

INTERFERÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO PREPARO NA ADEÇÃO AO TRATAMENTO NUTRICIONAL DE PACIENTES DIABÉTICOS

TAICIANE GONÇALVES DA SILVA¹; ANGELA NUNES MOREIRA²

¹Universidade Federal de Pelotas – ta.ici@hotmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – angelanmoreira@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica na qual o corpo tem dificuldade no reconhecimento da insulina periféricamente ou na produção da insulina (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016). Sendo uma das patologias que mais acomete a população em todo o mundo, estima-se que um em cada 11 indivíduos possui DM, totalizando aproximadamente 415 milhões de diabéticos. No Brasil, cerca de 14,3 milhões de pessoas tem DM (International Diabetes Federation, 2015).

Neste contexto, faz-se necessário que o paciente portador siga as prescrições medicamentosas e não medicamentosas, a fim de controlar esta doença, evitando complicações vindas em decorrência. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2016), a alimentação é um dos mais importantes parâmetros para o controle da glicemia no tratamento de diabetes. Porém, estudos mostram que há uma baixa adesão ao tratamento, principalmente ao não medicamentoso, e que a dificuldade em seguir o tratamento ocorre por diversos motivos cotidianos (Alves; Calixto, 2012).

Um desses motivos seria o fato dos indivíduos dependerem de terceiros para preparar suas refeições, evidenciado em um estudo que demonstrou que a dificuldade em seguir a terapia seria pelo fato de que outros cozinhavam e o paciente comia o que era preparado (Linck et al, 2008).

Partindo desse contexto, o seguinte estudo teve como objetivo avaliar a adesão à dieta e os hábitos de vida de pacientes com diabetes atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em Pelotas-RS, e sua relação com o responsável pelo preparo da sua alimentação.

2. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo de análise de dados secundários dos prontuários de pacientes diabéticos de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Nutrição da UFPEL, na cidade de Pelotas-RS, entre 2014 e 2017. Os critérios para inclusão foram: ser diabético, ter idade maior de 18 anos e ter frequentado pelo menos duas consultas no ambulatório. Já os critérios de exclusão foram: ter menos de 18 anos, não ser diabético, ter apenas uma consulta neste serviço e não apresentar doenças que levem a perda de peso não intencional.

Foram coletados dados socioeconômicos como idade, sexo, escolaridade, e estado civil, além do número de consultas no período, tempo de intervenção, prática de atividade física na primeira e na última consulta e responsável pelo preparo das refeições na casa. Além disso, houve avaliação das seguintes variáveis antropométricas: peso, circunferência da cintura (CC) e índice de massa corporal (IMC) coletados na primeira e na última consulta no período. A partir dessas

variáveis foram calculados o índice de conicidade (IC) e as porcentagens de variação de peso e de perda de excesso de peso.

Em relação ao consumo alimentar foram coletadas informações quanto ao consumo, tanto na primeira quanto na última consulta, de hortaliças, frutas, açúcar e doces, refrigerante e sucos industrializados, alimentos integrais, embutidos, industrializados e gordura aparente das carnes ou pele de frango, todos de acordo com as quantidades estabelecidas pelo modelo de prontuário.

Os dados foram processados em banco no *software* Microsoft Excel® e as análises estatísticas realizadas através do pacote estatístico Stata® 11.1. Para avaliação de diferenças significativas nas variáveis contínuas entre as duas consultas foi utilizado o teste *Mann-Whitney*, e para variáveis categóricas foi utilizado o teste exato de *Fischer*, com significância de 5%. O estudo faz parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL, sob o parecer de número 107.114.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por 59% de adultos e 59% de mulheres. A maior parte dos indivíduos avaliados não tinha completado o ensino fundamental (41%) e era casado (60%). A idade variou de 20 a 73 anos (mediana de 54,62); o número de consultas no ambulatório no período variou de 2 a 14 (mediana de 4); e o tempo de intervenção no período foi de 1 mês e o maior de 29 meses (média de 6,02).

