

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MATO GROSSO DO SUL

UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

ENSINO EM SAÚDE

MESTRADO PROFISSIONAL

Renata Martins Castro Rosa

**ACONSELHAMENTO DIETÉTICO: INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO
ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA**

DOURADOS/MS

2017

Renata Martins Castro Rosa

ACONSELHAMENTO DIETÉTICO: INTERVENÇÃO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde da Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul, Unidade Universitária de Dourados como exigência para a obtenção do título de Mestre em Ensino de Saúde.

Orientadora: Vivian Rahmeier Fietz.

Coorientadora: Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe.

DOURADOS/MS

2017

R696a Rosa, Renata Martins Castro

Aconselhamento dietético: intervenção de educação alimentar e nutricional em unidade de nutrição clínica/ Renata Martins Castro Rosa. – Dourados, MS: UEMS, 2017. 102f.

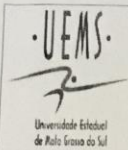
Dissertação (Mestrado) – Ensino em Saúde – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2017.

Orientadora: Profª. Dra. Vivian Rahmeier Fietz.

Co-orientadora: Profª. Elaine M. T. Watanabe.

1. Aconselhamento dietético 2. Educação nutricional 3. Educação em saúde I. Título

CDD 23. ed. - 613.2



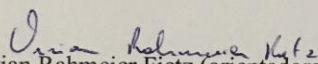
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MATO GROSSO DO SUL
UNIDADE UNIVERSITÁRIA DE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ENSINO
EM SAÚDE, Mestrado Profissional (PPGES)

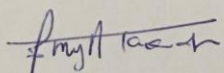


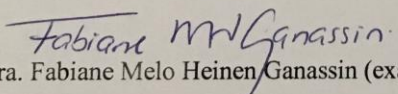
ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO

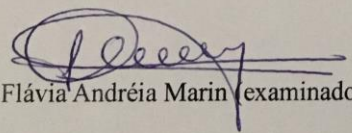
Aos vinte e dois dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete, realizou-se a apresentação da defesa do Produto Final intitulado: *Aconselhamento dietético: intervenção de educação alimentar e nutricional em unidade de nutrição clínica*, de autoria do mestranda Renata Martins Castro Rosa, discente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ensino em Saúde, Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. A comissão julgadora foi constituída pelos seguintes componentes: Profa. Dra. Vivian Rahmeier Fietz (orientadora/presidente), Profa. Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe (coorientadora), Profa. Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin (examinadora titular) e Profa. Dra. Flávia Andréia Marin (examinadora titular externa). Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a comissão julgadora considerou a mestranda: Aprovada. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que será assinada pelos membros da Comissão Julgadora.

Dourados, 22 de agosto de 2017.


Profa. Dra. Vivian Rahmeier Fietz (orientadora/presidente) – UEMS


Profa. Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe (coorientadora) – UEMS


Profa. Dra. Fabiane Melo Heinen Ganassin (examinadora titular) – UEMS


Profa. Dra. Flávia Andréia Marin (examinadora titular externa) – UFGD

“O que somos é consequência do que pensamos”

(BUDA)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus, pela força espiritual para a realização deste trabalho.

À minha família, em especial meus pais e minha irmã, pelo amor, apoio e incentivo incondicionais.

Aos pacientes do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados, aos quais tive oportunidade de atender durante todos esses anos, em especial aos que contribuíram para o desenvolvimento da presente dissertação.

À minha Orientadora Prof^a. Dra. Vivian Rahmeier Fietz, pelo apoio, ensino e tranquilidade nas etapas desse processo.

À minha Coorientadora Prof^a. Dra. Elaine Aparecida Mye Takamatu Watanabe pelas contribuições para o desenvolvimento do trabalho.

Aos colegas do Mestrado Profissional Ensino em Saúde da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, pelo apoio, amizade, paciência e auxílio em vários momentos.

RESUMO

O aconselhamento dietético pode ser utilizado como ferramenta de intervenção para educação alimentar e nutricional no intuito de construir melhores condições de saúde e possibilitar ao indivíduo o enfrentamento de seus desafios alimentares, dentro de sua realidade ou condição social e cultural. O objetivo deste trabalho foi realizar educação alimentar e nutricional utilizando o aconselhamento dietético no atendimento de pacientes adultos e idosos que vivem com Diabetes Mellitus tipo 2, no HU-UFGD. Foi realizada pesquisa de campo com abordagem qualitativa, sendo a amostra obtida pelo método de conveniência. O projeto passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos e foi aprovado pelo parecer de número 1.410.844. A coleta de dados aconteceu no período junho a dezembro de 2016 e se deu a partir de entrevista semiestruturada, baseada no aconselhamento dietético, proposto pelo teórico BOOG (2013). Seu início foi realizado na clínica médica do HU-UFGD, enquanto os pacientes estavam internados. As demais entrevistas foram efetivadas no ambulatório de Síndrome Metabólica da UFGD e no domicílio dos participantes. Tais entrevistas foram gravadas e transcritas, sendo a análise dos dados realizada por meio da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2006). De maneira geral os entrevistados ressaltaram que o relacionamento com o profissional influencia negativamente ou positivamente na adesão aos cuidados. Outro aspecto é que apesar de muitas vezes desconhecerem a gravidade da doença, demonstraram conhecer os cuidados que devem ter com a dieta, identificando que o consumo em grande quantidade de certo grupo de alimentos, principalmente carboidratos simples, se constituía fator negativo para o prognóstico da doença. Os pacientes reconheceram que a dificuldade pessoal em estabelecer mudanças nos seus hábitos alimentares e estilo de vida trazia sentimento de culpa e medo. Notou-se que a família pode ocupar a posição de motivadora, ser indiferente ou declarar seu descrédito em relação ao paciente e sua capacidade em fazer opções corretas na alimentação. A realização deste trabalho explicitou que são vários os aspectos que fazem parte do processo da construção de novas perspectivas para o ato de alimentar. Ressalta-se a importância de considerar estes aspectos durante os atendimentos, além de incluir e responsabilizar o paciente na tarefa de fazer escolhas alimentares, tratando cada paciente como detentor de uma história de vida única, com demandas próprias. Por ser o aconselhamento dietético uma intervenção com foco no acolhimento e na escuta, favorecendo a formação do vínculo e do respeito entre os envolvidos, acredita-se na necessidade de inserir esta prática na rotina dos atendimentos realizados no HU-UFGD, como importante estratégia de humanização do serviço. Assim, para subsidiar o aconselhamento dietético, por ser uma estratégia sequencial, devendo ser realizado em etapas, optou-se em construir, um *folder* explicativo para despertar nos profissionais de nutrição a importância e relevância da educação alimentar e nutricional para que os pacientes ou clientes possam construir seus saberes e sentidos a respeito de sua condição fisiológica.

PALAVRAS-CHAVE: Aconselhamento dietético. Educação nutricional. Educação em saúde.

ABSTRACT

Dietary counseling can be used as an intervention implement for food and nutritional education in order to set up better health conditions and allow that the individual face their food challenges, within their reality or social and cultural condition. The objective of this work was to perform a health and nutritional education by the dietary counseling in adults and elderly patients' care living with Type 2 Diabetes Mellitus in HU-UFGD. A field study with a qualitative approach was performed, and the sample was obtained by the convenience method. The project was approved by the Research Ethics Committee with human beings and by the opinion number 1,410,844. Data collection was fulfilled from June to December 2016, based on a semi-structured interview from the dietary advice proposed by BOOG (2013). The outset was at the medical clinic of HU-UFGD, while the patients were hospitalized. The other interviews were taken at the UFGD Metabolic Syndrome Outpatient Clinic and at the patients' home. These interviews were recorded and transcribed, and data analysis was performed through Content Analysis, proposed by Bardin (2006). In general, the interviewees emphasized that the relationship with the professional influences negatively or positively the adherence to care. Besides, another aspect is that although they are often unaware of the severity of the disease, they are awareness of that they must take care with the diet, and that the consumption of a large number of foods, mainly simple carbohydrates, was a negative factor for the prognosis of disease. Patients recognized that personal difficulty in making changes in their eating and lifestyle habits cause guilt and fear feelings. It was noted that family can occupy a motivating position, being indifferent or discredit to the patient and its ability to make correct choices in food. It has been explicit at the accomplishment of this work that several aspects are part of the process of constructing new perspectives for the feeding act. These aspects are relevant during the visits, because includes and makes the patient responsible on making food choices, treating each patient as having a unique life history, with their own demands. Since dietary counseling is an intervention focused on welcoming and listening, and has to favor the bond formation of and respect among those involved, it is reasonable to think that this practice should be included in the routine care given at HU-UFGD as an important strategy for humanization of service. Therefore, in order to subsidize dietary counseling, once it is a sequential strategy that should be carried out in stages, an explanatory folder were developed to awaken the importance and relevance of food and nutritional education in nutrition professionals towards that patients or clients can build their knowledge and senses about their physiological condition

KEY-WORDS: Counseling. Nutrition Education. Health Education. Nutritionist.

LISTAS DE TABELAS

Tabela 1 – Resumo das categorias e subcategorias encontradas na análise das entrevistas.....	63
---	-----------

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1- Etapas para aconselhamento dietético.....	37
--	-----------

SIGLAS

DM- Diabete Mellitus

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes

EAN – Educação Alimentar Nutricional

ADA- Associação Dietética Americana

DCNCGN- Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Nutrição

SUS- Sistema Único de Saúde

HU- Hospital Universitário

UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados

IMC – Índice de Massa Corporal

WHO- *World Health Organization*

PAM – Pronto Atendimento Médico

PNH – Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2 - REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Diabetes como uma condição crônica de saúde	17
2.2 Diabetes Mellitus tipo 2.....	19
2.3 Adesão ao tratamento por pacientes DM tipo 2	20
2.4 Práticas educativas em saúde.....	21
2.5 Educação alimentar e nutricional	21
2.6 Educação alimentar e nutricional enquanto disciplina e campo de prática	24
2.7 Histórico do aconselhamento dietético.....	25
2.8 Aconselhamento Dietético.....	27
2.9 Formação dos profissionais da área da Saúde	30
2.10 Tecnologias Educacionais	32
3 - OBJETIVO.....	34
3.1 Objetivo Geral	34
3.2 Objetivos específicos.....	34
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 Local de realização da pesquisa.....	35
4.2 Caracterização da amostra	36
4.2.1 Dados pessoais.....	36
4.2.2 Estilo de vida	36
4.2.3 Dados antropométricos	36
4.3 Delineamento das entrevistas ou diálogo com os pacientes	37
4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	39
4.5 Considerações Éticas da Pesquisa	39
4.6 Análise dos Resultados das Entrevistas.....	39
4.7 Elaboração do folder norteador para condução das intervenções.....	40
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
5.1 Caracterização dos pacientes A, B e C.....	41
5.2 Descrição de como aconteceram as conversas com os Pacientes.....	44
5.2.1 Evolução da entrevista com o Paciente A	45
5.2.2 Evolução da entrevista com o Paciente B.....	55

5.2.3 Evolução da entrevista com o Paciente C.....	60
5.3 Análise das Entrevistas.....	63
5.4 Relação entre profissional de saúde e paciente	64
5.4.1 Formar vínculos com os profissionais de saúde	64
5.4.2. Conhecimento sobre autocuidado.....	70
5.5 Comportamento Alimentar	73
5.5.1 Hábitos alimentares prejudiciais à saúde.....	74
5.5.2 Sentimentos relacionados à alimentação	78
5.5.3 Apoio familiar	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
APÊNDICE	96
ANEXOS.....	98

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Internacional Diabetes Federation (2015), no mundo 415 milhões de adultos tem Diabetes Melittus (DM), e em 2040, é provável que este número alcance 642 milhões. Estima-se que na região da América do Sul e da América Central 29,6 milhões de pessoas, ou seja, 9,4% da população adulta apresentassem a doença em 2015. Destes, 11,5 milhões de pessoas ainda sem diagnóstico. O Brasil tem o maior número de pessoas com diabetes nesta região, sendo este em torno de 14 milhões de pessoas. Em 2015, em torno de 247 mil pessoas morreram em decorrência de diabetes nesta região, sendo praticamente metade destas mortes no Brasil.

A prevalência de diabetes tipo 1 e tipo 2 está aumentando, apesar do fato de que muitos casos de diabetes tipo 2 poderiam ser adiados ou prevenidos. Este aumento se deve a fatores de estilo de vida que aumentam o risco de desenvolver diabetes tipo 2, como a urbanização, dietas hipercalóricas, falta de atividade física (IDF,2015)

Constitui prioridade para a saúde pública mundial a atenção em DM e às suas complicações. Desta maneira, a prevenção deve ser realizada em diferentes níveis de atendimento à saúde sendo eles: prevenção primária - detecção de indivíduos em risco; prevenção secundária - identificação de casos não diagnosticados; e prevenção terciária - pelo tratamento dos indivíduos já afetados pela doença visando prevenir complicações agudas e crônicas (BRASIL, 2004).

Os custos do DM afetam o indivíduo, a família e a sociedade, não sendo apenas econômicos. Os custos intangíveis (dor, ansiedade, inconveniência e perda de qualidade de vida) também apresentam grande impacto na vida das pessoas com diabetes e seus familiares (DIRETRIZES SBD, 2014-2015)

O DM é uma doença complexa e crônica que requer cuidados médicos contínuos com estratégias de redução de risco e de controle glicêmico. A educação e o apoio contínuo aos pacientes são fundamentais para prevenir complicações agudas e reduzir o risco de complicações a longo prazo. Há evidências significativas que apoiem uma série de intervenções para melhorar os resultados da diabetes (ADA, 2014).

A partir da relação entre o DM e a alimentação, percebeu-se a relevância da intervenção do nutricionista no campo da educação nutricional ao nortear mudanças de hábitos alimentares visto que a demanda para esse tipo de público têm aumentado consideravelmente (FERREIRA; MAGALHAES, 2007; PRATES; SILVA, 2013).

Pacientes com DM tipos 1 e 2 e seus familiares devem ser inseridos em programa de educação alimentar e nutricional a partir do diagnóstico, a fim de conscientizar sobre a importância do autocuidado e da independência quanto às decisões e atitudes em relação à alimentação para o controle do DM. Através do conhecimento é possível para o portador de diabetes compreender a importância e a influência dos alimentos na homeostase glicêmica e prevenção de complicações tardias (ADA, 2014).

As práticas de educação em saúde fazem parte do trabalho em saúde, mas muitas vezes são deixadas em segundo plano no planejamento e organização dos serviços, na execução das ações de cuidado e na própria gestão. Para que aconteçam de maneira adequada, é necessário que os profissionais de saúde valorizem a prevenção e a promoção de saúde tanto quanto as práticas curativas, e atuem de forma que a população possa construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados individuais e coletivos (FALKENBERG et al, 2014).

Segundo essa perspectiva educativa, é preciso romper com métodos educativos centrados no exercício do poder sobre o outro, substituindo-o por métodos que valorizem o debate e as discussões de ideias, opiniões e conceitos com vistas à solução de problemas com o outro. Essa perspectiva considera os indivíduos e grupos socialmente desfavorecidos como cidadãos de direitos e busca contribuir para a emancipação humana por meio do desenvolvimento do pensamento crítico e do estímulo às ações que tenham como finalidade realizar a superação de situações de opressão. Consonantemente, Freire (2001) relata que “é através do diálogo que se dá a verdadeira comunicação, onde os interlocutores são ativos e iguais”, isto é, participam nos processos de aprendizagem, contrapondo-se ao modelo educativo tradicional, onde o educando é apenas um receptor e o educador um detentor de conhecimentos.

De acordo com essa perspectiva, apresenta-se o conceito de BOOG (2004) sobre educação alimentar e nutricional, sendo ele: conjunto de estratégias sistematizadas para impulsionar a cultura e a valorização da alimentação, concebidas no reconhecimento da necessidade de respeitar, mas também modificar, crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações sociais que se estabelecem em torno da alimentação, visando ao acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social.

Uma estratégia que pode ser utilizada na educação alimentar e nutricional é o aconselhamento dietético, que, segundo Rodrigues e Boog (2006), representa uma abordagem efetuada pelo diálogo entre o paciente, portador de uma história de vida que procura ajuda

para solucionar problemas de alimentação, e o nutricionista, preparado para analisar o problema alimentar em seu contexto biopsicossociocultural.

Uma abordagem que apenas instrui sobre como proceder, reduzindo o fenômeno da alimentação quanto ao que comer, ao que comprar e como preparar, pode tornar-se ineficaz, uma vez que leva o educando a proceder mecanicamente segundo o pensar do educador, destituindo o seu comer dos significados a ele inerentes (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Quando o nutricionista propõe questões ligadas aos problemas alimentares, cria condições de vivenciar juntamente com o cliente estratégias de mudanças em seu comportamento alimentar. Isso porque a educação alimentar e nutricional não se dá somente pelo seu conteúdo e pela sua abordagem de ensino, mas também pela capacidade técnico-científica do profissional e sua habilidade em lidar com pessoas (RODRIGUES; BOOG, 2006).

Com base em minha experiência profissional como nutricionista clínica no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados/ HU-UFGD desde 2010, percebo que os nutricionistas atuantes neste hospital não incluem a educação alimentar e nutricional em sua rotina. O foco tecnicista da formação do nutricionista faz com que a educação alimentar e nutricional seja colocada em segundo plano durante sua atuação, de modo que se acredita que colocar em prática o aconselhamento dietético no hospital, a fim de conhecer sobre as dificuldades envolvidas no processo de mudança de comportamento e, a partir disto, elaborar um material para despertar a importância de se atentar a esta prática irá colaborar para que os profissionais consigam inseri-la em sua atuação, sendo esta uma estratégia importante de humanização do serviço. Por se tratar de um hospital escola, sendo campo de estágio para um grande número de acadêmicos e residentes de nutrição, acredita-se que a inserção desta prática na rotina do serviço ajudará na formação de nutricionistas com uma visão voltada para a integralidade dos pacientes, sendo capazes de perceber a amplitude do ato de se alimentar.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Diabetes como uma condição crônica de saúde

Diabetes mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum à hiperglicemia, resultada de defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas (DIRETRIZES SBD, 2014-2015). A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento, portanto, os termos "DM insulino dependente" e "DM insulino independente" devem ser eliminados dessa categoria classificatória. A classificação proposta pela Associação Americana de Diabetes (ADA, 2013) e aqui recomendada inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (DIRETRIZES SBD, 2014-2015).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) têm sido consideradas como epidemia na atualidade, constituindo-se um sério problema de saúde pública global. Entre as DCNT estão: doença coronariana, doença cerebrovascular, doença vascular periférica, doença renal crônica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica/enfisema, diabetes e câncer (BRASIL, 2011; DUNCAN et al., 2012)

Atualmente, o DM configura-se uma epidemia mundial, tornando-se um grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência do Diabetes (BRASIL, 2011). O DM 2 abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido pelo DM 1, que responde por aproximadamente 8%. Além desses tipos, o diabetes gestacional também merece destaque, devido a seu impacto na saúde da gestante e do feto (BRASIL, 2013).

Schimdt et al (2011) relataram as disfunções patológicas que a falta de controle do diabetes pode acarretar, entre elas complicações renais, nos olhos, no coração e vasculares. Essas complicações são responsáveis pela diminuição da qualidade de vida de indivíduos acometidos por essa enfermidade, tendo também como consequência incapacidades de trabalho, devido a amputações e limitações, além de gerar internações com altos gastos para o SUS.

As complicações decorrentes do DM podem ser classificadas como agudas e crônicas. As complicações agudas incluem: cetoacidose, síndrome de hiperglicemia hiperosmolar e

hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser agrupadas em três tipos principais: microvascular(nefropatia e retinopatia), macrovascular (doença isquêmica e doença vascular periférica) e neuropatia (periférica e autonômica) (BRASIL, 2012).

Sua natureza crônica, a gravidade das complicações e os meios necessários para controlá-las tornam o DM uma doença muito onerosa não apenas para os indivíduos afetados e suas famílias, mas também para o sistema de saúde (WHO, 2002).

A glicemia casual superior a 250 mg/dl ou inferior a 60 mg/dl podem ocasionar complicações agudas do Diabete Mellitus, como cetoacidose, síndrome hiperglicêmica não cetótica e hipoglicemia, essas complicações necessitam de ações imediatas do paciente e a disponibilidade de um serviço de pronto atendimento para auxiliar a pessoa, impedindo a evolução de um quadro clínico de maior gravidade (BRASIL,2014).

Diante do aumento das DCNT e de seus efeitos para o país, o Ministério da Saúde e outras instituições de relevância nacional e internacional construíram o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, de 2011-2022, almejando para os próximos anos o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco, incluindo o fortalecimento dos serviços de saúde, a partir dos eixos de vigilância, informação, avaliação, monitoramento, promoção da saúde e cuidado integral (BRASIL, 2011).

Diante do quadro que vem se instalando no Brasil, devem ser colocadas em práticas medidas com ênfase na orientação e na promoção à saúde com vistas à criação de um segmento favorável à adoção de medidas sustentáveis a nível individual e comunitário. Com isso, seria possível reduzir a morbidade e a mortalidade, uma vez que a situação epidemiológica se encontra associada a uma alimentação hipercalórica, rica em açúcares, sal e alto teor de gordura (BRASIL, 2011).

O controle do DM inclui o tratamento farmacológico (antidiabéticos orais e insulinas) e o tratamento não farmacológico que engloba a mudança no estilo de vida. O paciente deve ser continuamente estimulado a adotar hábitos saudáveis de vida tais como: manutenção de peso adequado, prática regular de atividade física, alimentação saudável, suspensão do hábito de fumar, redução no consumo de bebidas alcoólicas. Desta forma, é possível retardar ou prevenir o desenvolvimento de complicações (BRASIL, 2011). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (BRASIL, 2013).

2.2 Diabetes Melittus tipo 2

O DM 2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por dois defeitos fisiopatológicos principais: a resistência à insulina, que resulta em aumento da produção hepática de glicose e redução da sua utilização periférica, e o comprometimento da função secretora da célula β . Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém, pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, sendo esta doença causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais. Sua manifestação pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado (DIRETRIZES SBD, 2015-2016).

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento do DM 2 estão a idade, histórico familiar, dentre outros fatores não modificáveis, entretanto, os fatores modificáveis para o DM2 é que devem ser alvo de intervenção, destacando-se a obesidade e fatores dietéticos, o sedentarismo e o tabagismo (LYRA, 2006).

O DM 2 pode ser retardado ou prevenido por meio de modificações de estilo de vida que incluem dieta e atividade física. Apesar de a suscetibilidade genética parecer desempenhar um papel importante em sua ocorrência, a atual epidemia provavelmente reflete mudanças caracterizadas pelo aumento da ingestão energética e redução da atividade física que, em conjunto com sobrepeso e obesidade, parecem exercer papel preponderante no aparecimento do diabetes (ADA, 2015)

Considera-se que mudanças nos hábitos alimentares de pacientes portadores de DM2, priorizando alimentos com baixo índice glicêmico, ricos em fibras e com baixas quantidades de gorduras, reduzem os níveis séricos de glicose e insulina no período pós-prandial (CARVALHO, et al, 2012).

A necessidade de desenvolver práticas educativas de saúde, direcionadas ao paciente diabético e a sua família, está relacionada à prevenção de complicações através do autocuidado da doença, o que permite que o paciente conviva melhor com esse problema (OTERO, 2008).

2.3 Adesão ao tratamento por pacientes DM 2

A adesão é definida como à medida que o comportamento de uma pessoa – tomar medicamentos, seguir o plano alimentar e adotar mudanças no estilo de vida corresponde às recomendações preconizadas por um profissional de saúde. No controle do DM 2, a falta de adesão ao tratamento é um desafio frequentemente enfrentado na prática clínica pelos profissionais das instituições de saúde (ARAÚJO, et al, 2011). Assim, é necessário buscar estratégias de intervenções que visem minimizar essa situação na atenção em diabetes.

Os fatores envolvidos na adesão incluem: acessibilidade e disponibilidade do medicamento nos serviços de saúde, dados sociodemográficos do usuário, aceitabilidade do medicamento, sensação de perda de controle sobre seu corpo, atitudes familiares e de amigos, isolamento social, relação entre usuário e profissional de saúde, esquema terapêutico, cronicidade, ausência de sintomas, tempo de diagnóstico, conhecimento e compreensão da doença e do tratamento e fatores relacionados ao comportamento alimentar (SANTOS et al, 2011)

Como se trata de uma doença que frequentemente não apresenta um desconforto imediato, alguns pacientes podem não aderir adequadamente à terapia proposta. Outro motivo que dificulta esta adesão é o fato de incluir mudanças nos seus hábitos de vida. Além disto, o tratamento visa apenas à profilaxia das complicações, e não à cura definitiva, desmotivando os pacientes (SBD, 2007).

Muitos estudos têm concluído que estes pacientes dificilmente seguem o tratamento proposto pelos profissionais de saúde, sendo que as taxas de não adesão costumam variar de 40 a 90%. Identificar se o diabético segue as recomendações do tratamento é ponto fundamental para garantir se realmente este paciente está compreendendo a gravidade da doença e se ele está tendo acesso às informações (SBD, 2007).

Para que os pacientes e cuidadores consigam desempenhar as funções necessárias ao cuidado adequado é necessária efetiva participação dos profissionais de saúde em uma prática educativa com a finalidade construir o conhecimento, estimulando a confiança na relação profissional-paciente, e tornando-os assim, indivíduos conscientes e corresponsáveis pelo seu tratamento. O ensino do cuidado de si é um processo importante, pois ajuda o paciente na ampliação do conhecimento do processo saúde-doença, aprimorando a auto percepção e beneficiando a mudança de hábitos necessária (TADDEO et al., 2012)

2.4 Práticas educativas em saúde

As práticas educativas em saúde podem ser compreendidas como as estratégias educativas que acontecem nas relações interpessoais, considerando as características peculiares de cada um, sejam elas culturais, sociais ou econômicas e suas concepções diversas sobre a saúde e os métodos para atingi-la (RENOVATO; BAGNATO, 2010). Essas práticas compreendem um dos espaços de atuação da área da saúde onde são integrados os saberes científicos e os saberes populares, visando à promoção da saúde e à prevenção de doenças. Este processo pode também ser compreendido como o diálogo entre as pessoas, buscando motivá-los para mudanças nos diversos aspectos cotidianos, sejam eles de comportamentos, atitudes ou adaptações a novas condições de vida, possibilitando uma atenção integral às necessidades dos sujeitos (REIS et al., 2013).

