



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em

Saúde Coletiva

Brasil

Melo Pontieri, Flavia; Bachion, Maria Márcia

Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao  
tratamento

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 1, enero, 2010, pp. 151-160

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012432017>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

 redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricional e sua influência na adesão ao tratamento

Beliefs of diabetic patients about nutritional therapy and its influence on their compliance with treatment

Flavia Melo Pontieri<sup>1</sup>  
Maria Márcia Bachion<sup>2</sup>

**Abstract** *The system of health beliefs influences the process of compliance with diabetes treatment. Compliance with nutritional therapy is one of the greatest challenges found. The purpose of this qualitative approach study was to analyze the beliefs of type 2 diabetic patients regarding nutritional therapy and its influence on the compliance with it. The participants of the study were nine patients being treated in a reference unit for diabetic patients' treatment. The procedures involved were blood exam to check the glycated hemoglobin, a questionnaire, semi-structured recorded interview and patient report checking. The analysis of the speeches was made using the thematic categories of Bardin (2000), and the models of Rokeach (1981) and Rosenstock (1974). All participants showed glycated hemoglobin levels higher than 7%, what shows that is difficult for them to control their glicemic levels and possible non compliance. After the analysis of the speeches, two thematic categories were identified: "Recommendations received about feeding" and "Nutritional therapy compliance". Both categories showed authority beliefs and consensus zero, and barriers to nutritional therapy, which the participants see as a restrictive imposition. Those beliefs have negative influence on the compliance, and so, they have to be considered when providing health assistance to the population.*

**Key words** *Diabetes, Patient acceptance of health care, Nutritional therapy*

**Resumo** *O sistema de crenças em saúde influencia o processo de adesão ao tratamento de diabetes. A adesão à terapia nutricional é um dos maiores desafios. O objetivo desse estudo de abordagem qualitativa foi analisar as crenças de pacientes diabéticos tipo 2 a respeito da terapia nutricional e sua influência na adesão. Participaram do estudo nove pacientes em tratamento em um centro de referência para atendimento à diabéticos. Os procedimentos envolvidos foram coleta de sangue para dosagem de hemoglobina glicada, aplicação de questionário, entrevista semi-estruturada gravada e consulta ao prontuário. A análise das falas foi feita a partir do modelo de categorias temáticas de Bardin, e segundo os modelos de crenças de Rosenstock e Rokeach. Todos os participantes apresentaram níveis de hemoglobina glicada acima de 7%, denotando dificuldade para o controle glicêmico e possível falta de adesão. Pela análise das falas, foram identificadas duas categorias temáticas: "Recomendações recebidas sobre alimentação" e "Adesão à terapia nutricional". Elas revelam crenças de autoridade e de consenso zero, e de barreiras à terapia nutricional, percebida como imposição restritiva. São crenças que influenciam negativamente a adesão; assim, precisam ser consideradas no atendimento à população.*

**Palavras-chave** *Diabetes, Aceitação do paciente de cuidados de saúde, Terapia nutricional*

<sup>1</sup> Faculdade Latino Americana Av. Universitária 683, Centro. 75080-150 Anápolis GO. flaviamelo76@hotmail.com  
<sup>2</sup> Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Goiás.

## Introdução

O diabetes mellitus (DM) pode ser definido como uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo de lipídios e proteínas<sup>1-3</sup>. Entre os seus vários tipos, destaca-se o DM tipo 2, que representa 90% dos casos da síndrome, aparecendo geralmente na idade adulta<sup>4</sup>.

As complicações do DM podem ser agudas ou crônicas. Entre as complicações agudas estão a hiperglicemia e a hipoglicemia. As complicações crônicas podem ser macrovasculares (doença cardíaca coronária, doença vascular periférica e doença cerebrovascular), microvasculares (retinopatia e nefropatia) e neurológicas (neuropatia)<sup>5</sup>.

Atualmente, estima-se que existem em todo o mundo cerca de 150 milhões de pessoas portadoras de diabetes e esse número poderá duplicar até o ano de 2025. O DM, juntamente com outras doenças crônicas, atingiu proporções que atualmente permitem considerá-lo como uma pandemia, atingindo todos os países, independente do seu grau de desenvolvimento<sup>1,2,6-9</sup>.

Essa alta incidência e prevalência na população mundial podem implicar problemas econômicos e sociais, tais como a diminuição da produtividade, altos custos do tratamento, piora da qualidade de vida e diminuição da sobrevida dos pacientes. O DM ainda contribui de forma significativa para o aparecimento de outras doenças, o que é agravado na vigência de tratamento inadequado ou ausente<sup>1,2,6,7</sup>.

O maior desafio para o controle da síndrome é manter a glicemia dentro de parâmetros adequados. O controle glicêmico almejado é glicemia de jejum menor que 126 mg/dl e hemoglobina glicosilada menor que 7%<sup>10</sup>.

É essencial uma reorganização de hábitos alimentares para o controle do DM tipo 2. Para tanto, é necessário que haja integração entre a alimentação e os demais cuidados desenvolvidos pelo paciente. O comportamento alimentar é modificado de acordo com as exigências e limitações impostas pela síndrome, devendo ser revisadas escolhas alimentares, diminuindo as calorias para evitar ganho de peso, aumentando a atividade física, moderando a ingestão de gordura, espaçando as refeições e monitorizando a glicemia, objetivando, finalmente, seu controle<sup>2,11,12</sup>.

