**CONHECIMENTO NUTRICIONAL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE ATENDE USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS EM UMAUNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BLUMENAU-SC**

**NUTRITIONAL KNOWLEDGE OF THE MULTIPROFFESSIONAL TEAM THAT ASSISTS USERS WITH DIABETES MELLITUS IN A BASIC HEALTHCARE OF BLUMENAU-SC**

**RESUMO**

Este estudo teve como objetivo verificar o conhecimento quanto aos aspectos relacionados ao cuidado nutricional de uma equipe multiprofissional de saúde da atenção básica que atende usuários com diabetes mellitus. A partir de abordagem qualitativa, foram entrevistados, no primeiro semestre de 2013, 13 profissionais de uma unidade básica de saúde da cidade de Blumenau (SC), que atendem usuários com diabetes nesta unidade. Para tratamento dos dados foi realizada análise temática de conteúdo. A partir da análise temática emergiram cinco categorias: (1) a dieta para indivíduos com diabetes deve ser diferente da recomendada para pessoas que não têm a doença, (2) é necessário restringir a ingestão de carboidrato simples para a pessoa com diabetes, (3) o consumo de alimentos integrais é bom para pessoas com diabetes, (4) as fibras e a frequência alimentar influenciam na glicemia e (5) produto *diet* não tem açúcar e o *light* tem baixo teor de gordura e menos calorias. Com base nos dados apresentados, concluiu-se que há carências e contradições no conhecimento dos profissionais entrevistados sobre a relação entre nutrição e diabetes. Considera-se a necessidade de implantar processos de educação permanente e matriciamento para os profissionais da atenção básica, visto que o profissional nutricionista da atenção secundária pode apoiar estas equipesno cuidado nutricional e acompanhamento dos usuários com diabetes.

**Descritores:** Conhecimento; Diabetes mellitus; Nutrição; Profissionais de saúde; Saúde.

**ABSTRACT**

This study aimed to have knowledge about the aspects related to the nutritional care of a multiproffessional team of basic healthcare attention which serves users with diabetes mellitus. From a qualitative approach, were interviewed in the first half of 2013, 13 professionals from a basic healthcare unit in the city of Blumenau (SC), that serves users with diabetes in this unit. For data treatment was carried out a content thematic analysis. From the thematic analysis emerged five categories: (1) the diet for people with diabetes must be different from the recommended for people who don't have the disease, (2) it is necessary to restrict the intake of simple carbohydrates for the person with diabetes, (3) the consumption of whole foods is good for people with diabetes, (4) fibers and meal frequency influence on blood glucose and (5) diet product has no sugar and light has low fat and less calories. Based on the data presented, there are shortages and contradictions in the knowledge of professionals interviewed about the relationship between nutrition and diabetes. It is considered the need to provide permanent education  and accompaniment for professionals in the basic attention, Where as the dieticians of secondary attention can support these teams on nutritional care and monitoring users with diabetes.

***Key words:*** *Knowledge; Diabetes mellitus; Nutrition; Health professionals; Health.*

**INTRODUÇÃO**

Transições demográfica, nutricional e epidemiológica, já identificadas no século passado, determinam um perfil de risco para 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, atualmente se configura como epidemia global, representando grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo.1

Diante da relevância da alimentação no controle do diabetes, as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, em consonância com os preceitos da Organização Pan-Americana da Saúde e da Organização Mundial da Saúde, recomendam que a orientação nutricional aos usuários com diabetes seja realizada na atenção básica com apoio do profissional nutricionista.2

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.3Assim, a educação em diabetes é a chave da terapêutica da doença; um meio dosusuáriosobterem conhecimento e habilidades para construção de novos comportamentos, com apoio dos profissionais da saúde. A educação em diabetes visa assegurar que as escolhas realizadas diariamente no cuidado com a doença sejam conscientes e benéficas, como, por exemplo, a alimentação.4

