

**HÁBITOS ALIMENTARES DE INDIVÍDUOS COM DIABETES MELLITUS TIPO 2
 ATENDIDOS PELO PROGRAMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
 NA CIDADE DE CAJAZEIRAS, PARAÍBA, BRASIL**

Flavislayne Christiny Albuquerque de Almeida¹, Maria Algeni Tavares Landim¹
 Karina Morais Borges², Rayanne de Araújo Torres³, José Bruno Nunes Ferreira Silva^{1,4}

RESUMO

Objetivo: Avaliar os hábitos alimentares de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 assistidos em uma unidade básica de saúde da cidade de Cajazeiras, PB. **Metodologia:** Estudo de caráter transversal observacional. A autoavaliação alimentar foi identificada através de questionário semiestruturado, enfatizando a orientação nutricional e frequência de alimentação diária. Foram avaliados os alimentos e o consumo diário de doces e frituras, grãos e sementes, leite e derivados, verduras e legumes, carne e frutas. **Resultados:** O estudo compreendeu 35 participantes com idade média de $65,54 \pm 11,6$ anos. A população composta foi em sua maioria mulheres (57,1%). Em relação aos hábitos alimentares, 25 (71,4%) consideraram ter um consumo alimentar saudável e apenas 18 seguem as orientações nutricionais. A maioria realiza de 3 a 4 refeições/dia e as situações econômicas implicam na descontinuação da dieta. Os alimentos mais consumidos foram grãos e sementes (arroz, feijão e aveia), verduras e legumes (alface, tomate e cenoura) e frutas (banana, manga e maçã). Os alimentos menos consumidos foram doces, frituras e derivados do leite. **Conclusão:** A maioria das pessoas entrevistadas seguem uma dieta alimentar regular, com frequente consumo de vegetais e frutas e diminuição do consumo de doces e frituras. No entanto, o número de refeições está inferior ao recomendado para indivíduos com DMT2. O acompanhamento multiprofissional e a educação alimentar são essenciais para prevenção das complicações metabólicas.

Palavras-chave: Qualidade de vida. Diabetes mellitus tipo 2. Dietoterapia. Estratégia de Saúde da Família.

1-Faculdade Santa Maria (FSM), Santa Maria-RS, Brasil.

2-Faculdade de Juazeiro do Norte (FJN), Juazeiro do Norte-CE, Brasil.

ABSTRACT

Dietary habits of type 2 diabetic patients covered by the Family Health Strategy Program at Cajazeiras, Paraíba, Brazil

Aim: To evaluate the dietary habits of type 2 diabetic patients from a basic healthcare unit at Cajazeiras city, Paraíba. **Methodology:** Observational transversal study. It was applied a semi-structured questionnaire to identify nutrition education and food consumption of candy and fried foods, grains and seeds, milk derivatives, vegetables, meat and fruits. **Results:** This study included 35 subjects with a mean age of 65.54 ± 11.6 years. Female gender (57.1%) was more prevalent. Regarding food consumption, 25 (71.4%) subjects are said to have healthy food intake and 18 subjects follow dietary recommendations. Food consumption have been made 3 or 4 times per day and economy is a factor to decrease food intake. Grains and seed (rice, beans and oats), vegetables (lettuce, tomato and carrot) and fruits (banana, mango and apple) were most intake than candy, fried food and milk derivatives. **Conclusion:** The majority follow nutrition recommendations with vegetables and fruits intake. However, the number of daily meals is not satisfactory. Multidisciplinary team assistance and food education are essential to prevent metabolic complications.

Key words: Quality of life. Type 2 Diabetes mellitus. Diet therapy. Family Health Strategy.

3-Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa-PB Brasil.

4-Instituto de Microbiologia Paulo de Goés, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) é uma síndrome metabólica crônica de origem multifatorial caracterizada inicialmente pelo aumento dos valores de glicose plasmática, devido à ausência de insulina ou redução do seu mecanismo de ação. A hiperglicemia está associada com a perda da homeostasia dos olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. Essas alterações culminam em complicações de caráter micro- e macro-vascular, infecções oportunistas, retinopatias, neuropatias e alterações na atividade celular do sistema imune (Zimmet e colaboradores, 2016).