A dieta hipocalórica, responsável pela perda ponderal, é particularmente significante logo após o diagnóstico de DM tipo 2, quando a secreção

de insulina ainda é adequada. Essa dieta tem mostrado importante papel regulador no controle da hiperglicemia ainda que não haja perda ponderal, o que torna o valor da ingestão calórica mais importante que o peso em si<sup>5</sup>.

Devido à gama de alterações do estilo de vida que são impostas às pessoas portadoras do DM tipo 2, numa fase da vida em que seus hábitos já estão bastante consolidados, a adesão destas ao tratamento tem sido um grande desafio e este fenômeno é nosso objeto de estudo neste momento.

## Adesão da pessoa diabética ao tratamento

Adesão é muito mais que simplesmente cumprir determinações do profissional de saúde. Se entendida dessa maneira, supõe que o paciente não tenha autonomia, sendo completamente excluído do controle do seu estado de saúde, cabendo esse papel exclusivamente ao profissional. Supõe também que não haja influência ou interferência de familiares, amigos ou vizinhos, nem das representações de saúde, corpo e doença para o paciente. A realidade é que, no processo de adesão, os pacientes têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais de saúde, tornando-se participantes ativos do processo de cura<sup>13</sup>.

Avaliar o processo de adesão não significa então apenas avaliar o cumprimento de determinações de profissionais de saúde, mas nos permite, embora numa perspectiva limitada, verificar fatores que tornam a incorporação de determinadas atitudes necessárias ao tratamento de saúde tão difíceis e distantes da realidade de parte dos pacientes.

Alguns fatores têm apresentado grande importância com relação à adesão dos pacientes ao tratamento. Entre eles estão respostas corporais, tais como diminuição dos episódios de hiperglicemia/hipoglicemia e diminuição dos níveis de glicemia, 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 própria síndrome e participação da família. O vínculo do paciente com a unidade de saúde, contando com terapias e profissionais atualizados, também é parte importante desse processo<sup>11,13,14</sup>.

A adesão a terapias em países desenvolvidos gira em torno de 50% e pode ser ainda muito menor em países em desenvolvimento, em face

ao baixo acesso a serviços de saúde pela população em geral. A baixa adesão a tratamentos longos, como é o caso do diabetes, compromete a efetividade dos mesmos, tornando-se um problema crítico para a saúde da população, no tocante à diminuição da qualidade de vida relacionada a aspectos econômicos<sup>15</sup>.

Segundo Lessa<sup>6</sup>, o reconhecimento do DM tipo 2 como uma enfermidade crônica que afeta milhões de pessoas no mundo tem motivado as organizações de saúde a buscarem metodologias que favoreçam um delineamento real do problema, assim como das melhores estratégias a serem adotadas para favorecer a adesão dos pacientes ao tratamento, buscando conhecer fatores até então não considerados importantes. Segundo Aráuz<sup>16</sup>, esses fatores se relacionam aos conhecimentos, às percepções, às atitudes, aos medos e às práticas dos pacientes em um contexto familiar e comunitário. Estes fenômenos por sua vez estão ligados às crenças das pessoas.

### **Crenças em saúde e sua relação com a adesão ao tratamento**

De uma forma geral, no universo da saúde, podemos dizer que as crenças são definidas como idéias, conceitos, convicções e atitudes tomadas pelos pacientes que estão relacionadas à saúde ou doença e como estes fatores acabam por influir na qualidade de vida e na saúde dessas pessoas<sup>17</sup>.

Existem formas diferentes de classificação para as crenças em saúde. Rokeach<sup>18</sup>, diferencia as crenças em cinco tipos:

1) Crenças primitivas – consenso 100% – são apreendidas pelo encontro direto com o objeto da crença, reforçadas por um consenso social unânime entre todas as referências de pessoas ou grupos. Representam as verdades básicas do indivíduo sobre a realidade física, social e a natureza do eu, não sendo sujeitas à discussão ou controvérsia;

2) Crenças primitivas – consenso zero – diferem das anteriores pelo fato de que sua manutenção não depende do fato de ser compartilhada com outros: não há referência de grupos ou pessoas fora do eu que possam discutir tal crença;

3) Crenças de autoridade – são crenças inicialmente primitivas que se modificam a partir da expansão do sistema de crenças, desenvolvendo a parte não-primitiva deste. São crenças modificadas pela interação com o meio social, normalmente submetidas a uma autoridade consentida;

4) Crenças derivadas – são provenientes (ou derivadas) das crenças em determinadas autori-

dades. Exemplos dessas são as crenças ideológicas, originadas mais pela identificação com a autoridade – religiosa ou política – do que com o objeto da crença. Ainda estão neste grupo crenças obtidas através de fontes confiáveis, tais como jornais ou revistas;

5) Crenças inconsequentes – crenças que representam questões de gosto, são mais ou menos arbitrárias. Têm pouca ligação com as outras crenças e sua modificação não traz implicação para a organização do sistema de crenças do indivíduo.

