

**TABUS ALIMENTARES DESCRITOS POR PACIENTES DIABÉTICOS DE
LAVRAS – MG**

DALILA PEREIRA DE MENDONÇA¹; JULIANA DE BRITO MIAMOTO²; ROSEANE MARIA
EVANGELISTA OLIVEIRA³; ANDREA RESENDE COSTA DE OLIVEIRA⁴; RANÍSIA
PEREIRA⁵

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi analisar os tabus alimentares relatados por diabéticos, em período de internação, em um hospital da cidade de Lavras-MG, no período de agosto/ setembro 2009 através de uma pesquisa quantitativa em que foram avaliados 18 pacientes diabéticos adultos e idosos com idade entre 24 e 80 anos, de ambos os sexos, por meio de questionário. Nos resultados obtidos, 83,3% dos entrevistados relataram acreditar que beterraba e mel fazem mal para o diabético; 55,5% disseram que mandioca e macarrão não podem ser consumidos; já 22,22% dos analisados citaram que o pão também deve ser evitado. O feijão foi citado por 16,6%, a banana por 27,7%; a uva por 50%; e o abacaxi por 44,4% dos entrevistados como alimentos prejudiciais à saúde do diabético. Aproximadamente 66,6% dos pacientes eram do sexo feminino; 77,77% dos entrevistados possuíam histórico familiar; 73,33% possuíam quadro clínico de Diabetes Mellitus tipo 2 em uso de hipoglicemiante oral e insulina e 10% dos avaliados não tomavam nenhum tipo de medicamento. Com relação aos medicamentos associados à dieta alimentar mais de 50% dos avaliados responderam não fazer adesão a este tipo de tratamento, sendo que o restante dos pacientes que faziam este tratamento 72,22% recebeu orientações do médico e 22,22% orientações do nutricionista. Metade dos pacientes entrevistados recebeu orientações dietéticas verbalmente por algum profissional da saúde sendo que 22,22% recebeu orientação do nutricionista. Pacientes diabéticos não possuem informações adequadas quanto a sua alimentação, não aderem ao tratamento e possuem baixo conhecimento sobre a dieta adequada.

Palavras chave: Tabus Alimentares, Diabetes Mellitus tipo 2, Medicamentos, Dieta

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define o Diabetes Mellitus (DM) como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina exercer adequadamente suas ações, caracterizada pela hiperglicemia crônica e alterações no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. Os sintomas característicos são: polidipsia, poliúria, borramento da visão e perda de peso (MIRANZI et al., 2008).

O Brasil assiste, desde a década de 1960, a sua transição demográfica e epidemiológica caracterizada pelo envelhecimento populacional e aumento das doenças crônico-degenerativas. Dentre as doenças crônicas mais frequentes, destaca-se o DM (ASSUNÇÃO & URSINE, 2008).

No DM tipo 1 ocorre a supressão ou destruição das células beta do pâncreas comprometendo a produção de insulina, impedindo o metabolismo normal dos alimentos. O diabetes tipo 2 caracteriza-se por um conjunto de distúrbios que possuem como sintomatologia a hiperglicemia e várias complicações crônicas, estando relacionado a uma história clínica de obesidade e maus hábitos alimentares (IFTODA, 2007).

A individualização do plano alimentar é uma grande conquista da terapia nutricional em DM, respeitando-se o estado fisiológico, hábitos alimentares, necessidades nutricionais, atividade física praticada, medicação em uso e situação sócio-econômica. É preciso haver a combinação de vários alimentos para suprir as necessidades nutricionais, porque alguns nutrientes estão mais concentrados em um determinado grupo de alimentos que em outro (SARTORELLI & CARDOSO, 2006).