Na ausência do nutricionista, a demanda de atendimento nutricional a portadores de diabetes mellitus está na responsabilidade de outros profissionais da área da saúde, que, coletiva ou individualmente, tenham contato com os usuários,apesar de muitas vezes desconhecerem métodos específicos de abordagem das questões alimentares, assim como modos efetivos de intervenção.5 Os profissionais de saúde têm a responsabilidade de auxiliar os usuários com diabetes mellitus, ensinando-lhes o autocuidado, instruindo-os sobre a doença e apoiando-osna automonitorização, de modo a garantir adoção e manutenção de novos comportamentos. 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.6

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.7 Como o diabetes é uma enfermidade que necessita de mudanças que duram para toda a vida, torna-se indispensável aação educativa para dar suporte aousuário com diabetes da importância do seu conhecimento sobre a doença como parte integral do cuidado.6 Essas mudanças de maior escopo no comportamento dos indivíduos, como as solicitadas para a terapêutica não medicamentosa, são determinadas por fatores biológicos, sociais, culturais, antropológicos, econômicos e psicológicos.8 Ressalta-se que funções educativas, exercidas por profissionais da saúde, devem proporcionar aos indivíduos nessa condição e aos familiares autonomia e habilidades no manejo dos cuidados necessários para tratar disfunções biológicas desencadeadas pela doença.9

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, 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.10

Ao se considerar que médicos e enfermeiros que trabalham nas unidades básicas de saúde (UBS) realizam grande parte do acompanhamento das pessoas com diabetes, é imperativo que esses profissionais estejam preparados para identificar fatores de risco relacionados com a alimentação e para orientaros usuários sobre alimentação saudável. Recomenda-se que a orientação nutricional realizada pelos profissionais da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)deve ser apoiada por um profissional nutricionista do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) ou de outro serviço de referência da atenção secundária.2,11 No município de Blumenau, os profissionais nutricionistasque atendem os usuários encaminhados da atenção básica estãoalocados na Policlínica de Referência e no Núcleo de Atenção em Diabetes, não se caracterizandoem apoio aos demais profissionais com discussão de casos clínicos ou do manejo adequado à singularidade do usuário. Nessa perspectiva, profissionais do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) para a Saúde da Universidade Regional de Blumenau iniciaram matriciamento em orientação nutricional para diabetes mellituscom trabalhadores das equipes da atenção básica do referido município.

Diante desse contexto, realizou-se esta pesquisa com o objetivo de verificar o conhecimento quanto aos aspectos relacionados ao cuidado nutricional de uma equipe multiprofissional de saúde da atenção básica que atende usuários com diabetes mellitus.

**MATERIAL E MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. A coleta dos dados foi realizada nos meses de janeiro a março de 2013 em uma UBS localizada no município de Blumenau, SC. Essa UBS é responsável pelo atendimento ambulatorial nas áreas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica geral, psicologia, fonoaudiologia, enfermagem, odontologia e fisioterapia, de uma população descoberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), totalizando aproximadamente 40 mil habitantes. Ressalta-se que 65% da população está coberta pela ESF, restando 35% que tem acesso somente ao atendimento ambulatorial através de UBS, como a deste estudo, e que o município, com população de 300 mil habitantes, não conta com NASF.

Os sujeitos participantes do estudo foram profissionais desta UBS que atendem usuários com diabetes mellitus e que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os critérios de exclusão foram: não ser profissional de saúde de nível superior, não atender usuários com diabetes mellitus e não aceitar participar do estudo. Todos os profissionais da UBS que atendem usuários com diabetes mellitus foram convidados, mas dois se recusaram a participar da pesquisa, totalizando 13 profissionais entrevistados. Esses profissionais mantêm contato clínico com os portadores de diabetes em consultas individuais e a minoria participa de encontros do grupo educativo em diabetes. Além disso, essa participação se restringe à elaboração de materiais ilustrativos e à organização de palestras de temas pertinentes ao diabetes ministradas aosusuários por profissionais externos à UBS. Salienta-se que não há reuniões da equipe multiprofissional para discussão de casos. Os profissionais entrevistados atendem usuários com diabetes de todas as faixas etárias (a maioria adulta) e são os responsáveis pela recomendação da terapêutica nutricional paraos usuários com diabetes, uma vez que não há nutricionista neste serviço.