Indivíduos com diabetes que apresentam sobrepeso e obesidade, na maioria dos casos, estão relacionados a classificação de DM tipo 2 (DMT2), que é geralmente encontrada na fase adulta. O tratamento pode ser feito por insulino-terapia e o acompanhamento nutricional pode controlar e/ou prevenir o seu desenvolvimento (Mello e Laaksonen, 2009).

A conscientização para autocuidado do DM pode fornecer conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias para a mudança de comportamento, especialmente no ambiente nutricional. O conhecimento dos alimentos que mantêm as concentrações de glicose plasmática, lipídeos e peso corporal equilibrados pode direcionar os indivíduos para uma dieta saudável, propiciando qualidade de vida alimentar.

No entanto, o processo de conscientização nutricional não é tão fácil de ser executado por falta de interesse do paciente com DMT2 para uma mudança nutricional (Oliveira e colaboradores., 2016), questões financeiras, familiares, rotineiras e culturais (Breen e colaboradores, 2015) ou falha na assistência dos serviços responsáveis na construção de uma orientação alimentar escrita (Ball e colaboradores, 2012).

O consumo frequente de alimentos com alto teor energético e de gorduras saturadas e elevado índice glicêmico, como frituras, óleos, doces, carne vermelha, entre outros, podem contribuir para o agravamento do diabetes e complicações futuras (Breen e colaboradores, 2015).

No Brasil, as medidas de promoção e prevenção como estratégias da atenção primária associadas ao controle metabólico

podem prevenir ou retardar as complicações crônicas (Brasil, 2013).

Desse modo, as políticas públicas de saúde para os pacientes com DMT2 evoluíram com o direcionamento medicamentoso, realização de atividades físicas, intervenções de reeducação alimentar e implementação de conduta dietoterápica (Fernandez e colaboradores, 2005; Grzelczak e colaboradores, 2017; Roos e colaboradores, 2015).

A implementação de uma dieta nutricional padronizada que controle de maneira permanente o diabetes é um desafio, pois os componentes alimentares da dieta possuem valores energéticos e carboidratos variados (Evert e colaboradores, 2014).

A ingestão balanceada e variada, constituída pelo aumento do consumo de frutas, verduras, legumes, cereais integrais e carnes magras e a diminuição do consumo de carnes vermelhas, frituras, massas e doces atrelado a quantidade ingerida auxilia de maneira significativa no controle da doença (Martínez e colaboradores, 2008; Silva e colaboradores, 2009).

Diante disso, este trabalho teve o objetivo de avaliar os hábitos alimentares de pacientes diagnosticados com DMT2 e acompanhados clinicamente no programa estratégia saúde da família na cidade de Cajazeiras, Paraíba.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de delineamento transversal observacional, com 35 indivíduos portadores de DMT2 e integrados ao Programa Estratégia de Saúde da Família assistidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Cajazeiras, Paraíba. Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria sob o nº 1.784.789.

Foram incluídos os indivíduos com diagnóstico médico de DMT2 que frequentaram a UBS, de ambos os sexos, em qualquer faixa etária, e que concordaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Nesse estudo, os participantes não apresentaram idade inferior a 18 anos. Foram excluídas pessoas que possuíam DM tipo 1 ou que tinham alguma complicação não relacionada ao DMT2.

A pesquisa aconteceu em novembro de 2016 e por meio de um questionário entregue aos indivíduos, foram obtidos dados sociodemográficos referentes ao sexo e idade.

A história dietética sobre os hábitos alimentares foi avaliada por perguntas que abordaram inicialmente a autoavaliação sobre consumo alimentar saudável, se o indivíduo recebia e seguia o acompanhamento nutricional, quais os motivos de não seguir a dietoterapia, e a frequência de refeições realizadas por dia durante a semana. Foi investigado a frequência do consumo diário de doces e frituras, grãos e sementes, leite e derivados, verduras e legumes, carne e frutas. Por fim, avaliou-se quais alimentos eram consumidos pelos indivíduos com DMT2.