Propicia uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos podem enriquecer reciprocamente (VASCONCELOS, 1997). Esta aproximação se dá por meio da promoção do diálogo para a construção da autonomia e emancipação dos indivíduos. Ao trazer essa conduta para o cotidiano institucional, contribuimos para a construção do SUS em termos de universalidade, integralidade, equidade e participação social. Atualmente, há duas grandes interfaces de relação educativa entre os serviços de saúde e a população: meios de comunicação e a convivência cotidiana dos profissionais com a população dos serviços. Na segunda interface, na medida em que existe contato entre os diferentes atores envolvidos no processo educativo, o processo de aprendizagem ocorre respeitando a autonomia e valorização da criatividade do educando (BRASIL, 2007).

A educação em saúde está baseada no conceito de promoção da saúde, que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob o risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físicos e mentais, ambiental, pessoal e social (MARINHO; SILVA, 2013).

2.5 Educação alimentar e nutricional (EAN)

Historicamente, a educação nutricional despontou na década de 1940, quando surgiram os “programas governamentais de proteção ao trabalhador”, que se preocupavam com a alimentação dos mesmos e com a reprodução da força de trabalho (BRASIL, 2012).

Procurando delimitar um campo de estudo, Boog (2013) conceituou educação alimentar como sendo a transmissão espontânea da cultura alimentar na sociedade, e a educação nutricional como um conjunto de estratégias sistematizadas, a partir de vários campos de conhecimento científico, para impulsionar a cultura, a valorização, o direito à alimentação, reconhecendo a necessidade de respeitar, mas também auxiliar na modificação de crenças, valores, atitudes, representações, práticas e relações que existem em torno da alimentação, visando ao acesso econômico e social a uma alimentação quantitativa e qualitativamente adequada, que atenda aos objetivos de saúde, prazer e convívio social

Conforme Boog (1997) existe uma distinção entre orientação nutricional e educação alimentar e nutricional: a primeira significa o fazer imediato, as instruções propriamente ditas, dietas com objetivos específicos e com rigor para horários e técnicas; já o conceito de educação alimentar e nutricional volta-se para a formação de valores, para o prazer, a responsabilidade, a atitude crítica, assim como para a liberdade.

A promoção de hábitos alimentares saudáveis é uma prática inerente à profissão do nutricionista, o que exige um papel atuante de educador, tornando-o um agente e propiciador de mudanças (SOARES; AGUIAR, 2010). O propósito da educação alimentar e nutricional deve ser garantir condições para que a população possa decidir de maneira autônoma, respeitando a cultura e valorizando a história do indivíduo, de forma que ele faça escolhas mais adequadas ao seu estado de saúde (SANTOS, 2012; FERREIRA, MAGALHAES, 2007)

Do ponto de vista teórico-metodológico, a EAN deve estar direcionada a uma perspectiva de educação popular baseada no pensamento de Paulo Freire, com ênfase na dialogicidade e na autonomia do indivíduo (SANTOS, 2012).

Durante seu exílio Paulo Freire escreveu diversas obras importantes, neste momento daremos ênfase ao livro "Pedagogia do Oprimido", escrito em 1966. Esta obra que sistematizava teoricamente a experiência vivida por meio do movimento responsável pela difusão da Educação Popular no Brasil (BRASIL, 2007). Nessa obra, o autor traz para reflexão a ideia de dialogicidade, como essência da educação como prática da liberdade.

[...] ao adentrarmos no diálogo, como fenômeno humano, se nos revela algo que já poderemos dizer ser ele mesmo: a palavra. Esta busca nos leva a duas dimensões: ação e reflexão, de tal forma solidárias, em uma interação tão radical que, sacrificada, ainda que em parte, uma delas, se ressentida, imediatamente, a outra. Não há palavra verdadeira que não seja práxis. Daí, que dizer a palavra verdadeira seja transformar o mundo (FREIRE, 2011, p.44).

Se o contrário acontecer, só a ação ser efetivada e a reflexão minimizada, o diálogo é impossibilitado. O ser humano, em todo momento, busca transformar o mundo, por meio da palavra, do trabalho e da ação-reflexão (FREIRE, 2011). Além disso, precisamos entender que o diálogo não é um ato de depositar ideias de um sujeito no outro e tampouco uma simples troca de ideias. O diálogo é um ato de criação de ideias, com o objetivo de mudar o mundo (FREIRE, 2011).

A educação alimentar e nutricional é significativa aos participantes desde que seja construída pelos sujeitos, permeando suas formas de perceber os fatos da alimentação em seu cotidiano e de enfrentar as dificuldades no campo da alimentação, sendo possível somente se a pessoa se apropriar dos conteúdos e desenvolver novos sentidos para o ato de comer (BOOG, 2013).

Freire (1996) faz uma crítica a relação do educador-educando onde o educador narra os conteúdos, fala da realidade como algo estático, de forma alheia às experiências dos educandos, conduzindo-os a memorização mecânica do conteúdo narrado. O autor defende que quando baseada nessa relação, a educação se torna um ato de depositar conhecimentos em outro indivíduo. Além disso, o autor propõe uma nova concepção de educação, capaz de proporcionar aos educandos a possibilidade de se tornarem sujeitos do processo que estão vivendo, de participarem de forma reflexiva e crítica da construção de conhecimentos, sempre dentro da sua própria realidade. Esse seria o ensino problematizador, no qual o aluno deve ser ensinado a pensar e não simplesmente a aceitar o conteúdo que lhe foi transferido. Esse ensino tem caráter reflexivo, reforça a mudança e é libertador, já que propõe aos educandos irem contra a alienação causada pelo ensino “bancário” (FREIRE, 1999).

É impossível separar a cultura alimentar da ciência da nutrição, visto que a educação alimentar e nutricional será sempre uma busca compartilhada de novos sentidos e formas para o ato de comer entre educadores e educandos, visando a construção de conhecimentos, valores, práticas cotidianas e estratégias que proporcionem condições para alimentar-se de forma saudável e que podem ser realizadas por meio de ações educativas individuais, em família, em grupos, comunidades ou população. Adicionalmente, essa abordagem permite ao indivíduo transgredir as regras esporadicamente com uma atitude responsável sem se privar do sabor da vida (BOOG, 2013).

O hospital tem como principal objetivo a recuperação da saúde, sendo assim, a atenção integral ao paciente durante a internação abrange um conjunto de cuidados, dentre estes os relacionados à alimentação e à nutrição de acordo com as características de cada paciente e sua doença (DE SETA et al., 2010). Em vista disso, as orientações da equipe devem estar

presentes durante todo o tempo de permanência do paciente no ambiente hospitalar e as ações de educação alimentar e nutricional devem se estender a todos os pacientes hospitalizados e a suas famílias (CHAGAS; MONTEIRO, 2004; BOOG, 2004).

2.6 Educação alimentar e nutricional enquanto disciplina e campo de prática

A EAN integra o currículo obrigatório dos cursos de graduação em Nutrição. Entretanto, há vários desafios que afetam a condução desta disciplina como: insuficiência de métodos de ensino específicos para a EAN; financiamento reduzido destinado à pesquisa; dificuldade de articulação entre campos do conhecimento como a sociologia e a antropologia da alimentação, a ética e a filosofia; escassa utilização de referenciais teóricos da área de pedagogia e educação; hegemonia da abordagem biomédica; dificuldades em tornar a EAN “transversal” no projeto pedagógico; fragilidade nas articulações entre ensino, pesquisa e extensão; dificuldade em transformar a EAN em um eixo importante de reflexão para outras disciplinas curriculares do curso de graduação; número insuficiente de docentes com formação específica e experiência em EAN; e a escassa produção científica e estudos de impacto nesta área. Deste modo, há necessidade de se repensar a formação nesta área, já que esta não corresponde ao contexto e aos desafios atuais (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007; BRASIL, 2012).

A relação entre a teoria e a prática é importante desde o primeiro ano da graduação independentemente da disciplina, para que o aluno consiga estabelecer esta relação em todas as suas ações ao longo do curso. Não cabe somente à disciplina educação alimentar e nutricional e aos seus docentes a responsabilidade de promover o despertar da educação enquanto essencialidade da prática profissional. A docência em educação alimentar e nutricional exige que o professor tenha uma formação que transcenda a área de nutrição e inclua elementos obtidos na área de ciências humanas ou em áreas que têm relação com as ciências humanas. Os demais docentes do curso devem estar cientes do papel de educador que o nutricionista exercerá, em qualquer área de atuação, devendo esclarecer esta condição em todas as disciplinas ao longo do curso (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007; BRASIL, 2012).

Além de possuir o papel de transmitir informações e comunicar conceitos de nutrição, a EAN deve penetrar na história de vida, inserção social do sujeito, cultura e significados afetivos que dão sentido às práticas da alimentação. Possui papel fundamental para o exercício da cidadania alimentar, permitindo que os indivíduos possam exercer sua autonomia decisória, fazendo escolhas alimentares conscientes (BOOG, 2013; FERREIRA;

MAGALHAES, 2007). Na perspectiva de educar, não se pode ter como única expectativa que as pessoas mudem algumas práticas do seu cotidiano, a fim de melhorar os indicadores de saúde. Apenas instruir sobre como proceder, reduzindo o fenômeno da alimentação quanto ao que comer, ao que comprar e como preparar, pode não alcançar as mudanças necessárias, já que leva o educando a proceder mecanicamente segundo o pensar do educador, destituindo o seu comer dos significados a ele inerentes (BOOG, 2004).

Santos (2005) destaca que a educação alimentar e nutricional é vista como uma estratégia fundamental para enfrentar os novos desafios nos campos da saúde, alimentação e nutrição. Entretanto, enfatiza que há poucas referências sobre o arcabouço teórico, metodológico e operacional, tanto na literatura acadêmica como nos documentos de referência que norteiam as políticas públicas no campo. Portanto, paradoxalmente, a “educação alimentar e nutricional está em todos os lugares e, ao mesmo tempo, em lugar nenhum”.

2.7 Histórico do aconselhamento dietético

O aconselhamento é um processo genérico de ajuda, cuja estrutura básica independe da área de conhecimento, o qual pode sustentar o atendimento nutricional a grupos e/ou indivíduos, quando então recebe a denominação de aconselhamento dietético. O modelo de aconselhamento se pauta no reconhecimento da importância de identificar e responder aos aspectos afetivos como também aos comportamentais de quem o busca (RODRIGUES, SOARES, BOOG, 2005).

Desde 1975, quando a Associação Dietética Americana (ADA) se posicionou a respeito deste termo, vários autores e pesquisadores produziram trabalhos com base nas contribuições das ciências humanas, e possibilitaram ampliar a compreensão dessa intervenção, explicitando algumas estratégias a serem adotadas para ajudar pessoas que necessitam fazer modificações no seu padrão alimentar e estilo de vida.

Orkow e Ross (1975) relataram uma intervenção desenvolvida por um nutricionista e um assistente social, com grupo de obesos, onde houve o atendimento agregando educação nutricional e técnicas de aconselhamento, utilizando incentivos psicológicos, instruções dietéticas e exercícios. Os autores fundamentaram o processo em uma abordagem comportamentalista, enfatizando mudança nas práticas alimentares.

Segundo Holli e Calabrese (1986), autores que publicaram um livro sobre aconselhamento dietético há quase três décadas, a contribuição de várias abordagens teóricas da psicologia, como: aconselhamento centrado no cliente, aconselhamento gestáltico,

aconselhamento psicanalítico, aconselhamento racional-emotivo, aconselhamento baseado em traços e fatores e aconselhamento behaviorista, permitiu estabelecer algumas diretrizes básicas, norteadoras da natureza do trabalho de aconselhamento dietético, sendo elas: a consideração de elementos significativos da realidade pessoal; a responsabilidade que o cliente deve ter em relação à sua própria vida; a não dominação do conselheiro sobre o cliente; a explicitação da natureza das dificuldades com base nos diagnósticos; a revelação do ego ao conselheiro para possível interpretação das experiências do cliente; maior percepção do cliente sobre si mesmo; apoio direto às mudanças; mudanças num período curto de tempo; diagnóstico simplificado; vínculo entre o profissional e o cliente;

Abaixo, alguns conceitos mostram a evolução do aconselhamento dietético ao longo dos anos:

“Orientação profissional individualizada para ajudar uma pessoa a ajustar seu consumo diário de alimentos, à fim de atender a necessidade da saúde”. (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIETÉTICA, 1969 apud BOOG, 2013 p. 162).

“Processo pelo qual o indivíduo é ajudado a adquirir comportamentos alimentares saudáveis”. (OWEN, 1988 apud BOOG, 2013 p. 162).

“Uma abordagem de educação nutricional, efetuada por meio do diálogo entre o cliente portador de uma história de vida – que procura ajuda para solucionar problemas de alimentação – e o nutricionista, preparado para analisar o problema alimentar no contexto biopsicossociocultural da pessoa, auxiliará a explicitar os conflitos que permeiam o problema, a fim de buscar soluções que permitam integrar as experiências de estratégias para enfrentamento dos problemas alimentares na vida cotidiana, buscando um estado de harmonia compatível com a vida.” (RODRIGUES e BOOG, 2006).

Rodrigues, Soares e Boog (2005) recomendam a adoção do termo “aconselhamento dietético” para a designação da atividade de consulta de nutrição, por estar fundamentado teoricamente em bibliografia, tanto da área de ciências humanas, quanto da área específica de nutrição. Esta modalidade de intervenção de educação nutricional requer encontros frequentes para a execução efetiva das etapas de todo o processo. Ressalta-se também que as habilidades e competências do aconselhador devem ser envolver conhecimentos específicos de nutrição, de educação nutricional, e de conhecimentos advindos das ciências humanas, especialmente da antropologia da alimentação.

2.8 Aconselhamento Dietético

Dentro do campo da EAN, o aconselhamento dietético é uma estratégia educativa que precisa ser resgatada a fim de modificar a atuação do nutricionista junto ao paciente que precisa de mudanças em seu comportamento alimentar, favorecendo uma vida mais saudável e prazerosa aos indivíduos portadores de doenças que exigem mudança no padrão alimentar (RODRIGUES;SOARES;BOOG, 2005). Além disso, também se denomina aconselhamento dietético o atendimento individual focado na alimentação realizado por nutricionista, tendo como propósito a educação. Não se trata de apenas uma orientação dietética ou dietoterápica, com foco clínico, mas de um processo interpessoal (BOOG, 2013).

A questão a ser tratada no aconselhamento dietético não é simplesmente adesão à dieta: busca-se, em conjunto com o paciente, encontrar estratégias para solucionar problemas relativos ao comportamento alimentar, englobando práticas alimentares inadequadas, hipóteses relativas às práticas alimentares inadequadas levantadas a partir da história alimentar, dos dados clínicos, bioquímicos ou antropométricos do paciente, bem como qualquer questão de caráter subjetivo que possa gerar nele a dúvida, a ansiedade e a insegurança quanto aos efeitos dos alimentos ou nutrientes sobre o organismo (RODRIGUES, SOARES, BOOG, 2005).

Conforme Freire (1996) ensinar não é transmitir conhecimentos, mas criar as possibilidades para sua construção ou produção. A prática educativa é um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia de educadores e educandos, jamais como uma experiência fria, sem alma, em que os sentimentos, emoções e sonhos devessem ser reprimidos. Ressalta-se a necessidade de considerar os aspectos inerentes à realidade de vida do educando, considerando seus saberes prévios, problematizando as situações vividas.

Aconselhar no campo da alimentação torna-se necessário diante de duas realidades: primeiro, a necessidade de recusar modelos padronizados pautados em restrições e normas de como deve ser o comportamento dos indivíduos; segundo, a perspectiva de inserir as ações educativas de nutrição em um processo comprometido com a compreensão da condição humana (RODRIGUES et al, 2005). Assim, a busca por ajuda para resolver problemas alimentares insere-se numa busca de âmbito maior, que pode ser considerada a busca por qualidade de vida. Na maior parte das vezes esta ocorre em determinado momento crítico, no qual surge um problema, que, por sua vez, também é fruto da história de vida. Cabe ao profissional auxiliar o indivíduo a explicitar os conflitos que permeiam o problema alimentar,

para buscar soluções por meio da criação de estratégias de enfrentamento dos problemas alimentares na vida cotidiana (RODRIGUES et al, 2005; BOOG, RODRIGUES,2006).

Boog (2013) propôs algumas etapas para realização da intervenção de aconselhamento dietético. A primeira recebe o nome de construção do vínculo, estabelecimento do diálogo e descoberta inicial. Esta etapa influencia a condução do relacionamento entre paciente e do profissional nutricionista, pois caracteriza a formação do vínculo, sendo atributos importantes na condução do encontro a empatia, autenticidade, considerações positivas e incondicionalidade. O nutricionista deve estar preparado para captar o estado emocional do paciente (ansiedade, nervosismo, insatisfação) declarado verbalmente ou por meio de gestos, posturas, movimentos do corpo, expressões faciais, qualidade da voz e o silêncio. O profissional deve, antes de tudo, saber ouvir e saber aceitar, criando um ambiente favorável para a construção de estratégias que favoreçam o desenvolvimento de ações pelo cliente. Nesta etapa, realiza-se a avaliação da alimentação que pode ser feita através de uma pergunta aberta do tipo: fale-me sobre a alimentação ao longo de sua vida. Ao mesmo tempo em que realiza a avaliação, o nutricionista conduz o paciente a problematizar os fatos e situações que relata e a perspectiva do aconselhador é marcada pela escuta atenta. Ao fim do primeiro encontro, algumas pessoas já conseguem identificar necessidades de mudança, estabelecer para si metas simples e alguns objetivos. Quanto mais sugestões partirem da própria pessoa, melhor. Nesta etapa, a pessoa entra em contato com seu comportamento de forma a conscientizar-se de quais são os fatores internos e externos, condicionantes e determinantes de sua alimentação.

A segunda etapa é chamada de exploração em profundidade. Esta etapa deve favorecer uma condição de discernimento e tentativa de discussão sobre os problemas. Para que tal situação não perdure, é imprescindível que o profissional durante o atendimento seja sensível para perceber a necessidade que o paciente tem de ser encorajado, a fim de poder desvelar e ampliar os temas relacionados ao problema. Para uma ajuda efetiva, o nutricionista precisa compartilhar as experiências apontadas pelo paciente, expandindo os conceitos revelados. Além disso, nesta etapa o paciente desvela seu comportamento alimentar e levanta estratégias para que sejam realizadas mudanças gradativas das práticas (BOOG, 2013).

A terceira etapa é chamada de preparação para a Ação. Nesta etapa a pessoa verbaliza possibilidades de mudanças e desenvolvimento de novas práticas e novos sentidos para o ato da alimentação. É um momento delicado e importante. É o momento da palavra em ato, onde a pessoa ensaia um novo modo de agir por meio de palavras dela. O paciente fará planos para corrigir o problema, lembrando que as duas primeiras fases foram interrogativas para ele. Esta

etapa de formulação da solução pode exigir tempo, disciplina e paciência. É importante ressaltar, a necessidade de uma avaliação conjunta, pelo nutricionista e pelo paciente, das estratégias selecionadas para enfrentar os problemas, os resultados obtidos e das mudanças conjunturais. Alcançar essas três fases indica que o paciente, possivelmente, encontrou estratégias para solucionar seu problema (BOOG, 2013).

A última etapa é chamada de integração. Nesta etapa o paciente alcança autonomia para decidir sobre aspectos relacionados à sua alimentação. No entanto, isso só será constatado a partir de vários encontros com o nutricionista, nos quais este avaliará as mudanças no pensar, no sentir e no agir do paciente, podendo ainda haver necessidade de retomarem as etapas anteriores na discussão de questões ainda não problematizadas (BOOG, 2013).

Ao propor estas etapas em seu livro, BOOG (2013) deixa claro que não se trata de um manual de como fazer educação alimentar e nutricional. As ações educativas não podem partir do papel, elas devem nascer do olhar curioso e investigativo, buscando compreender os problemas alimentares, para desenvolver práticas que respondem não apenas às diretrizes técnicas, mas que tenham efetividade ao trazer saúde e bem-estar em todos os sentidos. Educar em alimentação e nutrição é cuidar da vida, e levar em conta esta perspectiva, que todos os comportamentos humanos são resultado da interação de variáveis como: genética, ambiente, psique, entre outros. Nos impulsos e predisposições para comportamentos destaca-se o hábito, que é o comportamento que determinada pessoa aprende e repete com frequência sem pensar como deve executá-lo e que, geralmente, é inconsciente. Ressalta-se, porém, que o hábito difere do instinto, que é um comportamento inato do ser humano (ALVARENGA, et al 2015). Muito do que fazemos diariamente não envolve decisões, e sim hábitos que nos permitem realizar uma série de tarefas. Nosso cérebro costuma converter atividades rotineiras em hábitos para poupar energia. Por isso, temos dificuldade em mudar hábitos e comportamentos, porque geralmente são inconscientes e nos fazem agir de maneira automática (ALVARENGA, et al 2015).

Muitas pessoas não têm acesso a locais onde possam viver momentos de educação alimentar e nutricional, assim acabam sofrendo as consequências da falta de informação e de cuidado nutricional. Percebe-se que por se tratar de um momento complicado em suas vidas, durante a internação as pessoas refletem sobre os aspectos relacionados à sua hospitalização e demonstram preocupação em relação aos devidos cuidados com a alimentação. Desta forma, é importante tratarmos sobre os aspectos relacionados aos hábitos alimentares do paciente e da família de modo a possibilitar uma reflexão de quais cuidados são necessários após a alta

hospitalar do paciente. Essa reflexão acompanhada do aconselhamento dietético durante a internação promove um acolhimento e a compreensão de que novos hábitos devem ser construídos para o cuidado com a saúde.

O aconselhamento dietético conduzido pelo nutricionista constrói melhores condições de saúde, utilizando estratégias direcionadas que fazem com que o indivíduo enfrente seus problemas alimentares da melhor maneira possível e de modo que atenda sua real necessidade. É preciso que os profissionais entendam a necessidade de ser curiosos em suas práticas, o que leva à constante busca por conhecimento e interação com o paciente.

O preparo dos nutricionistas para essa modalidade de intervenção demanda estágios práticos, supervisionados por profissionais dessa área, que os auxiliem a perceber a intersubjetividade no relacionamento com o paciente, e a explorar as possibilidades e compreender as limitações da comunicação verbal e não verbal, de forma a instrumentalizá-los para lidar com o inesperado e, sobretudo, com as próprias inseguranças (RODRIGUES, SOARES, BOOG, 2005).

2.9 Formação dos profissionais da área da Saúde

As Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Nutrição (DCNCN), instituídas pelo Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior (Parecer n.5 de 7/11/2001), determinam que os conteúdos curriculares deste curso contemplem as ciências sociais e humanas, que são áreas de conhecimentos que abordam a educação e estabelecem que o ensino deva ser crítico, reflexivo, criativo, além de conter atividades teóricas e práticas desde o início, assegurando a definição de estratégias pedagógicas que articulem ensino/pesquisa/extensão-assistência (SOARES; AGUIAR, 2010).

Essas estratégias visam principalmente contribuir para a reorientação do modelo de educação, investindo na integralidade da atenção à saúde, conforme princípios e diretrizes do SUS, visando à formação de profissionais mais capacitados para atuar neste cenário. Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral e demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas (MITRE, et.al, 2008).

Historicamente, a formação dos profissionais de saúde tem sido pautada no uso de metodologias conservadoras, tornando o conhecimento fragmentado e reducionista. Separou-se o corpo da mente, a razão do sentimento, a ciência da ética, compartimentalizando-se, conseqüentemente, o conhecimento em campos altamente especializados, em busca da

eficiência técnica (MITRE, et al 2008) Para ampliar tal visão, a educação deve ser capaz de desencadear uma visão de interdependência e de transdisciplinaridade, além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva. A prática pedagógica deve ser ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação (MITRE, et al 2008; SOARES; AGUIAR, 2010).

No que compreende a adoção do modelo de atenção sob o enfoque da integralidade, o desafio imposto aos nutricionistas remete a mudanças estruturais, que têm início na própria formação acadêmica do profissional. Apesar das Diretrizes Curriculares do curso de nutrição terem sido publicadas em 2001, o que se percebe na prática é que os currículos dos cursos de nutrição se apresentam moldados sob a vertente biológica da atenção clínico-assistencial estruturada no modelo biomédico dominante. Com isso, existe uma abordagem deficiente prestada às questões políticas, socioeconômicas e culturais necessárias, não somente para a construção de uma análise crítica a respeito da conjuntura alimentar dos grupos populacionais, mas para as medidas de atenção em saúde. A repercussão desse fato está na dificuldade de articular os conhecimentos biológicos da nutrição com sua dimensão social, prejudicando a percepção da totalidade do fenômeno (FERREIRA, MAGALHÃES, 2007).

O debate sobre a formação inadequada dos profissionais de saúde e sobre a necessidade de modificações nas orientações curriculares se intensificou no Brasil pelo advento da reforma sanitária e pelas demandas da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). O debate enfatiza a elaboração, execução e avaliação participativa (gestores, professores e alunos) de métodos e estratégias pedagógicas inovadoras, valorizando o vínculo entre as universidades e os serviços de saúde, bem como a inclusão do princípio da integralidade como um eixo da formação em saúde (SOARES; AGUIAR, 2010).