Esse modelo nos permite avaliar a força das crenças no sistema organizado pelo indivíduo, o que pode servir de base para a abordagem do mesmo caso deseja a modificação de determinada crença. Acredita-se que quanto mais se aproxime da crença primitiva de consenso 100%, mais imutável seja, mas isso não é uma regra<sup>18</sup>.

Outra abordagem que contribui para compreender o comportamento das pessoas na área de saúde é a de Rosenstock<sup>19</sup>, cujo modelo foi proposto por Becker<sup>20</sup>. Este modelo, conhecido como modelo de crenças em saúde (MCS), inclui um forte componente de motivação e do mundo perceptual do indivíduo. É uma teoria que não só tenta explicar um problema particular de saúde, mas que também pode ser adaptada a outros contextos de comportamento<sup>21</sup>.

As características iniciais do modelo procuram prever ações e atitudes dos indivíduos em relação às doenças, tendo em vista quatro variáveis que são interdependentes<sup>19</sup>:

1) Susceptibilidade percebida – é a variável que avalia a aceitação da possibilidade de contrair uma determinada condição ou patologia. A ênfase é dada à realidade subjetiva e não a objetiva, explicada pelo fato de que as pessoas variam de forma acentuada na interpretação no que diz respeito a uma realidade objetiva;

2) Severidade percebida – essa variável diz respeito à percepção da seriedade de uma dada condição de saúde. O grau de seriedade pode ser julgado pelo grau de estimulação emocional criado pelo pensamento de uma doença, pelos tipos de dificuldade que o indivíduo acredita que uma dada condição de saúde poderá criar para ele ou mesmo pelo simples conhecimento das complicações que aquela doença poderá trazer para a sua saúde e à qualidade de vida;

3) Benefícios percebidos – o comportamento do indivíduo dependerá ainda da crença de quão benéficas, para o seu caso, serão as alternativas para reduzir a ameaça à dada condição de saúde. Deve haver pelo menos uma ação que seja subje-

tivamente possível, seja ela relacionada à redução da susceptibilidade ou da severidade da doença;

4) Barreiras existentes – essa variável diz respeito aos aspectos negativos percebidos pelo indivíduo em relação às ações em saúde. Ele pode perceber essas ações como caras, inconvenientes, desagradáveis, dolorosas ou que exigem muito tempo disponível. Essas qualificações das ações se tornam barreiras e criam motivos conflitantes.

Para determinação dos fatores facilitadores e dificultadores da adesão, deve-se observar e estabelecer relações entre as várias instruções que são feitas ao paciente, suas ações de autocuidado, as consequências a curto, médio e longo prazo.

Entre fatores já detectados como facilitadores da adesão estão o tratamento dos pacientes por médicos especialistas, maior tempo de diagnóstico, apoio social e familiar, escolaridade do paciente, tratamento flexível, simplificação das prescrições e objetivos claros, focalizando mudanças graduais. Entre as barreiras estariam os problemas de baixa auto-estima, estresse e controle aversivo do paciente para aderir ao tratamento. A ausência de sintomas, mesmo com a síndrome já diagnosticada, pode ser também uma importante barreira<sup>22</sup>.

A piora do quadro clínico também tem uma relação com o aumento da adesão ao tratamento, sendo difícil verificar se existe algum patamar (medicação, exercício ou alimentação) que seja de mais fácil adesão. Existe uma tendência de menor adesão à prescrição alimentar, por ser considerado o fator comportamental e social de mais difícil modificação. Quanto mais mudanças forem exigidas na rotina do paciente, mais difícil será sua adesão. Quanto menores as complicações que estiverem existindo, menor a adesão<sup>22</sup>.

Um dos fatores que tem sido pouco estudado em relação à adesão de pessoas diabéticas à terapia nutricional é a análise do seu sistema de crenças. Assim, foi desenvolvido o presente estudo, com o objetivo de analisar as crenças de pacientes portadores de diabetes tipo 2 acerca da terapia nutricional, com a finalidade de contribuir para compreender essa faceta de um fenômeno tão complexo que é a adesão.

Os achados dessa pesquisa poderão redirecionar tanto a formação dos profissionais em saúde como sua atuação, no sentido de prestar melhor atendimento à população diabética. Além disso, podem subsidiar pesquisas futuras, no sentido de buscar a razão da formação das crenças, de modo a orientar intervenções.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em uma unidade de referência para atendimento de pessoas diabéticas no sistema público de saúde de uma cidade do Estado de Goiás. O estudo foi realizado mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás.

O recrutamento foi feito junto aos participantes do Programa de Diabetes da Unidade, que conta com cerca de 4.200 inscritos. Nesse programa, que atende a população de toda a cidade onde se localiza e entorno, os pacientes recebem atendimento médico, nutricional e da equipe de enfermagem.

A abordagem dos participantes foi realizada uma vez por mês, às quartas-feiras, no período de novembro de 2004 a maio de 2005, no momento em que aguardavam a consulta com a nutricionista. Nesse encontro, foram prestadas informações sobre a pesquisa, suas finalidades, objetivos, procedimentos envolvidos, riscos e benefícios. Aqueles que concordaram, assinaram termo de consentimento livre e esclarecido.