A análise descritiva dos dados serviu para caracterizar a amostra com a distribuição de frequência (n, %), cálculo de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio padrão). Foi realizado o teste de Mann-Whitney, para verificar a correlação entre as

variáveis quantitativas. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$. O programa utilizado para tabulação dos dados e análise foi SPSS, versão 21.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 35 pacientes com diabetes mellitus tipo 2, com idade entre 39 e 91 anos, média de $65,54 \pm 11,37$ anos. Desses, 20 (57,1%) eram do sexo feminino e 15 (42,9%) entrevistados eram do sexo masculino (Tabela 1). A idade média dos participantes é superior aos estudos que avaliaram o perfil socioeconômico (Olivo e colaboradores, 2009) e o autoconhecimento sobre nutrição alimentar (Anunciação e colaboradores, 2012) de pessoas com DMT2. Além disso, o predomínio de mulheres nos estudos sobre diabetes pode estar relacionado à intensa busca pelos serviços de saúde (Grillo e Gorini, 2007).

Tabela 1 - Sexo e características dos hábitos alimentares pessoas com Diabetes mellitus tipo 2 atendidas no Programa Estratégia Saúde da Família na cidade de Cajazeiras, Paraíba, 2016.

	N	%
Sexo		
Feminino	20	57,1
Masculino	15	42,9
Considera ter uma alimentação saudável		
Sim	25	71,4
Não	10	28,6
Recebe orientação nutricional		
Sim	25	71,4
Não	10	28,6
Segue as orientações nutricionais regularmente		
Sim	18	72
Não	7	28
Motivos para não seguir as orientações passadas regularmente		
Questões financeiras	5	71,4
Questões pessoais	2	28,6
Número de refeições realizadas por dia		
2	2	5,7
3	10	28,6
4	13	37,1
5	4	11,4
6	5	14,3
8	1	2,9

Inicialmente, quanto à orientação alimentar, verificou-se que 25 (71,4%) participantes com DMT2 alegaram ter uma alimentação saudável e que recebem orientação nutricional. Destes, 18 (72%)

participantes seguem as orientações dietoterápicas regularmente, enquanto 7 (28%) não as seguem corretamente. Quanto aos motivos que levaram os 28% a não seguir as orientações de maneira adequada, pode-se

observar a predominância do aspecto socioeconômico (71,4%) como maior obstáculo para as mudanças de hábitos nutricionais, seguido de questões pessoais (28,6%) (Tabela 1).

O estudo de Cotta e colaboradores (2009) evidências que fatores econômicos podem dificultar a continuidade dos hábitos alimentares saudáveis recomendados para os pacientes com DM.

Em relação ao número de refeições por dia, 28,6% e 37,1% da população estudada realiza pelo menos 3 ou 4 refeições, respectivamente. No entanto, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda a realização de 5 a 6 refeições por dia, para que haja um melhor controle da saciedade e do metabolismo (Brasil, 2013). Nesse estudo, 11,4% e 14,3% dos participantes se alimentam 5 e 6 vezes por dia, respectivamente (Tabela 1).

O próximo objetivo do estudo foi identificar a frequência de consumo de alimentos durante os dias da semana (Tabela 2).

Os resultados mostraram que há uma maior ingestão de grãos e sementes (74,3%), verduras e legumes (54,3%) e frutas (48,6%) durante os sete dias da semana.

Foi constatado que doces e frituras e derivados do leite são consumidos uma vez por semana, 42,9% e 20% respectivamente. Um dado relevante é que 37,1% das pessoas com DMT2 não consomem doces e frituras e apenas 8,6% consomem todos os dias da semana. A ingestão diária de carne é realizada por 40% dos entrevistados.

Um estudo realizado por Iop, Teixeira e Deliza (2009) encontrou diferenças entre os hábitos alimentares de indivíduos diabéticos e não diabéticos, principalmente no aumento da ingestão de frutas e vegetais e redução no consumo de produtos lácteos como iogurte, doce de leite e sorvete, demonstrando que os indivíduos com diabetes possuem mais cuidado com a alimentação.

Em seguida, foram identificados os tipos de alimentos mais consumidos pela população do estudo. O consumo dos alimentos foi medido através de questões múltipla escolha, podendo o participante ter assinalado todas ou mais de uma opção. No estudo, banana (18,8%) e tomate (13,7%) são as frutas mais consumidas.