A ação do nutricionista no campo da promoção da saúde refere-se à articulação de saberes técnicos e populares. Essa implica transcender modelos tradicionais de atuação em nutrição, através da criação de espaços democráticos e participativos que possam estabelecer uma aproximação com a realidade dos indivíduos e das populações com o objetivo de tentar responder melhor às demandas de saúde e nutrição. Dessa forma, abordagens persuasivas e ações verticais devem ser substituídas por estratégias mais amplas provenientes da relação profissional-paciente, a partir do somatório de saberes técnicos e populares. Nesse aspecto, torna-se imprescindível superar a relação hierárquica entre o profissional e o usuário (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Muitas vezes, os pacientes não conseguem colocar em prática as instruções recebidas de um profissional de saúde por não saberem qual o caminho a percorrer para efetivar aquelas mudanças. Quando o profissional se aproxima do paciente estabelecendo uma relação de confiança e aprendizado mútuo e construção de conhecimento, a relação se torna mais verdadeira e capaz de gerar mudanças nos envolvidos.

Assim, tendo em vista a formação tecnicista do nutricionista, faz-se necessária a explicitação de abordagens baseadas na autonomia e liberdade dos indivíduos que possam nortear uma atuação integral ao paciente. Devido à sobrecarga de trabalho e a priorização de outras etapas do atendimento nutricional, a educação alimentar e nutricional na maior parte das vezes não é o foco da atuação do nutricionista em hospital.

2.10 Tecnologias Educacionais

As tecnologias educacionais têm a finalidade de contribuir com atividades de ensino-aprendizagem e interceder práticas educativas em comunidade e/ou com tipos específicos de usuários. O termo tecnologia não deve ser entendido apenas como produto e/ou procedimento técnico-operativo, mas também como produto e procedimento sócio interativo originado a partir de vivências entre sujeitos em que conhecimentos são gerados e compartilhados; podem ser materiais instrumentais ou vivenciais-relacionais e poderão ser utilizadas para facilitar e contribuir para a realização de práticas educativas e educação em saúde (TEIXEIRA, 2010).

Os recursos, as tecnologias educacionais e as estratégias metodológicas utilizadas em práticas educativas devem estar relacionadas aos objetivos propostos e a intenção dessas práticas nos serviços de saúde (TEIXEIRA, 2010).

A utilização de materiais educativos impressos da área da saúde é prática comum no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles manuais de cuidado em saúde, folhetos, cartilhas, etc. Estes produtos são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas. A contribuição desses materiais para a promoção da saúde depende dos princípios e das formas de comunicação envolvidos nos processos de elaboração (ECHER, 2005).

Nesta pesquisa optou-se por construir um instrumento norteador das práticas de aconselhamento dietético como um sensibilizador para os profissionais e acadêmicos. Este material não deve ser utilizado como um manual de instruções de como fazer aconselhamento dietético, já que o que se propõe é que cada paciente seja visto como detentor de uma história

de vida única e com demandas próprias, que devem ser percebidas pelo profissional durante o atendimento.

3 - OBJETIVO

3.1 Objetivo Geral

Realizar educação alimentar e nutricional utilizando o aconselhamento dietético no atendimento de pacientes adultos e idosos com Diabetes Mellitus tipo 2, no HU-UFGD.

3.2 Objetivos específicos

- Conhecer as condições socioeconômicas, estilo de vida, tempo de diagnóstico da doença, diagnóstico antropométrico dos pacientes e identificar a orientação nutricional recebida anteriormente;
- Conhecer, por meio do aconselhamento dietético, as questões que permeiam a adesão dos pacientes ao cuidado com o DM 2.
- Construir material educativo no intuito de nortear a condução de práticas em educação alimentar e nutricional para atendimento de pacientes adultos e idosos com DM 2.

4 METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa qualitativa do tipo participante, a amostra foi caracterizada e a escolha foi por conveniência. Cabe explicar que um novo paciente só foi incluído na pesquisa após o término do atendimento com o anterior.

Segundo Hall (1981 p. 7-8, apud DEMO, 1995, p. 9-10), entende-se por pesquisa qualitativa, do tipo Pesquisa Participante como uma atividade integrada que combina investigação social, trabalho educacional e ação. Dentre várias características devemos ressaltar que este tipo de pesquisa tem como finalidade a transformação estrutural fundamental e a melhoria de vida dos envolvidos. Também se ressalta que a parte central para a pesquisa participante é o papel de reforço à conscientização dos envolvidos em suas próprias habilidades e recursos.

Assim, ainda segundo DEMO (1995) não podemos sacrificar a teoria em nome da prática, nem a prática em nome da teoria. Nada faz tão bem à teoria como sua prática, e vice-versa. A prática, por estar exposta a todas as fragilidades históricas naturais, não deixa de ser importante, assim como a teoria, por ser uma construção abstrata, não é inutilidade vazia.

4.1 Local de realização da pesquisa

A pesquisa foi iniciada no Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados. O Hospital Universitário (HU) é órgão suplementar da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), vinculado aos Ministérios da Saúde e da Educação. Atende a uma macrorregião de 33 municípios, que representa o atendimento de aproximadamente 800 mil pessoas, além de atender a população de fronteira (Paraguai) e indígena, com atendimentos de média e alta complexidade. Atualmente, o hospital conta com 187 leitos ativos, distribuídos entre enfermarias, área materno-infantil e Unidade de terapia intensiva Adulto, Pediátrica, Neonatal e Unidade de Cuidados Intermediários. Cabe destacar que o primeiro contato com o paciente foi no momento de sua internação. A continuidade da entrevista ocorreu no ambulatório de Síndrome Metabólica da UFGD, anexo ao HU.

Quando o contato com o paciente não era possível no ambulatório ou o mesmo não comparecia às consultas foram agendadas visitas em seu domicílio e assim dada a continuidade do processo de entrevista.

4.2 Caracterização da amostra

A caracterização da amostra foi feita a partir de um questionário estruturado (ANEXO 1) contendo questões sobre dados pessoais, condições socioeconômicas, estilo de vida (sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, tabagismo), dados antropométricos, orientação prévia sobre alimentação e há quanto tempo foi feito o diagnóstico da doença.

4.2.1 Dados pessoais

Cabe explicar que neste item foram feitas as seguintes perguntas: Nome completo, data de nascimento, endereço, sexo, demais doenças, escolaridade, renda familiar e estado civil. Destaca-se que no momento da pesquisa o salário mínimo vigente no país era de R\$ 880,00.

4.2.2 Estilo de vida

Em relação ao estilo de vida, os principais questionamentos foram sobre a realização de atividades físicas, consumo de bebida alcoólica e tabagismo.

4.2.3 Dados antropométricos

Para aferição do peso, o paciente foi colocado em uma balança descalço e com roupas leves. A altura foi determinada utilizando-se uma fita inelástica, com o indivíduo descalço, em pé e com os calcanhares alinhados. A situação nutricional dos entrevistados foi estimada pelo índice de massa corporal ($IMC = \text{peso em kg} / \text{altura}^2 \text{ em metros}$). A classificação do IMC dos adultos foi realizada com base nos valores preconizados pela WHO (2000), que indica associação entre IMC e doença crônica ou mortalidade, sendo eles: baixo peso e baixo risco para comorbidades ($\leq 18,5$), peso normal e médio risco de comorbidades (18,5 – 24,9), pré-

obeso com risco aumentado de comorbidades (25,0 – 29,9), obeso I com moderado risco de comorbidades (30,0 – 34,9), obeso II com grave risco de comorbidades (35,0 – 39,9) e obeso III com risco muito grave de comorbidades ($\geq 40,0$).

Conforme Organização Pan Americana de Saúde (OPAS, 2002), em idosos considera-se baixo peso ($IMC \leq 23 \text{ kg/m}^2$), peso adequado ($IMC > 23$ e $< 28 \text{ kg/m}^2$), pré obesidade ($IMC \geq 28$ e $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$).

4.3 Delineamento das entrevistas ou diálogo com os pacientes

O propósito da pesquisa foi promover educação alimentar e nutricional por meio do aconselhamento dietético, baseando-se no diálogo e considerando a história de vida do paciente. O principal intuito foi buscar por soluções que permitam levantar estratégias para o enfrentamento das suas adequações alimentares no tocante ao diabetes. Também para permitir construir possibilidades e utilizar outros caminhos para o atendimento nutricional.

As perguntas norteadoras do processo de aconselhamento dietético foram criadas a partir os passos propostos por Boog (2013), conforme fluxograma abaixo:

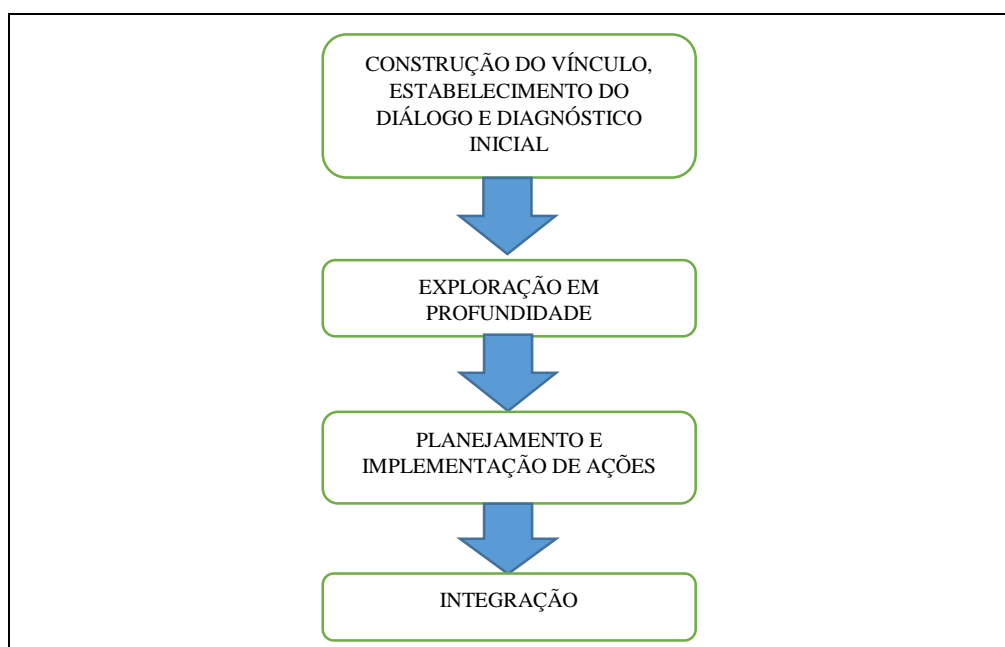


Imagem 1- Etapas para aconselhamento dietético. Fonte: Boog (2013).

A coleta de dados teve início durante a internação dos participantes, sendo conduzida através de entrevista semiestruturada (ANEXO 2), aplicada após prévia autorização dos

sujeitos pesquisados. As entrevistas foram conduzidas com os mesmos entrevistados, tendo início durante a internação do paciente na Clínica Médica do HU/UFGD e continuidade com atendimentos ambulatoriais e domiciliares. Durante a internação os atendimentos foram feitos diariamente e, após a alta, os retornos eram marcados num intervalo de sete a dez dias. Os atendimentos ambulatoriais e domiciliares aconteceram dentro deste prazo para que fosse possível ao paciente tentar colocar em prática o que estava sendo discutindo e, com isso, vivenciar as mudanças para que nos atendimentos tivesse mais informações. Foram entrevistados três pacientes que foram identificados como A, B e C. As entrevistas foram realizadas individualmente e tiveram em torno de 45 minutos de duração. No caso do paciente B, a esposa participou de alguns atendimentos, por solicitação do paciente. Para que não houvesse prejuízo às atividades de aconselhamento e às atividades dos outros profissionais do setor, o horário de início da intervenção foi acordado com a equipe. A coleta de dados aconteceu no período de junho a dezembro de 2016.

Cabe esclarecer que com o paciente A foram realizados seis encontros, com o paciente B cinco e com o C três encontros.

Conforme BOOG (2013) não existe um número preestabelecido de atendimentos para alcançar as etapas com cada paciente, já que isso depende da evolução de cada um deles. Além disso, as etapas se entrelaçam e o processo pode se estender a vários atendimentos, já que a partir do momento que alcançam algumas metas, pode ser necessário traçar novas metas. Cabe explicar ainda que esses pacientes foram aconselhados para continuidade dos atendimentos nutricionais com outro profissional.

Cabe explicar ainda que, baseado na proposta de Boog (2013) foram construídas perguntas norteadoras na condução das indagações ao longo das entrevistas ou podemos chamar também de diálogos estabelecidos com os pacientes. Os principais questionamentos norteadores foram: a) identificar o tipo e características da alimentação durante a infância; b) verificar o quanto o paciente conhece sobre sua necessidade em modificar a dieta; c) confrontar o entrevistado no tocante à sua prática alimentar atual associado com a doença; d) saber do conhecimento do paciente sobre grupos alimentares, porções e quantidades adequadas para o consumo racional; e) identificar, após término das entrevistas, mudanças na prática alimentar e escolha dos alimentos.

Ressalta-se que o entrevistado será convidado a construir seu próprio conhecimento a respeito de sua dieta e prática alimentar. E, a partir da construção da lógica e interpretação da sua realidade, ele mesmo será capaz de estabelecer e permanecer nas mudanças identificadas como obrigatórias e assim organizar seus hábitos alimentares e estilo de vida.

Assim, a condução da metodologia se encontra com a proposta de Demo (1982), onde o autor coloca a necessidade da teoria conversar com a prática e a mesma fazer sentido para a vida, principalmente em situações adversas, como no caso dos pacientes vivendo com diabetes, considerada uma situação crônica.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram utilizados como critérios de inclusão: aceitarem participar do estudo; possuírem diagnóstico de DM2; serem residentes em Dourados-MS; preencherem termo de consentimento livre e esclarecido. Também foi observada a gravidade dos pacientes internados durante o período da coleta, pois os mesmos necessitavam estar orientados e dispostos a participar. Critérios de exclusão: população carcerária; pessoas com transtornos psiquiátricos; indígenas; déficit de audição ou de linguagem; eficiência mental ou quadro de demência que possa comprometer a intervenção.

4.5 Considerações Éticas da Pesquisa

Primeiramente, o projeto foi encaminhado à comissão de avaliação de pesquisa e extensão do Hospital Universitário HU-UFGD para autorização da instituição para realização da pesquisa. Em seguida, o projeto foi enviado ao Comitê de ética e pesquisa da UEMS para ser analisado e apreciado. Aos participantes foi explicada a pesquisa e, após consentirem em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO 3) com número do Parecer: 1.410.844.

4.6 Análise dos Resultados das Entrevistas

As entrevistas foram transcritas na íntegra e analisadas posteriormente. Para isso foi utilizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2006). Os dados foram categorizados, permitindo assim a identificação dos pontos comuns entre os relatos.

Esse método consegue ampliar a apreciação e utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo dos diálogos. A análise de conteúdo consiste ainda na leitura detalhada de todo o material transcrito, na identificação de palavras e conjuntos de palavras que tenham sentido para a pesquisa (BELEI; GIMENIZ-PASCHOAL;

NASCIMENTO; MATSUMOTI, 2008)

Bardin (2006) sugere que a análise de conteúdo seja realizada em três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Na primeira fase deve ser estabelecido um esquema de trabalho preciso, com procedimentos bem definidos, embora flexíveis. A segunda fase consiste no cumprimento das decisões tomadas na etapa anterior, e enfim na terceira etapa, o pesquisador apoiado nos resultados brutos busca torná-los significativos e válidos.

Assim, baseado nos autores descritos para interpretação dos resultados foi definido que na fase de pré-análise, seriam realizadas as leituras das transcrições das entrevistas, com a finalidade de verificar e identificar as principais ideias contidas nos textos. Em relação à fase de exploração do material, foram selecionados fragmentos das entrevistas pertinentes ao estudo, e após isso categorizados. E, por fim, na fase do tratamento dos dados, foi iniciada a análise propriamente dita, estabelecendo relações e confrontando os dados com os marcos teóricos utilizados no estudo.

4.7 Elaboração do folder norteador para condução das intervenções

Como produção técnica elaborou-se um folder norteador destinado aos nutricionistas e acadêmicos de nutrição e demais profissionais da Unidade de Nutrição Clínica HU-UFGD. Esse material foi embasado no percurso do aconselhamento dietético e nos relatos dos participantes. Buscou-se explicitar por meio do folder a sustentação do método de aconselhamento dietético, justificando a importância de incluí-lo na rotina dos atendimentos. O objetivo foi desenvolver um material que pudesse nortear a inserção do aconselhamento dietético na rotina dos profissionais e acadêmicos e demais profissionais no atendimento de pacientes adultos e idosos .

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos pacientes A, B e C

Primeiramente, serão apresentados os resultados dos dados coletados por meio de questionário semiestruturado no intuito de caracterizar os pacientes. Os principais aspectos observados foram sociodemográficos, estilo de vida relacionado ao uso de drogas lícitas ou ilícitas e realização de atividades físicas. Além disso, conhecer a situação nutricional, tempo de diagnóstico da doença e se tiveram algum tipo de orientação por profissional da área da saúde no tocante aos hábitos alimentares ou mesmo a respeito da doença. A discussão foi realizada após a descrição dos resultados encontrados e de forma conjunta, ou seja, para os três entrevistados.

Assim, o paciente A era do sexo masculino, tinha 62 anos de idade. No tocante à escolaridade o mesmo, possui o ensino fundamental completo, expôs renda familiar no intervalo de 4 a 6 salários mínimos e era casado. Relata nunca ter experimentado cigarro e disse consumir bebida alcoólica de 1 a 2 vezes por semana. Ele referiu ser sedentário e não pratica atividade física. Foi diagnosticado com a doença há aproximadamente 34 anos. Declarou ter sido orientado sobre a alimentação por alguns nutricionistas ao longo deste período. O paciente apresenta amputação de perna até a raiz da coxa, sendo assim para correção do peso foi utilizada fórmula proposta por Osterkamp, (1995). Em relação ao estado antropométrico, apresenta peso corrigido para amputação de 104 kg, altura 1,68m e IMC 36,84Kg/m², sendo o classificado, segundo o IMC, estimado como obeso ($\geq 30,0$).

O segundo paciente entrevistado foi identificado como o paciente B. Ele tinha 33 anos, do sexo masculino. No tocante à escolaridade disse ter o ensino fundamental incompleto. Relatou renda familiar no intervalo de 4 a 6 salários mínimos e era casado. Referiu nunca ter fumado cigarro e não consome bebida alcoólica. Também não pratica atividade física e se considera sedentário. Foi diagnosticado com a doença há aproximadamente um ano. Disse ter sido orientado sobre a alimentação por um nutricionista quando recebeu alta hospitalar, o que ocorreu na ocasião do diagnóstico. Em relação à avaliação antropométrica apresenta peso atual de 75 Kg, altura 1,73m, sendo o IMC de 25,05Kg/m², sendo considerado, segundo o IMC (25,0 a 29,9) de pré-obeso com risco aumentado para comorbidades.

A terceira paciente entrevistada, denominada de paciente C, era do sexo feminino e tinha 62 anos. Em relação à escolaridade ela se considerou analfabeta funcional, pois sabe

assinar o nome. Relatou possuir renda familiar no intervalo de 1 a 3 salários mínimos e era viúva. Respondeu nunca ter experimentado cigarro e nunca ter consumido bebida alcoólica. Também se considera sedentária por não praticar nenhum tipo de atividade física. No tocante à doença disse ter sido diagnosticada há aproximadamente cinco anos. Declarou ter sido orientada sobre a alimentação por alguns nutricionistas e médicos ao longo deste período. Em relação à avaliação antropométrica apresenta peso atual de 65 kg, altura 1,60m e IMC 25,39Kg/m². Diagnóstico nutricional de peso adequado (23,0 a 28,0).

Em relação à faixa etária dos pacientes atendidos verificou-se que dois eram idosos. O Brasil está mudando muito rapidamente a sua estrutura etária, reduzindo a proporção de crianças e jovens e aumentando a proporção de idosos e sua expectativa de vida (BRASIL, 2011).

O DM tipo 2 é considerado uma das grandes epidemias mundiais do século XXI e problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento. As crescentes incidência e prevalência são atribuídas ao envelhecimento populacional e aos avanços no tratamento da doença, mas, especialmente, ao estilo de vida atual, caracterizado por inatividade física e hábitos alimentares que predispõem ao acúmulo de gordura corporal.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem priorizado diversas ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool com o objetivo de atuar conjuntamente para reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, especialmente pela diabetes, por meio de um conjunto de ações preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2011).

Sobre o tabagismo, na pesquisa pode-se perceber que os pacientes nunca fizeram uso de cigarro. Notou-se que no Brasil, no período em que dois dos entrevistados eram jovens, a prevalência de tabagismo nas Américas foi reduzida. Conforme o exposto em Brasil (2008), em 1989, a prevalência de fumantes era de 34,8%, já em 2003, foi de 22,4%. Os dados mais recentes com representatividade nacional mostram que a prevalência de fumantes no Brasil é de 17,2% (21,6% em homens e 13,1% em mulheres) (IBGE, 2009).

Em relação à bebida alcoólica, apenas o paciente A referiu consumir este produto, sendo este consumo feito de 1 a 2 vezes por semana. Esse resultado foi encontrado na pesquisa realizada por Mitre et al (2009), cujos autores tiveram o objetivo de traçar o perfil socio-sanitário e estilo de vida da população hipertensa e/ou diabética do município de Teixeiras (MG). Os resultados demonstraram baixa prevalência do consumo de bebida alcoólica na população, sendo encontrada a mediana de 8,4% e com frequência igual a uma vez por semana.

Todos os participantes da pesquisa referiram não realizar atividade física e se declararam sedentários. Esse dado é considerado um fator etiológico para o desenvolvimento da DM 2. Segundo WHO, (2009) estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física. Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade. Assim, a atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão e outras doenças.

Sobre a renda familiar dois participantes relataram renda de até 4 a 6 salários mínimos e uma participante de até 1 a 3 salários mínimos. No Brasil, o consumo alimentar das famílias de baixa renda é caracterizado pela grande presença de cereais, óleos e gorduras, açúcares, carnes gordas e alimentos industrializados, com alta densidade energética, em paralelo ao consumo insuficiente e monótono de hortaliças e frutas (praticamente restrito a tomate, alface, banana e laranja). Além disso, sabe-se ainda que, quando comparadas às famílias brasileiras de classes sociais mais altas, as famílias de menor nível de renda adquirem menos alimentos considerados saudáveis, como grãos integrais, peixes, leites e derivados desnatados, carnes magras e frutas e hortaliças.

O carboidrato é o nutriente que mais afeta a glicemia, pois quase 100% são convertidos em glicose em um intervalo que pode variar de 15 minutos a 2 horas. Os não refinados, ou seja, os integrais, têm vantagens sobre as versões altamente refinadas, como farinha e arroz brancos, em virtude de benefícios como menor índice glicêmico, maior saciedade e propriedades de ligação com o colesterol (SEYFFARTH, 2009).

A partir das entrevistas foi possível perceber que todos os participantes desta pesquisa já receberam orientações sobre a alimentação de um profissional da saúde, sobretudo de nutricionista. Conforme Barbosa et al (2015), em sua pesquisa realizada entre pacientes diabéticos. Os autores verificaram que 71,4% dos entrevistados buscaram orientação com algum profissional de saúde sobre a alimentação e principalmente sobre a doença diabetes. Porém, no que diz respeito ao acompanhamento nutricional, apenas 42,8% afirmaram já ter sido acompanhados por um nutricionista. Esses resultados demonstram que a persistência para permanecer no tratamento nem sempre se concretiza.

Em relação ao nível de escolaridade dos pacientes atendidos, pode-se perceber que é baixo, sendo um paciente com o ensino fundamental completo, um com ensino fundamental incompleto e um analfabeto. Entretanto, mesmo com a baixa escolaridade encontrada, o nível de conhecimento relacionado à alimentação e diabetes mellitus, de forma geral, foi

considerado satisfatório, uma vez que todos eles souberam dizer quais cuidados deveriam tomar.

Segundo Pereira et al (2012), em pesquisa na qual analisaram os conhecimentos de usuários acometidos pelo diabetes mellitus na atenção primária a saúde, constataram que os pacientes apresentam conhecimentos satisfatórios sobre a fisiopatologia, as práticas de autocuidado e complicações da doença, mas nem sempre isso é o suficiente para aderirem ao tratamento. Apesar de apresentarem bom conhecimento sobre as medidas de autocuidado, alguns usuários relataram dificuldade para aderir ao plano alimentar, à prática de atividade física e à terapia medicamentosa. Várias barreiras foram citadas: dieta restritiva, dores articulares, falta de tempo e espaço adequado para a prática de atividade física, além de dificuldade para tomar os medicamentos nos horários prescritos.

O desenvolvimento do diabetes mellitus independe da escolaridade e pode acometer pessoas de todos os níveis socioeconômicos, mas a baixa escolaridade pode levar o paciente à não adesão à terapêutica medicamentosa devido à dificuldade para entender a doença, para ler e compreender a prescrição médica, aumentando assim, os riscos para sua saúde (FARIA, 2008).

Em relação ao diagnóstico antropométrico, pode-se perceber que dois pacientes apresentam IMC acima da faixa de normalidade. O resultado de IMC é uma variável de fundamental importância para conhecer o perfil nutricional de uma população. Dieta e o comportamento alimentar estão diretamente associados ao controle e à prevenção do diabetes mellitus. Estudos longitudinais trazem a hipótese de que a resistência à insulina seria consequência da obesidade (ALVAREZ, 2009).

Conforme pesquisa realizada por Leite-Cavalcanti (2009), com o objetivo de avaliar a prevalência de doenças crônicas e o estado nutricional de um grupo de idosos de João Pessoa, PB, o autor observou prevalência de excesso de peso na população estudada, constituindo um fator de risco para a saúde, uma vez que valores elevados de IMC podem estar associados ao aumento das taxas de morbidade e mortalidade, estando assim mais propensos a serem acometidos por DCN e em especial a diabetes.

5.2 Descrição de como aconteceram as conversas com os Pacientes

No decorrer das entrevistas foi possível perceber que as perguntas lançadas durante o atendimento levam o paciente a refletir sobre seus hábitos alimentares e a relação que isso tem

com o motivo de sua internação. As perguntas permitiram o diálogo e, com isso foi possível saber muito sobre a história de vida do paciente.