A cada mês, duas ou três pessoas foram incluídas no estudo. Os únicos critérios estabelecidos foram que a idade do participante fosse maior ou igual a dezoito anos e que o diagnóstico médico fosse diabetes tipo 2, independente de outras comorbidades existentes.

Após o consentimento dos participantes, foi agendada data para coleta de dados que constou dos seguintes procedimentos:

- Coleta de 5 ml de sangue venoso periférico para dosagem de hemoglobina glicosilada, em laboratório de análises clínicas conceituado, por um técnico desta instituição, respeitando as devidas medidas de biossegurança;

- Aplicação de questionário com questões para caracterização socioeconômica e cultural e entrevista registrada com auxílio de gravador, a partir de um questionário semi-estruturado, no domicílio dos participantes;

- Consulta aos prontuários na Unidade Básica de Saúde, para obtenção de informações complementares sobre o tratamento ambulatorial.

Quando prontos, os resultados de dosagem de hemoglobina glicosilada foram disponibilizados para todos os participantes, que receberam as devidas orientações sobre as taxas obtidas.

A determinação do contingente de participantes se deu a partir do momento em que ocorreu a saturação das falas, ou seja, a partir do momen-

to em que os conteúdos das entrevistas passaram a ser repetitivos.

Para análise dos dados, após transcrição das falas, foram utilizados procedimentos de análise de conteúdo, adotando o modelo de categorias de Bardin<sup>23</sup>, modalidade temática. Nesse modelo, são preconizados os seguintes passos:

- 1) Pré-análise – fase de organização dos dados, na qual fazemos a leitura flutuante, a escolha dos documentos, a formulação de hipóteses e objetivos, e referenciação dos índices e elaboração de indicadores e a preparação do material;

- 2) Exploração do material – consiste essencialmente em operações de codificação e enumeração do material;

- 3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação – consiste em dar aos dados significados. A partir daí, o pesquisador pode propor inferências a propósito dos objetivos ou a outras descobertas inesperadas. Em seguida, deve ser feita uma interpretação a partir de referenciais teóricos ou pragmáticos. Essa interpretação pode fornecer orientações para uma nova análise.

O processo de categorização, para a análise de categorias, se insere neste modelo básico, sendo um processo estruturalista que comporta duas etapas:

- 1) Inventário – a partir de uma leitura exaustiva, isolam-se os elementos;

- 2) Classificação – os elementos são repartidos a partir das categorias determinadas. As categorias devem possuir as seguintes características: exclusão mútua (um elemento não pode existir em duas categorias), homogeneidade (um único princípio de classificação deve nortear a organização), pertinência (adaptam-se ao material escolhido), objetividade, fidelidade, reproduzibilidade.

As categorias identificadas foram interpretadas utilizando-se os referenciais de Rosenstock<sup>19</sup> e Rokeach<sup>18</sup>.

Os resultados dos exames de hemoglobina glicosilada foram interpretados de acordo com parâmetros específicos à técnica utilizada e preconizados pela ADA<sup>10</sup>, que considera valores normais até 7,0%.

## Apresentação e discussão dos resultados

Participaram do estudo nove pessoas, sendo três homens e seis mulheres. Sete eram casados, um solteiro e um viúvo. Quatro eram aposentados, dois "do lar", um agente administrativo, um horticultor e um agente de saúde. A escolaridade va-

riou de nenhuma a terceiro grau completo. As idades variaram entre trinta e setenta e cinco anos, a renda *per capita* (representada pelo total de rendimentos dos moradores da casa dividido por esse mesmo número) variou de 108 a 750 reais.

Quanto às características relacionadas à síndrome e ao tratamento em si, o tempo de diagnóstico variou de três meses a 25 anos, enquanto o tempo de atendimento na unidade de saúde variou de um mês a oito anos. O número de consultas médicas na unidade variou de zero a 31, enquanto o número de consultas com nutricionista variou de um a 22.

Os resultados obtidos nos exames de hemoglobina glicosilada aplicados revelaram níveis entre 7,3 a 13,9%, todos considerados acima do preconizado, o que, segundo Cramer<sup>24</sup>, pode significar baixa adesão ao tratamento e/ou medicação inadequada.

No processo de análise das falas, foram identificadas duas categorias, denominadas "Recomendações recebidas sobre a alimentação" e "Adesão à terapia nutricional".

Trata-se de conteúdo extremamente rico, que suscita reflexões acerca das atividades de atendimento dos profissionais de saúde, sobre a forma dos mesmos lidarem com questões de saúde em situações extremamente delicadas para os pacientes, como é o caso das doenças crônicas, que envolvem fatores não só de "estar bem" ou "estar mal" fisicamente, mas estar adoecido, ser e existir num contexto socioeconômico, cultural e familiar.

### Recomendações recebidas sobre a alimentação

A respeito das recomendações recebidas, pudemos observar, a partir das falas dos depoentes, que a alimentação indicada pelos profissionais ao diabético é restritiva e impositiva, carregada de expressões proibitivas como "não pode":

*E comer menos coisas de açúcar e refrigerante, retirar tudo né, e massa também* (P1).