Assim como, para as verduras e legumes, alface (15,3%) e cenoura (12,6%) apresentam maior indicação de consumo. O tipo de carne mais consumida foi frango (32,2%), seguido de carne bovina (27,8%) e peixe (23,3%). Os produtos lácteos de maior ingestão foram queijo coalho (26,7%), leite desnatado (20,9%) e leite integral (17,4%).

Todos os participantes consomem arroz e feijão diariamente, o que explica a maior frequência no consumo de grãos, seguido pelo consumo de aveia (10,3%). A maioria prefere o adoçante ao açúcar, igualmente observado por Cotta e colaboradores (2009), na qual cerca de 90% dos diabéticos estudados optaram pelo uso do adoçante.

Tabela 2 - Frequência de consumo diário de alimentos por pacientes com DMT2 atendidos no Programa Estratégia Saúde da Família da cidade de Cajazeiras, Paraíba, 2016.

Alimentos	Dias							
	0 (%)	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)
Doces e frituras	37,1	42,9	2,9	0	5,7	2,9	0	8,6
Grãos e sementes	0	0	5,7	8,6	2,9	2,9	5,7	74,3
Leite e derivados	0	20	11,4	5,7	2,9	11,4	14,3	34,3
Carne	0	8,6	11,4	8,6	5,7	8,6	17,1	40
Verduras e legumes	0	11,4	5,7	14,3	0	8,6	5,7	54,3
Frutas	0	5,7	5,7	14,3	5,7	17,1	2,9	48,6

Tabela 3 - Alimentos consumidos por pacientes com DMT2 atendidos no Programa Estratégia Saúde da Família da cidade de Cajazeiras, Paraíba, 2016.

Frutas	N	%	Verduras e legumes	N	%
Banana	27	18,8	Alface	29	15,3
Tomate	26	13,7	Cenoura	24	12,6
Manga	19	13,2	Batata	17	8,9
Maçã	15	10,4	Pepino	15	7,9
Laranja	14	9	Batata doce	14	7,4
Mamão	13	8,3	Abóbora	13	6,8
Melancia	12	8,3	Repolho	10	5,3
Melão	12	5,6	Beterraba	10	5,3
Pera	8	4,9	Cebola	10	5,3
Uva	7	2,8	Coentro	6	3,2
Goiaba	4	2,1	Couve-flor	5	2,6
Ameixa	3	2,1	Macaxeira	3	1,6
Abacaxi	3	2,6	Pimentão	2	1,1
Kiwi	2	1,4	Ervilha	2	1,1
Abacate	2	1,4	Alho	1	0,5
Jaca	1	0,7	Brócolis	1	0,5
Morango	1	0,7	Espinafre	1	0,5
Limão	1	0,7	Berinjela	1	0,5
Carnes	N	%	Grãos e sementes	N	%
Frango	29	32,2	Arroz	35	30,2
Carne bovina	25	27,8	Feijão	35	30,2
Peixe	21	23,3	Aveia	12	10,3
Porco	10	11,1	Castanha	8	6,9
Carne de carneiro	5	5,6	Amendoim	7	6
Derivados do leite	N	%	Milho <td>4</td> <td>3,4</td>	4	3,4
Queijo coalho	23	26,7	Linhaça	3	2,6
Leite desnatado	18	20,9	Lentilha	3	2,6
Leite integral	15	17,4	Gergelim	3	2,6
Manteiga	10	11,6	Granola	3	2,6
Margarina	8	9,3	Farinha de trigo	1	0,9
Iogurte desnatado	3	3,5	Cevada	1	0,9
Muçarela	3	3,5	Centeio	1	0,9
Queijo cheddar	2	2,3			
Queijo de manteiga	1	1,2			
Leite semidesnatado	1	1,2			
Queijo prato	1	1,2			
Queijo ricota	1	1,2			
Outros tipos de alimentos	N	%			
Adoçante	23	39,0			
Açúcar	11	18,6			
Embutidos	9	15,3			
Refrigerante	8	13,6			
Salgadinhos	8	13,6			