5.2.1 Evolução da entrevista com o Paciente A

Após a assinatura do termo de consentimento e do questionário para caracterização da amostra, foi lançada a primeira pergunta, sendo ela: O que o senhor se lembra sobre a sua alimentação durante a infância? A resposta mostrou o consumo de muitas coisas, ou seja, de tudo, mas que depois do diabetes teve que mudar, demonstrando saudade do tempo que podia comer o que quisesse. Relatou que quando era pequeno comia muitos doces, sempre que a mãe saía, ele pedia para que ela comprasse, mas depois que se casou e descobriu a doença, teve que mudar o que comia. Durante a infância, além dos doces, ressalta também o consumo de muita fruta, pamonha e carne.

Quando questionado sobre seu peso na criança, o mesmo falou que era acima do peso e responde que sempre foi uma criança forte, que sempre foi gordinho. Em relação a sua família comentou ter dois irmãos, porém um deles morreu de infarto e, o pai faleceu por Doença de Chagas. Além dele, nenhum dos demais familiares teve o diagnóstico de diabetes.

No tocante a descoberta da doença, ele respondeu que tinha sido diagnosticado aos 25 anos e na época pesava 120 kg. Neste período foi ao nutricionista e emagreceu bastante com a dieta. A nutricionista falou para que ele só se alimentasse de comida sem sal e sem açúcar. Ele diz que foi difícil se acostumar, mas que perdeu 30 kg em um mês.

Quando questionado sobre a continuidade ao cuidado nutricional ele disse que por um tempo sim. Mas, certo dia sua filha, que não morava com ele, chegou na casa e se assustou com a aparência dele, e disse: “Pai, o senhor está pelancudo, o senhor sempre foi forte, agora está muito magro”. E ele respondeu: “Olha, da próxima vez que você vier aqui não vai ver o pai assim, vai ver o pai bem forte”. Assim, para ficar forte novamente ele diz: “Comecei a comer mais um pouquinho, né? Fui comendo mais, fui beliscando mais coisas, aí cheguei nesse peso que eu tenho desde sempre, 100 kg, desde quando eu trabalhava no frigorífico”.

Ele relata que sempre costuma se pesar em uma farmácia perto de onde mora. Outra situação importante no tocante a essa percepção em relação ao peso foi que um tempo depois levou a filha junto com ele na farmácia para que ela visse seu peso, já que ela desconfiava que o peso do pai não podia ser de 100 kg. Neste dia a filha se pesou e ele viu que ela estava pesando 130 kg e conversou com ela para que ela fizesse dieta.

Na continuidade ao atendimento foi pedido para que falasse mais sobre a dieta que fez quando descobriu que estava doente. Ele responde que ficou muitos anos com uma dieta mais controlada, mas não aquela forma que a nutricionista orientou inicialmente, porque era muito difícil de seguir e muito rigoroso.

Assim, as mudanças que ele soube dizer e que seriam necessárias para controlar o diabetes eram de não comer muito arroz, não comer muito macarrão e nem doces. Diz que doce é o principal que precisa ser evitado e que hoje em dia é muito difícil ele comer um doce, se ele come em um dia, no outro ele não come. Porém, notou-se dificuldade em evitar alimentos com alto índice glicêmico.

O profissional de saúde deve auxiliar o indivíduo a realizar mudanças, orientando mudanças que aconteçam em pequenos passos inicialmente. A definição de objetivos realistas e alcançáveis aumenta a probabilidade de sucesso, sendo assim, é melhor definir objetivos que façam mudanças alimentares aos poucos do que fazer tentativas de mudanças grandes, e todas de uma vez. Fazer um planejamento e segui-lo, cumprindo horários para as refeições, são essenciais para alcançar os objetivos (BAPTISTA, 2009)

Na sequência foi questionado sobre quando ocorreram as amputações e ele me diz que a primeira foi em 2004, e em 2008, foi amputado o dedo. Ele diz que acreditava que diabetes fosse uma “doencinha qualquer” e que não tomava os devidos cuidados. Há mais ou menos um ano ele descobriu o problema renal, que aconteceu em virtude do diabetes e da pressão alta. Continua dizendo que sua glicemia varia muito e que às vezes controla mais e, às vezes, menos.

O DM é uma doença que atinge vários órgãos do corpo e tem como características alterações no metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas. Essas alterações metabólicas, quando não controladas, levam a complicações agudas e/ou crônicas. As complicações agudas, como a hipoglicemia e a hiperglicemia ocorrem eventualmente, enquanto que as crônicas (nefropatia, retinopatia e neuropatia) são geralmente ocasionadas pelo mau controle metabólico e demoram vários anos para se manifestarem. As dislipidemias no DM podem ser secundárias ao mau controle metabólico. Na presença de algumas complicações do diabetes, como hipoglicemia, nefropatia e dislipidemias, a terapia nutricional passa a ter a função de tratamento além de ter que atender às necessidades nutricionais basais (ALVAREZ, 2009).

Em relação à orientação e mudanças na alimentação em decorrência do problema renal ele diz que sabe que o sal é uma coisa grave, porque aumenta a pressão e faz mal para o rim. Ele diz que está internado por causa do rim e da pressão, não por causa do diabetes.

Conversamos a respeito da relação que existe entre todas estas doenças e sobre os outros danos que a glicemia alterada pode vir a trazer para ele.

Dou continuidade no atendimento perguntando quantas refeições ele faz por dia e o que ele costuma comer em cada uma delas. Ele diz que realiza o café da manhã, onde normalmente come meio pão francês e toma leite, sem adicionar açúcar. No almoço, ele diz comer salada primeiro e depois macarrão, arroz, feijão e carne. No lanche da tarde, come novamente o que comeu no café da manhã e, no jantar, repete o que comeu no almoço. Relata que normalmente come fruta depois do almoço e no meio da manhã e que não há frutas ou verduras e legumes que ele deixe de comer por conta do diabetes. Ele relata tomar refrigerante, sendo que, às vezes, toma os que têm açúcar e, às vezes, toma os que têm adoçantes. Relata o mesmo com os sucos.

Quando questionado sobre a rigidez da dieta, ele ressalta que sim, que para dar certo tem que ser uma dieta muito difícil, bem rígida. “Naquela época foi difícil fazer, mas eu fiquei bem mais leve e disposto. Sei que preciso perder peso novamente”. Pergunto o que ele acha que vai acontecer se ele perder peso, e ele diz que acredita que a pressão e a glicemia irão melhorar. Diz que vai fazer todas as mudanças que forem necessárias para ter mais saúde.

No tocante às mudanças gerais que realizou na alimentação a partir das orientações recebidas ele respondeu: “A senhora é profissional e eu sou um paciente, tenho que escutar o que a senhora tem pra me falar. O que a senhora me falar, eu faço.” Ressalta-se sobre ele pensar que não são só os profissionais que sabem sobre os cuidados que ele precisa ter, que é importante ouvir o que o paciente tem para contribuir e assim, juntos possa ser construído um padrão ou processo de mudança, no intuito do paciente realizar suas escolhas da melhor forma possível. Lembro que ele vive há muitos anos com a doença e sabe muito sobre ela. Ele responde: “Quem sou eu para dizer que você não sabe o que está dizendo, você estudou, tenho que seguir o que você me disser, estamos há mais de vinte minutos conversando, estou aprendendo muito com você, você tem muito para me dizer. Já recebi muitas orientações sobre as minhas doenças sim, mas nunca do jeito que você está falando comigo aqui. Desse jeito, com essas perguntas que você está fazendo pra mim ninguém nunca falou. Eu não sou burro, eu entendo o que falam para mim, mas por exemplo, quando me atenderam lá no posto, a pessoa não sabia falar comigo, eu pensava que eu podia ensinar muita coisa de dieta para ela, ela não me entendia. Eu não sou burro, se você conseguir me explicar eu entendo, igual eu estou te entendendo agora, mas tem gente que não sabe falar com a gente.”

Em continuidade, novamente pergunto se ele acredita que precisa melhorar alguma coisa na alimentação para melhorar a saúde? Ele responde que posso dizer para ele, porque

ele é o paciente. Peço para que ele considere o que já sabe sobre as doenças que referiu e possa pensar em algo que deveria fazer diferente, e ele responde: “Olha, se eu estivesse fazendo certo eu não teria perdido a minha perna e o meu dedinho, eu estaria com tudo hoje no meu corpo, né? Foram coisas erradas que eu fiz e aí aconteceu isso, eu achava que o diabetes não era nada de importante ou grave. Depois que fui ver que é uma coisa grave, leva o dedo, leva a perna, leva o rim”.

O segundo atendimento aconteceu na clínica médica do HU e ele ainda estava internado. Relembramos rapidamente onde tínhamos parado a conversa e damos continuidade. A pergunta foi relacionada no tocante às necessidades de mudanças da dieta. Se ele saberia dizer que existam coisas que precisam ser melhoradas? Ele responde que tem muitas coisas, principalmente o doce, o macarrão e o arroz. Ele diz que às vezes exagera, mas que tenta controlar no dia seguinte. Diz que só come quando está com muita vontade de comer aquele alimento. “Macarrão eu gosto muito, minha mulher faz no domingo, quando vai a minha família fazer churrasco”.

Quando arguido sobre o dia que tem churrasco e ele menciona que tenta comer menos que os outros, mas que ele come o macarrão e a mandioca, que ele sabe que não pode, mas que daqui pra frente vai mudar. Digo a ele que o papel do profissional sempre será para ajudar a colocar em prática o que estamos conversando. Reafirmo que ele já sabe bastante a respeito do que é necessário fazer, mas que vamos buscar entender juntos, quais as dificuldades dele. Ele diz: “Eu gosto das pessoas que sabem conversar com a gente, sabe? Toda vida eu gostei de gente assim, pessoa que conversa bem com a gente. Aí eu entendo, né? Eu vou te escutando e respondendo, né? E conversando a gente vai conseguindo! Tenho que deixar de comer doce e também comer menos massas”.

Segundo Viggiano (2009), há evidências de que dietas com alto índice glicêmico quando consumidas cronicamente afetam o apetite positivamente e o aproveitamento dos macronutrientes, levando ao aumento da adiposidade. Possivelmente o consumo crônico de dietas ricas em carboidratos com alto índice glicêmico leva a hiperglicemia e hiperinsulinemia pós prandial, ocasionando alta oxidação de carboidratos e baixa de gorduras. Sugere-se ainda que estas dietas com alto índice glicêmico aumentem o apetite e o metabolismo de macronutrientes e a lipogênese em até 53%, como também os níveis circulantes de ácidos graxos livres; reduz o gasto energético e os níveis de leptina, com aumento de ingestão alimentar e balanço nitrogenado negativo. Parece, portanto, que a constituição da dieta é parte importante da gênese da obesidade, resistência insulínica e o desenvolvimento de DM2. Não somente no aspecto energético, mas na sua constituição em macro e micro nutrientes.

A respeito dos alimentos mencionados acima ele reforça que são os alimentos que as pessoas que moram com ele mais consomem e que ele, muitas vezes, não consegue se controlar e acaba se sentindo culpado. Notou-se que o mesmo possui consciência e conhecimento sobre a necessidade de evitá-los. Digo a ele que começaremos a trabalhar estes pontos no próximo atendimento, mas que não há alimentos proibidos para o paciente diabético, o que precisamos tomar cuidado é com o tamanho das porções. No dia seguinte o paciente recebeu alta e foi marcada a consulta no ambulatório de síndrome metabólica da UFGD.

A primeira e a segunda entrevista elucidam a condução da primeira parte do atendimento de aconselhamento dietético proposto por BOOG (2013). Esta etapa é marcada pela escuta atenta do profissional e, conforme a autora propõe, é possível perceber que o paciente consegue levantar alguns pontos que precisam de mudança em sua alimentação, os quais deverão ser trabalhados posteriormente.

No encontro seguinte foi iniciada a segunda etapa do aconselhamento dietético, onde foram discutidos conceitos de nutrição que se relacionam aos pontos levantados pelo paciente anteriormente.

A primeira pergunta feita foi sobre o que ele acredita que seja preciso fazer para colocar em prática estas mudanças. Ele responde: “Sabe, minha mãe faz muitos doces quando vou na casa dela, e ela faz questão que eu coma, eu sei que não posso. Ela já tem bastante idade, mas sempre fez isso, e não é que eu queira colocar a culpa nela, mas eu acho difícil dizer que não vou comer”. Pergunto se ela sabe da doença dele e que ele não deve comer muitos doces e ele responde que sim, mas que acredita que faça para agradá-lo, já que desde criança ele gosta muito. Converso com ele a respeito do uso de adoçante em pó para o preparo de algumas receitas. Explico a importância de consumir com moderação estes produtos. Ele relatou desconhecer a existência deste adoçante e disse estar animado com esta possibilidade.

No que tange ao consumo de doces diz que em casa também ingere, pois os netos e sua esposa compram, e ele acaba comendo mais ou menos uma vez por semana, sendo que gosta de goiabada, doce de leite e que quando come é em torno de duas colheres de sopa cheias ou duas fatias bem grossas. Conversamos sobre a pirâmide alimentar e sobre a quantidade de açúcar que ele poderia ingerir diariamente. Ele diz que acredita que sabendo que existe uma quantidade permitida de açúcar, e com a possibilidade de comer os doces *diet*, talvez seja mais fácil não ultrapassar o limite, para não fazer mal para sua saúde.

Em relação aos produtos *diet*, *light* e zero ele diz que acreditava que todos fossem iguais. Explico a diferença entre eles mostrando alguns rótulos e enfatizo a importância de

consumi-los com moderação. Ele destaca a importância de ter um profissional que explique de uma forma que ele consiga compreender. Converso com ele sobre a importância dele não deixar de fazer o acompanhamento com os profissionais, porque assim ele poderá esclarecer todas as dúvidas que aparecerem. Ele relata ter conseguido marcar uma consulta com a nutricionista do Pronto Atendimento Médico (PAM) para o mês de setembro. Reforço a importância de ele continuar com o acompanhamento quando encerrarmos os atendimentos da pesquisa.

Então, a pergunta seguinte foi lançada ao paciente: “O senhor relatou que acredita ter que diminuir a quantidade de macarrão e arroz que consome... poderia me mostrar neste papel a quantidade de arroz e macarrão que serve normalmente?” O desenho mostrou que mais da metade do prato é composto por estes alimentos. Assim, foi sugerido que monte o prato sempre colocando metade com salada e legumes cozidos e os outros alimentos na outra metade do prato. Além disso, para fazer a opção por apenas um alimento da base da pirâmide em cada refeição.

Atualmente o plano alimentar preconizado ao paciente diabético tipo 2 é baseado em uma alimentação saudável que considera todos os grupos de alimentos. A quantidade do alimento a ser consumido vai depender de cada caso e por isso o tratamento é individualizado (SEYFFARTH, 2009).

A Pirâmide Alimentar é um guia para orientar e ajudar na escolha, seleção de todos os grupos de alimentos. Auxilia as pessoas a planejarem suas refeições diárias de maneira adequada e variada, visando promover saúde e hábitos alimentares saudáveis. (PHILIPPI, 2008).

Os grupos de alimentos devem ser distribuídos ao longo dia e os alimentos de um grupo não podem ser substituídos por alimentos de outros grupos, pois, todos são importantes e necessários, e nenhum grupo deve ser excluído ou inadequadamente substituído. Os alimentos devem ser consumidos principalmente em sua forma natural e integral (como pães, massas e cereais), reforçando o consumo dos grupos das frutas e dos legumes e verduras (PHILIPPI, 2013).

Conversamos sobre a pirâmide dos alimentos e sobre alimentação saudável e quais dificuldades ele acredita que pode encontrar quando estiver colocando essas mudanças em prática? Ele responde que não sabe, mas que acredita que seja a sua própria força de vontade.

Pergunto o que ele sente em relação a isso e porque ele quer fazer essas mudanças? E ele responde que está animado, que quer mudar e que precisa melhorar para não ficar mais internado e não sofrer mais. Solicito que pense em como irá fazer para colocar essas

mudanças em prática e ele responde que vai com a esposa ao mercado para comprar o adoçante em pó e que vai conversar com a mãe dele e mostrar as receitas que entreguei, para que ela possa prepará-las. Além disso, diz que não vai tomar mais suco com açúcar e nem refrigerante e vai mudar o jeito de servir o prato. Encerramos este atendimento estabelecendo como metas a diminuição do consumo de açúcar e a mudança na forma de servir o prato.

Na conclusão deste atendimento, foi possível perceber que através da expansão dos conceitos de nutrição, foi possível o paciente elaborar melhor suas necessidades de mudança na alimentação, levantando estratégias para que sejam realizadas mudanças de maneira gradativa. De acordo com Alvarenga et al (2015), para existir mudança de comportamento alimentar, é preciso entender que o comportamento está relacionado ao que uma pessoa conhece e acredita sobre alimentação e nutrição, ou seja, existe necessidade de internalizar para então realizar e concretizar em atitudes. Além disso, conforme Freire (2008), ensinar é criar possibilidades para que os educandos desenvolvam sua curiosidade, tornando-a cada vez mais crítica, levando-os a produzir conhecimento em colaboração com os educadores.

O quarto atendimento aconteceu no domicílio do paciente já que ele não tinha quem o levasse para a consulta no dia de atendimento no ambulatório. Neste atendimento, deu-se início à terceira etapa do aconselhamento dietético, onde o paciente verbalizou possibilidades de mudanças e desenvolvimento de novas práticas.

Iniciamos com a pergunta: “Como tem sido colocar em prática as questões que discutimos anteriormente?” Ele responde que tentou muito mudar as coisas que conversamos. Diz que no último domingo teve churrasco na casa da mãe dele e ele serviu o prato da forma como fez em outros dias, sendo a metade de salada. Relata que desta forma é mais fácil de fazer, porque ele pode comer o que quiser, só não pode exagerar, mas aí mastiga bastante e consegue ficar satisfeito. Ele diz que a esposa está tentando seguir a alimentação conforme a dele e isso trouxe um incentivo maior.

Peço para que ele me conte como tem sido cada refeição, e ele relata ter pulado algumas refeições por se esquecer de realizá-las. Conversamos sobre a possibilidade de realizar as refeições de três em três horas, e ele explica que tem sido difícil por causa do trabalho. Pensamos em alternativas e conseguimos alterar algumas coisas na rotina para que ele não passe a manhã toda sem se alimentar, que era o que vinha ocorrendo.

Importante ressaltar que o entrevistado diz estar se sentindo mais aliviado e acredita ter perdido peso. Porém, que nessa semana foi almoçar na casa da sobrinha e não tinha salada, aí ele comeu um prato todo de arroz carreteiro, mas que depois se sentiu mal, e acredita que a glicemia tenha subido, mas não verificou para ter certeza.

Em relação aos doces relata que não comeu durante a semana, mas que no churrasco de domingo a mãe dele fez a receita do bolo de brigadeiro, utilizando adoçante e todos comeram e gostaram. Para a próxima semana combinaram que ela fará o mousse.

No tocante às compras, responde que ele e a esposa foram juntos ao mercado e prestaram atenção nos rótulos dos alimentos para não comprar errado. Diz que compraram a gelatina diet, mas não experimentaram ainda. Nessa semana, quando estava com muita vontade de comer um doce, comia uma fruta.

Em relação aos valores da glicemia dessa semana e ele diz que está bem mais baixa, que tem ficado em torno de 150mg/dl. Ele se mostrou animado, relatou que as mudanças fizeram bem e que não quer voltar a ficar como antes. Cabe destacar que neste dia o peso corrigido para amputação foi de 94,5 Kg.

Converso com ele sobre a grandiosidade dessas mudanças e de suas conquistas e marco um novo encontro com ele para semana seguinte. Conforme descrito por Boog (2013) em seu livro, cada etapa tem a duração necessária para o paciente refletir sobre suas ações, sendo assim, deu-se continuidade a terceira etapa no atendimento seguinte.

O quinto atendimento aconteceu no ambulatório de síndrome metabólica. Foi iniciado o atendimento sobre a questão geral de como tinha sido a semana dele, e como tinha sido colocar as mudanças em prática? O paciente relatou ainda não ter conseguido realizar todas as refeições todos os dias, mas disse que tinha sido melhor do que nas semanas anteriores, porém ainda se esquecia. Conversamos sobre estratégias para evitar que ele se esquecesse, e ele disse que estava empolgado para continuar tentando. Assim, educar em saúde envolve ensinar novos comportamentos, no entanto o caminho entre o conhecimento e o comportamento é longo, por isso não basta informar, transmitir conhecimento ou “ensinar nutrição”. Devemos nos preocupar com a forma como os indivíduos pensam, porque aquilo que eles percebem como real (sendo isso verdadeiro ou não) influencia sua habilidade de seguir determinado comportamento alimentar (ALVARENGA et al, 2015).

Quando questionado se houve alguma dificuldade em relação ao que estávamos conversando, ele relatou ter se entristecido com os irmãos durante um almoço da família, onde ele serviu o prato três vezes e os irmãos disseram que já sabiam que ele não iria muito longe com a dieta. Conversamos sobre aquele fato e sobre os dias seguintes, enfatizando as conquistas dele ao longo desses dias, tratando este momento como necessário durante sua caminhada para mudança de hábitos alimentares.

Novamente ressaltado para lembrar sobre a forma como tem se alimentado no almoço e no jantar em casa, e ele relata estar sempre se servindo da forma como conversamos e estar

consumindo gelatina diet algumas vezes, e frutas quando tem vontade de comer açúcar, mas que já se sente adaptado a estas mudanças.

Foi reforçada a questão de como ele pretende colocar em prática o que discutimos naquele dia e ele relata que vai ficar mais atento aos horários das refeições e à quantidade de alimentos consumidos. Neste dia seu peso corrigido para amputação foi de 93 kg.

O sexto atendimento também foi realizado no ambulatório de Síndrome Metabólica do curso de nutrição da UFGD. Neste atendimento, foi possível perceber que o paciente estava conseguindo colocar em prática as mudanças e conseguiu tomar decisões alimentares em eventos nos quais participou e conseguiu fazer escolhas adequadas no supermercado, além de relatar que pediu ajuda ao neto para realizar buscas no site da Sociedade Brasileira de Diabetes para saber mais sobre a doença e sobre estratégias para enfrentá-la.

No encontro seguinte percebeu-se resultados em relação às mudanças preconizadas, e relatou estar conseguindo manter-se sem exageros e que acredita ter perdido mais peso. Relata que foi a uma festa de aniversário no final de semana e, que aí tomou dois copos de refrigerante zero, mas que acredita que este não seja um problema. Diz que não comeu os doces, porque sabia que não conseguiria comer só um. Também que serviu seu prato no jantar da forma como vem fazendo. Conta que seus amigos e familiares o estão apoiando muito e estão contentes com a mudança dele. Diz que a mãe agora faz os doces que ele pode comer e que essa semana quando foi ao mercado, comprou farinha de trigo integral para que sua esposa faça o pão e comprou também macarrão integral para experimentar.

Converso com ele sobre suas conquistas e explico sobre o encerramento dos atendimentos dele na pesquisa, já que ele demonstrou ter integrado novas condutas à sua rotina diária, sendo esta a etapa final da pesquisa. Apesar disso, ressaltou-se a importância dele ir às consultas com a nutricionista que atende no ambulatório da prefeitura, que já estavam marcadas, já que ela poderá esclarecer todas as dúvidas que ele tiver e, à partir dos atendimentos, traçar novas metas de adequação de sua alimentação. Ele relata que não sabe se poderá comparecer às consultas, já que depende de carona para ir. Converso com ele sobre a importância de manter o acompanhamento e ele diz que vai se esforçar.

Segundo Freire (2014 p,45) :

Educação Paulo Freire é definida como uma postura feita de humildade, escuta, respeito e confiança, e ao mesmo tempo de crítica, interrogação, diálogo, solidariedade e envolvimento transformador. Trata-se educação como um ato amoroso, enfatizando-se igualmente os dois termos “ato” como ação, prática, libertação, e “amoroso” como bem-querer, confiança e reciprocidade.

Cabe ressaltar que Boog, no livro que norteou esse trabalho escreve:

Este livro não é um manual sobre como fazer educação alimentar e nutricional. As ações educativas não podem partir do papel. Elas nascem do olhar curioso, investigativo, que busca compreender os problemas alimentares, para desenvolver práticas que respondam não apenas às diretrizes técnicas, mas que possam, efetivamente, qualificar a vida, trazer saúde e bem-estar em todos os sentidos. Educar em alimentação é cuidar da vida. (BOOG, 2013, p. 85)

A partir dos atendimentos foi possível perceber que não há fórmula a ser seguida, mas sim uma direção, com ênfase na curiosidade e na disposição para a construção de novos conhecimentos. As perguntas estabelecidas para nortear a pesquisa por meio do proposto pela autora servem como um auxílio para conduzir a conversa, mas são entrelaçadas por outras perguntas que se fizeram necessárias durante os atendimentos. Da mesma forma, quando se propõe alcançar cada uma das etapas com os pacientes, isto pode não acontecer exatamente como planejado, já que as etapas também se entrelaçam, ao passo que o paciente vivencia os planos feitos durante os atendimentos. Por se tratar de uma pesquisa, foi necessário finalizar os atendimentos quando se percebe que o paciente havia conseguido integrar novos hábitos à sua rotina, tomando decisões acertadas em situações inesperadas, conseguindo melhorar sua qualidade de vida.

Cabe ressaltar ainda a importância de analisar a qualidade de vida de forma mais ampla, saindo principalmente do reducionismo biomédico. Assim, Minayo, Hartz e Buss (2000) abordam qualidade de vida como uma representação social criada a partir de parâmetros subjetivos (bem-estar, felicidade, amor, prazer, realização pessoal) e também objetivos, tendo como referência a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

A partir deste conceito, pode-se perceber que qualidade de vida vai muito além de melhorar a saúde de um indivíduo, o que reforça a necessidade de que as abordagens no campo da saúde permitam que ele se sinta livre para decidir como deseja cuidar de si mesmo satisfazendo suas necessidades, cabendo ao profissional o papel de oferecer esclarecimentos às suas dúvidas e direcionar suas percepções e valores a respeito do desejo e vontade do paciente.