*Falou pra eu fazer regime, comer muita fruta, verdura* (P3).

*Até me deu uma tabelinha das coisas que eu não posso comer* (P5).

*Depois ela mandou tomar só o caldo do feijão, não pode comer o babaço não* (P6).

*Menos massa, comer mais verduras e legumes, e suco só à base de adoçante, e não de todas as frutas, ele recomendou mais suco de caju* (P8).

As falas dos participantes são muito semelhantes, denotando o sentido de restrição aos ali-

mentos a serem ingeridos. Parece que o próprio profissional de saúde, ao tentar uma adesão mais significativa do paciente ao tratamento, utiliza orientações simplistas cuja tônica é a proibição.

A proposta geral para a alimentação do diabético não deve ser proibitiva, e sim formada por um cardápio variado, balanceado, dentro de um limite preestabelecido<sup>5,10,25</sup>.

Parece uma recomendação simples e fácil de ser seguida, mas dependendo dos hábitos alimentares anteriores, a limitação da quantidade de calorias pode representar uma mudança drástica e originar crenças acerca da terapia nutricional que podem ser barreira à adesão por remeter a práticas restritivas. Como já foi verificado por Torres-López<sup>8</sup>, proibir o paciente de ingerir alimentos populares e de consumo frequente, tais como o arroz e o pão, pode determinar uma baixa adesão ao tratamento. Não existe mais a indicação da redução desses alimentos para os diabéticos, abaixo do recomendado para a população no geral. A determinação da quantidade de carboidratos deve ser individualizada<sup>10</sup>.

Essas crenças podem ser classificadas como crenças de autoridade, sendo as figuras que aparecem como referência os profissionais de saúde, que, no cenário da presente pesquisa, são das áreas de nutrição e de medicina.

As recomendações alimentares parecem advir de um processo unilateral, o paciente não é chamado para o diálogo, para a tomada de decisão em parceira, dentro de suas condições de vida.

A formação dos profissionais de saúde nesse sentido deve ser redirecionada, pois durante a fase de ensino clínico, em que os alunos exercitam o atendimento aos usuários do sistema de saúde, o que se observa ainda é a preleção, o aconselhamento, sem que o paciente seja chamado a se pronunciar sobre suas crenças, suas preferências, suas informações anteriores.

A abordagem do diabético necessita de uma visão holística, interdisciplinar, na qual haja atuação de vários profissionais de saúde, tendo em vista o controle e a prevenção do diabetes, assim como a prevenção e o controle das complicações da síndrome<sup>2,26</sup>, de modo convergente e integrado.

### **Adesão à terapia nutricional**

A necessidade de mudança de hábitos é percebida pela maioria dos participantes como parte essencial do tratamento, mas é difícil fazer essa passagem. Algumas vezes, o tipo de trabalho da pessoa pode ser uma barreira para uma alimentação mais adequada.

*A verdade é a seguinte: eu achei ruim ter que comer seis vezes por dia. Por causa do serviço, eu não tenho muito tempo pra comer durante o dia* (P5).

*Uai, a dificuldade maior é que a gente é cozineira, a gente fica sempre lambiscando alguma coisinha, e isso piora muito a vida da gente* (P1).

Em outras vezes, atitudes da própria família é que se tornam uma barreira.

*Eu tomo aquele adoçante ali, mas o meu menino, quando eu vou fazer um suco ele não gosta, então eu boto açúcar no suco e tomo junto* (P3).

*A participação da família, eles não ajudam e eu não esforço também porque eles fazem o que fazem, eles não têm assim aquela atenção virada para me ajudar nessa parte. Ela [a esposa] é boa pra cozinhar, ela faz, eu como. Eles comem, eu como também. Mas também se eles fizessem uma especial, não vou dizer que tirasse ela da rotina, mas que fosse mais fácil, uma alimentação pra mim mais passiva a esse tratamento, eu acharia bom e seria mais fácil* (P8).

As práticas relativas à alimentação são determinadas no convívio familiar e social. A modificação da dieta e a proposta de formação de novos hábitos alimentares devem respeitar as preferências dos indivíduos, levando em consideração seu ambiente familiar e seu meio social. A pessoa responsável pela preparação dos alimentos para o indivíduo diabético deve estar ciente das suas necessidades e das suas preferências. Muitas vezes, é preciso ainda que outras pessoas – irmãos, pais, filhos, cônjuges – Abram mão de suas práticas não saudáveis em função de uma alimentação mais adequada ao paciente diabético.

Em função de não haver acordo entre os familiares, pode ser necessária ao diabético a adoção de uma alimentação separada dos demais. Esse fator pode ser uma barreira na adesão à terapia nutricional, pois muitas vezes ele não é capaz de elaborar seus próprios alimentos, não sente motivação para alimentar-se separadamente dos demais e acaba por não seguir as recomendações necessárias ao seu tratamento.

Por outro lado, as preferências alimentares podem ser muito poderosas:

*Eu gosto de um pãozinho, não posso comer mais queijo até que eu não acho ruim, não dou muito certo com salada e nem com fruta, eu como, mas não é aquele trem atrativo. Eu gosto de comida mais com massa, um churrasquinho, não vou mentir, carne gordurosa, eu gosto de comida bem temperadinha, bem arrumadinha, entendeu?* (P5).