A tabela 4 apresenta as correlações da média, desvio padrão e mediana entre a frequência do consumo alimentar com o sexo dos participantes e com aqueles que afirmaram ter uma alimentação adequada ou que recebem e fazem acompanhamento nutricional. Quando a frequência alimentar foi comparada com o sexo dos entrevistados não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

No entanto, as mulheres tiveram maior mediana de frequência de ingestão de verduras e frutas, enquanto que os homens apresentaram maior mediana de consumo para carne e derivados do leite. A correlação entre a frequência do consumo alimentar e os

pacientes com diabetes que relataram ter uma alimentação saudável apresentou diferença significativa para ingestão de verduras e legumes ($p=0,01$) e doces e frituras ($p=0,05$). Os dados indicam que há um maior consumo de verduras e fibras e menor ingestão de doces e frituras.

Em seguida, foi avaliada a correlação entre os pacientes que recebem ou não orientação nutricional e verificou-se maior mediana de frequência de ingestão de verduras e legumes nos pacientes com DMT2 e que são direcionados para o consumo alimentar saudável ($p=0,04$). Quando observada a correlação entre os pacientes que seguem a dietoterapia e os entrevistados que

não aplicam a orientação nutricional, foi encontrado diferença estatística apenas para o consumo de doces e frituras ($p=0,01$).

Pacientes que não seguem os direcionamentos ingerem com maior frequência o grupo alimentar avaliado.

Interessantemente, não houve diferença estatística para o consumo de verduras e legumes. Possivelmente porque apenas sete pacientes não seguem a alimentação recomendada, o que pode limitar as comparações.

Tabela 4 - Correlação entre a frequência de consumo alimentar versus sexo, alimentação saudável ou orientação nutricional em pacientes com DMT2 atendidos no Programa Estratégia Saúde da Família de Cajazeiras, Paraíba, 2016.

Comparação da frequência de ingestão de alguns tipos de alimentos e sexo do participante							
Sexo do participante		Frutas	Verduras e legumes	Carne	Leite e derivados	Grãos e sementes	Doces e frituras
Masculino	Média	5,47	4,60	5,33	4,73	6,20	1,60
	Desvio padrão	1,88	2,50	2,22	2,54	1,74	2,09
	Mediana	6,00	5,00	7,00	6,00	7,00	1,00
Feminino	Média	5,10	5,70	4,85	4,40	6,15	1,35
	Desvio padrão	2,10	2,05	2,15	2,41	1,56	2,13
	Mediana	6,00	7,00	6,00	5,00	7,00	1,00
p-valor		0,61	0,16	0,52	0,70	0,93	0,73
Comparação da frequência de ingestão de alimentos e alimentação saudável.							
Você considera ter uma alimentação saudável?		Frutas	Verduras e legumes	Carne	Leite e derivados	Grãos e sementes	Doces e frituras
Sim	Média	5,44	5,96	5,04	4,36	5,92	1,04
	Desvio padrão	2,04	1,71	2,24	2,43	1,84	1,85
	Mediana	7,00	7,00	6,00	5,00	7,00	1,00
Não	Média	4,80	3,40	5,10	5,00	6,80	2,50
	Desvio padrão	1,98	2,59	2,09	2,58	0,42	2,36
	Mediana	5,00	2,50	6,00	6,00	7,00	1,50
p-valor		0,40	0,01*	0,94	0,49	0,15	0,05*
Comparação da frequência de ingestão e orientação nutricional							
Recebe orientação nutricional de algum profissional da saúde?		Frutas	Verduras e legumes	Carne	Leite e derivados	Grãos e sementes	Doces e frituras
Sim	Média	5,44	5,72	4,84	4,68	5,88	1,12
	Desvio padrão	2,04	1,88	2,30	2,47	1,83	1,64
	Mediana	7,00	7,00	6,00	5,00	7,00	1,00
Não	Média	4,80	4,00	5,60	4,20	6,90	2,30
	Desvio padrão	1,98	2,82	1,77	2,44	0,31	2,86
	Mediana	5,00	4,50	6,00	5,50	7,00	1,00
p-valor		0,40	0,04*	0,36	0,61	0,09	0,13
Comparação da frequência de ingestão de alimentos e conduta do paciente na orientação nutricional							
Segue essas orientações nutricionais regularmente?		Frutas	Verduras e legumes	Carne	Leite e derivados	Grãos e sementes	Doces e frituras
Sim	Média	5,44	5,94	4,50	4,56	5,50	0,56
	Desvio padrão	2,06	1,83	2,40	2,47	2,03	0,51
	Mediana	7,00	7,00	4,50	5,00	7,00	1,00
Não	Média	5,43	5,14	5,71	5,00	6,86	2,57
	Desvio padrão	2,14	2,03	1,89	2,64	,37	2,57
	Mediana	7,00	5,00	7,00	7,00	7,00	2,00
p-valor		0,99	0,35	0,24	0,70	0,09	0,01*