Para a coleta de dados foram utilizados: roteiro de entrevista semiestruturado, gravador (áudio) e caneta esferográfica azul. A estrutura do roteiro de entrevista continha perguntas objetivas e discursivas com questões norteadoras sobre: diferenças na dieta recomendada para pessoas sem e com diabetes; influência dos lipídios, carboidratos, vitaminas, proteínas, fibras e minerais na glicemia; diferença entre carboidrato complexo e carboidrato simples na dieta para pessoas com diabetes; diferença entre produtos diet e light e a respeito da ingestão de fruta *in natura* e alimentos com fibras. As questões objetivas foram escritas pelo entrevistado e as discursivas foram respondidas oralmente no mesmo momento e gravadas. As entrevistas foram realizadas individualmente na UBS no final da jornada de trabalho de cada profissional.

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. Os sujeitos foram identificados pelos números romanos de I a XIII, com vistas a preservar sua identidade.Para a análise dos dados, utilizou-se a análise temática de conteúdo proposta por Bardin.12 Procedeu-se à ordenação das falas, após a sua transcrição integral e da leitura extenuante do material coletado. Posteriormente, selecionaram-sefragmentos do *corpus*, buscando as ideias proeminentes que constituíram as unidades de significado, as quais foram codificadas e interpretadas pelos pesquisadores. Da análise dos depoimentos, emergiram categorias temáticas que serão apresentadas a seguir.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os profissionais que participaram da pesquisa foram: dois enfermeiros, dois clínicos gerais, dois cirurgiões dentistas, dois farmacêuticos, um fisioterapeuta, dois fonoaudiólogos e dois psicólogos, sendo nove do sexo feminino e quatro do sexo masculino. Desses, seis tinham entre 30 a 39 anos, cinco entre 40 a 49 anos e dois, entre 50 a 59 anos. Todos os profissionais tinham jornada de trabalho de 30 horas semanais.

As categorias temáticas que surgiram da análise dos resultados foram: (1) a dieta para pessoas com diabetes mellitus deve ser diferente da recomendada para pessoas que não têm diabetes, (2) é necessário restringir a ingestão de carboidrato simples para a pessoa com diabetes, (3) o consumo de alimentos integrais é bom para pessoas com diabetes, (4) as fibras e a frequência alimentar influenciam na glicemia e (4) produto *diet* não tem açúcar e o *light* tem baixo teor de gordura e menos calorias.

**A dieta para pessoas com diabetes mellitusdeve ser diferente da recomendada para pessoas que não têm diabetes.**

A partir dos depoimentos, verificou-se que 92% dos profissionais afirmaram haver diferenças na dieta recomendada para indivíduos com diabetes comparada a dieta dos que não possuem a doença. Ao justificar a presença de particularidades na dieta prescrita para indivíduos diabéticos, pode-se observar referência a dois aspectos. O primeiro diz respeito à quantidade de alimento, que deve ser diminuída na dieta para os usuários com diabetes. O segundo aspecto está relacionado ao tipo de nutriente, especificamente o carboidrato, que também deve ser ingerido em menor quantidade pelas pessoas com diabetes.Verificou-se constante indicação à necessidade de controle na quantidade de carboidrato ingerido pelos usuários com diabetes.

*“[...] Uma dieta mais controlada de açúcar principalmente carboidratos.”*(I)

*“A diferença é basicamente na quantidade.”* (III)

*“[...] na quantidade da ingestão de carboidratos.”*(VII)

Destaca-se o depoimento do entrevistado II, que carrega sua fala com expressões proibitivas como ”não deve”.

*“Não deve ingerir em excesso carboidratos que inclui pão, massa [...].”*(II)

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)

Assim, o conhecimento dos profissionais sobre a relação entre consumo de carboidrato e controle do diabetes parece estar limitado à recomendação para diminuir ou suprimir a sua ingestão, o que evidencia desconhecimento sobre a relação entre nutrição e diabetes.

