

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE ALIMENTAÇÃO ENTRE PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BOM PASTOR EM SÃO JOÃO DEL-REI - MG

Eliane Moreto Silva-Oliveira¹
Joyce Soares de Melo Santos²
Lucas Fernando de A. Santos²
Ana Lúcia da Costa Resende³
Samara Geralda da Silva³
Marcília Bruna dos Reis Teixeira⁴

Resumo - O diabetes *mellitus* (DM) consiste em doença crônica caracterizada por hiperglicemia, sendo considerado grave problema de saúde pública devido às suas diversas complicações. O conhecimento sobre alimentação para portadores dessa disfunção constitui um dos pilares básicos para o autocuidado e para a eficiência do tratamento. O presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento sobre alimentação de pacientes com diagnóstico de DM tipo 2 assistidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Pastor do município de São João del-Rei. Os dados foram coletados no período de setembro a outubro de 2017, a partir de entrevista em visita domiciliar para preenchimento de formulário contendo questões relacionadas à alimentação. De acordo com o percentual de acerto das questões, o conhecimento sobre o assunto foi categorizado em baixo, regular ou suficiente. Participaram do estudo 82 indivíduos, com idade média de 65,9 anos e tempo médio de diagnóstico de 13,3 anos. Predominaram no estudo os participantes com grau de conhecimento regular, totalizando 50% da amostra, enquanto os que apresentaram conhecimento baixo e satisfatório foi 28,0% e 22,0%, respectivamente. O número médio de acertos foi de 7,5 questões. O conhecimento sobre alimentação não esteve associado às variáveis clínicas e socioeconômicas investigadas. Este estudo possibilitou identificar o grau de conhecimento sobre alimentação de pacientes com DM tipo 2 atendidos na UBS Bom Pastor, ampliando a compreensão das dificuldades destes pacientes na tomada de decisões quanto às escolhas alimentares e na adesão ao tratamento.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus* tipo 2. Conhecimento. Alimentação. Educação em saúde. Autocuidado.

1 Introdução

O diabetes mellitus (DM) consiste em uma síndrome de etiologia múltipla caracterizada pela presença de hiperglicemia crônica, frequentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção endotelial. A hiperglicemia é decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de esse hormônio exercer adequadamente seus efeitos, resultando em

¹ Nutricionista, doutora em Ciências de Alimentos. Docente da graduação do Centro Universitário Presidente Tancredo de Almeida Neves – UNIPTAN. Orientadora do Programa de Iniciação Científica – PIBIC/FAPEMIG/UNIPTAN. Bolsista da Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular – FUNADESP. Contato: emsoliveira@gmail.com.

² Discente do Curso de graduação em Enfermagem do UNIPTAN. Bolsista do Programa PIBIC/FAPEMIG/UNIPTAN.

³ Discente do Curso de graduação em Enfermagem do UNIPTAN. Voluntária do Programa de Iniciação Científica.

⁴ Mestre em Estatística e Experimentação Agropecuária pela Universidade Federal de Lavras (UFLA). Docente da Graduação do UNIPTAN.

resistência à insulina. O DM tipo 2 é a forma mais frequente, presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina (OLIVEIRA; VENCIO, 2014).

O controle da glicemia no DM reduz de maneira significativa as complicações crônicas da doença, resultando em melhora da expectativa e qualidade de vida dos pacientes. O adequado controle glicêmico exige alimentação adequada, uso de medicamentos, prática regular de atividade física, automonitoração da glicemia, cuidados com o corpo, além de educação e orientação constantes sobre a doença. Dessa forma, o tratamento do diabético deve envolver a aquisição de habilidades comportamentais permanentes, como as relacionadas à alimentação, à prática de atividade física, ao monitoramento glicêmico e ao uso correto de medicamentos (VIEIRA, 2011).

A educação para o autocuidado é um aspecto fundamental do tratamento no DM e sua importância é reconhecida em diversos estudos realizados em comunidades com diferentes características socioeconômicas e culturais (KNIGHT *et al.*, 2005). Ações e programas educativos sobre a doença e seu tratamento direcionados à conscientização do paciente e sua família devem ser parte integrante do cuidado destes pacientes, pois proporciona melhor convívio destes com a doença e os coloca como protagonistas de seu tratamento, favorecendo o adequado controle da patologia e a prevenção de suas complicações (BIRAL; CARDOSO; GRUNSPAN, 2005). Segundo Sousa e Zauszniewski (2005), o nível de conhecimento do paciente diabético sobre a doença está diretamente correlacionado com a adoção de práticas de autocuidado.