Este é o primeiro estudo que avaliou os hábitos alimentares de indivíduos com DMT2 assistidos no programa estratégia de saúde da família, na cidade de Cajazeiras, no alto sertão paraibano. No entanto, a avaliação da educação, consumo e controle alimentar em portadores de diabetes acompanhados pelo Sistema Único de Saúde tem sido alvo de

diversos estudos (Colaço e colaboradores, 2010; Araújo, 2011; Vignoli e Mezzomo, 2015).

O indivíduo com Diabetes mellitus necessita ser monitorado quanto às concentrações glicêmicas, avaliação clínica e orientações medicamentosas e estimulados para prática de atividades físicas e inserção de plano alimentar regular com a finalidade de atenuar a progressão crônica da síndrome

metabólica. Desse modo, a assistência ao indivíduo com DMT2 tem sido abordada nos estudos que encontraram déficits no cadastro ou acompanhamento de pacientes diabéticos na atenção básica (Rodrigues, Lima, Nozawa, 2006) e com condutas exclusivamente farmacoterapêuticas, o que vem resultando na necessidade do aprimoramento da abordagem multiprofissional para assegurar o controle do DMT2 e melhorar a qualidade de vida do paciente (Guimarães e Takayanagi, 2002).

A participação do nutricionista na atenção primária, principalmente no programa “Estratégia Saúde da Família” e nos “Núcleos de Apoio à Saúde da Família”, é de fundamental importância por ser o único profissional com competências e habilidades para estabelecer e monitorar as devidas orientações dietéticas, a partir do diagnóstico e dos aspectos socioculturais, adequando-as à realidade de cada unidade familiar (Mattos e Neves, 2009). Os pacientes desse estudo e que fazem uso do programa Estratégia Saúde da Família na cidade Cajazeiras são assistidos pelo profissional nutricionista.

O programa de educação nutricional é uma estratégia de acolhimento e direcionamento para o autoconhecimento alimentar. O paciente diabético percebe significativamente que o surgimento ou efeitos das complicações secundárias interferem na sua qualidade de vida (Huang e colaboradores, 2007). Portanto, inseri-lo em ações para aprimorar a conduta alimentar auxiliará no discernimento para reconhecer o que interfere no metabolismo comprometido.

Além disso, a equipe multiprofissional precisa se atualizar para incluir estratégias inovadoras que resgatem a confiança no tratamento, percepção acerca da saúde, aceitação social e empatia da pessoa com DMT2 (Oliveira e Zanetti, 2011).

Os indivíduos entrevistados nesse estudo que consideraram ter uma alimentação saudável ingerem principalmente verduras e legumes. Em um estudo conduzido por Chandalia e colaboradores (2000) observou-se que uma dieta com alta concentração de fibras resultou na diminuição da glicemia pré-prandial, excreção urinária de glicose, promovendo controle da glicose plasmática.

Além disso, uma dieta balanceada com cereais e grãos são importantes na redução da mortalidade e controle do DMT2 (Evert e colaboradores, 2014).

CONCLUSÃO

Este trabalho analisou os hábitos alimentares de pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 cadastrados no programa de estratégia saúde da família na cidade de Cajazeiras, Paraíba. Os hábitos alimentares dos indivíduos estudados são voltados para o consumo de vegetais e frutas, e diminuindo o consumo de doces e alimentos fritos. No entanto, alguns realizam um número de refeições abaixo do recomendado pela Sociedade Brasileira de Diabetes.