Para que um indivíduo supra suas necessidades nutricionais, é imprescindível a combinação de diferentes alimentos pertencentes aos diversos grupos alimentares13, na qual a relação dos alimentos que se ingere com o comportamento alimentar estão diretamente associados ao controle e à prevenção de doenças em indivíduo com ou sem diabetes mellitus.14 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.15

Analisando as falas supracitadas, confirmaram-se discordâncias nos referenciais de consumo de carboidratos para os pacientes com diabetes.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.13 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.14 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 proteínas e lipídios podem ser liberados, agravando o controle da doença. Assim, é importante que essas considerações nutricionais façam parte da abordagem de reeducação nutricional no contato com o usuário.16

**É necessário restringir a ingestão de carboidrato simples para a pessoa com diabetes**

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 usuários com diabetes mellitus. Os depoentes apontam para necessidade de restrição de carboidratos simples, o que vai ao encontro das recomendações nutricionais para diabetes, na qual se aconselha não ultrapassar o consumo de mais que 10% do valor energético total da dietade açúcar simples, também conhecido como sacarose.15 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.13

*“[...] restrição principalmente no consumo de carboidratos simples.”*(IV)

*“Evitar o açúcar comum, o açúcar branco.”*(XI)

*“[...] Não vai indicar um alimento com muito açúcar.”* (XIII)

Os profissionais, quando questionados a respeito do tipo de carboidrato presente nos alimentos, revelaram desconhecimento a respeito de sua classificação química (simples ou complexos).15 A maior parte classificou adequadamente o açúcar branco e o mel com fontes de carboidratos simples, no entanto, aproximadamente metade dos profissionais qualificou incorretamente como simples os seguintes alimentos: cereal matinal, feijão, macarrão, granola, pão e farinha de mandioca. A dificuldade no reconhecimento, pelos profissionais, 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 abaixo.

*“Eu não sei qual é [...].”*(I)

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

*“O que é esse complexo e simples?”* (VI)

A respeito dessa questão, foi identificada na resposta do depoente V 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 absorção do carboidrato simples é mais rápida que do carboidrato complexo. Conceito que deve ser revisado, uma vez que a capacidade absortiva do amido, carboidrato complexo mais frequente do cardápio diário, é tão rápida quanto a da sacarose (carboidrato simples).17

*“Se for simples ele tem uma absorção muito rápida” (V)*

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

*“A beterraba, um alimento que contêm muito açúcar que o diabético na verdade não deveria comer.”* (VIII)

Destaca-se que a proposta geral para alimentação do indivíduo com diabetes não deve ser proibitiva, e sim direcionada à ingestão de um cardápio variado, balanceado, dentro das possibilidades individuais, culturais, econômicas e sociais de cada pessoa. A limitação ou a proibição da ingestão de alimentos popularmente restritos levam a consequências indesejáveis, das quais sepodem citar a baixa adesão à terapia nutricional e a reduzida ingestão de uma variedade de nutrientes necessários a se atingir equilíbrio nutricional.18

**O consumo de alimentos integrais é bom para pessoas com diabetes**

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

*“[...] pão integral, folhas verdes [...].”*(I)

*“Cereais e vegetais.”* (IV)

*“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.

*“[...] cereais integrais, maioria das frutas, verduras principalmente os talos e folhas.”*(III)

*“Linhaça, castanha, quinoa, aveia, vários grãos, barras de cereais [...].”* (VII)

As conotações, citadas acima, referentes aos indivíduos com diabetes consumirem alimentos integrais são confirmadas pela literatura.Cabe destacar que carboidratos provenientes de hortaliças e leguminosas e de produtos integrais devem ser incentivados dentro de uma alimentação saudável, por apresentar elevado valor nutricional e baixo valor calórico.15

Assim como a população em geral, os indivíduos com diabetes mellitus devem ser motivados a escolher alimentos que contenham fibras.19, 20 Em números, recomenda-se o consumo de no mínimo 14 gramas de fibra dietética para cada 1.000 calorias ingeridas por dia15, porém, é importante ressaltar que não há razão para recomendar-lhes o consumo de maiores quantidades de fibras.19, 20