No processo de adesão ao tratamento, os pacientes deveriam adquirir autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, sendo participantes ativos do processo de cura. O que se sabe é que alguns fatores apresentam grande importância com relação à adesão dos pacientes diabéticos ao tratamento, entre eles estão as respostas corporais, tais como diminuição dos episódios de hiperglicemia/hipoglicemia e diminuição dos níveis de glicemia. Além disso, podemos citar as variáveis socioeconômicas (sexo, idade, raça, estado civil, ocupação, renda e educação), relação custo-benefício do tratamento, interação entre médicos e pacientes, efeitos e interações medicamentosas (efeitos adversos e colaterais), concepções e conhecimentos a respeito da doença e participação da família (ALVARENGA, et al, 2015)

O fato do paciente A ter aderido ao tratamento, pode-se justificar que após inúmeras internações e atendimentos, ele encontrava-se aberto para mudanças por conta de todo sofrimento já vivido. Soma-se a isso o fato de ele ter se identificado com a forma de atendimento.

5.2.2 Evolução da entrevista com o Paciente B

O primeiro atendimento aconteceu na clínica médica do HU, quando o paciente estava internado. Após a assinatura do termo de consentimento e do preenchimento do questionário de caracterização da amostra foi lançada a pergunta inicial: O que você se lembra sobre a sua alimentação durante a infância? O paciente se mostrava calado e com os ombros curvados, respondeu com poucas palavras que se tratava de uma alimentação básica, contendo carne, arroz, feijão, mandioca, sem muito acesso a doces e frutas. Ao ser perguntado sobre qual alimento era o seu preferido, referiu serem os doces.

Em seguida, foi questionado a respeito de sua alimentação atualmente. Relatou alimentar-se com exagero mesmo depois de descobrir a doença. Contou que no dia em que descobriu a doença: “No dia que tive a primeira convulsão, eu tinha feito um guisado de mandioca bem forte e comi muito, depois disso deitei no sofá e não vi mais nada, acordei no hospital depois de várias convulsões. Nunca tinha sentido nada antes”.

Relatou ter mudado algumas coisas na alimentação depois da primeira internação, mas que após a alta da internação atual, ele pretende fazer mais mudanças. Questionei sobre quais mudanças e ele relatou que pretende comer mais salada, mudar o arroz branco pelo integral, não colocar açúcar no suco e se alimentar de três em três horas.

Foi solicitado que contasse mais sobre como costuma se alimentar em casa, e ele relatou não ter horário fixo para as refeições, por causa do trabalho. Quem prepara as refeições é a esposa e o paciente expôs não gostar de cozinhar. Além disso, consome aproximadamente três frutas por semana. Enfatizou que no jantar, muitas vezes, a família come pizza ou lanches comprados fora, pela praticidade que esses alimentos oferecem.

Foi feita a segunda pergunta: Você acredita que são necessárias mudanças em sua alimentação atualmente? O paciente respondeu que acredita que sim, e repetiu o que havia dito anteriormente. Assim, finalizamos o primeiro atendimento estabelecendo essas metas de mudanças na alimentação dele. E diferentemente do atendimento do paciente A, neste caso foi possível realizar a primeira etapa completa no primeiro atendimento.

O segundo atendimento ocorreu também durante a internação. A pergunta inicial foi: Quais as mudanças necessárias para colocar em prática os objetivos que conversamos anteriormente? O paciente relatou que para conseguir comer de três em três horas, seria preciso levar lanches dentro do carro, já que trabalha como motorista e, muitas vezes, não pode parar para fazer as refeições. Em seguida, conversamos sobre a importância de ele se alimentar de maneira regular para controlar melhor a glicemia. Relatou também que, para que ele coma mais salada e substitua o arroz, é necessário que a esposa compre e prepare estes alimentos. Conversamos sobre a necessidade de a família ajudar neste processo de mudança, mas que as mudanças não acontecerão sem que ele seja o protagonista delas. Foi explicado também sobre a importância de preferir os alimentos integrais, de evitar o açúcar e de manter uma alimentação saudável. Nesta etapa, a esposa do paciente estava presente e também esclareceu algumas dúvidas em relação à dieta. Discutimos também sobre a leitura dos rótulos dos alimentos e sobre a pirâmide alimentar. Porém, neste dia eles se mostraram muito resumidos em suas indagações.

Segundo Malarbi (2014), a forma como a pessoa enfrenta as dificuldades relacionadas ao diabetes também pode interferir na sua adesão ao tratamento. Por exemplo, se a pessoa esconder a sua condição, dificilmente poderá apresentar os comportamentos de autocuidado em público. Além disso, apenas se o indivíduo acreditar nos benefícios do tratamento e na possibilidade de controlar a sua doença envolver-se-á ativamente no seu tratamento.

Em seguida foi feita a próxima pergunta: Quais dificuldades você pode encontrar para colocar em prática estes objetivos? O paciente acredita que podem ter várias dificuldades, mas que tudo dependerá de sua força de vontade. Disse: “Aos domingos sempre tem churrasco na minha sogra, e elas fazem muita comida, acredito que este será o dia mais difícil da semana”. Conversamos a respeito das possibilidades de servir um prato saudável e prazeroso para ele

nesse dia. Notou-se dificuldade do paciente no enfrentamento da doença, uma vez que o diagnóstico aconteceu por volta de um ano atrás. Muitas vezes ele atribuía a doença a motivos emocionais e não estabelecia ainda aos aspectos nutricionais.

Em seguida foi feita a próxima pergunta: O que você quer alcançar ao colocar em prática estas mudanças? O paciente respondeu querer ser mais saudável e não querer mais ficar internado, pois tem receio de perder o emprego por conta das internações constantes.

Encerramos esta etapa sugerindo que ele refletisse sobre como vai fazer para colocar estas mudanças em prática, tanto no seu domicílio como também em função do tipo de atividade de trabalho que exerce. Foi sugerida reflexão a respeito desse aspecto para que no próximo encontro pudessemos conversar sobre isso.

O terceiro atendimento foi feito no dia da alta hospitalar e foi iniciado com a pergunta: Como você colocará em prática os objetivos discutidos? O paciente respondeu que havia pensado em algumas estratégias, e que havia conversado com a esposa sobre a possibilidade. Para conseguir se alimentar com uma frequência maior, pensou em comprar uma sacola térmica, e colocar frutas, iogurte e fatias de pão integral nos lanches. Salientou como alternativa para aumentar o consumo de salada, ir à feira com a esposa aos sábados e comprar várias coisas para que pudessem passar a semana sem precisar comprar mais. Durante a internação, ele recebeu arroz integral no almoço e no jantar e referiu que já estava se acostumando com o sabor, e achava que não seria tão difícil continuar agindo desta forma em casa. Disse que o mais difícil estava sendo a substituição do açúcar pelo adoçante no hospital, mas que em casa ia tentar consumir os alimentos sem açúcar.

As metas foram estabelecidas e anotadas durante a internação dele e entregues na hora da alta, para que ele pudesse lembrar quando estivesse em casa ou mesmo no trabalho. Marcamos o próximo atendimento para depois de uma semana, no ambulatório.

O quarto atendimento aconteceu no ambulatório de Síndrome Metabólica HU/UFGD. O paciente se atrasou bastante para a consulta, referiu que isso aconteceu devido ao trabalho. A esposa o acompanhou na consulta. Antes que fosse feita a primeira pergunta, a esposa me disse que ele estava com dificuldade para enxergar as coisas, desde o dia seguinte à alta hospitalar e perguntou se isso poderia ter relação com a doença. Expliquei que poderia ter relação sim, e que iria entrar em contato com a médica residente responsável por ele durante a internação para que ela o atendesse com urgência. Em seguida, iniciamos com a pergunta: Como tem sido colocar em prática as mudanças discutidas por nós? Ele respondeu que tirou o açúcar do suco e não tentou comer o arroz integral em casa, mas que tem conseguido fazer mais refeições ao longo do dia.

Peço para que ele detalhe melhor seu dia a dia nesta última semana. Ele relata ter tentado servir o prato conforme conversamos, colocando metade de salada e o restante dos outros alimentos. Pergunto se ele sabe me dizer quantas vezes conseguiu fazer isso e ele diz que conseguiu fazer em torno de três vezes na semana, mas nos outros dias não conseguiu e serviu mais. Pergunto se ele tem verificado a glicemia e ele diz que sim, que tem ficado em torno de 300mg/dl. Após isso, conversamos novamente sobre os assuntos levantados durante a internação. O paciente responde que sabe que é o responsável por sua saúde e pelas escolhas que tem feito. Pergunto se ele acredita que precisa fazer mudanças na alimentação, ele afirma que necessita continuar tentando colocar em prática os objetivos discutidos anteriormente, pois essas atitudes podem conduzir para que sua vida seja mais saudável. Encerramos esta consulta com o compromisso de que ele tente novamente durante a semana seguinte colocar em prática seus objetivos.

O quinto atendimento estava marcado, mas o paciente não compareceu à consulta. Entrei em contato para agendarmos uma nova consulta e ele relatou que o horário da consulta era difícil para ele ir, por causa do trabalho. Perguntei qual era o melhor horário para os atendimentos e ele disse que o único horário livre que ele tinha era na sexta-feira de manhã, Combinei de ir atendê-lo em seu domicílio, já que neste horário não teria um ambulatório livre para fazer o atendimento.

No primeiro atendimento domiciliar a esposa também participou. Logo que cheguei à casa deles, ela relatou que o esposo não poderá comparecer às consultas porque ela tinha compromisso, e não poderia ir com ele às quartas-feiras no ambulatório. Perguntei sobre o retorno ao médico e eles me disseram que o médico não mexeu na medicação e orientou que ele continuasse com os atendimentos de nutrição. Além disso, anotasse os valores da glicemia durante vários dias, para que pudessem avaliar melhor. Perguntei os valores de glicemia e ele respondeu que ainda estavam em torno de 300mg/dl. Comecei o atendimento com a pergunta: Como tem sido colocar em prática as mudanças discutidas por nós nos atendimentos anteriores? O paciente relatou não ter feito mudanças além das que tinha relatado anteriormente. A esposa disse que acreditava que ele estava comendo menos arroz e relatou que o paciente havia comido sopa de mandioca e que tinha percebido que a glicemia havia subido mais que o normal. Mostrei pra eles a pirâmide dos alimentos novamente e conversamos sobre os grupos alimentares. Perguntei quais mudanças ele tentou fazer desde o último atendimento e ele disse que somente o arroz que ele estava tentando servir menos, mas que ainda não conseguiu trocar o arroz branco pelo integral. Conversamos novamente sobre a necessidade de fazer mudanças na alimentação, já que a glicemia continua se mantendo alta.

Conversamos sobre por que não estão conseguindo ir à feira comprar as frutas e verduras, já que ele relatou não estar conseguindo servir metade do prato de salada, porque, muitas vezes, não tem em casa. Traçamos novas estratégias para alcançar esta meta. Sobre a questão de realizar refeições de três em três horas ele relatou estar tentando, mas que muitas vezes não se lembrava de comer. Sobre reduzir a quantidade de açúcar, ele relatou estar dando preferência à água ao invés de sucos e refrigerantes. Traçamos novas estratégias para que ele conseguisse colocar em prática também estas metas. Conversamos novamente sobre a necessidade de ele assumir o controle sobre seus cuidados, tanto em relação à medicação quanto em relação à atividade física e a alimentação. O atendimento seguinte foi marcado para depois de uma semana.

No dia do atendimento, a esposa do paciente me ligou e disse que ele teve um imprevisto e não poderia me receber naquele dia, e que na próxima semana estariam viajando por causa do feriado. Ela me perguntou se não poderia conversar com ele por telefone e eu disse que não, que os atendimentos precisavam ser presenciais. Assim, marcamos o próximo encontro para semana seguinte. Neste dia, novamente a esposa me ligou e disse que ele estava em um compromisso do trabalho, e por estar se aproximando do final do ano, seu serviço havia aumentado e ele não teria mais as sextas livres para os atendimentos. Pedi para que ela visse com ele um horário que fosse possível, e que entrasse em contato comigo para marcarmos, mas ela não retornou. Assim, não houve continuidade nos atendimentos com este paciente.

Por meio deste relato, pode-se perceber que as etapas propostas pela autora se entrelaçam ao passo que os pacientes vão vivenciando a experiência de mudança de hábitos alimentares. Este paciente mostrou-se disposto a mudanças quando os atendimentos aconteceram durante a internação, entretanto, após a alta, mostrou dificuldade para colocar em prática as mudanças levantadas por ele como necessárias, e aos poucos foi se afastando dos atendimentos, ao ponto que tiveram de ser interrompidos.

Em concordância com essa realidade, Pereira et. al. (2014) apontam que várias são as dificuldades encontradas pelos indivíduos para aderir ao tratamento da doença, e da influência de fatores como baixo nível de escolaridade, crenças, não aceitação da doença, entre outros. Esses fatores podem impedir o indivíduo de adotar mudanças necessárias para cuidar de sua saúde.

5.2.3 Evolução da entrevista com o Paciente C

O primeiro atendimento foi realizado na clínica médica do HU. Início a atendimento com a pergunta como era sua alimentação durante a infância? Ela relata que morava na roça, então, tinha horta e sempre tinha muita fruta e verdura. Sempre teve acesso a doces também, e comia sempre, pois sua mãe fazia canjica, leite condensado, doce de leite. Ela diz acreditar que sua alimentação da infância seria a principal causa principal de ela ter diabetes hoje. Ela relata que vários familiares tem a doença: “meu pai teve diabetes também, mas ele não tratou, morreu bem rapidinho, porque ele não quis tratar. Minha mãe também é diabética, mas ela não trata também, porque ela não tem vontade de tratar. Meu filho tem diabetes tipo 1, descobriu quando tinha 7 anos, ele toma insulina, se cuida um pouco. Tenho um irmão também que já teve a perna amputada por causa do diabetes”.

Dou continuidade questionando sobre sua alimentação nos dias de hoje e ela relata não estar conseguindo se alimentar muito bem desde maio de 2016. Além disso, relatou que já perdeu em torno de dez quilos. Relata comer no café da manhã dois ovos cozidos; na hora do almoço macarrão puro ou mandioca cozida; no lanche da tarde, às vezes, não come nada ou come bolacha com suco. No jantar, come de novo o macarrão ou caldo de mandioca, sendo esta sua última refeição. Diz que ao acordar sempre estava com muito tremor. Pergunto sobre a ingestão de frutas e ela diz que não gosta de comer nenhuma fruta. Sobre a ingestão hídrica ela responde não tomar muitos líquidos, mas refere urinar várias vezes durante a noite.

Refere não ter a máquina para fazer o controle da glicemia, quando acha que a glicemia está alta, ela usa o aparelho do filho. Mas afirma tomar diariamente a medicação.

Pergunto se ela fez alguma mudança na alimentação depois que descobriu estar com a doença e ela responde: “Foi muito duro aceitar que eu estava com a doença. Fiquei sem querer tratar, até que encontrei uma Dra. no posto de saúde que foi muito boa para mim. Ela me disse tudo sobre a doença, explicou tudo, falou que eu não poderia ficar assim sem querer tratar, aí a partir daquele dia, eu comecei a tomar os remédios e tentar mudar a alimentação. Hoje eu sei que preciso me tratar, vejo todas as pessoas da minha família com isso e penso que tenho que me tratar”.

Relata acreditar que sua glicemia sobe também por fatores emocionais, e não por só por questões alimentares. Questiono o que ela sabe sobre a forma como deveria ser sua alimentação e ela responde saber que não deve ingerir açúcar e que não deve comer muitos

alimentos fonte de carboidrato e que, além disso, deve se alimentar de três em três horas. Ela ressalta a importância de tomar a medicação, não consumir refrigerantes e coisas da rua, como salgados, pizzas e lanches.

Segundo ela todas as mudanças de hábito que fez até hoje são em decorrência da médica que a atendeu no posto de saúde no ano passado: “A Dra. foi muito boa comigo, tudo que eu mudei foi porque ela me explicou, eu vejo assim, que quando a pessoa conversa e te explica bem, numa boa, você consegue entender que não está sozinha e que tem alguém pra te ajudar a se tratar. Quando me deram o diagnóstico, só me disseram: ‘você não pode isso, não pode aquilo e pronto’. A Dra. disse: ‘você quer morrer? Então tem que se tratar’. Eu respondi: ‘Não é assim Dra., você tem que conversar, se a senhora trabalha nessa área, não tem como falar assim’”. Ela relata que, como a médica a atendeu mal, ela não aderiu ao tratamento.

Quando foi feito o diagnóstico ela diz ter sido encaminhada para atendimento com nutricionista, e que a nutricionista também a tratava como a primeira médica: “Eu falava pra ela que não estava conseguindo, mas a nutricionista sempre repetia que eu tinha que fazer daquele jeito mesmo. Eu até sabia o que eu não podia fazer, mas eu não conseguia, pois já tentei fazer várias dietas, peguei várias listas de alimentos. Eu sei o que não posso fazer, mas é difícil né?”.

Pergunto se ela acredita que são necessárias mudanças em sua alimentação e ela relata que, às vezes, ingere muitos doces em um dia e que sabe da importância de comer mais salada e frutas e alimentos que têm fibras. Ela afirma saber que estas mudanças dependem dela, que da mesma forma que já conseguiu mudar várias coisas em relação ao cuidado com a doença, também conseguirá alcançar mais estas mudanças: “Tudo na vida a gente se habitua, se não tentar não se habitua, né?”.

Ela relata precisar também incluir em sua alimentação os produtos integrais e conta estar disposta a estas mudanças, já que durante a internação estava comendo somente estes alimentos e percebeu estar começando a se acostumar. E ela admite: “Não é fácil cuidar do diabetes, a gente se sente muito triste por não poder comer o que quer, mas a gente tem que se cuidar, eu comecei a viver bem melhor depois que aceitei me tratar, agora quero me tratar mais ainda”.

Finalizamos o atendimento estabelecendo como necessidades de mudança o maior consumo de frutas, verduras e produtos integrais e a diminuição do consumo de açúcar. No dia seguinte a paciente teve alta da clínica médica. Deixamos marcado o próximo atendimento para a semana seguinte.

O segundo atendimento aconteceu no ambulatório de Síndrome Metabólica HU/UFGD. A paciente iniciou o atendimento dizendo que na semana seguinte precisaria viajar para passar alguns meses em Três Lagoas cuidando de uma prima que havia caído e fraturado o fêmur. Dessa forma, combinamos mais um atendimento naquela semana, para que pudéssemos conversar a respeito das mudanças que ela se propôs a fazer.

Perguntei o que ela acreditava ser necessário fazer para alcançar as mudanças levantadas no atendimento anterior e ela disse que sabe que o primordial é sua força de vontade. Durante o atendimento conversamos sobre a pirâmide dos alimentos, rotulagem de alimentos e importância das fibras no controle da glicemia. Entreguei a ela algumas receitas de doces preparados com adoçante e também receita de pão e massas integrais.

A paciente relatou acreditar na importância de ter um nutricionista para acompanhá-la nesta caminhada em busca de qualidade de vida. Reforcei para ela a importância de que ela encontre um nutricionista na cidade onde passará os próximos meses, para que seja possível dar continuidade ao que estamos conversando.

Pergunto a ela quais as dificuldades que ela acredita poder encontrar nesta caminhada e ela relata novamente que acredita ser sua própria força de vontade, já que é a única coisa que pode fazê-la parar: “Eu acho que pra me cuidar, o principal que preciso fazer é melhorar minha alimentação e fazer exercícios, não adianta tomar remédio, porque já entendi que ele não vai me fazer sarar”.

Pergunto como ela se sente em relação a estas mudanças que estamos planejando e ela diz que se sente confiante de que conseguirá avançar. Se sente também mais tranquila quando percebe que está buscando melhorar sua qualidade de vida. Ela afirma que comprará verduras e frutas na feira próxima a casa dela e que, a partir de então, seus lanches sempre serão uma fruta e no almoço e jantar sempre fará uma salada crua. Também relata que não comprará mais alimentos refinados, somente os integrais.

O atendimento seguinte foi realizado no domicílio da paciente. Iniciei perguntando como estava sendo colocar as mudanças em prática. Ela começou dizendo que o maior empecilho estava sendo ter que cozinhar coisas que somente ela come em casa, já que a família come apenas o arroz e o pão branco, não come salada crua, além de comer muitos doces. Conversamos bastante a este respeito e uma filha dela que estava em casa participou da conversa. Tratei novamente a respeito da pirâmide alimentar e sobre os aspectos de uma alimentação saudável. A filha disse ter compreendido a importância da mudança de seus hábitos alimentares para a prevenção de doenças. Disse que, como a partir daquela semana a

mãe estaria em outra cidade, ela cozinharía desta forma para o pai, para que quando a mãe voltasse eles estivessem mais adaptados.

Ela disse que apesar da dificuldade tinha passado bem aqueles dias, e tinha se esforçado para mudar aqueles aspectos em sua alimentação. Mostrou-me os alimentos que comprou no mercado e afirmou ter feito o pão integral.

Conversamos sobre como ela poderia dar continuidade à mudança de hábitos nos próximos meses, morando em outra casa. Ela disse acreditar que não fosse encontrar dificuldades maiores lá e que iria procurar um nutricionista lá para continuar tirando suas dúvidas e auxiliando no processo de mudança.

Combinamos que quando ela retornasse a Dourados, ela entraria em contato para darmos continuidade ao atendimento. Entrei em contato com a paciente no mês de fevereiro e ela ainda estava morando na outra cidade, sendo assim não foi possível dar continuidade aos atendimentos.

5.3 Análise das Entrevistas

A discussão dos dados foi realizada a partir das categorias identificadas e foram apresentadas de maneira agrupada, sendo relativo aos três pacientes. Conforme Bardin (2006), as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão de caracteres comuns desses elementos. As informações foram categorizadas a partir dos objetivos do estudo e os temas que emergiram da análise das informações estão resumidas na Tabela 1 e discutidas a seguir.

Tabela 1 – Resumo das categorias e subcategorias encontradas na análise das entrevistas, Dourados, MS, junho a dezembro de 2016.

Categoria	Subcategorias
Relação entre profissional de saúde e paciente	Construção de vínculo com os profissionais de saúde
	Conhecimento sobre autocuidado

Comportamento alimentar	Hábitos alimentares prejudiciais à saúde
	Sentimentos a respeito dos alimentos
	Apoio familiar

5.4 Relação entre profissional de saúde e paciente

As ações profissionais propiciam melhores resultados na autonomia do cuidado quando planejadas com participação e respeito às decisões do mesmo. Notou-se que em torno de 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento dos pacientes diabéticos podem e devem ser realizados por eles mesmos ou por familiares, o que reforça a necessidade da interação entre o profissional de saúde e pessoa que está recebendo o atendimento (HAMMERSCHMIDT·LENARDT, 2010).

Conforme a análise de conteúdo, enquanto subcategorias deste item foram identificadas a dificuldade em estabelecer vínculos com o profissional e o conhecimento sobre o autocuidado. No tocante ao vínculo cabe esclarecer que o motivo principal está relacionado com a forma de abordagem do profissional em relação ao paciente, que na maioria segue um protocolo rígido de atendimento. A dificuldade com o autocuidado apareceu em dois principais pontos. Primeiro a dificuldade pessoal em estabelecer mudanças em seus hábitos alimentares e estilo de vida e segundo devido ao protocolo rígido e pouco acolhedor no atendimento, pelos profissionais.

Cabe destacar que quando os pacientes são ouvidos e acolhidos eles respondem e aderem melhor ao tratamento e mudanças. Principalmente em ambiente hospitalar, quando estão mais suscetíveis e abertos a mudanças.

5.4.1 Construção de vínculo com os profissionais de saúde

Segundo Malarbi (2014), um dos principais fatores sociais associados à baixa adesão ao tratamento é a pobre comunicação entre o profissional da saúde e o paciente. A linguagem técnica de difícil compreensão, utilizada por muitos profissionais da saúde, e instruções

demasiadamente genéricas fornecidas por estes impedem que a pessoa tenha clareza sobre quais são os comportamentos de autocuidado necessários. Além disso, um plano de tratamento terá maior probabilidade de ser incorporado na vida do indivíduo se uma discussão aberta esclarecer o sentido das várias tarefas requeridas.

Durante os atendimentos vivenciados nesta pesquisa foi possível perceber aspectos sobre relação do paciente com o profissional, o que pode ser notado na fala: “Eu falava pra ela que não estava conseguindo, mas a nutricionista sempre repetia que eu tinha que fazer daquele jeito mesmo. Eu até sabia o que eu não podia fazer, mas eu não conseguia” (Paciente C).

Percebeu-se certa ansiedade na frase do entrevistado quando não consegue colocar em prática a proposta do profissional. O mesmo se sente desamparado, porque não estabelece vínculo e nem contato e ao mesmo tempo, percebe um profissional bastante voltado a repassar a teoria e seu conhecimento. Assim, ressalta-se a importância de construir vínculos entre paciente e profissional, transmitir informações pertinentes para que assim ele possa construir seu próprio conhecimento, cuidando de maneira mais efetiva de sua saúde.

Sabe-se que este tipo de atendimento pode levar o paciente a desistir de seu tratamento. Assim sugere-se maior esclarecimento dos aspectos que se relacionam à sua doença e alimentação para, com isso, levar a um ganho em relação à qualidade de vida. Entretanto, muitas vezes, este caminho é percorrido com inúmeros altos e baixos que conduzem ao abandono do tratamento preconizado. A seguir podemos identificar outra expressão que segue essa mesma linha de atitudes: “Durante muitos anos tentei seguir uma dieta mais controlada, mas não aquela forma que a nutricionista orientou inicialmente, porque era muito difícil de seguir e muito rigoroso” (Paciente A).

Esse aspecto pode ser discutido em consonância com Freire (1985), o qual tece grande crítica a essa forma de educação que ele denomina de bancária. Neste formato o educador “deposita” conhecimentos e valores na mente do educando, a quem compete apenas aceitá-las, memorizá-las, reproduzi-las e obedecê-las. No relato abaixo podemos perceber o quanto este tipo de educação está enraizado tanto no comportamento dos profissionais quanto dos pacientes, quando o paciente A diz que: “A senhora é profissional e eu sou um paciente, tenho que escutar o que a senhora tem pra me falar. O que a senhora me falar eu tento fazer”.