Ainda não há uma dieta padrão para o controle do DM, pois diversos alimentos possuem componentes nutricionais variáveis que modulam a resposta glicêmica.

No entanto, a dietoterapia composta por alimentos de baixo índice glicêmico, baixo teor de gorduras saturadas e ricas em fibras como cereais integrais, frutas, legumes e verduras apresentam um melhor desempenho para prevenção do desenvolvimento de complicações secundárias no diabetes, manutenção do controle metabólico e do peso corporal.

A educação e o acompanhamento alimentar realizado pelo Nutricionista pode servir de motivação para que o indivíduo com diabetes continue melhorando a qualidade de vida alimentar.

REFERÊNCIAS

- 1-Anunciação, P. C.; Braga, P. G.; Almeida P. S.; Lobo, L. N.; Pesspa, M. C. Avaliação do conhecimento sobre alimentação antes e após intervenção nutricional entre diabéticos tipo 2. Rev. baiana saúde pública. Vol. 36. Num. 4. 2012.
- 2-Araújo, C. S.; Síndrome metabólica em pacientes de um centro de especialidades médicas do interior da Bahia. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 5. Num. 29. p. 352-359. 2011. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/254/239>>
- 3-Ball, L.; Hughes, R.; Desbrow, B.; Leveritt, M. Patients' perceptions of nutrition care provided by general practitioners: focus on Type 2 diabetes. Fam Pract. Vol. 29. Num. 6. p. 719-725. 2012.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília-DF. 2013. 161p.

5-Breen, C.; Ryan, M.; Gibney, M. J.; O'Shea, D. Diabetes-related nutrition knowledge and dietary intake among adults with type 2 diabetes. *Br J Nutr.* Vol. 114. Num. 3. p. 439-447. 2015.

6-Chandalia, M.; Garg, A.; Lutjohann, D.; von Bergmann, K.; Grundy, S. M.; Brinkley, L. J. Beneficial effects of high dietary fiber intake in patients with type 2 diabetes mellitus. *N Engl J Med.* Vol. 342. Num. 19. p. 1392-1398.

7-Colaço, T. M.; Presotto, A. A. D.; Nunes, I. B.; Liberali, R.; Coutinho, V. Análise do consumo alimentar e antropométrico de mulheres com diabetes mellitus tipo 2 atendidas no ambulatório de nutrição de uma Universidade de Santa Catarina. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* São Paulo. Vol. 4. Num. 21. 2010. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/viewFile/274/254>>

8-Cotta, R. M. M.; Reis, R. S.; B, K. C. S.; Dias, G.; Alfnas, R. C. G.; Castro, F. A. F. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev. Nutr.* Vol. 22. Num. 6. p. 823-835. 2009.

9-Evert, A. B.; Boucher, J. L.; Cypress, M.; Dunbar, S. A.; Franz, M. J.; Mayer-Davis, E. J.; Neumiller, J. J.; Nwankwo, R. Verdi, C. L.; Urbanski, P.; Yancy, W. S. Jr.; American Diabetes Association. Nutrition therapy recommendations for the management of adults with diabetes. *Diabetes Care.* Vol. 36. Num. 11. p. 3821-3842. 2013.

10-Fernandez, P. M. F.; Voci, S. M.; Kamata, L. H.; Najas, M. S.; Souza, A. L. M. Programa Saúde da Família e as ações em nutrição em um distrito de saúde do município de São Paulo. *Ciênc. saúde coletiva.* Vol. 10. Num. 3. p. 749-755. 2005.

11-Grillo, M. F. F.; Gorini, M. I. P. C. Caracterização de pessoas com Diabetes

Mellitus Tipo 2. *Rev. bras. Enferm.* Vol. 60. Num. 1. p. 49-54. 2007.

12-Grzelczak, M. T.; Souza, W. C.; Milani, M. L.; Bazzanella, S. L.; Brikner, W. M. K.; Marchesan, J. Mattedi, M. A.; Mascarenhas, L. P. G. O diabetes sob o aspecto epidemiológico e políticas de promoção de saúde por meio da atividade física. *Revista Científica UMC. Mogi das Cruzes.* Vol. 2. Num. 2. 2017. p. 1-12.