As metas da educação para o autocuidado em DM consistem em melhorar o controle metabólico, prevenir complicações agudas e crônicas, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes (OTERO; ZANETTI; OGRIZIO, 2008).

Para alcançar as mudanças alimentares, essenciais para o tratamento do DM, torna necessário ao paciente diabético o conhecimento de aspectos alimentares, como grupos de alimentos e composição quantitativa e qualitativa da alimentação saudável. Este conhecimento favorece a adesão do paciente ao plano alimentar adequado, confere independência ao paciente quanto às escolhas e trocas alimentares e capacita-o para a tomada de decisão em situações não rotineiras frente às demandas impostas pela doença.

Conhecer aspectos referentes à alimentação é fator determinante no tratamento e prognóstico do DM e a avaliação do conhecimento dos pacientes portadores de DM sobre alimentação é a primeira etapa para a tomada de decisão no direcionamento de ações e políticas públicas de educação em saúde.

O presente estudo tem como objetivo avaliar o conhecimento sobre alimentação de pacientes com diagnóstico de DM tipo 2 assistidos em Unidade Básica de Saúde do município de São João del-Rei – MG.

2 Material e métodos

2.1 Caracterização da amostra

Foi realizado estudo descritivo transversal, objetivando-se estudar a relação entre o nível de conhecimento sobre alimentação e variáveis socioeconômicas e clínicas.

A população de estudo foi constituída por pacientes com diagnóstico de DM tipo 2 atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bom Pastor. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2017, a partir da aplicação de questionário em visitas domiciliares aos pacientes cadastrados na UBS.

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os pacientes foram submetidos à entrevista, na qual foram coletadas informações sociodemográficas e informações referentes à doença e ao tratamento. Durante a entrevista, os participantes serão também submetidos à avaliação do conhecimento sobre alimentação.

Foram excluídos do estudo os pacientes portadores de DM tipo 1, aqueles incapazes de responder ao questionário devido a comprometimento cognitivo e/ou distúrbio da fala e os que não foram encontrados em suas residências em até três tentativas, em dias e horários alternados.

O protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação ética via Plataforma Brasil e aprovado sob número 2.274.208.

2.2 Avaliação do conhecimento sobre alimentação

O conhecimento sobre alimentação foi avaliado a partir da aplicação de questionário contendo 13 afirmativas relacionadas a alimentação e para as quais o paciente deveria responder “verdadeiro”, “falso” ou “não sei” (FONTINELE *et al.*, 2007; ANUNCIACÃO *et al.*, 2012). As respostas dos testes foram registradas no próprio instrumento de coleta durante a realização das entrevistas.

Para análise das respostas dos pacientes às questões, foram consideradas três categorias de acerto das questões, de acordo com escalas adotadas em estudo prévio (ALMEIDA *et al.*, 1995): percentual de acertos igual ou inferior a 50%, percentual de acertos entre 50% e 70% e

percentual de acertos igual ou superior a 70%. De acordo com estas categorias de acerto das questões, o conhecimento sobre o assunto foi classificado em baixo, regular ou satisfatório, respectivamente.

Cada participante recebeu por escrito o resultado das avaliações a que foi submetido, sendo esclarecidas as implicações dos resultados encontrados e quais as medidas a serem tomadas para melhorar sua condição.

2.3 Análise estatística

Para as variáveis quantitativas foram realizadas as estatísticas descritivas de posição e variabilidade (média e desvio padrão), enquanto para as variáveis qualitativas (categóricas) foram construídas tabelas de contingência com associação ao grau de conhecimento sobre alimentação. Avaliação preliminar foi realizada por meio da análise das porcentagens.

Para verificar a existência de associação entre as variáveis qualitativas e o grau de conhecimento sobre alimentação, foi aplicado o teste χ^2 de associação ou independência, conforme descrito em Arango (2009). Após determinação das hipóteses nula e alternativa, foi construída a matriz de valores esperados, utilizando-se a fórmula:

$$E_{ij} = \frac{\sum_{j=1}^s O_{ij} \sum_{i=1}^r O_{ij}}{\sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s O_{ij}}$$

Em seguida, foi calculada a estatística, utilizando-se a fórmula:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

Estabeleceu-se como nível de rejeição para hipótese de nulidade p-valores inferiores a 0,05, concluindo-se que há associação significativa entre as variáveis se p-valor < 0,5

A análise estatística foi realizada utilizando-se o Programa Excel versão 2016.