Segundo Boog (2013, p.30):

O desafio de melhorar a alimentação é de todos, educadores e educandos. Sempre há uma nova prática a ser aprendida, um novo hábito a ser incorporado, algo que pode ser modificado. Desta forma, a busca por novas formas e novos sentidos para o ato de comer é algo a ser compartilhado. Os significados que atribuímos aos alimentos, afeto, poder de cura e cuidado, conferem um sentido às nossas práticas alimentares,

ou seja, escolhemos alimentos para comer ou para oferecer para alguém à partir do que eles significam para nós.

Desde a implantação da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão na Saúde (PNH) de 2002, o tema humanização vem sendo discutido com mais ênfase, entretanto, os problemas que levaram a essa discussão já ecoavam desde a década de 1970. O conceito de humanização envolve uma crítica ao modelo hospitalar e de atenção à saúde pelo Estado, além de uma avaliação negativa da postura dos profissionais de saúde, de modo que humanizar a saúde é transformar a forma de pensar os modelos de gestão e suas práticas, num processo que o foco seja o indivíduo e não a sua doença (MARQUES, 2015).

Uma internação é um evento potencialmente traumático na vida de um sujeito e de uma família. Pensar em estratégias e tecnologias que minimizam danos é parte integrante do trabalho em saúde. Neste cenário, a Política Nacional de Humanização apresenta-se com o propósito de contribuir para a melhoria da qualidade da atenção e da gestão do Sistema Único de Saúde (SOARES, 2007).

Segundo Boog (2013), a partir do método que um educador emprega pode-se perceber implicitamente a linha filosófica que este educador abraça, consciente ou inconscientemente, a sua visão de mundo e os valores implícitos ao seu papel como educador. No campo da educação alimentar e nutricional podemos perceber algumas condutas que se contrapõem, como: propor condutas dietéticas a partir de conceitos técnicos ou utilizar a história alimentar da pessoa nesta construção; restringir o atendimento à orientação dietética ou estar aberto à escuta efetiva dos educandos; esperar adesão às orientações ou estar disponível para percorrer junto com os educandos as dificuldades.

Notou-se ainda propor condutas dietéticas a partir de conceitos técnicos, restringindo o atendimento à orientação dietética esperando adesão às orientações muitas vezes não atende as necessidades dos pacientes. Esta situação pode ser notada na fala: “Já tentei fazer várias dietas, peguei várias listas de alimentos. Eu sei o que não posso fazer, mas é difícil, né?” (Paciente C).

O relato do paciente acima reforça o fato de que, segundo Freire (2014, p.46):

O intelectual que se aproxima e leva uma lista de problemas ou críticas e faz discursos em cada contato é técnico que abstratamente se aproximou. E se torna como jornal na TV: ele apenas emite, apenas informa sem interagir e sem politizar. Portanto é um intelectual que não sabe aprender.

Segundo Santos e Araújo (2011), parece não ser a desinformação que faz com que as pessoas acompanhadas por especialistas apresentem dificuldade em seguir o que lhes foi apresentado pelos profissionais. Nas falas dos entrevistados em sua pesquisa ele retrata que a fome que os pacientes sentem com a dieta é uma dessas dificuldades, assim como o fato de muitos não gostarem de verduras. Alguns dos participantes tomam apenas a medicação, sem seguir a dieta. A maioria faz dieta parcialmente (comer de tudo um pouco) ou intermitente (quando percebem as alterações clínicas ou constata a glicemia alterada). Desta forma, ele conclui que a orientação meramente técnica parece não ser suficiente para a mudança dos hábitos, sendo necessário um diálogo que compreenda todo o contexto que envolve esses hábitos.

Sabe-se que a terapia nutricional em diabetes tem como objetivo o estado nutricional adequado, a saúde fisiológica e o ganho em qualidade de vida, assim como prevenir complicações a curto e longo prazo (WHO, 2003). Dessa forma, a educação nutricional é uma ferramenta para propiciar a aderência à terapia nutricional, já que através do conhecimento é possível que o portador de diabetes entenda a importância e a influência dos alimentos na homeostase glicêmica e na prevenção de complicações (American Association of Diabetes Educators, 2010).

Uma reflexão sobre as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no país demonstra um distanciamento entre a formação profissional e as reais necessidades do SUS (HADDAD, et al. 2008). É preciso que se transforme uma formação ainda frequentemente fundamentada numa visão hospitalocêntrica, com foco na doença e sem articulação com o sistema público vigente, e um ensino que contempla insuficientemente a questão da promoção da saúde, comumente fragmentado e dissociado do contexto social. Precisa-se buscar formar profissionais críticos e reflexivos, com habilidades e competências que os tornem aptos a atuar em qualquer nível de atenção à saúde, capazes de considerar não somente os aspectos biológicos do processo saúde-doença, mas também as características sociais, históricas, econômicas, ambientais e culturais envolvidos na vida de cada cidadão (BRASIL, 2001-2004).

Segundo Freire (2014), quando a prática está preenchida de curiosidade, ela é capaz de despertar inúmeras possibilidades. Desta forma, as pessoas baseiam suas práticas no que é possível fazer, não se limitando somente àquilo que deve ser feito, mas também descobrindo com a prática as suas possibilidades, organizando esforços para viabilizar o que está sendo difícil de ser feito. Nesse processo de envolvimento com as questões que estão sendo tratadas

as pessoas não se limitam a discutir conteúdos, mas discutem sobre as dimensões e os momentos da prática.

É possível perceber o quanto o paciente se sente acolhido quando o profissional dedica seu tempo buscando compreender a história alimentar do paciente de uma forma respeitosa, através da escuta efetiva, se dispondo a encontrar juntos caminhos para as dificuldades encontradas, de acordo com a fala do paciente abaixo.

Estamos há mais de vinte minutos conversando, estou aprendendo muito com você, você tem muito para me dizer. Já recebi muitas orientações sobre as minhas doenças sim, mas nunca do jeito que você está falando comigo aqui. Desse jeito, com essas perguntas que você está fazendo pra mim ninguém nunca falou. Eu não sou burro, eu entendo o que falam para mim, mas, por exemplo, quando me atenderam lá no posto, a pessoa não sabia falar comigo, eu pensava que eu podia ensinar muita coisa de dieta para ela, mas ela não me entendia. Eu não sou burro, se você conseguir me explicar, eu entendo, igual eu estou te entendendo agora, mas tem gente que não sabe falar com a gente (Paciente A).

Assim, quando fica estabelecido o vínculo a sensação de dar conta da proposta fica mais forte. O paciente sente que poderá vencer os obstáculos que o impedem de colocar em prática o que foi sugerido. Notou-se essa característica no relato apresentado abaixo.

“A Dra. foi muito boa comigo, tudo que eu mudei foi porque ela me explicou, eu vejo assim, que quando a pessoa conversa e te explica bem, numa boa, você consegue entender que não está sozinha e que tem alguém pra te ajudar a se tratar”. (Paciente C)

Observou-se que a paciente enfatizou que sua vitória em realizar mudanças estava, em parte, vinculada pela forma que o profissional de saúde a acolheu e explicou sobre a doença e os devidos cuidados necessários.

Em consonância com o que foi percebido nesta pesquisa, Santos e Araújo (2011) perceberam em sua pesquisa que alguns profissionais possuem uma postura diferente, o que tem uma repercussão positiva no entendimento do paciente a respeito da doença, conforme relato obtido na pesquisa e descrito abaixo: “o médico me explicou que o diabetes não seria uma doença, mas um problema de saúde que, bem controlado, não limitava o trabalhar e o conviver”.

Os autores ressaltam que a postura autoritária dos profissionais de saúde é um fato cultural, nesse caso gerado a partir da formação essencialmente tecnicista.

A Lei Orgânica de Saúde (nº 8080) estabeleceu os princípios do SUS, com base no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, sendo um deles a integralidade. Esse princípio busca assegurar ao usuário vários aspectos como: uma atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade, não em um recorte de ações ou doenças; visão integral do ser humano, que não deve ser focado como um conjunto de órgãos; valorização dos aspectos cotidianos da vida do paciente, ao invés de centrar as práticas apenas na doença; compreensão da inserção de cada indivíduo num dado contexto familiar; conexão com uma base de valores relacionada com um ideal de uma sociedade mais justa e solidária; reconhecimento da importância do diálogo, permitindo que as diversas vozes dos atores envolvidos sejam ouvidas; profissionais de saúde relacionando-se com sujeitos, não com objetos (ARAÚJO, et al 2007).

A formação dos profissionais de saúde não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças. Deve desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, levando ao desenvolvimento da autonomia das pessoas em relação ao cuidado (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Por meio dos relatos acima é perceptível o quanto a formação dos profissionais de saúde ainda se distancia do princípio da integralidade e como os pacientes se mostram surpresos e agradecidos quando são tratados de maneira mais humanizada. Segundo Morin (2002), assumir a integralidade na educação em saúde significa que os profissionais passem a perceber a comunidade como "seres que sabem, sabem que sabem, sabem por que sabem, sabem como sabem, e sabem dizer a terceiros o que sabem e, não menos importante, agem conseqüentemente aos seus saberes".

Conforme Freire, (1996) ensinar não é transmitir conhecimentos, mas criar as possibilidades para sua construção ou produção. A prática educativa é um exercício constante em favor da produção e do desenvolvimento da autonomia de educadores e educandos, jamais como uma experiência fria, sem alma, em que os sentimentos, emoções e sonhos devessem ser reprimidos. Ressalta-se a necessidade de considerar os aspectos inerentes à realidade de vida do educando, considerando seus saberes prévios, problematizando as situações vividas.

Cabe destacar e de acordo com Marques (2015) o tratamento é muito mais do que uma aplicação técnica e normativa, ou seja, a promoção da saúde está relacionada à potencialização da capacidade das pessoas para conduzirem os vários aspectos da vida.

Através do aconselhamento dietético e possível utilizar de forma muito mais intensa os conhecimentos da nutrição na perspectiva de auxiliar o paciente em sua busca por qualidade de vida, gerando maior satisfação no profissional por participar ativamente desta construção. Este tipo de atendimento aumenta o vínculo, o carinho e o respeito entre os envolvidos. Nota-se que os pacientes procuram pessoas que as tratem com respeito e carinho, cumprindo seu compromisso profissional com ética e dedicação.

5.4.2. Conhecimento sobre autocuidado

Nesta subcategoria ficaram evidentes questões relacionadas ao desconhecimento dos pacientes a respeito da doença e a dificuldade em estabelecer rotinas para o autocuidado no tocante a buscar conhecimento sobre a doença, no seu estilo de vida e padrão alimentar.

As informações sobre o diabetes e seu tratamento são condição necessária, mas não suficiente, para a pessoa apresentar comportamentos apropriados de autocuidado. As intervenções com melhores resultados são multifacetadas e incluem fornecimento de informações, modificação de comportamento e estratégias que tornam a pessoa capaz de administrar as situações associadas ao cuidado com a saúde (MALERBI, 2014)

Hammerschmidt e Lenardt (2010) trazem o relato sobre atendimento assistencial de atenção primária de um paciente diabético idoso, no qual o foco era o cuidado “empoderador”, motivando-o a ser o protagonista de seu cuidado por meio da união entre paciente, profissional e família: Por que ninguém me explicou dessa forma o que eu tenho? Faz 40 anos que tenho a doença e nunca soube realmente o que eu tinha e que existia mais de um tipo de diabetes”. Verificou-se fala semelhante no relato a seguir: “Acreditava que Diabetes fosse uma ‘doencinha qualquer’ e eu não tomava os devidos cuidados. Há mais ou menos um ano descobri o problema renal, que aconteceu em virtude do diabetes e da pressão alta” (Paciente A).

O DM é uma doença de manejo bastante complexo, envolvendo necessidade para uma série de mudanças comportamentais. Os princípios gerais do tratamento incluem estratégias como educação em saúde, modificações dos hábitos de vida e uso crônico de medicamentos. Prevenir a ocorrência de amputação é um fator que vai além de realizar os curativos diários adequadamente, porque demanda a conscientização dos sujeitos que vivem com a doença. Assim, torna-se imprescindível a motivação do paciente para ocorrer adesão aos programas de prevenção das complicações. Outro aspecto que cabe ser lembrado, gira em torno do fato que

metade dos pacientes que vivem com diabéticos desconhece o seu diagnóstico e por ser geralmente de evolução insidiosa, o diagnóstico médico é tardio e observado somente quando as manifestações crônicas já se encontram instaladas levando prejuízos maiores com a amputação (BRASIL, 2002; LAURINDO, et al, 2005). Ou prejuízos ao sistema renal, como relatado pelo paciente A.

Por se tratar de uma doença crônica, o seu controle requer a apresentação de vários comportamentos diferentes, sendo estes os principais obstáculos à adesão ao tratamento. Ao receber o diagnóstico de diabetes, frequentemente a pessoa deve alterar seu estilo de vida, que é, talvez, a mudança de comportamento mais difícil de ser conseguida. O tratamento interfere na rotina, choca-se com atividades sociais relacionadas com o comer e beber, podendo produzir efeitos colaterais e riscos associados (ganho de peso, hipoglicemia, etc.) e, além disso, a pessoa precisa dedicar bastante tempo do seu dia-a-dia aos cuidados (MALERBI,2014).

Segundo Tavares et al (2016), a informação repassada ao paciente sobre o diabetes quando feito o diagnóstico, ainda é falha e insuficiente. Estas orientações devem ser constantes durante todo o tratamento e não apenas pontuais nas consultas de rotina, para que ocorra a devida compreensão e tomada de decisões e medidas para seu cuidado. A carência de informações básicas sobre a doença pode repercutir nas complicações crônicas do diabetes, visto que em pesquisa realizada com paciente frequentadores do Programa de Exercício Físico Supervisionado para Diabéticos, da Escola Superior de Educação Física-ESEF/UPE, 76,6% da amostra apresenta ao menos uma complicação (retinopatia, nefropatia, pé diabético, neuropatia autonômica, complicações cardiovasculares, hipertensão, dislipidemia, entre outras). Os autores compreenderam que a falta de conhecimento de muitos diabéticos causa problemas durante o tratamento da doença, onde os simples cuidados realizados de maneira errônea e precária poderão desencadear complicações crônicas. Após a análise dos resultados, os autores verificaram que o nível de conhecimento dos diabéticos tipo 2, é insatisfatório, visto que existem falhas nos hábitos alimentares, nas elucidações acerca da doença e cuidado com os pés.

A seguir será apresentada a fala da entrevistada onde reforça o fato de que as informações repassadas aos pacientes quando é feito o diagnóstico muitas vezes são falhas, o que levam o paciente a não aderir adequadamente ao tratamento preconizado.

“Quando me deram o diagnóstico, só me disseram você não pode isso, não pode aquilo e pronto. A Dra. disse: Você quer morrer? Então tem que se tratar. Eu

respondi: Não é assim doutora, você tem que conversar, se a senhora trabalha nessa área, não tem como falar assim”. (Paciente C)

Segundo Malerbi (2014), muitas estratégias de intervenção dirigidas a portadores de diabetes, tais como grupos psicoeducacionais, acampamentos de férias, terapias individuais e familiares, têm sido desenvolvidas para melhorar a adesão ao tratamento, aumentar o repertório de habilidades sociais, ensinar estratégias de enfrentamento do estresse e melhorar a comunicação familiar.

Notou-se outro aspecto nesta subcategoria onde os pacientes conhecem boa parte dos cuidados que devem ter em relação à alimentação para controlar a doença, entretanto, apesar de conhecê-los, não conseguem inseri-los em sua rotina diária. Na sequência serão apresentados vários relatos que demonstram essa dificuldade.

“Tem várias coisas que eu sei que não devo comer, principalmente muito arroz, açúcar e macarrão. Macarrão eu gosto muito, minha mulher faz no domingo, quando vai a minha família fazer churrasco” (Paciente A).

“Quando eu receber alta quero mudar várias coisas na minha alimentação, como: comer mais salada, mudar o arroz branco pelo integral, não colocar açúcar no suco e tentar não ficar muitas horas sem comer” (Paciente B).

“Eu acho que pra me cuidar, o principal que preciso fazer é melhorar minha alimentação e fazer exercícios, não adianta tomar remédio, porque já entendi que ele não vai me fazer sarar” (Paciente C).

Na pesquisa realizada por Santos e Araújo (2011) foi encontrada a mesma situação em relação ao conhecimento sobre os cuidados necessários com a alimentação. Nesse sentido, são elucidativas as seguintes falas:

“A médica da família, ela falou que a gente pode comer de tudo e de tudo nada [...] é um pouquinho de cada [...] mas a alimentação, o controle é do próprio diabético que faz. Eu acho que em primeiro lugar a gente tem que fazer a dieta. Eu tenho que comer controladamente. (FA)

O planejamento alimentar adequado é um componente integrante na prevenção do diabetes, sendo sua importância reconhecida por entidades científicas como um componente essencial para um estilo de vida saudável. A terapia nutricional em diabetes tem como alvo o bom estado nutricional, saúde fisiológica e qualidade de vida do indivíduo, bem como

prevenir e tratar complicações a curto e em longo prazo e comorbidades associadas (ADA, 2014; DIRETRIZES SBD, 2014-2015)

Organizações de saúde preconizam o efeito protetor da alimentação saudável, combinando frutas, verduras e cereais integrais. Por outro lado, quando ocorre o consumo de alimentos com alto teor de gordura e açúcares, o risco de doenças cardiovasculares é maior (MOLENA-FERNANDES, 2005).

Sabe-se que um controle glicêmico inadequado gera frustração e está associado com uma pobre qualidade de vida. Estudos têm verificado que a obtenção de um controle mais preciso dos níveis glicêmicos está associada a uma melhora na qualidade de vida do paciente, uma redução do medo de hipoglicemia e uma melhor adaptação ao diabetes, porém, o sucesso do tratamento deve ser medido não apenas pelos valores de glicemias dentro da amplitude normal, mas também pelos comportamentos apresentados na família, no grupo de amigos, na escola e no trabalho (MALERBI, 2014).

5.5 Comportamento Alimentar

A definição deste termo abrange todos os aspectos sobre o que se apreende ao longo da vida em termos de práticas e habilidades, conhecimentos, informações, significados, representações e valores, percepções e opiniões, enfim, tudo que se pensa, sente e faz em relação à comida e ao ato de comer (BOOG, 2013).

As mudanças esperadas no comportamento alimentar não são fáceis de serem realizadas, pois envolvem valores arraigados na cultura, nas tradições regionais e no espaço social-alimentar do homem (CORNELLI, 2007). Ainda segundo Boog (2013), a maneira como pensamos a vida, a existência, a sociedade, a nossa filosofia de vida determina grande parte daquilo que comemos.

A alimentação não se limita a um ato que satisfaz necessidades biológicas, muito mais do que isso, ela representa valores sociais e culturais, envoltos em aspectos simbólicos que materializam a tradição na forma de ritos e tabus. O diálogo entre a antropologia e a alimentação enriquece a compreensão da forma como aspectos sociais e culturais relacionados a hábitos alimentares condicionam o comportamento dos indivíduos de determinada sociedade. (GARCIA, 2003; MACIEL, 2004).

Notou-se que os entrevistados possuem solidificadas algumas relações no que tange a sua alimentação, sendo um comportamento formado ao longo dos anos. Assim, no tocante a

ao comportamento alimentar identificou-se três subcategorias importantes e podem estar diretamente relacionadas com a evolução e prognóstico da doença. Notou-se que os participantes tinham dificuldade em realizar mudanças no estilo alimentar. Os aspectos encontrados estavam relacionados com os hábitos alimentares que influenciam de maneira negativa na evolução da doença, também foram ressaltados os sentimentos e pensamentos gerados quando o comportamento alimentar não consegue alcançar o que tinha sido acordado. O terceiro aspecto, não menos importante, estava relacionado com a influência da família como motivadora ou puxa indiferença e descrédito para o sucesso do doente relacionado à alimentação.

5.5.1 Hábitos alimentares prejudiciais à saúde

Pelas falas dos participantes pode-se perceber que o consumo de alimentos fonte de carboidratos é frequente e até são considerados alimentos prioritários em seu cardápio diário. Notou-se que os entrevistados reconhecem os prejuízos que este grupo de alimentos traz à sua saúde, mas continuam consumindo-os.

‘Preciso mudar muitas coisas da alimentação, como não comer muito arroz, não comer muito macarrão e nem doces. O doce é o principal que precisa ser evitado e que hoje em dia, apesar de gostar, é muito difícil comer um doce, se como em um dia, no outro não como (Paciente A).

Evidências apontam que o consumo crônico de dietas com alto índice glicêmico, com predominância de carboidratos de rápida absorção, contribua para o aumento da incidência de obesidade e DM 2, através do incremento da lipogênese, dos níveis circulantes de ácidos graxos livres, do glucagon, do hormônio de crescimento e da epinefrina, ao mesmo tempo reduzindo os níveis de leptina e aumentando a ingestão alimentar, resultando em intolerância à glicose, resistência à insulina e incremento dos níveis de biomarcadores inflamatórios (GOUVEIA, VIGGIANO,2014).

Sichieri (2013) alega que o cenário brasileiro, no tocante ao consumo alimentar, configura-se como um mosaico relevante, visto que agrupa alimentos tradicionais específicos da dieta brasileira, considerados saudáveis, como o arroz e o feijão, juntamente a alimentos

processados e ultra processados, com teor calórico elevado, mas com baixo valor nutritivo. Uma Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil, produzido pelo IBGE (2011), revelou a predominância de inadequação de consumo de nutrientes selecionados, estimados com base nas recomendações propostas nos guias alimentares do Ministério da Saúde e nas recomendações do *Institute of Medicine* dos Estados Unidos. Os resultados da análise indicam que o consumo alimentar associa a dieta tradicional brasileira à base de arroz e feijão com alimentos de teor reduzido de nutrientes, e elevado teor calórico. O consumo de leite, frutas, verduras e legumes surgem demasiadamente abaixo do recomendado, pois, menos de 10% da população os ingere, ao passo que se constatou um alto consumo de bebidas com adição de açúcar como sucos, refrigerantes e refrescos. Outros resultados da análise indicam um elevado consumo de açúcar mencionado por 61% da população pesquisada; um consumo excessivo de gordura saturada representando pelo consumo de 82% da população; o consumo de fibras de 68%, abaixo do recomendado; e 70% dos pesquisados consomem quantidades excedentes a quantidade máxima de ingestão aceitável para o sódio.

Segundo Boog (2013) os alimentos podem produzir tanto saúde quanto doenças. Entretanto, mesmo considerando as evidências epidemiológicas e científicas, observa-se muitas vezes um ceticismo em relação aos assuntos apresentados pelas pesquisas, o que nos revela que não são as evidências que se apresentam à racionalidade humana que esclarecem para as pessoas a necessidade da mudança de comportamento. Neste sentido cabe destacar que esse comportamento foi observado entre os entrevistados. Notou-se que os mesmos sabem da influência de alguns alimentos no seu estado de saúde, porém apresentam dificuldade em evitá-los.

Segundo Monteiro, (2000) existe uma crença na inevitabilidade das doenças crônicas. Esta afirmação pode justificar o fato dos participantes da pesquisa conhecerem os aspectos que precisam ser incorporados à dieta e não realizarem mudanças.

Segundo Alvarenga (2015), pesquisas apontam que os consumidores estão cansados de ouvir o que não devem comer, é preciso mudar a mensagem e explicar “como” e “por quê” comer.

De acordo com Fischler (1996), a transferência das estruturas culturais da alimentação se dá desde a infância, não sendo, necessariamente, realizada pelo ensinamento direto dos pais para os filhos, mas formação do gosto na infância é devida ao processo de aprendizagem, ou seja, a criança observa o que outro indivíduo faz e tenta imitá-lo. Esse processo, ao se repetir no cotidiano dos grupos sociais, permite contribuir para a formação das preferências alimentares desde a infância.

“Quando era pequeno comia muitos doces, sempre que a mãe saía, eu pedia para que ela comprasse, mas depois que casei e descobri a doença, tive que mudar o que comia. Durante a infância, além dos doces, eu comia bastante fruta, pamonha e carne (Paciente A).

Segundo Boog (2013), não é por acaso que se consome tanto açúcar no Brasil, excedendo em 50% o valor máximo recomendado pela OMS. O açúcar foi muito importante na história do nosso país, tanto que um dos períodos de desenvolvimento econômico é nomeado como “Ciclo da Cana-de-Açúcar”.

De acordo com o Antropólogo Antônio Cândido em seu livro “Os parceiros do rio bonito”, as gerações são fiéis aos costumes alimentares de seu país ou região, sendo assim, além da fome fisiológica, existe a fome psíquica, decorrente do desejo permanentemente insaciado das chamadas “misturas queridas” (CÂNDIDO, 2003). Percebe-se isso no relato: “A nutricionista falou para eu só comer comida sem sal e sem açúcar. Foi difícil me acostumar, mas perdi 30 kg em um mês” (Paciente A).

O caso do açúcar e demais preparações onde esse alimento está presente exemplifica um traço de comportamento dos participantes da pesquisa e que necessitam de mudanças. Todos relataram que os doces estavam entre seus alimentos preferidos desde a infância, trazendo lembranças afetivas muitas vezes relacionadas às mães, corroborando com o que foi mencionado pelos atores acima que ressaltam a importância do açúcar para os brasileiros.

As tradições alimentares devem ser preservadas porque fazem parte da história e da identidade de cada um de nós, entretanto, no caso dos pacientes em questão, este alimento acarreta vários prejuízos à saúde. Desta forma, foram levantadas estratégias buscando oferecer alternativas para este comportamento e hábito alimentar.