Foram observadas reduções significativas nas medianas de peso ($p<0,001$), IMC ($p<0,001$) e circunferência da cintura ($p=0,004$), enquanto que no índice de conicidade não foi encontrada diferença estatística entre as consultas ($p=0,334$). Porém, mesmo com essa redução de IMC, 77% da população ainda apresentava obesidade na última consulta e, embora tenha ocorrido redução significativa da CC, ainda 85% da população apresentou risco muito aumentado de doenças cardiovasculares. Estes resultados corroboram com dados de outros estudos os quais avaliaram a adesão ao tratamento nutricional de pacientes diabéticos e com excesso de peso que ainda encontraram os pacientes com obesidade (Almeida; Chagas, 2016) (Silva; Junior, 2016).

Em relação ao responsável pelo preparo das refeições na casa, em geral, a maioria dos pacientes preparava suas refeições (65%), seguido por um parente (30%).

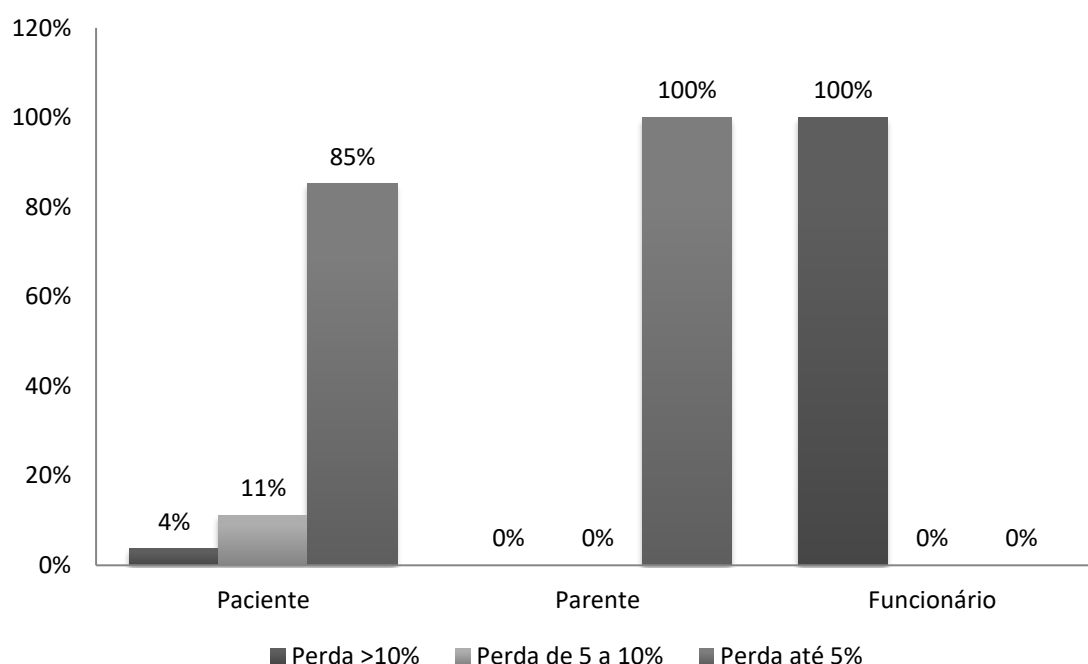
Quanto à variação de peso dos indivíduos avaliados, 71% apresentou perda de peso, evidenciando que mais de dois terços dos indivíduos aderiram à dieta, resultados semelhantes aos de um estudo realizado em uma unidade básica de saúde do Maranhão que avaliou a adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso e obteve 75,7% dos pacientes com perda de peso (Almeida; Chagas, 2016).