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 individuo diabético fica saciado mais tempo.”* (V)

*“[...] ajuda a diminuir o colesterol [...].”.* (X)

*“Melhora no funcionamento do intestino.”* (II,VI, XII e XIII)

As fibras apresentam propriedades distintas e benefícios diversos, como referidos pelos depoentes acima. 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.15 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 no tempo de trânsito intestinal, evitando assim picos glicêmicos indesejáveis.21

**As fibras e a frequência alimentar influenciam na glicemia**

Os profissionais participantes deste estudo apontaram a ingestão de fibras e ainda a frequência alimentar como os principais fatores que influenciam na glicemia. Referiram ainda que a ingestão de fibras reduza velocidade de absorção do carboidrato dos 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, consequentemente, demora mais pra que essa absorção ocorra no organismo.”*(IV)

*“A fibra vai complexar um alimento para 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)

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 reposta metabólica após as refeições. Além disso, o índice glicêmico da dieta habitual é um indicador da qualidade do carboidrato da dieta consumida.13,21 No entanto, fatores intrínsecos e extrínsecos dos alimentos podem interferir na digestão e na absorção do amido, o que implica em 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 deve-se considerar a carga glicêmica.21

A frequência alimentar também foi relacionada ao índice glicêmico, pelos entrevistados.Para alguns, a preocupação com o aparecimento de episódios de hipoglicemia conduziu a indicação de se respeitar o consumode alimentosem intervalos regulares. 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 alterações glicêmicas.

*“Atender a necessidade desse paciente sem que ocorra o risco de hipo 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.20 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 acima justificam as expressões “não pode” quando se referem à frequência alimentar dousuário com diabetes.

**Produto *diet* não tem açúcar e o *light* tem baixo teor de gordura e menos calorias**

Ao serem questionados a respeito do que seria alimento *diet* ou *light*, verificou-se importante ausência de conhecimento da matéria. As falas assinalaram paravariadas interpretações, muitas com ênfase no reduzido teor de açúcar nos alimentos *diet*, como referido a seguir:

*“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 menos açúcar, menos ou nada de açúcar ou zero açúcar [...] light tem menos gordura*.” (VIII)

Para outros profissionais participantes da pesquisa, o alimento *diet*é aquele livre de açúcar, assim relatado:

*“Diet seria com ausência de açúcar [...].” (V)*

*“Diet não contem açúcar eles contêm outras substâncias [...].”*(I)

*“Diet não pode ter açúcar [...].”(X)*

*“Diet é sem açúcar [...] diet a principio é para ser livre de açúcar [...].”(XII)*

*“Diets que são livres de açúcar [...].”(XIII)*

Os profissionais associaram o alimento *light* ao baixo teor de gordura e menor quantidade de calorias, demonstrado pelos depoimentos:

*“ Light seria com um baixo teor de gordura.”* (V)

*“Light com menos gordura.”*(X)

*“Lights são menos calóricos.”*(XIII)

Para os entrevistados, a ausência de açúcar parece estar relacionada ao índice zero de caloria em oposição ao alimento *light* que possui menor quantidade de calorias e pode ter açúcar.

*“Diet não tem açúcar [...] o light tem caloria, menor mais tem.”*(VII)

*“Light tem açúcar e menos gordura.”*(XII)

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 l*ight* 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.22

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.13 Entretanto, o produto dietético é uma expressão sem significado padronizado, apenas que algo foi modificado ou substituído, que 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 reforçaram o estímulo que se deve ter na dieta, de pacientes com diabetes ou não, ao consumo de alimentos naturais, deixando os produtos *diet* para situações eventuais. 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.15

*“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)

Quanto ao incentivo do consumo de adoçantes, é válido referir a preocupação existente entre os profissionais nutricionistas na substituição aleatória de alimentos com açúcar por alimentos com adoçante, como se esses não agregassem 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 a ingestão ilimitada, na maioria das vezes exacerbada desse tipo de alimento. Os edulcorantes não são essenciais ao tratamento do diabetes, com exceção aos indivíduos com sobrepeso ou hipertrigliceridemia. Aos demais, esse estímulo deve ser desconsiderado.15