Na fala do paciente abaixo podemos perceber que ele assume a responsabilidade no tocante ao seu cuidado e sabe onde estão alguns pontos falhos:

“Às vezes, como muitos doces em um dia e sei da importância de comer mais salada e frutas e alimentos que têm fibras. Sei também que estas mudanças dependem de mim, que da mesma forma que já consegui mudar várias coisas em relação ao cuidado com a doença, também poderei conseguir alcançar mais estas mudanças: “Tudo na vida a gente se habitua, se não tentar não se habitua, né?” (Paciente C)

Sem dúvida, ao prestar atenção à rotina das pessoas pode-se perceber dificuldades bem sérias com os cuidados com a alimentação, sobretudo em relação àqueles que devem ser

evitados. Segundo Boog (2013) nem por isso elas podem ser atribuídas ao trabalho, ao trânsito ou à vida contemporânea como se os movimentos de cada um fossem determinados por outras pessoas, sem espaço à decisão pessoal. Entre os determinantes sociais e os atos de cada um de nós, existe um espaço de liberdade destinado ao exercício de assumir a condução de nossas vidas. Nesse sentido podemos compreender os pacientes, mas a responsabilidade no cuidado precisa ser transferida ao doente para que ele possa assumir o controle da sua alimentação e fazer possível a realização das mudanças necessárias, principalmente no tocante à escolha correta dos alimentos.

Na fala seguinte podemos encontrar a mesma dificuldade relatada anteriormente:

“Eu tenho várias dificuldades, mas sei que tudo dependerá da minha força de vontade. Disse: “Aos domingos sempre tem churrasco na minha sogra, e elas fazem muita comida, e este é o dia mais difícil da semana” (Paciente B).

Na fala abaixo se percebeu outra dificuldade importante para incorporação de hábitos alimentares mais saudáveis à rotina. Notou-se o consumo de pizza e *fast food* devido a praticidade que esses alimentos chegam à mesa e assim sobra mais tempo para outras atividades, como mostra o relato: “No jantar, muitas vezes, a família come pizza ou lanches comprados fora, pela praticidade (Paciente B) ”.

Estudos realizados em diferentes países mostram a influência da renda sobre o consumo alimentar. Nos EUA, Deshmukh– Taskar et al (2007) observaram que jovens com maior renda consumiam menos hamburgeres e sanduíches. No Canadá, o mesmo padrão socioeconômico foi observado por Riediger et al (2007), no qual a renda familiar foi associada positivamente ao consumo de frutas e vegetais. Enquanto que, na Espanha, Aranceta et al (2003) observaram que crianças com nível socioeconômico mais baixo tinham pior qualidade da alimentação, que normalmente era composta por doces e alimentos ricos em gordura.

O acesso e a disponibilidade dos alimentos na casa dependem da renda familiar e da escolaridade dos membros dessa família. Quando há restrição monetária, a dieta se torna monótona e com pouca variedade de alimentos. Quanto maior a escolaridade entende-se que há maior acesso a informações, inclusive nutricionais, refletindo em alimentação de melhor qualidade (ESTIMA, et al, 2009). Além do acesso a informações, os indivíduos com maior

escolaridade normalmente apresentam renda maior, o que possibilita maior aquisição de alimentos e proporciona maior variedade aos membros da família (ARANCETA, 2003).

Em nossa sociedade a oferta de alimentos é abundante e constante. Diariamente são veiculadas mensagens e ofertas de alimentos, dietas e comportamentos. A variedade dos alimentos nos mercados aumentou significativamente ao longo do tempo, particularmente a respeito da oferta de alimentos de pior qualidade nutricional, especialmente aqueles com alta densidade energética. A indústria alimentícia tem produzido e comercializado vários alimentos com densidade energética elevada, que promovem saciedade, são mais palatáveis e tem baixo custo, o que os torna acessíveis às classes de alta e baixa renda (ESTIMA, et al 2009).

Segundo Boog (2013) fatos como mudanças de comportamento alimentar baseadas em aspectos filosóficos e religiosos, ou pelo apelo das propagandas de alimentos demonstram claramente que esta mudança é possível, mas que ela muitas vezes passa por outras vias que não são a da racionalidade, dos argumentos técnicos e das constatações científicas.

5.5.2 Sentimentos relacionados à alimentação

O diagnóstico da doença muitas vezes acarreta um choque emocional para a pessoa, que não está pronta para conviver com as limitações em decorrência da doença crônica. Desta forma, a vivência do diabetes quebra a harmonia orgânica. Essa situação transcende a própria pessoa, interfere na vida familiar e afeta seu universo de relações. A necessidade de mudança de hábitos de vida já consolidados assumem uma rotina diferente, as quais envolvem disciplina rigorosa de planejamento alimentar, atividade física, além do uso crônico de medicamentos. Esses fatores podem desencadear, dependendo da resiliência, diferentes sentimentos, desejos, crenças e atitudes na pessoa que vive com diabetes ou demais doenças crônicas (PERES, 2007).

A seguir apresentamos outro relato importante para exemplificar a dificuldade em aderir ao tratamento como um todo. Ou seja, o paciente, de certa forma, tinha ciência a respeito da necessidade de realizar as mudanças sugeridas. Porém, pelo fato da força de vontade em concretizar as informações recebidas estar aquém da atitude, as decisões em realizar as mudanças sempre foram procrastinadas, o que gerou arrependimento e sentimento de culpa.

“Olha, se eu estivesse fazendo certo eu não teria perdido a minha perna e o meu dedinho, eu estaria com tudo hoje no meu corpo, né? Foram coisas erradas que eu fiz que levaram a acontecer isso, eu achava que o diabetes não era nada de importante. Depois que fui ver que é uma coisa grave, leva o dedo, leva a perna, leva o rim.” (Paciente A)

A pesquisa realizada por Souza e Araújo (2011) revelou após a análise das entrevistas a relação entre a não aceitação da doença e um sentimento de forte medo das consequências do diabetes, associado a conflitos de várias ordens, geralmente expressos na recusa ou impossibilidade de seguir as recomendações dietéticas, atividades físicas e mesmo a prescrição dos medicamentos. Esse sentimento é reforçado pela divulgação do conhecimento sobre o diabetes, oficial ou midiático, que geralmente apela para as consequências dramáticas da doença, no intuito de reforçar a adesão ao tratamento. Segundo os autores, a abordagem psicológica e multidisciplinar nessa população pode melhorar o controle metabólico e prevenir complicações, especialmente as agudas, como transtornos depressivos e ansiedade, e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

A partir dos atendimentos foi possível perceber também os sentimentos de felicidade e ânimo ao conseguirem colocar em prática mudanças de comportamento que lhes trouxeram benefícios à saúde, conforme os relatos abaixo.

“Não é fácil cuidar do diabetes, a gente se sente muito triste por não poder comer o que quer, mas a gente tem que se cuidar, eu comecei a viver bem melhor depois que aceitei me tratar, agora quero me tratar mais ainda.” (Paciente C)

“Estou animado, quero mudar, preciso melhorar para não ficar mais internado e não sofrer mais” (Paciente A)

A comida gera sentimentos ambivalentes, como prazer e culpa. A culpa pode fazer o paciente mudar de comportamento na tentativa de não experimentar novamente este sentimento “ruim”, mas também pode levar a sentimentos de impotência e perda de controle, afetando a autoestima, a saúde e a qualidade de vida (ALVARENGA et al, 2015).

Ainda de acordo com o autor acima, a comida é ao mesmo tempo fornecedora de energia, fonte de prazer e um vínculo social, portanto as escolhas refletem todas estas características.

Essa ambiguidade pode ser notada no relato abaixo:

“Macarrão eu gosto muito, minha mulher faz no domingo, quando vai a minha família fazer churrasco” (Paciente A).

“depois de comer me sinto culpado, já que tem consciência de que não deveria ingeri-los” (Paciente A).

A dificuldade de seguir a alimentação prescrita acontece porque está relacionada aos hábitos adquiridos, ao horário definido, ao valor cultural do alimento, às condições socioeconômicas e à questão psicológica envolvida. A transgressão e o desejo alimentar estão sempre presentes na vida do paciente diabético. "O desejo alimentar faz sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa" (SANTANA, 1998).

Conforme pesquisa realizada por Peres (2007), uma respondente relata que sua dificuldade consiste em preparar a alimentação para os familiares e não poder comer.

[...] Minha dificuldade é na dieta, é você fazer as coisas para os seus filhos e não poder comer, ir a uma festa e você ficar só olhando e dizendo: ‘obrigado, não posso comer’.

As abordagens terapêuticas para todos os tipos de diabetes exigem não apenas um maior envolvimento por parte dos pacientes, mas também das pessoas que lhes fornecem apoio social (MALERBI, 2014)

5.5.3 Apoio familiar

A família pode ser considerada um contexto social nuclear no qual os comportamentos, as ações e os hábitos de vida sofrem influência e podem afetar o estado de saúde de cada indivíduo. Também quando existe um doente na família, aquela unidade familiar acaba absorvendo o problema. Nesse processo de influências a família é considerada

o grupo primário de relacionamento e articulação entre seus membros, seja por laços biológicos, legais ou reais (POTTER, 2004). Cabe ressaltar ainda que a família também é o local onde as cobranças e exigências no cuidado são potencializadas.

A falta de apoio dentro e fora da família, a discriminação do portador de diabetes, sua exclusão do ambiente social e a comiseração são outros fatores associados com a pobre adesão ao tratamento (MALERBI, 2014).

Conforme os achados de Santos e Araújo (2011), a família reproduz o comportamento autoritário do profissional de saúde, o que pode gerar no paciente sentimentos contraditórios de culpa, medo e raiva. A fala a seguir denota esta situação:

[...] Porque não vou dizer que aqui acolá eu não saio da dieta. Aí o dotô brigou muito comigo, e a minha filha estava comigo, Ave Maria! Fui pra casa calada e ela (a filha) só era jogando na minha cara. Fiquei com tanta raiva! (VM)

Um relato semelhante foi encontrado nesta pesquisa, corroborando com o exposto por Santos e Araújo (2011):

[...] “Me entristeci com os meus irmãos em um almoço no domingo passado. Eu comi mais do que deveria e eles falaram: Você é assim mesmo, já sabíamos que você não iria muito longe com a dieta”.

A família representa uma unidade de cuidado ao paciente diabético. Esse cuidado é influenciado pelo meio cultural na qual ela está inserida, pelo sistema de crenças, valores e significados compartilhados, além das condições socioeconômicas e educacionais. Ao relacionar a doença crônica e a família, devemos considerar a longa duração do tratamento e as limitações associadas ao estilo de vida prévio do doente e seus familiares (MOREIRA, 2001).

Considerando estes aspectos é fundamental compreender o processo de vida da família, já que esta deve ser uma aliada para a incorporação de orientações de saúde adequadas e para o processo de enfrentamento da doença. Sendo assim, o processo educativo deve valorizar as experiências e os conhecimentos prévios, ancorado em valores e crenças do próprio paciente e de seu núcleo familiar acerca da doença (SANTOS, 2005).

Segundo Malerbi (2014), famílias que não reconhecem o esforço dos pacientes, criticam em excesso os desvios, apresentam uma supervisão insuficiente ou exagerada dos comportamentos dos pacientes contribuem para a ocorrência de uma pobre adesão ao tratamento. Muitas vezes, observa-se a ocorrência de um ciclo vicioso: a falta de adesão gera crítica por parte de seus familiares, a qual, por sua vez, torna-se uma fonte adicional de conflitos que somada à crescente negatividade da família leva o paciente a piorar a sua adesão ao tratamento.

No trecho abaixo se percebeu o quanto as crenças e valores da família influenciam no tratamento e percepções do paciente.

“Um dia minha filha foi na minha casa, depois que eu emagreci bastante fazendo a dieta que a nutricionista me passou e ela falou: Pai, o senhor está pelancudo, o senhor sempre foi forte, agora está muito magro”. E eu respondi: “Olha, da próxima vez que você vier aqui não vai ver o pai assim, vai ver o pai bem forte. Aí comecei a comer mais um pouquinho, ne? Fui comendo mais, fui beliscando mais coisas, ai cheguei nesse peso que eu tenho desde sempre, 100kg, desde quando eu trabalhava no frigorífico”.

De acordo com Fischler (1995) apud Gonçalves (2004), a adiposidade corporal era sinal de status e beleza no século XIX. Pode-se perceber que este conceito ainda está presente na fala das pessoas nos dias de hoje. A pessoa que apresenta uma determinada aparência corporal, a qual pode indicar doença, não necessariamente percebe que este dado pode implicar um problema sério de saúde, ela pode pensar que não precisa perder o que é considerado excesso de peso para viver bem, para ela pode ser “normal” (GONÇALVES, 2004).

Destaca-se aqui o fato do paciente ter relatado que a filha que fez esse relato sobre a sua aparência é obesa, apresentando peso maior que o dele. Pode-se conceituar a imagem corporal como o conjunto de percepções, pensamentos e sentimentos de um indivíduo sobre o seu próprio corpo, e essa forma de perceber o próprio corpo pode influenciar a forma como percebemos o ambiente à nossa volta, inclusive modificando a relação com outras pessoas (CASH; PRUZINSKY, 2002).

A família que apoia seus membros em situação de doença compreende as modificações relacionadas à condição e torna-se permeável aos ajustamentos necessários para garantir o suporte necessário ao seu familiar doente, facilitando a adesão ao tratamento, recuperação e/ou melhora de sua saúde (MOREIRA, 2001).

O relato abaixo mostra que muitas vezes falta informação por parte dos familiares sobre a forma como fazer para ajudar os pacientes. Além disso, falta-lhes o conhecimento de que aos que não possuem nenhuma doença crônica, cuidar da alimentação serve como prevenção de doenças futuras. A fala abaixo é de uma filha que estava presente na sala quando aconteceu a entrevista. A mesma se mostrou solidária com a necessidade da mãe: “Agora sei que a mãe precisa mudar seus hábitos alimentares. A mãe vai viajar e como eu vou cozinhar para o pai, e quando a mãe voltar vamos estar adaptados a outro tipo de comida” (Paciente C).

Interessante observar o relato apresentado por Peres, et al (2007), quando entrevistou pacientes que vivem com diabetes:

“Já a parte da dieta é a mais difícil, pois os hábitos familiares são bem o oposto da dieta (massa, frituras e doces). Muitas vezes as pessoas não entendem que não é querer ser diferente, é uma necessidade. Em todas as refeições tem sempre uma pessoa a criticar o porquê do café sem açúcar, do suco, etc., principalmente minha mãe, sinto que ela não aceita que aconteceu esta mudança”.

Em relação ao que foi exposto pelo autor acima, notou-se fala parecida no estudo, onde o entrevistado diz:

“Sabe, minha mãe faz muitos doces quando vou a casa dela, e ela faz questão que eu coma, eu sei que não posso. Ela já tem bastante idade, mas sempre fez isso, e não é que eu queira colocar a culpa nela, mas eu acho difícil dizer que não vou comer”.

Conforme Peres, et al (2007) o controle alimentar é entendido dentro da ótica da privação, do “regime”, das proibições e restrições impostas à gratificação oral, e não da necessidade de uma reeducação alimentar. As crenças prevalentes enfatizam a restrição, acentuam o “não pode”, em detrimento das outras possibilidades que se abrem, como os ganhos na qualidade de vida caso o diabético siga as recomendações dos profissionais.

Expor-se à crítica do outro, à não aceitação por parte de familiares faz o diabético sentir-se "diferente" dos demais. O "ser diferente" é vivido como experiência penosa. A diferença é tratada como algo problemático e que precisa ser mudado e não como uma peculiaridade que singulariza o sujeito (SANTOS; ARAUJO, 2011).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De maneira geral os entrevistados, indivíduos que vivem com diabetes, ressaltaram que a relação profissional/paciente segue um protocolo rígido e monótono e com pouca possibilidade de diálogo, situação que pode estabelecer divergências e obstáculos. Nessa situação o estabelecimento de vínculos com os profissionais fica prejudicado. As dificuldades mais percebidas foram nas questões da forma de abordagem, ou seja, muitas vezes os pacientes não compreendiam ou as sugestões e orientações não faziam sentido para o seu autocuidado e por isso não eram utilizados ou seguidos;

Outro aspecto ressaltado pelos entrevistados foi no tocante à dificuldade pessoal em estabelecer mudanças nos seus hábitos alimentares e estilo de vida, situação que gerava ansiedade, sentimentos de fracasso e medo. Notou-se que essa condição foi mencionada em todas entrevistas. Assim, devido aos hábitos alimentares estarem solidificados ao longo dos anos, a realização da mudança exige esforço maior;

Cabe ressaltar que houve reconhecimento, por parte dos pacientes, de que certo grupo de alimentos teria influência negativa e seu consumo diário poderia piorar a sua condição de saúde;

Outro aspecto muito importante e deve ser registrado, estava relacionado com a influência da família, a qual ocupa papel central no sucesso do paciente. Notou-se que a família ocupava a posição de motivadora, ser indiferente ou declarar seu descrédito em relação ao paciente e sua capacidade em fazer opções corretas na alimentação;

O fator motivacional para o desenvolvimento desta pesquisa de mestrado foi para aprimorar as técnicas de atendimento aos pacientes adultos e idosos, que vivem com DM2, realizado pela unidade de nutrição clínica do HUGD/EBSERH, onde atualmente estou lotada;

A realização deste trabalho explicitou que são vários os aspectos que fazem parte do processo da construção de novas perspectivas para o ato de alimentar. E ressalta-se a importância de incluir e responsabilizar o paciente na tarefa de fazer escolhas alimentares de acordo com sua condição patológica e socioeconômica;

Destaca-se ainda que haja aspectos que vão muito além apenas do querer do paciente, envolvendo a relação entre o paciente e o profissional de saúde e a complexidade do comportamento alimentar, dentre outros aspectos;

Entendeu-se que o aconselhamento dietético caracteriza-se como uma intervenção que contempla a utilização da história alimentar na construção de condutas dietéticas, onde o profissional deve estar aberto à escuta efetiva dos seus pacientes e principalmente requer que o profissional tenha disponibilidade para percorrer junto com os educandos as suas dificuldades;

Para subsidiar o aconselhamento dietético, por ser uma estratégia sequencial e deve ser realizado em etapas, optou-se em construir, um *folder* explicativo. O principal intuito foi despertar os profissionais de nutrição para a importância das questões da Educação em Saúde, principalmente relacionados aos aspectos da construção do vínculo com os pacientes, o entendimento em profundidade dos fatos por ele apresentados e da forma de planejar e implementar as ações e a integração junto aos seus pacientes;

A formação acadêmica dos profissionais muitas vezes não abrange a integralidade do atendimento ao paciente e acredita-se que a inserção do aconselhamento dietético na rotina dos serviços, por meio do material educativo produzido a partir desta pesquisa, possa despertar nestes profissionais e acadêmicos a importância do uso desta técnica e sensibilizá-los sobre os pilares de fundamentação do método.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

A.A.D.E- American Association of Diabetes Educators. Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training. Chicago: **American Association of Diabetes Educators**, 2010. Disponível em:

<http://medicine.emory.edu/documents/endocrinology-diabetes-aadep-practiceguidelines2009.pdf>

ADA. American Diabetes Association. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. Diabetes Care. 2013; 36 (suppl. 1):S67-74

_____. American Diabetes Association. **Standards of Medical Care in Diabetes**. Diab Care. 2014 Jan;37(Suppl 1).Disponível em :

http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14

_____. **American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes**, 2015. Diabetes Care. 2015 jan; 38(Suppl 1).

ABESO. **Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2009/2010** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. - 3.ed. - Itapevi, SP : AC Farmacêutica Disponível em:

http://www.abeso.org.br/pdf/diretrizes_brasileiras_obesidade_2009_2010_1.pdf

Acesso em 23/07/2017.

ALVARENGA, Marle. **Nutrição comportamental**. Barueri: Manole; 2015., 549 p.

ALVAREZ, Marlene Merino. Plano Alimentar em algumas complicações metabólicas do Diabetes Mellitus: Hipoglicemia, Nefropatias e Dislipidemias. **Manual de nutrição para profissionais** - sociedade brasileira de diabetes, 2009. Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD São Paulo, 2009. Disponível em:

<http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/manual-nutricao.pdf>. Acesso em: 23/07/2017.

ARACETA et al. Sociodemographic and lifestyle determinants of food patterns in Spanish children and adolescents: the enKid study. **Eur J Clin Nutr**. 2003.

ARAÚJO, Dolores; MIRANDA, Maria Claudina Gomes de; BRASIL, Sandra L. **Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade**. v.31, Supl.1, p.20-31 jun.

2007.Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1421/1057>

ARAÚJO, Márcio Flávio Moura de, et al. Cumprimento da terapia com antidiabéticos orais em usuários da atenção primária1. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011 Jan-Mar.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/16.pdf>

BARBOSA, Maria Andressa Gomes et al. **Alimentação e Diabetes Mellitus: Percepção e Consumo alimentar de idosos no interior de pernambuco feeding and diabetes mellitus: perception and food consumption by elderly people in the hinterlands of pernambuco**

alimentación y diabetes mellitus: percepción y consumo. 1) Centro Universitário do Vale do Ipojuca - UNIFAVIP/DeVry - Caruaru (PE) - Brasil Recebido em: 25/08/2015 Revisado em: 16/09/2015 Aceito em: 21/09/2015

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa/Portugal: edições 70, 2006. (título original: L'Analyse de Contenu) Tradução: Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro.

BELEI, Renata Aparecida, et al. O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. 2008. **Cadernos de Educação** | FaE/PPGE/UFPel | Pelotas [30]: 187 - 199, janeiro/junho 2008. Acesso em 23/07/2017. Disponível em: <https://transcricoes.com.br/wp-content/uploads/2014/11/O-uso-de-entrevista-observa%C3%A7%C3%A3o-e-videograva%C3%A7%C3%A3o-em-pesquisa-qualitativa.pdf>

BOOG, Maria Cristina Faber. Contribuições da educação Nutricional à Construção da Segurança Alimentar. **Rev Ciência e Saúde**, Porto Alegre, v.6, p. 17-23, 2004. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude13art02.pdf>> Acesso em 22 Ago 2015.

_____. Contribuições da educação nutricional à construção da segurança alimentar. **Saúde Rev.** 2004;6(13):17-23

_____. **Educação em Nutrição: integrando experiências.** Campinas: Komedi, 2013.

_____. Educação Nutricional: passado, presente e futuro. **Rev Nutr.** PUCCAMP, Campinas, v.10, p. 5 – 19,1997.

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 1, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019&lng=en&nrm=iso>.

BAPTISTA, Deyse Regina. Alimentação e hábitos saudáveis. **Manual de nutrição para profissionais** - sociedade brasileira de diabetes – 2009. Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD São Paulo 2009. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/manual-nutricao.pdf> -Acesso em 23/07/2017.

BRASIL, 2001-2004. Brasil. Resoluções CNE/CES 2001 a 2004. **Estabelecem as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação na área da saúde.** Brasília; 2001-2004.

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022.** Brasília: 2011.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. **Marco de referência de educação alimentar e**

nutricional para as políticas públicas. Brasília 2012; 37-40p.

_____. Ministério da Saúde (BR), Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus no Brasil.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.** Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2014.pdf. Acesso em: 12/07/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Departamento de Apoio à Gestão Participativa.** Caderno de educação popular e saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, 2007, 158 p. Disponível em:
<http://pt.scribd.com/doc/99120279/Caderno-de-Educacao-Popular-e-Saude#scribd>. Acesso em 06 abr.2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Análise de Situação de Saúde.** Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf Acesso em: 13/07/2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Departamento de Atenção Básica.** – 1. ed.; 1. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 290 p: il. – (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II)

CANDIDO, Antônio. **Os parceiros do rio bonito.** 10ª. Sao Paulo: duas cidades; editora 34; 2003. Disponível em:
http://www.geografia.fflch.usp.br/graduacao/apoio/Apoio/Apoio_Valeria/flg0563/1s2015/ANTONIO_CANDIDO---OS_PARCEIROS_DO_RIO_BONITO.pdf

CARVALHO, Fernando Sanches, et al.. **Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva.** Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2012; 56(2).

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Plano de reorganização da atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: **Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.** Brasília (Brasil): 2004.

CORNELLI, Gabriele. **Os sentidos da alimentação:** para uma antropologia filosófica da

alimentação. In: Miranda DS, Cornelli G. Cultura e Alimentação. Saberes Alimentares e Sabores Culturais. São Paulo: SESC, 2007: p. 25-34.

CHAGAS, Natália Rocha.; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente vítima de acidente vascular cerebral. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v.26, n.1, p.193-204, 2004.

DEMO, Pedro. 1941. **Metodologia Científica em ciências sociais**. 3. Ed. Rev. São Paulo. Atlas. 1995.

DE SETA, Marysmari Horht et al. Cuidado nutricional em hospitais públicos de quatro estados brasileiros: contribuições da avaliação em saúde à vigilância sanitária de serviços. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Out. 2014.

DIRETRIZES SBD 2014-2015. **Princípios para orientação nutricional no diabetes mellitus**. DISPONIVEL EM <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-tipo-2/004-Diretrizes-SBD-Principios-pg19.pdf>. Acesso em: 19/07.

DESHMUKH-TASKAR. Does food group consumption vary by differences in socioeconomic, demographic, and lifestyle factors in young adult? The Bogalusa Heart Study. **J Am Diet Assoc**. 2007;107(2):223-34.

DUNCAN, Bruce Bartholow, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 Out 2014.

ECHER, Isabel Cristina. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 754-757, Oct. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000500022>

ESTIMA, Camilla de Chermont Prochnik. .Fatores determinantes de consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem? **Revista brasileira de nutrição clínica**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 263-268, 2009. Disponível em: http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14114/art_ESTIMA_Fatores_determinantes_de_consumo_2009.pdf?sequence=1. Acesso 23/07/2017

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2014. Disponível em :<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300847&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

FARIA, Heloisa Turcatto Gimenes. **Fatores Relacionados à Adesão do Paciente Diabético à Terapêutica Medicamentosa**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de

Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FERREIRA, Vanessa., MAGALHÃES, Rosana. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010211X2007000700019&script=sci_abs&tlng=pt>. Acesso em 25 Ago 2015.

FISCHLER, Claude. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: **Políticas do corpo**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. Apud Gonçalves, 2004 - O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero. Clarissa Azevedo Gonçalves. V. 05. N. 11, jul./set. de 2004. – Semestral ISSN - 1518- 3394 Disponível em www.cerescaico.ufrn.br/mneme

_____. **L'Homnivore. Le goût, la cuisine et le corps**. Paris: Éditions Odile Jacob; 1990.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 14ª. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

_____. **Educação como prática da liberdade**. 23. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

_____. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 50ª Edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

_____. **Educação e Mudança**. 24. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2001.

GARCIA, Rosa Wanda. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre a alimentação urbana. **Revista de Nutrição**. 2003; Maciel ME. Uma cozinha à Brasileira. Estudos Históricos. 2004; p. 1-16.

