vale destacar pontos favoráveis de relatos como: o estímulo ao consumo de alimentos integrais pelos benefícios que esses agregam à dieta e à saúde, a preocupação com o fracionamento da dieta na tentativa de se evitar episódios de hipoglicemia e a preferência no consumo de alimentos naturais, deixando os industrializados para situações eventuais.

Nessa perspectiva, há de se propor a capacitação dos profissionais da assistência da atenção básica à saúde no atendimento de portadores de diabetes, no que diz respeito à educação nutricional, uma vez que são esses que estão em constante contato com o paciente. Essa recomendação é ainda mais importante em unidades de saúde que não apresentam assistência nutricional especializada. Corroborando com a indicação de capacitação da equipe, destaca-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui um conjunto de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento de saúde, bem como capacitação de profissionais voltada para o cuidado dos pacientes com diabetes; ações que devem ser mediadas pelo governo e, em sua maioria, executadas nos municípios, sobretudo por meio da rede básica de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira KCSO, Zanetti ML. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. Rev. Esc Enferm USP. 2011; 45(4):862-8.
2. Gil GP, Haddad MCL, Guariente MHD. Conhecimento sobre diabetes mellitus de pacientes atendidos em programa ambulatorial interdisciplinar de um hospital universitário público. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. 2008; 29(2):141-154.
3. Gamba MA. A educação como terapêutica para a prevenção e cuidados das complicações das extremidades inferiores decorrentes do diabetes mellitus (DM) mal con-

trolado. Revista: Diabetes Clínica. 2012; (4):228.

4. Santos LM. Competências dos profissionais de saúde nas práticas educativas em diabetes tipo 2 na atenção primária à saúde[dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem; 2011.

5. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema Hiper Dia. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53(1).

6. Fontinele RSS, Peres LCL, Nascimento MAB, Boni MS. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2. Com. Ciências Saúde. 2007; 18(3):197-206.

7. Sociedade Brasileira de Diabetes (Brasil) Hoje. [internet]. 2011. [citado 2012 out. 14]. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>.

8. Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 1999; 15 (Suppl 2):S139-147.

9. Minayo MCS, Deslandes S.F, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 1994.

10. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Rev. Nutr. 1999; 12(3):261-72.

11. Souto DL, Rosado EL. Contagem de carboidratos no Diabetes Mellito: abordagem teórica e prática. Rio de Janeiro: Rubio; 2010.

12. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus. 2013; S1-4

13. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Princípios para orientação nutricional no diabetes mellitus. 2013; S20-42.

14. Brandão AP, Brandão AA, Nogueira AR, Suplicy H, Guimarães JI, Oliveira JEP. I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. Arq Bras de Cardiol. 2005; 84 (Suppl1):1-28.

15. Sartorelli DS, Cardoso MA. Associação entre carboi-

dratos da dieta habitual e Diabetes Mellitus Tipo 2: Evidências epidemiológicas. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006; 50(3):S:415-426.

16. American Diabetes Association. Diabetes Care 2005; 28(Suppl 1):S54-536.

17. Standarts of Medical Care In Diabetes. Diabetes Care. 2012; 35(35 Suppl1):S4-10.

18. American diabetes Association. Nutrition principles and recommendations in Diabetes. Diabetes Care. 2009; 32 S:13-S61.

19. Oliveira JED, Marchini JS. Ciências Nutricionais: Aprendendo a Aprender. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 2008.

20. Brasil. Ministério da Saúde. Glossário Temático de Alimentação e Nutrição. 2008. [citado 2013 jun. 02]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_alimenta.pdf>.

Submissão: abril de 2015

Aprovação: outubro de 2015