¹ Nutricionista, UNILAVRAS - dalilanutri@hotmail.com

² Professora, UNILAVRAS - julianamiamoto@unilavras.edu.br

³ Mestre em Ciência dos Alimentos – UFLA – rmeevangelista@hotmail.com

⁴ Nutricionista, UNILAVRAS - arc-oliveira@bol.com.br

⁵ Nutricionista. UNILAVRAS - ranisia-nutri@hotmail.com

Baseado neste contexto, este trabalho teve como objetivo analisar os tabus alimentares relatados por diabéticos em período de internação em um hospital da cidade de Lavras - MG. Isto se justifica, pois a agregação de valores simbólicos à alimentação é uma prática constante, e este fato se agrava com o crescente aumento dos percentuais de acometimento do diabetes principalmente em populações mais jovens, as quais ficarão sujeitas à agravos crônicos. Assim verificar e minimizar fatos que podem comprometer o surgimento da dieta por diabéticos é algo muito valioso.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos do Centro Universitário de Lavras. O estudo foi realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Lavras - MG no período de agosto a setembro de 2009. Para tanto foi realizada uma pesquisa quantitativa em que foram avaliados diabéticos adultos e idosos com idade que variavam entre 24 e 80 anos, de ambos os sexos, aos quais foi aplicado um questionário com intuito de conhecer os tabus mais comuns que inviabilizam o tratamento dietoterápico nestes pacientes.

Foi elaborado um questionário semi-estruturado e os pacientes convidados a participar da pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram incluídos na pesquisa todos os pacientes diabéticos adultos e idosos de ambos os sexos que estavam internados naquele período e que tinham capacidade de responder aos questionamentos impostos, sendo excluídos aqueles que não eram diabéticos, que não estavam dentro da faixa etária analisada, ou que não apresentaram capacidade física e mental de responderem o questionário e também aqueles que manifestaram o desejo de não participar.

O questionário foi aplicado pelo nutricionista no momento da internação, reduzindo assim o constrangimento, servindo como questionário norteador, semi-estruturado composto por 19 questões que constava com dados desde a identificação do DM até questionamentos relacionadas à alimentação.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Caracterização da população

Foram avaliados no período da pesquisa 18 diabéticos com idades entre 24 e 80 anos, dos quais 66,6% eram do sexo feminino e 33,4% do sexo masculino. Dos (n=12) entrevistados do sexo feminino, 75% era diabético tipo 2 e 25% DM tipo 1. Já dos (n=6) pesquisados do sexo masculino 100% apresentaram diabetes tipo 2.

Quanto ao tempo de início da doença 61,11% relataram que apresentaram o início da doença a mais de 6 anos; 16,66% de 3 a 6 anos e a menos de 1 ano; e 5,57% de 1 a 2 anos.

Quanto ao histórico familiar 77,77% relataram possuir histórico de casos de diabetes na família, contra 22,23% que não possuíam. Os tipos de diabetes 1 e 2 são no mínimo parcialmente herdáveis, sendo o tipo 2 o que apresenta maior herdabilidade conforme (GROSSI et al., 2002).

Dos pacientes que apresentavam diabetes tipo 2, 73,33% disseram usar hipoglicemiantes orais; 13,33% tomavam insulina e 13,34% não tomavam nenhum dos dois. Já os que apresentavam diabetes tipo 1, 33,33% relataram tomar insulina, 33,33% tomavam hipoglicemiantes e 33,34% os dois.

No tratamento do diabetes, os recursos medicamentosos são empregados, geralmente, em um segundo momento da terapêutica, diante da incapacidade de controlar os níveis glicêmicos pela prática da dieta e de exercícios físicos. Entre os agentes medicamentosos disponíveis para a terapia do diabetes estão incluídos a insulina e os hipoglicemiantes orais principalmente, biguanidas e sulfoniluréias (ASSUNÇÃO et al., 2002).

Acompanhamento por profissionais

Quando questionado sobre o tipo de acompanhamento que os avaliados recebiam, foram encontrados que 72,22% faziam acompanhamento com o médico clínico geral; 27,78% com o médico endocrinologista. Mas também foi questionada a associação de outros profissionais no acompanhamento do diabético. Os resultados encontrados foram que dos avaliados somente 22,22% faziam também acompanhamento com nutricionista, 11,11% com psicólogo; 16,66% com fisioterapeuta, 5,57% com outro tipo de profissional e, no entanto 44,44% responderam que não faziam acompanhamento com nenhum outro profissional.

O enfoque multiprofissional na assistência à saúde tem sido objeto de estudo, para o paciente com diabetes. A integridade biopsicossocial desse paciente é condição decisiva para favorecer os cuidados com a doença, resultando, assim, em melhor qualidade de vida para ele (FERRAZ et al., 2000).