3 Resultados

3.1 Caracterização da amostra

Participaram do estudo 82 indivíduos, com idade entre 36 a 87 anos (média = 65,9±11,4), com tempo de diagnóstico variando de 1 a 40 anos (média = 13,3 ± 8,9), sendo 70,7% (n=58) dos participantes do gênero feminino, 63,4% (n=52) se autodeclaravam como sendo de

cor não-branca. Predominaram na amostra os participantes casados, correspondendo a 52,4% (n=43), seguido dos viúvos, que totalizaram 31,7% (n=26). Quanto à escolaridade, 87,8% (n=72) possuíam 1º grau incompleto e somente 4,9% (n=4) eram analfabetos. Os aposentados foram os mais frequentes, totalizando 63,4% (n=53) dos participantes, seguido dos desempregados, que corresponderam à 28% (n=23). Somente 12,2% (n=10) dos participantes moravam sozinhos, enquanto 58,5% (n=48) moravam com dois ou mais membros da família. Do total de entrevistados, 67,1% (n=55) dos participantes relataram que preparavam a própria comida.

Do total de participantes, 97,6% relataram fazer uso de medicamentos para o tratamento do DM, sendo os hipoglicemiantes orais usados por 64,6%, enquanto o uso de hipoglicemiante oral associado à insulina foi relatado por 18,3% dos participantes. 78,0% dos participantes relataram nunca deixar de usar medicamento para o tratamento do DM e 86,6% possuíam alterações de saúde e estavam em tratamento para outras doenças como hipertensão arterial sistêmica, doença cardiovascular, dislipidemias e outras associadas ao DM. Do total de pacientes pesquisados, 80,5% relataram já terem recebido orientação nutricional de algum profissional de saúde, mas somente 8,5% relataram fazer acompanhamento nutricional. Quanto à adesão à dieta, 47,6% dos participantes relataram sempre deixar de seguir a dieta. Ou seja, apesar de muitos participantes terem recebido orientação nutricional, porcentagem muito grande destes deixam de seguir a dieta frequentemente.

3.2 Avaliação do conhecimento sobre alimentação

Nas Figura 1 a 7 são apresentadas distribuições de frequência dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo variáveis socioeconômicas. Conforme apresentado na Figura 1, predominaram no estudo os participantes com grau de conhecimento regular, totalizando 50% da amostra, enquanto os que apresentaram conhecimento baixo e satisfatório foi 28,0% e 22,0%, respectivamente. A média do número de acertos foi de $7,5 \pm 2,5$ questões.

Avaliando a presença de baixo conhecimento sobre alimentação, este foi apresentado por 37,5% dos participantes do sexo masculino e por 24,1% dos participantes do sexo feminino. Com relação à cor autodeclarada (Figura 2), baixo conhecimento foi apresentado por 32,7% dos não-brancos e por 20,0% brancos.

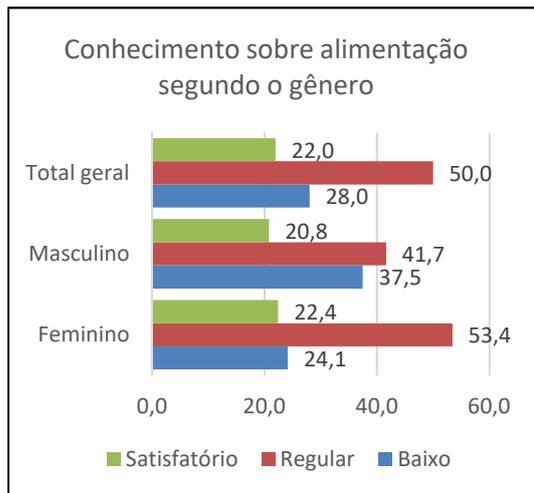


Figura 1 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo o gênero.

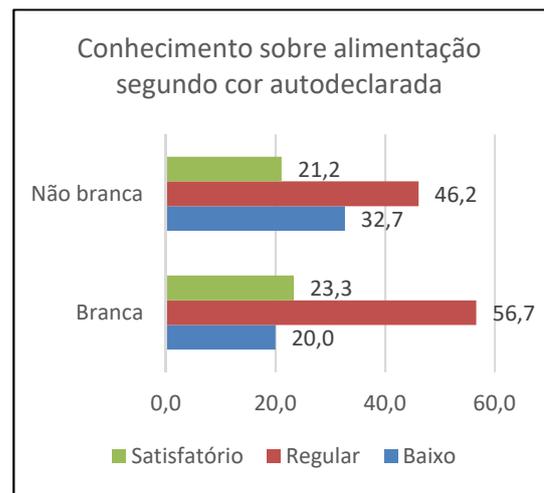


Figura 2 - Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a cor autodeclarada.