Os hábitos alimentares das pessoas são construídos ao longo da vida e são influenciados pelo convívio social e familiar. A necessidade de rees-

truturação dos hábitos alimentares dos diabéticos torna-se, por isso, uma atitude ainda mais abrangente, pois se percebe que, para que se tenha uma mudança efetiva por parte das pessoas adoecidas, é preciso que o meio no qual ela está inserida passe também por transformações.

O que se pode observar atualmente é que os hábitos alimentares da população em geral estão inadequados. Não só em países desenvolvidos, como em países em desenvolvimento, em virtude de transformações sociais, econômicas e culturais, a forma de se alimentar e a composição da dieta das pessoas foram alteradas. Essa transformação fez com que a população passasse a ingerir mais alimentos com alto valor calórico, grande quantidade de açúcar refinado, grande quantidade de gorduras, principalmente gorduras saturadas, e maior quantidade de proteínas, enquanto que a quantidade de fibras e gorduras insaturadas diminuiu<sup>9</sup>.

Dessa forma, é necessário um processo de reeducação alimentar global, envolvendo todas as pessoas de forma geral, embora isso seja premente para as pessoas diabéticas e seus familiares.

Às vezes a pessoa interpreta a quantidade indicada como insuficiente às suas necessidades, apresentando, assim, dificuldade de atender às exigências de reestruturação do padrão alimentar, pois sua percepção das mesmas é que são impossíveis de serem seguidas.

***Eu tenho que comer pouco arroz, pouco feijão, mas se eu não comer dá fraqueza, dá aquela tremedeira*** (P3).

O profissional deve estar atento para verificar o grau de compreensão que o paciente teve das recomendações feitas. Ele deve ser capaz de detectar possíveis distorções do que foi recomendado. Deve existir um diálogo entre o profissional e o paciente e um espaço para que o paciente coloque suas dúvidas, caso contrário poderá ocorrer a dificuldade de adesão por interpretação errada das informações.

Alguns depoentes citam como uma dificuldade de adesão à dieta sua restrição financeira para adquirir os alimentos prescritos:

***A gente não dá conta de comprar a alimentação, pra alimentar corretamente como eles mandam. Porque é muito caro as frutas. A gente come aquelas coisas que são mais baratas*** (P4).

Além da dificuldade em adquirir alimentos básicos, os depoentes acrescentam a dificuldade para comprar produtos dietéticos:

***Você não acha coisas para diabéticos acessíveis, você acha um açúcar, caro, você acha um sorvete, um trenzinho diferente, caro, você não***

***tem muita opção. Pra nossa renda não tá dando certo seguir esse tipo de dieta assim*** (P5).

Muitas vezes, ao receber as primeiras orientações sobre a alimentação adequada, o diabético depara com sua condição financeira como uma barreira intransponível. Cabe ao profissional que o acompanha estar habilitado a propor aquisições acessíveis de acordo com as condições financeiras do paciente<sup>8,27</sup> e discutir as possibilidades de substituições.

Algumas vezes, os entrevistados citam um processo de vaivém na adesão, demonstrando serem necessários persistência e empenho para permanecer dentro dos novos padrões:

***No início é difícil, porque a gente sente muita fome, mas depois fica fácil. De vez em quando a gente come uma coisinha fora da dieta, mas é muito de vez em quando*** (P4).

***Direito e direto, constantemente não faço. Um pouco é comodismo meu*** (P8).

***Fiz essa mudança de alimentação. Mas fruta eu não como não. De vez em quando a gente sai um pouquinho, mas é muito de vez em quando*** (P5).

As pessoas diabéticas precisam se manter em tratamento como um processo contínuo, que se for quebrado ou interrompido poderá trazer consequências indesejadas. Como essas consequências não são aparentes a princípio, os pacientes podem acreditar que pequenos excessos não serão capazes de prejudicar seu estado de saúde geral.

O profissional deve estar ciente de que, na vigência de uma condição de alteração crônica de saúde, são esperados períodos de flutuação na adesão. Deve mostrar-se sensível para compreender os limites dos outros. Entender que para o diabético o tratamento representa em certa medida o cerceamento de sua liberdade.

Para alguns, a dificuldade foi apenas inicial, sendo progressivamente superada. Para outros, a transição foi tranquila:

***A dieta eu faço direto. Açúcar eu não como e nada que faz com açúcar*** (P6).

***Não achei a dieta difícil de fazer não*** (P7).

Essa menor dificuldade é verificada quando a pessoa apresenta hábitos alimentares semelhantes aos propostos no plano alimentar do diabético e, portanto, não há dificuldade para fazer adaptações menores.

Embora refiram não terem dificuldade em seguir a orientação alimentar, os entrevistados designados como P6 e P7 apresentaram valores de hemoglobina glicosilada acima do preconizado (9,1 e 13,2%, respectivamente). Assim, pode

ter havido incongruência entre o discurso e a prática ou incongruência de crenças, que são as percepções mais profundas e autênticas acerca do mundo real.