Associação do medicamento com tratamento nutricional

Foram questionados aos participantes da pesquisa se havia associação do tratamento medicamentoso com o nutricional e 38,89% dos analisados disseram que sim, faziam esta associação, mas a maior parte 61,11% relatou não fazer. Resultados semelhantes foram encontrados por IFTODA, (2007), estudando pacientes diabéticos, a pesquisa revelou que apenas 28,4% seguiam uma dieta adequada; 20,9% realizavam alguma atividade física; e 68,6% faziam o uso exclusivamente de hipoglicemiantes sem associação com a alimentação.

Orientações recebidas dos profissionais

A pesquisa revelou que 50% dos entrevistados relataram ter recebido apenas orientações verbais, 5,57% orientação somente escrita, 22,21% orientação verbal e escrita e 22,22% prescrição pelo nutricionista. Do total de pacientes que receberam orientação nutricional, 77,77% disseram ter recebido por médicos, apenas 16,66% foram por nutricionistas e 5,57% foram pelos dois profissionais. Resultados semelhantes foram encontrados por ASSUNÇÃO et al., (2002), que trabalhando com 61 médicos, observaram que 85% dos médicos relataram prescrever a dieta para os pacientes diabéticos no início do diagnóstico.

Dos tabus descritos

Em relação aos tabus alimentares, foram questionados aos pesquisados se eles ingerem alimentos que nascem debaixo da terra e 44,45 % disseram que sim, porque “é controlado pela dieta”, outros disseram que “não se preocupam”, “comem porque gostam” “na quantidade certa não faz mal”; e 55,55 % disseram que não, porque “tem maior quantidade de açúcar”, outros porque “fazem aumentar a glicose”, “todos tem açúcar” “se comer passa mal”. Dos pesquisados que responderam que não ingerem, 60% disseram que receberam orientação de médico, 10% de nutricionista e 30% de outras pessoas (Figura 1). PICININI & FRIZON (2002), em suas pesquisas observaram que entre as recomendações fornecidas por profissional da saúde, 69,57% dos pacientes relataram que deviam evitar doces, massas e gorduras; 21,74% deveriam evitar somente açúcar, mel e melado; 4,35% deveriam ter uma dieta equilibrada e, 4,34% deveriam ingerir frutas, verduras, pão integral e adoçante.

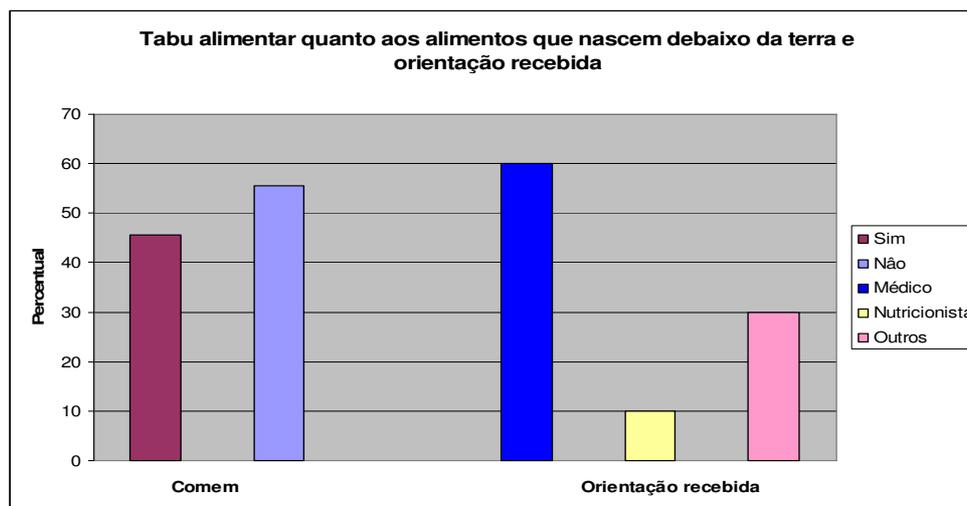


Figura 1: Relato de tabu alimentar quanto aos alimentos que nascem debaixo da terra e orientação recebida