13-Guimarães, F. P. M.; Takayanagui, A. M. M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Nutr.* Vol. 15. Num. 1. p. 37-44. 2002.

14-Huang, E.S.; Brown, S. E.; Ewigman, B.G.; Foley, E.C.; Meltzer, D. O. Patient perceptions of quality of life with diabetes-related complications and treatments. *Diabetes Care.* Vol. 30. Num. 10. p. 2478-2483. 2007.

15-Iop, F. C. S.; Teixeira, E.; Deliza, R. Comportamento alimentar de indivíduos diabéticos. *Braz. J. Food Technol. II SSA.* p. 36-43. 2009.

16-Martínez-González, M. Fuente-Arrillaga, C de la.; Nunez-Cordoba, J. M.; Basterra-Gortari, F. J.; Beunza, J. J.; Vazquez, Z.; Benito, S.; Tortosa, A.; Bes-Rastrollo, M. Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study. *BMJ.* Vol. 336.

17-Mattos, P. F.; Neves, A. S. A Importância da Atuação do Nutricionista na Atenção Básica à Saúde. *Rev Práxis.* Vol. 1. Num. 2. p.11-15. 2009.

18-Mello, V. D. D.; Laaksonen, D. E. Fibras na dieta: tendências atuais e benefícios à saúde na síndrome metabólica e no diabetes melito tipo 2. *Arq Bras Endocrinol Metab.* Vol. 53. Num. 5. p. 509-518. 2009.

19-Oliveira, K. C. S.; Zanetti, M. L. Conhecimento e atitude de usuários com diabetes mellitus em um Serviço de Atenção Básica à Saúde. *Rev. esc. enferm.* Vol.45. Num. 4. São Paulo. p. 862-868. 2011.

20-Oliveira, L. M. S. M.; Souza, M. F. C.; Souza, L. A.; Melo, I. R. C. Adesão ao

tratamento dietético e evolução nutricional e clínica de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. HU Revista. Juiz de Fora. Vol. 42. Num. 4. p. 277-282. 2016.

21-Olivo, L. P.; Giralde, A. P. R. S.; Silveira, A. D.; Tiemi Maekawa, E.; Coppéde, L. Stefan, L. F. B.; Breda Stella, M. Perfil socioeconômico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 no ambulatório da Faculdade de Medicina de Jundiaí e sua associação com obesidade e hipertensão arterial. Rev.: Perspectivas Médicas. Vol. 20. Num. 2. p. 40-44. 2009.

22-Rodrigues, T. C.; Lima, M. H. M.; Nozawa, M. R. O controle do diabetes mellitus em usuários de unidade básica de saúde, Campinas, SP. Ciência. Cuidado e Saúde Maringá. Vol. 5. Num. 1. p. 41-49. 2006.

23-Ross, A. C.; Baptista, D. R.; Miranda, R. C. Compliance with the treatment of patients with type 2 Diabetes Mellitus. Demetria. Vol. 10. Num. 2. p. 329-346. 2015.

24-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. Arq Bras Endocrinol Metab. Vol. 53. N. 5. p. 560-571. 2009.

25-Vignoli, L. M. C. S. L.; Mezzomo, T. R. Consumo alimentar, perfil nutricional e avaliação do DQOL-Brasil de portadores de diabetes. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 9. Num. 54. p. 225-234. 2015. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/379/364>>

26-Zimmet, P.; Alberti, K. G.; Magliano, D. J.; Bennett, P. H. Diabetes mellitus statistics on prevalence and mortality: facts and fallacies. Nat Rev Endocrinol. Vol. 12. Num. 10. p. 616-622. 2016.

E-mail dos autores:

laysflaviaa@gmail.com

algenibionutri@hotmail.com

karinamoraisborges@yahoo.com.br

rayanne2901.nutri@gmail.com

nunes.brj@gmail.com

Endereço para correspondência:

Maria Algeni Tavares Landim.

Faculdade Santa Maria. BR 230 Km 504,

Cajazeiras, Paraíba, Brasil.

CEP: 58.900-000.

E-mail: algenibionutri@hotmail.com

Recebido para publicação em 05/09/2017

Aceito em 29/10/2017