Quanto aos hábitos alimentares entre a primeira e a última consulta no período, foi observado um aumento significativo do consumo de frutas ($p<0,001$), hortaliças ($p<0,001$) e alimentos integrais ($p<0,001$), e uma redução significativa do consumo da gordura aparente das carnes e da pele do frango ($p=0,004$), de embutidos ($p<0,001$), industrializados ($p=0,001$), sucos industrializados ($p=0,005$) e refrigerantes ($p=0,033$). Porém não houve diferença significativa no consumo de açúcar e doces entre as consultas ($p=0,127$). Em relação ao responsável pelo preparo das refeições, foi observada associação apenas com o consumo de

integrais ($p=0,012$), onde 78% dos pacientes responsáveis pelo preparo consumiam alimentos integrais enquanto que 41% dos que não preparavam suas refeições também consumiam.

Metade dos 18 pacientes que apresentaram perda de excesso de peso perdeu até 5% de excesso de peso e 33% perderam mais de 10%. Foi observada associação entre perda de excesso de peso e o responsável pelo preparo das refeições ($p=0,017$), onde 85% dos indivíduos que preparavam suas refeições apresentaram perda de até 5% do excesso de peso, enquanto que 100% dos pacientes cujas refeições eram preparadas por parentes perderam até de 5% do excesso do peso (Figura 1).

Figura 1- Todos os pacientes segundo o responsável pelo preparo das refeições ($p=0,019$, teste exato de *Fischer*).



Segundo Guimarães et al. (2010), uma das principais barreiras para a adesão à dieta dos indivíduos é o fato de os indivíduos não serem os responsáveis pelo preparo das suas refeições. Entretanto, os autores avaliaram a adesão à dieta de indivíduos com excesso de peso e não encontraram associação entre nenhuma das variáveis avaliadas como barreira e a adesão. No presente estudo foi observada associação entre o responsável pelo preparo das refeições e o consumo de integrais, onde o maior consumo foi entre os pacientes responsáveis pelo preparo de suas refeições, e com a porcentagem de perda de excesso de peso, onde pacientes cujas refeições eram feitas por parentes apresentaram melhores resultados, contradizendo a afirmação de Guimarães et al. (2010).

4. CONCLUSÕES

Conclui-se que, em geral, os pacientes avaliados aderiram ao tratamento nutricional, pois apresentaram redução significativa do peso, IMC e circunferência da

cintura no período; melhoraram seus hábitos de vida entre a primeira e última consulta; e a maioria apresentou perda de peso e de excesso de peso, embora essas variações tenham sido pequenas.

Observou-se também associação dos responsáveis pelo preparo das refeições somente com o consumo de integrais, onde o maior consumo foi entre os pacientes responsáveis pelo preparo de suas refeições; e com a porcentagem de perda de excesso de peso, onde pacientes cujas refeições eram feitas por parentes apresentaram melhores resultados. Concluí-se então que o responsável pelo preparo das refeições esteve relacionado com a adesão à dieta dos pacientes avaliados, visto que houve diferença entre os pacientes que preparavam o próprio alimento em relação aos que não preparavam o próprio alimento.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016. São Paulo: Grupo Editorial Nacional, 2016.

International Diabetes Federation. Atlas da Diabetes da IDF 2015. Bruxelas: Glaverbel Building, 2015.

Alves, B.A; Calixto, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. **Journal Health Science Institute**, São Paulo, v.30, n.3, p. 255-260, 2012.

Linck, C.L; Bielemann, V.L.M; Sousa, A.S; Lange, C. Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 2, p.222-317, 2008.

Almeida, D.K.S; Chagas, D.C. **Fatores associados à adesão ao aconselhamento Nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em unidades Básicas de saúde no município de São Luis-MA**. 2016. 47f. Dissertação (conclusão de curso em nutrição) – Curso de graduação em nutrição, Universidade Federal do Maranhão.

Silva, R.K; Junior, A.M. **Avaliação da adesão ao tratamento e controle do diabetes Mellitus na atenção primária à saúde**. 2016. Dissertação (Mestrado em saúde coletiva) – curso de pós-graduação em saúde coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Guimarães, M.G; Dutra, E.S; Ito, M.K; Carvalho, K.M.B. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com excesso de peso e comorbidades. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.23, n.3, p. 323-333, 2010.