Na categoria adesão à terapia nutricional, foi identificada a crença primitiva de consenso zero de que a dieta é difícil de ser seguida, podendo constituir-se como barreira à adesão do paciente ao tratamento.

Frente à complexidade da síndrome, que envolve alterações e complicações orgânicas, impacto pessoal, familiar e ambiental, os gestores e profissionais de saúde precisam desenvolver ações de atendimento, contando com a participação de equipes multiprofissionais que estejam voltadas para compreender a subjetividade da população, de modo a produzir estratégias para potencializar as transformações das crenças em saúde.

O termo “dieta”, usado comumente tanto pelos entrevistados como pelos profissionais de saúde de modo geral, traz uma conotação de restrição. Esta palavra poderia ser substituída por plano alimentar, alimentação saudável, ou adequada, por exemplo.

Outra tônica que poderia ser adotada na relação dos profissionais com os usuários é de que a alimentação recomendada é aquela que é mais saudável, e que deveria ser adotada por todas as pessoas de modo geral, sob pena de complicações futuras para a saúde de todos.

### **Considerações finais**

Existe na área de diabetes uma grande preocupação devido às características de pandemia que a síndrome vem adquirindo. Para os profissionais de saúde, um dos maiores desafios é a baixa adesão das pessoas diabéticas ao tratamento, no qual se insere a terapia nutricional. Este estudo de crenças dos pacientes diabéticos tipo 2 nessa área permitiu fazer algumas inferências nessa temática.

Os depoentes evidenciam crenças que denotam barreiras e não foram mencionadas crenças relativas a benefícios percebidos. Pode estar havendo um círculo vicioso, no qual a baixa adesão não favorece a obtenção de benefícios, que, por sua vez, desencoraja a adesão. Por outro lado, a terapia nutricional que relatam ter sido recomendada é percebida como proibitiva e muito restritiva, sendo muito diferente do estilo de alimentação que praticam ou praticavam usualmente.

Foram identificadas crenças primitivas, consenso 100% e consenso zero, e crenças de autoridade e derivadas. Não foram detectadas crenças inconsequentes. O conjunto das crenças identificadas denota baixa adesão à terapia nutricional. A predominância de crenças mais centrais pode indicar que a baixa adesão ao tratamento seja em parte definida pelo fato de que as mudanças necessárias ao indivíduo para que ele tenha sucesso no seu tratamento não estejam acontecendo por não estarem sendo abordadas de maneira adequada, no processo de atendimento em saúde.

Os resultados fornecidos por esse estudo nos remetem a um panorama que sugere que, atualmente, a terapia nutricional está de certa forma massificada, os profissionais estão presos a conceitos e valores tradicionais, que não facilitam o processo de conhecimento dos pacientes a respeito da terapia que está sendo utilizada. Os pacientes recebem as prescrições de forma unilateral, deixando uma lacuna onde caberia a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento.

Eles reforçam a posição de alguns autores ao demonstrar que a falta de adesão, como refere o profissional de saúde, é um reflexo da abordagem inadequada que está sendo feita. Essa abordagem não considera o paciente como um todo, físico, mental, social e cultural, e não permite que seus conhecimentos prévios interajam com suas novas percepções e ensinamentos sobre a doença<sup>28</sup>.

Nesse contexto, a educação é item primordial no sentido de preparar o indivíduo para lidar com suas novas necessidades, garantindo sua participação efetiva no processo de prevenção da patologia e das suas complicações<sup>11</sup>.

A educação alimentar deve habilitar o paciente a tomar decisões pautadas em dados técnicos e informações científicas, pois dessa forma ele terá capacidade para traçar seus próprios objetivos no sentido de melhorar o estado geral de sua saúde e da qualidade de vida<sup>1,29</sup>.

Trata-se de um processo progressivo, que exige flexibilidade por parte da equipe. As mudanças vão correr de forma lenta e gradual, e pode ser que ocorram alguns retrocessos, dependendo de acontecimentos na vida do paciente, como casamento, separação, perda de entes queridos, perda de emprego, novo emprego, mudança de cidade, entre outras. Os profissionais precisam estabelecer contratos com os pacientes, como forma de promover uma relação de responsabilidades entre eles, de forma que cada avanço seja parte de um pacto de saúde estabelecido.

O paciente também deve se sentir livre para expressar suas dificuldades, suas insatisfações e para relatar com sinceridade os passos dados e os fatos ocorridos, sejam eles positivos ou negativos, de forma que o profissional tenha sempre uma visão transparente e verdadeira do que acontece com ele.

O modo de viver e pensar de cada indivíduo tem influência significativa na adesão do mesmo a qualquer tipo de tratamento. O seu ponto de vista e a maneira de se envolver socialmente ampliam as discussões para além da abordagem clínica.

Essa mudança prevê uma alteração na essência do sistema de saúde, quando se deve valori-

zar os trabalhadores não apenas pelo volume de consultas e atendimentos realizados, mas pela qualidade do serviço prestado ao paciente<sup>15</sup>.