**CONCLUSÃO**

Com base nos dados apresentados, concluiu-se queos profissionais entrevistados entendem que a dieta para indivíduos com diabetes mellitus deve ser diferente da recomendada para pessoas que não apresentam a doença e que oconsumo decarboidrato deve ser restrito, com predominante restrição ou contraindicação ao uso de carboidratos simples. Além disso, muitos desconhecem o que seria carboidrato simples ou complexo e quais seriam suas fontes alimentares. Para os entrevistados, alimentos com sabor adocicado, independente de qual grupo alimentar pertencem, deveriam ser evitados, destacando a presença de crenças alimentares no conhecimento nutricional desses profissionais. Além disso, percebeu-se desconhecimento do que seriam alimentos *diet* e *light* e estímulo ao consumo destes em substituição as versões normais por partes de alguns profissionais, inclusive com o estímulo a ingestão de adoçantes.

Vale destacar pontos favoráveis que evidenciaram conhecimento adequado dos profissionais quanto arelação entre nutrição e diabetes, como: o estímulo ao consumo de alimentos integrais pelos benefícios que estes 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 educação permanente dos profissionais da atenção básica à saúde no atendimento de portadores de diabetes no que diz respeito à educação nutricional, uma vez que são estes que estão em constante contato com o usuário. Destaca-se a necessidade deimplementação de NASF no município com a presença de nutricionista, a fim de promover o apoio em nutrição aos profissionais da atenção básica através do matriciamento, com discussão de casos clínicos e de práticas para promover a saúde e o cuidado integral dos usuários com diabetes.

**REFERÊNCIAS**

1. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia. Arq Bras Endocrinol Metab. 2009; 53(1).
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
3. Sociedade Brasileira de Diabetes (Brasil) Hoje. 2011. [acesso em 2012 out 14]. Disponível em: http://www.diabetes.org.br.
4. 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.
5. Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. Cadernos de Saúde Pública. 1999;15 Suppl 2:S139-147.
6. Gil GP, Haddad MCL, Guariente MHDM. 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.
7. 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.
8. Soares DA, Rodrigues CSC, Pereira DF, Silveira MOR, Oliveira JE, Lima VS. Adesão ao tratamento da hipertensão e do diabetes: compreensão de elementos intervenientes segundo usuários de um serviço de atenção primária à saúde.Rev. APS. 2014 jul/set; 17(3): 311 - 317.
9. Gamba MA. A Educação como Terapêutica para a Prevenção e Cuidados das Complicações das Extremidades Inferiores Decorrentes do Diabetes Mellitus (DM) Mal Controlado. Revista: Diabetes Clínica. 2012;(4):228.
10. 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.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2002.
13. Souto DL, Rosado EL. Contagem de carboidratos no Diabetes Melito: abordagem teórica e prática. Rio de Janeiro: Rubio; 2010.
14. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Epidemiologia e prevenção do diabetes mellitus. 2013; S1-4
15. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Princípios para orientação nutricional no diabetes mellitus. 2013; S20-42.
16. 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
17. Sartorelli DS, Cardoso MA. Associação entre carboidratos da dieta habitual e Diabetes Mellitus Tipo 2: Evidências epidemiológicas. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006; 50(3) S: 415-426.
18. American Diabetes Association. Diabetes Care 2005; 28 Suppl1:S54-536.
19. Standarts of Medical Care In Diabetes. Diabetes Care. 2012;35(35 Suppl1): S4-10.
20. American diabetes Association. Nutrition principles and recommendations in Diabetes. Diabetes Care. 2009;32 S:13-S61.
21. Oliveira JED, Marchini JS. Ciências Nutricionais: Aprendendo a Aprender. 2 ed. São Paulo: Sarvier; 2008.
22. Ministério da Saúde (Brasil). Glossário Temático de Alimentação e Nutrição. 2008. [acesso em 2013 jun 02]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario\_alimenta.pdf.