Consumo de frutas e sucos

Quanto ao consumo de frutas e sucos, foi questionado aos pesquisados se as frutas com sabor doce são ingeridas e 55,55% disseram que não, porque “são muito doces”, “por causa da grande quantidade de açúcar”, e 45,55% disseram que comem sim porque “comendo com moderação não faz mal”, outros disseram “com a orientação adequada e a prescrição tudo bem”. Também foi questionado aos entrevistados quanto ao suco de frutas e 38,89% disseram poder tomar sucos de frutas contra 61,11% que disseram não poder porque é “mais doce que a própria fruta”, “faz aumentar a glicose”. PICININI & FRIZON (2002), em seus estudos relatam que em relação ao número de frutas ingeridas diariamente, dos 23 diabéticos participantes, foi encontrado um consumo de frutas em (47,83%) ingeriam 1 fruta; (30,44%) 2 frutas ao dia, (4,35%) ingeriam 4 frutas, (8,70%) consumiam 3 frutas, e (8,70%) nunca consumiam frutas diariamente. Em pacientes hígidos é recomendado o consumo de 3 a 5 porções de frutas ao dia. Geralmente em pacientes diabéticos, é recomendado um consumo de até 3 porções, pois é necessário lembrar que esta possui frutose que é um açúcar de rápida absorção e pode alterar os índices glicêmicos.

Conhecimento do valor calórico das fibras

Foram perguntados aos pacientes diabéticos sobre os alimentos ricos em fibras, se estes conheciam o valor calórico destes alimentos e 22,25% responderam que alimentos ricos em fibras possuem mais calorias que alimentos pobres em fibras; 27,77% responderam que possui menos; 5,55% disseram que não sabem; 27,77% tem o mesmo valor e 16,66% disseram que nunca tinham ouvido falar sobre o assunto. Este questionamento mostrou que 77,75% dos entrevistados não conheciam a fibra e sua função. PICININI & FRIZON (2002) relatam que as leguminosas são consideradas a melhor fonte de fibras para o controle da glicemia e redução de colesterol.

Conhecimento sobre a diferença de diet e light

Quando questionado aos pesquisados se eles sabiam a diferença entre alimentos diet e light, 61,11% responderam que sim, 38,89% disseram que não sabiam. Porém quando argumentado sobre o que era diet e light apenas 44,44% acertaram a resposta, e 55,56% erraram. Sendo assim aqueles que disseram conhecer as diferenças entre diet e light não mostraram saber adequadamente, podendo assim apresentar dificuldade na hora de selecionar os alimentos.

Os termos *diet*, *light*, são freqüentemente encontrados em produtos alimentícios e estão diretamente ligados a atributos relacionados com qualidade de vida e meio ambiente. O termo *diet* é utilizado na rotulagem de alimentos em dietas com restrição de determinados nutrientes, tais como carboidratos, gorduras, proteínas ou sódio. Esses alimentos destinados à dieta com restrição de nutrientes são especialmente formulados para diabéticos, pois são alimentos que não contém açúcares em sua fórmula. Os alimentos light se referem a alimentos com baixos teores de sódio, açúcares, gorduras, colesterol ou com baixo valor energético, quando apresenta um valor máximo, definido como atributo baixo, o qual está estabelecido na legislação, que o produto pronto para o consumo deve apresentar (RODRIGUES, 2002).

Alimentos proibidos aos diabéticos

No questionário foi solicitado aos avaliados que eles assinalassem os alimentos que fazem mal ou não ao diabético: 83,3% marcaram que a beterraba faz mal; 55,5% a mandioca; 55,5% o macarrão; 22,2% o pão; 16,6% o feijão; 27,7% a banana; 50% uva; 44,4% abacaxi e 83,3% o mel (Figura 2).

Algumas raízes contêm carboidratos, que se transformam em açúcar (glicose) em nosso organismo. Mas isso não quer dizer que não possam ser utilizados pela pessoa diabética. A cenoura e a beterraba podem ser usadas para variar as saladas mistas, cruas ou cozidas. Já a batata, a mandioca, o cará e o inhame devem ser utilizados no lugar do arroz ou do macarrão, em quantidades não excessivas. Para saber a quantidade adequada para cada pessoa, avaliação e cálculos individualizados são necessários (CARDOSO, 2004). Já para ANDERSON (1999), o feijão tem índices glicêmicos mais baixos do que qualquer outro grupo de alimentos ricos em carboidratos, esta baixa taxa glicêmica

está relacionada com sua alta quantidade de fibra solúvel e a forma como é consumido, sendo assim é um alimento sem restrição.