Quanto ao estado civil (Figura 3), o baixo conhecimento foi apresentado por 26,9% dos participantes viúvos, 28,6% dos solteiros, 16,7% dos separados e 30,2% dos casados. Quanto ao grau de escolaridade (Figura 4), o baixo conhecimento foi apresentado por 31,9% dos participantes com 1º grau incompleto, não sendo verificado entre aos participantes das demais categorias de escolaridade. Entre os participantes analfabetos ou com 1º grau completo foi encontrado somente grau de conhecimento regular.

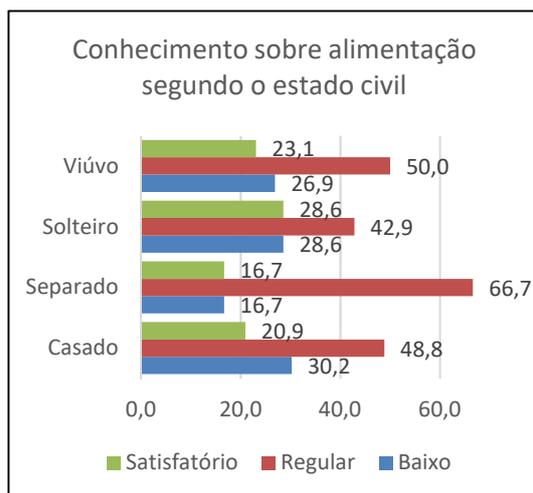


Figura 3 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo o estado civil.

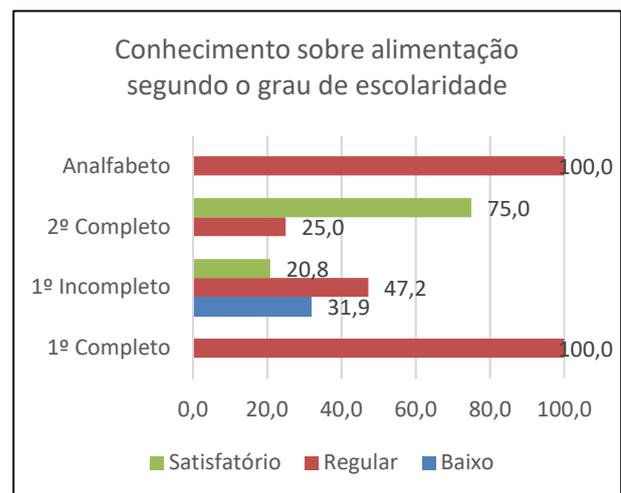


Figura 4 - Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a cor autodeclarada.

Avaliando a situação profissional (Figura 5), 34,8% dos participantes desempregados e 28,3% dos aposentados apresentaram baixo conhecimento sobre alimentação. Entre os

profissionais ativos e aqueles afastados do trabalho não foi verificado baixo conhecimento sobre alimentação.

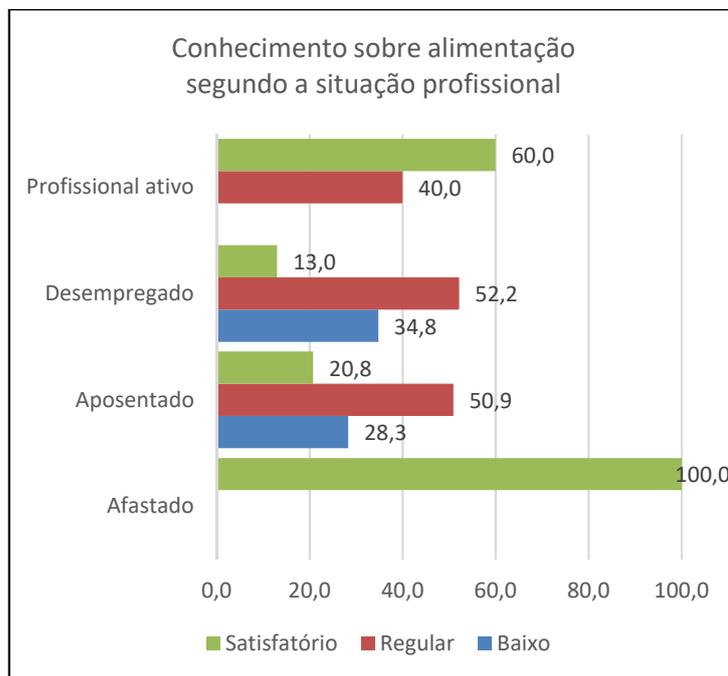


Figura 5 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a situação profissional.