Conhecer a percepção do paciente reforça a perspectiva da necessidade de um atendimento mais humanizado, tal como proposto por Benedito<sup>30</sup>, em que os sujeitos (usuários), quando mobilizados, são capazes de transformar realidades, e os profissionais devem desenvolver uma atitude de valorização das dimensões subjetivas e sociais, do trabalho multiprofissional, comprometendo-se em ajudar a desenvolver as capacidades de enfrentamento da população atendida na obtenção de melhores condições de saúde.

## Colaboradores

FM Pontieri trabalhou na concepção da pesquisa, elaboração do projeto, execução da coleta e análise de dados, além da redação final e MM Bachion trabalhou na concepção da pesquisa, orientou a elaboração das atividades de pesquisa, realizou o refinamento do projeto, contribuiu na análise de dados e refinamento da redação final.

## Referências

1. Toscano CM. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2004 [acessado 2006 ago]; 9(4):[cerca de 11 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232004000400010&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000400010&Ing=pt&nrm=iso)
2. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Consensos* [periódico na Internet] 2002 [acessado 2003 set 10]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br>
3. Gross JL, Vivolo SRGF, Franco L, Schmidt MI, Motta D, Quintão E, Pimazzoni Netto A. Diagnóstico e classificação do melito e tratamento do diabetes melito tipo 2. Recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2000; 44(4):S8-S27.
4. Nucci LB. A nationwide population screening program diabetes in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health* 2004; 16(5): 320-327.
5. Mahan LK, Escott-Stump S. *Krause – alimentos, nutrição e dietoterapia*. 10<sup>a</sup> ed. São Paulo: Roca; 2002.
6. Lessa, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa a vigilância. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2004 [acessado 2006 ago]; 9(4):[cerca de 13 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000400014&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000400014&Ing=pt&nrm=iso)
7. Rocha JLL, Baggio HCC, Cunha CA, Niclewicz EA, Leite SAO, Baptista MIDK. Aspectos relevantes da interface entre diabetes mellitus e infecção. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2002; 46(3):221-229.
8. Torres-López MT, Sandoval-Díaz M, Pando-Moreno M. "Sangre y azúcar": representaciones sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México. *Cad Saude Publica* 2005; 21(1):101-110.

9. Sartorelli DS, Franco LJ. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad Saude Publica* 2003; 19(Supl 1):S29-S36.
10. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28(Supl 1):54-536.
11. Paiva DCP, Berbusa APS, Escuder MML. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família no Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2006 ago]; 22(2):[cerca de 9 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000200015&lng=pt&nrm=iso)
12. Davidson MB. *Diabetes mellitus - diagnóstico e tratamento*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2001.
13. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad Saude Publica* 1999; 15(4):777-787.
14. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2003 [acessado 2005 ago 01]; 8(3):[cerca de 8 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300011&lng=pt&nrm=iso)
15. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Júnior PRB. Características sócio-demográficas, cobertura de tratamento e auto-avaliação da saúde dos indivíduos que referiram seis doenças crônicas no Brasil, 2003. *Cad Saude Publica* [periódico na Internet]. 2005 [acessado 2006 ago]; 21:[cerca de 17 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2005000700006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000700006&lng=pt&nrm=iso)
16. Aráuz AG, Sanchez G, Padilla G, Fernandez M, Roselló M, Guzman S. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health* 2001; 9(3):145-153.
17. Pedrosa LAK. *Crenças de pessoas portadoras de hanseníase sobre sua doença: base para a compreensão de suas ações em saúde* [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 1991.
18. Rokeach M. *Crenças, virtudes e valores*. Rio de Janeiro: Interciência; 1981.
19. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Education Monograph* 1974; 2(4):328-335.
20. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monograph* 1974; 2:234.
21. Lescura Y, Mamede MV. *Educação em saúde: abordagem para o enfermeiro*. São Paulo: Sarvier; 1990.
22. Ferreira EAP. *Adesão ao tratamento em portadores de diabetes: efeitos de um treinamento em análise de contingências sobre comportamentos de autocuidado* [tese]. Brasília (DF): Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília; 2001.
23. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2000.
24. Cramer J, Pugh MJ. The influence of insulin use on glycemic control: how well do adults follow prescriptions for insulin? *Diabetes Care* 2005; 28(1):78-83.
25. Shils ME, Goodhart R. *Modern nutrition in health and disease*. 9th ed. Vol II. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins; 2003.
26. Torres HC, Hortale VA, Schall VA. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cad Saude Publica* 2003; 19(4):1039-1047.
27. Cazarini RP, Zanetti ML, Ribeiro KP, Pace AE, Foss MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de diabetes mellitus: porcentagem e causas. *Medicina* 2002; 35(2):142-150.
28. Anderson RM, Robins LS. How do we know? Reflections on qualitative research in diabetes. *Diabetes Care* 1998; 21(9).
29. Andrade GKP, Silva RP, Lopes ECS. Programa de educação alimentar para pacientes diabéticos. *Diabetes Clínica* 2003; 7(5):351-357.
30. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2005 [acessado 2006 set 03]; 10(3):[cerca de 11 p.]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=pt&nrm=iso)

Artigo apresentado em 06/11/2006

Aprovado em 14/12/2006

Versão final apresentada em 30/01/2007