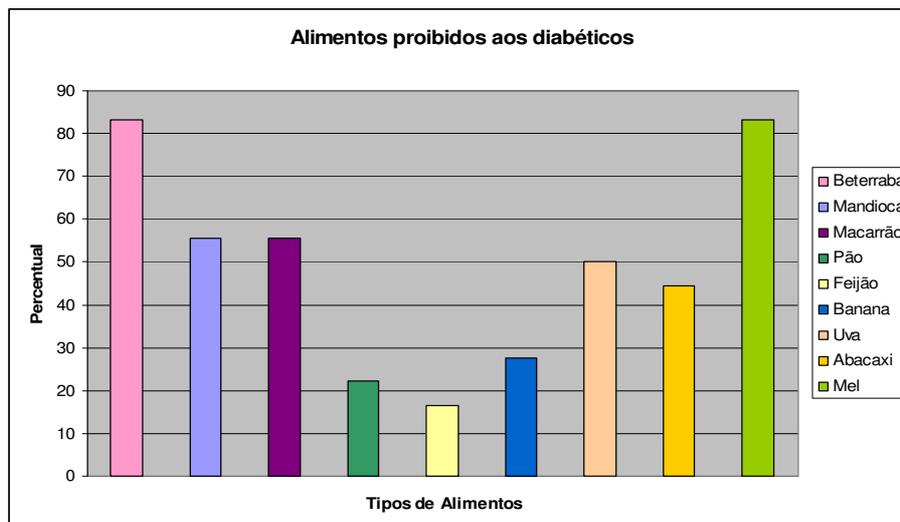


Figura 2: Percentual de pacientes pesquisados que descreveram alimentos que fazem mal ao tratamento alimentar do diabético

Associação de outra patologia

Em relação à restrição de sal na alimentação dos avaliados diabéticos, 66,66% disseram que fazem para controlar a pressão arterial e 33,34 responderam que não fazem restrição. Isso mostra que se a maioria dos entrevistados faz restrição, é porque são hipertensos.

É necessário que se faça uma dieta adequada com todos os nutrientes, para manter o controle metabólico da glicose e dos lipídios sanguíneos, para que assim evite o desenvolvimento de outras patologias que estão ligadas ao diabetes como a hipertensão (Martins, 2001).

CONCLUSÃO

Existem ainda muitos tabus enfatizados por pacientes desinformados e mal informados. A maioria dos indivíduos questionados mostrou não possuir informações adequadas quanto a sua alimentação, não aderir ao tratamento ou possuir baixo conhecimento sobre a dieta adequada.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

ANDERSON, J.W. Nutrition Management of Diabetes Mellitus. In: SHILS et al. Modern Nutrition in Health and Disease. 9ªed. USA: Williams & Wilkins, 1999.

ASSUNÇÃO, M.C.F. et al. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.18, n.1, Jan./Fev. 2002.

ASSUNÇÃO, T.S.; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de *diabetes mellitus* assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. **Ciência de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, p.142-143, dez. 2008.

CARDOSO, R.R. Diabetes mellitus. **Educação Física e Ciências do Desporto PUC-RS**, julho 2004.

FERRAZ, A.E.P. Atendimento multiprofissional ao paciente com diabetes mellitus no ambulatório de diabetes do hcfmrp-usp. **Revista de Medicina**, Ribeirão Preto, v. 33, p. 170-175, abr./jun. 2000.

XIX CONGRESSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UFLA
27 de setembro a 01 de outubro de 2010

GROSSI, A.A.S.et al. Avaliação de dois esquemas de monitorização domiciliar em pacientes com diabetes mellitus do tipo 1. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 36, n. 4, Dez. 2002.

IFTODA, D.M. Interações entre Hipoglicemiantes Orais e Alimentos. **Saúde em Revista**, v. 9, p. 57-62. jan. /abr. 2007.

MIRANZI, S.S.C.et al. Qualidade de vida de indivíduos com *diabetes mellitus* e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, out. /dez. 2008.

PICININI, A.L.G.; FRIZON,E.F. Práticas alimentares de portadores de diabetes mellitus tipo II a partir do diagnóstico. **Estado e políticas sociais no Brasil**, Cascavel-PR, 2002.

RODRIGUES, A.C. Análise do grau de conhecimento do consumidor diante da rotulagem de alimentos: um estudo preliminar. **XXII encontro nacional de engenharia de produção**, Curitiba – PR, 2002.

SARTORELLI, D. S.; CARDOSO, M.A. Associação entre carboidratos da dieta habitual e diabetes mellitus tipo 2: evidências epidemiológicas. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia**, São Paulo, v. 50, n. 3, Jun. 2006.