GONÇALVES, Clarissa Azevedo. **O “peso” de ser muito gordo: um estudo antropológico sobre obesidade e gênero**. Publicação do Departamento de História e Geografia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte Centro de Ensino Superior do Seridó – Campus de Caicó. V. 05. N. 11, jul./set. de 2004. – Semestral ISSN - 1518- 3394. 2004. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/246/226>.

HADDAD, Ana Estela, et al 2008- **Artigo original política nacional de educação na saúde**. v.32, supl.1, p.98-114 out. 2008. Disponível em : <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1463/1099>

HAMMERSCHMIDT, Karina Silveira de Almeida; LENARDT, Maria Helena. **Texto contexto – enfermagem**. Florianópolis , v. 19, n. 2, p. 358-365, Jun. 2010 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000200018>

HOLLI BB, CALABRESE RJ. **Communication and education skills: the dietitian’s guide**. Philadelphia: Lea & Febiger; 1986.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Análise do Consumo Alimentar Pessoal no Brasil**, 2011. Rio de Janeiro, 2011. 150 p

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2008. **Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab)**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

INTERNATIONAL DIABETIC FEDERATION 7th ed. 2015. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org/resources/2015-atlas.html>

LAURINDO, Mariana, et al. Conhecimento das pessoas diabéticas acerca dos cuidados com os pés. **Arq Ciênc Saúde**. 2005. p. 80-4.

LEITE-CAVALCANTI, Christiane et al . Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. salud pública**, Bogotá , v. 11, n. 6, p. 865-877, Dec. 2009 . Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000600003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000600003>.

LYRA, Ruy et al . Prevenção do diabetes mellitus tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 50, n. 2, p. 239-249, Apr. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 Jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302006000200010>.

MARINHO, Julio Cesar Bresolin .SILVA João Alberto da. Conceituação da educação em saúde e suas implicações nas práticas escolares. **Ensino, Saúde e Ambiente**. p. 21-38, dez. 2013.

MARLEBI, Fani Eta Korn. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014. Capítulo 9- **Adesão ao tratamento, importância da família e intervenções comportamentais em Diabetes**. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/53-adesao-ao-tratamento-importancia-da-familia-e-intervencoes-comportamentais-em-diabetes>.

MARQUES, José Roberto. **Saúde e Coaching: saúde na história, desenvolvimento neural e princípios do Coaching**. Goiânia: Editora IBC, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 Jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100002>.

COTTA, Rosangela Minardi Mitre et.al. 2009. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG . **Ciência e saúde coletiva**, p. 1251-1260, 2009. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/63063011692026/>. Acesso em: 13/07

MITRE, Sandra Minardi, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13 , 2008. Disponível em < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900018> Acesso em 05 Jun 2015.

MOLENA-FERNANDES Carlos Alexandre, et al. A importância da associação de dieta e atividade física na prevenção e controle de mellitus tipo II. **Acta Health Science** 2005. p.195-205

MONTEIRO, Carlos Augusto. **Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do País e de suas doenças** - Organizado por Carlos Augusto. São Paulo, Editora HUCITEC, 2000. 360 p.

MOREIRA, Thereza Maria Magalhães, et al. Alcance da teoria de King junto à família de pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Rev Gaúcha Enferm** 2001. p. 74-89.

MORIN, Edgar. Os sete saberes necessários à educação do futuro. Brasília: Cortez Unesco; 2002. Apud **Ciência & Saúde Coletiva** -*On-line version* ISSN 1678-561*Print version* ISSN 1413-8123 -Ciênc. saúde coletiva vol.12 n.2 Rio de Janeiro Mar./Apr. 2007- Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>

ORKOW, Bonnie M; ROSS, Julie.L. Weight reduction through nutrition education and personal counseling. **J Nutr Educ**. 1975. p. 65-7. Disponível em: https://sdpts.sciencedirect.com/SDPTSAApp/prepsdlinkparms.do?_reqID=124726439&_tType=DOC&_acct=C000072421&_version=1&_userid=25710149&_ts=1500584595&md5=b84c89b0112bdd97e4dc0d8ee75242c3

Osterkamp. L. K. Current perspective on assessment of human body proportions of relevance to amputees. *J. Am. Diet. Assoc.*, v95, n.2, p.215-218, 1995.

OTERO, Ludmila Miyar; ZANETTI, Maria.Lucia; OGRIZIO, Micheli Daquano. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. **Rev. Latino-Am. Enferm**. 2008; p. 231

PEREIRA Priscila Faria, et al. Conhecimentos dos usuários com diabetes mellitus na atenção primária à saúde. **Convibra Saúde**, 2012. Acesso em 04 mar 2016. Disponível em: http://www.convibra.org/saude_2012.asp?ev=77&lang=pt&ano=2012

PERES, Denise Siqueira et al . Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: sentimentos e comportamentos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 15, n. 6, p. 1105-1112, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 Jul. 2017. .

PHILIPPI, Sônia Tucunduva. **Pirâmide dos alimentos**. Fundamentos básicos da nutrição. Barueri: Manole, 2008.

PORTERO, Katia Cristina, CUELHAR Karina Cristina. **Aspectos atuais no tratamento dietético de pacientes com diabetes mellitus tipo 2: Nutrição em Pauta**, São Paulo 2004;65-66.

POTTER PA, PERRY AG. **Cuidado nas famílias.** Fundamentos de Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Kogan; 2004. p.117-29

PRATES, Raquel Eccel; SILVA, Ana Carolina. Pio. Avaliação do conhecimento nutricional e de hábitos alimentares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em hospital particular no sul do Brasil. *Rev Associação Brasileira de Nutrição*, São Paulo, n.1, 2013.

REIS, Tatiana Carvalho. et al. Educação em saúde: aspectos históricos no Brasil. **J. Health Sci. Inst.**, v. 31, n. 2, p. 219-23, 2013.

RENOVATO, Rogerio Dias.; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. **Rev. Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 3, jul./set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3.pdf>

RIEDIGER, et al. The influence of sociodemographic factors on patterns of fruit and vegetable consumption in Canadian adolescents. **J Am Diet Assoc.** 2007. p.1511-8

RODRIGUES, Erika Marafon.; BOOG, Maria Cristina Faber. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.5, p. 923-931, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2006000500005&script=sci_arttext> Acesso em: 04 Jun 2015.

RODRIGUES, Erika Marafon; SOARES, Fernanda Pardo Toledo Piza. BOOG, M. C. F. Resgate do conceito de aconselhamento no contexto do atendimento nutricional. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 18, n.1, p. 119-128, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1415-52732005000100011&script=sci_arttext> Acesso em: 02 Set 2015.

SANTANA, Maria da Glória 1998 – Santana MG. **O corpo do ser diabético, significados e subjetividade.** [Tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde/UFSC; 1998. Disponível em <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/77770/144776.pdf?sequence=1&isAllowed=y> ACESSO EM 15/072017

SANTOS, Manoel Antonio, et al. Social representations of people with diabetes regarding their perception of family support for the treatment. **Rev Esc Enferm USP** [Internet]. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/en_v45n3a15.pdf.

SANTOS, Ligia Amparo Silva. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 Out. 2014.

_____. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev. Nut.**, Campinas, v.18, n.5, p.681-692, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732005000500011&script=sci_arttext> Acesso em: 18 out. 2015.

SANTOS, Andréa Fernanda Lopes dos; e ARAUJO, José Wellington Gomes. **Prática alimentar e diabetes: desafios para a vigilância em saúde**. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n2/v20n2a14.pdf>. ACESSO EM 23/07/2017
Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, p. 255-263, abr-jun. 2011

SBD-Sociedade Brasileira de Diabetes. **Tratamento e acompanhamento do Diabetes mellitus**. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2007; 168

SCHMIDT, Maria Inês, et al. **Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. The Lancet, London, 9 maio 2011. Disponível em <http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/222>. Acesso em 12/07/2017

SEYFFARTH, Ana Helena Socal. Os alimentos: calorias, macronutrientes e micronutrientes. Manual de nutrição para profissionais. **Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD São Paulo**, 2009. Disponível em <http://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/manual-nutricao.pdf> Acesso em 23/07/2017

SICHERI, Rosely. Consumo alimentar no Brasil e o desafio da alimentação saudável. **Revista Com Ciência**, Campinas, edição.145, fev.2013. Disponível em: http://comciencia.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-76542013000100007&lng=es&nrm=iso/htm. Acesso em: 12 jul 2017

SOARES, Marcio. Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na unidade de terapia intensiva. **Rev. bras. ter. intensiva**. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 481-484. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 Jul 2017.

SOARES, Nadia Tavares.; AGUIAR, Adriana Cavalcanti. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. **Rev. Nutr.**, Campinas , v. 23, n. 5, p. 895-905, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000500019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Set 2015.

TAVARES, Marcelo Caetano de Azevêdo et al . **Análise da percepção dos diabéticos tipo 2 sobre a doença e o tratamento** .Perception analysis of patients with type 2 diabetes about the disease and treatment. *Epidemiol Control Infec*, Santa Cruz do Sul, 6(2):85-91, 2016.

TEIXEIRA, Elizabeth. Tecnologias em enfermagem: produções e tendências para a educação em saúde com a comunidade. **Rev Eletrônica Enferm** [internet]. 2010; p. 598. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4_a01.htm. Acesso em: 12 de julho de 2017

VASCONCELOS, Eymard Mourão. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2015.

VIGGIANO, Celeste Elvira. Manual de nutrição para profissionais – Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009. Plano Alimentar e diabetes mellitus tipo 2. Capítulo 5. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/6448151/Manual-de-Nutricao-Capitulo-5> Acesso em 23/07/2017. Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD São Paulo 2009.

VIGGIANO, Celeste Elvira; GOVEIA, Gisele Rossi. Capítulo 7 - **Peculiaridades no seguimento do Diabetes tipo 1 e tipo 2**. Sociedade brasileira de diabetes, 2014.

<http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/52-peculiaridades-no-seguimento-do-diabetes-tipo-1-e-tipo-2>

WHO -**World Health Organization**. Diabetes: the cost of diabetes. WHO fact sheet. September 2002, n. 236.

_____. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: Technical Report Series 916, 2003. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf. Acesso em 19/07/17

_____. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: 2009.

_____. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: Technical Report Series 916, 2003.

APÊNDICE

APÊNDICE 1- PRODUÇÃO TÉCNICA



Os relatos abaixo foram colhidos durante a pesquisa e mostram que os pacientes procuram pessoas que as tratem com respeito e carinho, cumprindo seu compromisso profissional com ética e dedicação. Notouse a importância da capacidade de encontrar no outro um motivo para ser um profissional melhor.

"Eu não sou burro, se você conseguir me explicar eu entendo, igual eu estou te entendendo agora, mas tem gente que não sabe falar com a gente" (Paciente A).

"Eu vejo assim, que quando a pessoa conversa e te explica bem, numa boa, você consegue entender que não está sozinha e que tem alguém pra te ajudar a se tratar" (Paciente C).

"Quando me deram o diagnóstico de Diabetes só me disseram: "- Você não pode isso, não pode aquilo e pronto. A Doutora disse: Você quer morrer? Então, tem que se tratar." Eu respondi: "- Não é assim Dra. Você tem que conversar, se a senhora trabalha nessa área, não tem como falar assim" (Paciente C).

O aconselhamento dietético leva o profissional a um envolvimento muito mais profundo com as questões dos pacientes, o que torna possível utilizar de maneira muito mais intensa os conhecimentos da nutrição na perspectiva de auxiliar o paciente em sua busca por qualidade de vida, gerando maior satisfação no profissional por participar ativamente desta construção, aumentando o vínculo, o carinho e o respeito entre os envolvidos.

Muitas vezes o tempo que passamos no trabalho é maior do que o tempo que passamos com a família e amigos, sendo importante a motivação, sensação de satisfação e paixão com o trabalho para evitar problemas físicos e mentais (MARQUES, 2015).



*"Conheça todas as teorias,
domine todas as técnicas,
mas ao tocar uma alma
humana, seja apenas outra
alma humana."*

Carl G. Jung

Referências Bibliográficas

BOGOS, K.C.F. Educação em Nutrição: integrando experiências. Campinas: Kamekö, 2013.

FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. Educação e Mudança. 24. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2001.

FREIRE, P.; NOGUEIRA, A. Que fazer: teoria e prática da educação popular. 13. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MARQUES, J.M. Saúde e Coaching: saúde na história, desenvolvimento neural e princípios do Coaching. Goiânia: Editora IBC, 2015.

Material educacional construído no programa de Pós-Graduação Stricto Sensu Ensino em Saúde, nível de mestrado da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS)

REBEKA Rosa, Renata Martins Castro

Aconselhamento dietético: intervenção de educação alimentar e nutricional em unidade de nutrição clínica/ Renata Martins Castro Rosa. – Dourados, MS: UEMS, 2017

Produção Técnica (Mestrado) – Ensino em Saúde - Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2017. Orientadora: Profa. Dra. Vivian Rahmeyer Fietz. Co-orientadora: Profa. Elaine M. T. Watanabe.

1. Aconselhamento dietético 2. Educação nutricional 3. Educação em saúde I. Título

CDD 23. ed. + 613.2



**Aconselhamento
Dietético:
Uma intervenção
de Educação
Alimentar e
Nutricional**

OBJETIVO: Proporcionar o desenvolvimento de práticas que não se atenham apenas às diretrizes técnicas, mas que possam qualificar a vida, trazer saúde e bem estar em todos os sentidos.

Nota-se que o foco tecnicista da formação do nutricionista faz com que a educação alimentar e nutricional seja colocada em segundo plano, assim a inserção de um material que desperte a importância de se atentar a esta prática serve de ajuda aos profissionais e estudantes como estratégia de humanização do serviço.





ACONSELHAMENTO DIETÉTICO

(BOOG, 2013)

Educação Alimentar e Nutricional significa voltar-se para a formação de valores, para o prazer, responsabilidade, atitude crítica e liberdade. Abrangendo todas essas dimensões, uma das estratégias que o nutricionista pode utilizar é o aconselhamento dietético (BOOG, 2013).

Por se tratar de uma intervenção baseada no acolhimento e na compreensão, se realizada durante a internação pode possibilitar ao paciente a reflexão sobre suas atitudes, sendo assim um apoio na construção dos conhecimentos necessários para o cuidado com a saúde.

A realização deste trabalho explicitou que são vários os aspectos que fazem parte da construção de novas perspectivas para o ato de alimentar, tais como: relacionamento com o profissional de saúde, conhecimento sobre a doença e o autocuidado, e o comportamento alimentar. Ressalta-se a importância de considerar estes aspectos durante os atendimentos, tratando cada paciente como detentor de uma história de vida única, com demandas próprias.

Cada pessoa tem singularidades que requerem adaptações no processo educativo para atender demandas específicas. Na perspectiva do aconselhamento não existe paciente difícil ou rebelde, mas uma pessoa que demanda cuidados e cujo problema pode ter diferentes graus de complexidade (BOOG, 2013).

FUNDAMENTAÇÃO DO MÉTODO

Educar não é transmitir conhecimentos, mas criar as possibilidades para sua construção ou produção, jamais como uma experiência fria e sem alma em que os sentimentos, emoções e sonhos devam ser reprimidos (FREIRE, 1996).

Através do diálogo é que se dá a verdadeira comunicação, onde os interlocutores são ativos e iguais (FREIRE, 2001).

Humanizar a saúde é transformar a forma de pensar os modelos de gestão e suas práticas, num processo que o foco seja o ser humano e não a sua doença (MARQUES, 2015).

Quando a prática está preenchida de curiosidade ela é capaz de despertar inúmeras possibilidades (FREIRE; NOGUEIRA, 2014).

As ações educativas devem surgir do olhar curioso e investigativo. (BOOG, 2013)

ATITUDES E RESULTADOS EM CADA ETAPA:

1 - Construção do vínculo, estabelecimento do diálogo e descoberta inicial - Momento de formação do vínculo e conhecimento da história alimentar do paciente:

- **Postura do profissional** – ouvir contextualmente o paciente, tanto na fala quanto nas expressões corporais, sem julgamentos, sendo curioso e estimulando o paciente a expor e também a compreender sua história. É fundamental a empatia, autenticidade e considerações positivas na condução do encontro.
- **Ferramentas utilizadas** – entrevista com perguntas abertas que possibilitem o desenrolar de um diálogo permeado pela curiosidade.
- **Sugestão de perguntas norteadoras** –
 - Fale-me sobre sua alimentação ao longo de sua infância e adolescência.

Fale-me sobre sua alimentação nos dias de hoje.

- Você acredita que são necessárias mudanças em sua alimentação atualmente? Quais?
- **Resultado** – o paciente consegue identificar necessidade de mudança e estabelecer para si metas e objetivos.

2 - Exploração em profundidade - com base nos resultados da primeira etapa, o nutricionista traz os conceitos da nutrição a fim de desvelar e ampliar os temas levantados, subsidiando o paciente de conhecimentos sobre a relação entre a alimentação e a patologia apresentada, reforçando assim a necessidade da mudança de hábitos:

- **Postura do profissional** – encorajadora, estimulando o paciente a fazer mudanças de hábito simples e gradativas, arraigando nele os conceitos repassados sobre a alimentação e patologia.
- **Ferramentas utilizadas** – elementos concretos propiciando a vivência do paciente no aprendizado dos conceitos nutricionais.
- **Sugestão de perguntas norteadoras** –
 - O que é preciso fazer para alcançar as mudanças levantadas na etapa 1?
 - Quais dificuldades você pode encontrar para colocar em prática estas mudanças?
 - O que você realmente deseja colocando em prática estas mudanças?
- **Resultados** – ampliação dos conhecimentos básicos sobre a alimentação e a percepção de novas práticas que podem ser colocadas em uso no dia a dia.

3 - Preparação para Ação - é o momento da palavra em ato. O paciente ensaia um novo modo de agir. As duas primeiras fases foram mais interrogativas para ele. Esta fase é uma transição entre o querer e o fazer.

- **Postura do profissional** – postura de apoiador. Realizando avaliação conjunta com o paciente aprimorando as estratégias selecionadas para enfrentar os problemas.
- **Ferramentas utilizadas** – entrevista com perguntas abertas que possibilitem o acompanhamento do processo de mudança de hábito do paciente e da efetivação da ação.
- **Sugestão de pergunta norteadora** –
 - Como você colocará em prática as mudanças que estamos discutindo?
- **Resultados** – percepção das dificuldades e facilidades de manter as condutas e metas estabelecidas.

4 - Integração – é quando o paciente integra em sua rotina uma nova maneira de se alimentar.

Postura do profissional – apoiador e encorajador na continuidade e melhoria das estratégias.

- **Ferramentas utilizadas** – entrevista com perguntas abertas que possibilitem o acompanhamento do processo de mudança de hábito do paciente e da efetivação da ação.
- **Sugestão de pergunta norteadora** –
 - Como tem sido colocar em prática as mudanças discutidas por nós?
- **Resultados** – escolhas alimentares mais adequadas à sua condição de saúde.

Esse item foi baseado nos resultados da pesquisa e em Boog (2013)



ANEXOS

ANEXO 1

<p>1. NÚMERO DO QUESTIONÁRIO:</p> <p>2. RESPONSÁVEL PELA COLETA DE DADOS:</p> <p>3. DATA DA COLETA DE DADOS:</p>
<p>DADOS PESSOAIS:</p> <p>4. NOME COMPLETO:</p> <p>5. DATA DE NASCIMENTO:</p> <p>6. ENDEREÇO:</p> <p>7. SEXO: () 1- MASCULINO () 2- FEMININO</p> <p>8. DOENÇAS PRÉVIAS:</p>
<p>9.ESCOLARIDADE</p> <p>() 1 – ANALFABETO () 2 – ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO () 3 – ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO () 4 – ENSINO MÉDIO INCOMPLETO () 5 – ENSINO MÉDIO COMPLETO () 6 – EDUCAÇÃO SUPERIOR INCOMPLETA () 7 – EDUCAÇÃO SUPERIOR COMPLETA</p> <p>10.RENDA FAMILIAR: () 1 - < 1 salário mínimo () 2 – 1 a 3 salários mínimos () 3 – 4 a 6 salários mínimos () 4 - >7 salários mínimos</p> <p>11. SITUAÇÃO CONJUGAL/ ESTADO CIVIL: () 1- solteiro(a) () 2- casado(a) /união consensual () 3- viúvo(a) () 4 – Separado(a)</p>
<p>12. FUMOU CIGARRO ALGUMA VEZ NA VIDA ?</p> <p>() 1 – SIM () 2- NÃO</p> <p>13. FUMA ATUALMENTE ?</p> <p>() 1 – SIM () 2- NÃO</p> <p>14. CONSOME BEBIDA ALCOÓLICA ?</p> <p>() 1 – NUNCA () 2- 1 – 2 VEZES POR MÊS () 3 - 1 – 2 VEZES NA SEMANA () 4 - FREQUENTEMENTE</p> <p>15. PRATICA ATIVIDADE FÍSICA ?</p> <p>() 1 – SIM () 2- NÃO</p> <p>16. FREQUENCIA DE ATIVIDADE FÍSICA:</p> <p>() 1 –até 2 vezes por semana () 2 – 3 a 5 vezes por semana () 3 - todos os dias da semana</p>
<p>17. HÁ QUANTO TEMPO POSSUI O DIAGNÓSTICO DA DOENÇA</p>

ANEXO 2

1ª ETAPA - CONSTRUÇÃO DO VÍNCULO, ESTABELECIMENTO DO DIÁLOGO E DIAGNÓSTICO INICIAL.
<ol style="list-style-type: none"> 1. FALE-ME SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO AO LONGO DE SUA INFÂNCIA E ADOLESCENCIA. 2. FALE-ME SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO NOS DIAS DE HOJE. 3. VOCÊ ACREDITA QUE SÃO NECESSÁRIAS MUDANÇAS EM SUA ALIMENTAÇÃO ATUALMENTE? QUAIS?
2ª ETAPA - EXPLORAÇÃO EM PROFUNDIDADE
<ol style="list-style-type: none"> 4. O QUE É PRECISO FAZER PARA ALCANÇAR AS MUDANÇAS LEVANTADAS NA ETAPA 1 ? 5. QUAIS DIFICULDADES VOCÊ PODE ENCONTRAR PARA COLOCAR EM PRÁTICA ESTAS MUDANÇAS? 6. O QUE VOCÊ REALMENTE DESEJA COLOCANDO EM PRÁTICA ESTAS MUDANÇAS?
3ª ETAPA – PREPARAÇÃO PARA AÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> 7. COMO VOCÊ COLOCARÁ EM PRÁTICA AS MUDANÇAS QUE ESTAMOS DISCUTINDO?
4ª ETAPA – INTEGRAÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> 8. COMO TEM SIDO COLOCAR EM PRÁTICA AS MUDANÇAS DISCUTIDAS POR NÓS?

ANEXO 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa “ELABORAÇÃO DE UM MANUAL PARA ACONSELHAMENTO DIETÉTICO EM UNIDADE DE NUTRIÇÃO CLÍNICA” de responsabilidade da pesquisadora Renata Martins Castro Rosa. O projeto está cadastrado na Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento O (a) Sr. (a) poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O propósito da pesquisa é promover educação alimentar e nutricional através do aconselhamento dietético, que se trata de um atendimento individual na área da alimentação que considera aspectos relacionados à história de vida das pessoas, buscando esclarecer conflitos relacionados ao ato de se alimentar. A partir disso, será desenvolvido um manual de aconselhamento dietético para ser utilizado pelos profissionais no atendimento aos pacientes adultos/idosos que vivem com Diabetes Mellitus atendidos pela unidade de nutrição clínica HUGD/EBSERH.

Acredita-se que a inserção de um manual que oriente a importância e aponte os caminhos para realizar o aconselhamento dietético ajudará os nutricionistas da Unidade de Nutrição Clínica HUGD/EBSERH a inseri-lo em sua atuação, sendo esta uma estratégia importante de humanização do serviço.

A participação do (a) Sr.(a) consiste em responder sobre condições socioeconômicas, estilo de vida e dados antropométricos e, além disso, se já recebeu orientação em relação à alimentação feita por algum profissional da área da saúde e há quanto tempo possui o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Dados clínicos de glicemia serão retirados de seu prontuário. Além disso, sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista à pesquisadora, respondendo perguntas durante o aconselhamento dietético. As entrevistas serão conduzidas ao longo dos dias da sua internação, com duração máxima de 1 hora. Para dar continuidade a pesquisa o (a) Sr. (a) será convidado para participar de atendimento ambulatorial após sua alta hospitalar. Caso não possa comparecer às consultas, e esteja de acordo, poderão ser realizadas visitas pela pesquisadora ao seu domicílio.

Assinatura do Participante Voluntário

Assinatura do Pesquisador Responsável

Durante o estudo serão medidos o peso e a altura. Nesse procedimento, existe o risco de queda da balança, o qual será minimizado com o apoio do avaliador no momento da pesagem. O (a) Sr. (a) tem o direito de não responder a perguntas com as quais se sinta constrangido.

As informações obtidas através dessa pesquisa são confidenciais e asseguramos o sigilo sobre aspectos da entrevista que possam causar constrangimentos ao (a) Sr. (a), seus familiares e comunidade, ressaltando o fato de que por se tratar de relatos de história de vida, poderemos utilizar parte das entrevistas identificando os depoentes apenas com as iniciais do nome, sempre com o cuidado de não expor fatos que possam vir a trazer prejuízos morais. Os resultados do estudo serão divulgados em publicações em meios especializados.

Este termo de consentimento será impresso em duas vias e uma delas ficará com o (a) Sr. (a).

O (a) Sr. (a) está ciente de que não receberá nenhum pagamento pela sua participação. Poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Renata Martins Castro Rosa da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul pelo telefone (67) 91406006, e com o Comitê de Ética – UFGD pelo telefone (67) 3410-2853.

Eu, _____, _____ anos, RG ou CPF nº _____, Telefone _____, Endereço _____
_____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Dourados, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante Voluntário

Assinatura do Pesquisador Responsável