Analisando o conhecimento sobre alimentação segundo a situação de moradia familiar (Figura 6), 42,9% dos participantes que moravam com esposo ou companheiro apresentaram baixo conhecimento sobre alimentação, percentual bem superior ao encontrado entre os que moravam sozinho (20,0%), os que moravam com dois ou mais membros da família (27,1%).

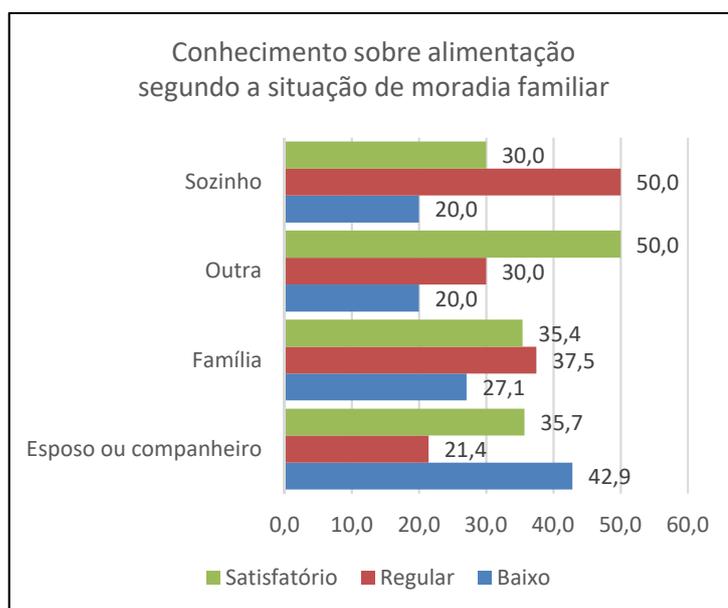


Figura 6 - Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a situação de moradia familiar.

Quanto ao preparo de refeições (Figura 7), o baixo conhecimento foi mais frequente entre os participantes que tinham a refeição preparada por outro membro da família, correspondendo a 57,1%. O baixo conhecimento foi apresentado por 23,6% dos participantes que preparavam a própria refeição e por 27,8% daqueles que tinham a refeição preparada por esposo(a) ou companheiro(a).

Com relação ao uso de medicamentos (Figura 8), 28,8% dos participantes que usavam medicação para o DM apresentaram baixo conhecimento sobre alimentação. Baixo conhecimento foi apresentado por 35,2% dos participantes que fazem uso de hipoglicemiantes orais e 25,0% dos participantes que fazem uso de insulina associada à hipoglicemiante oral.

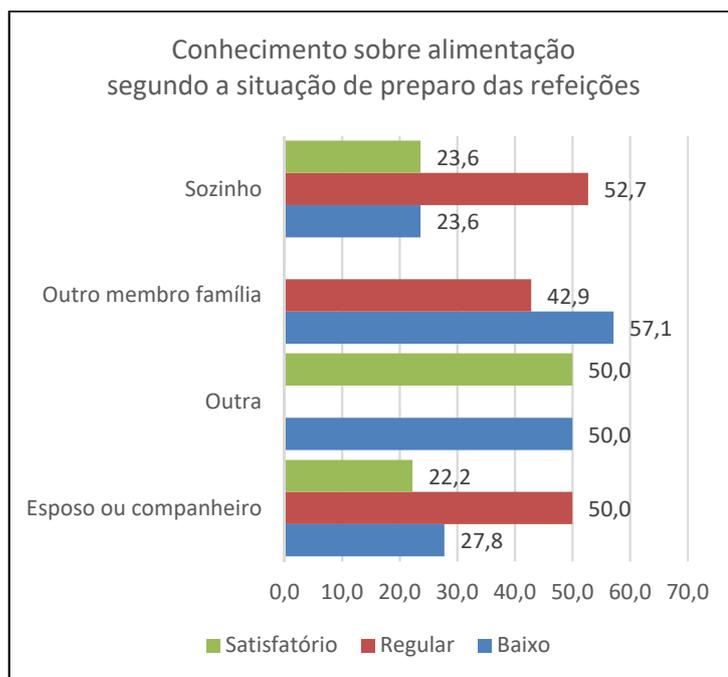


Figura 7 - Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a situação de preparo de refeições.

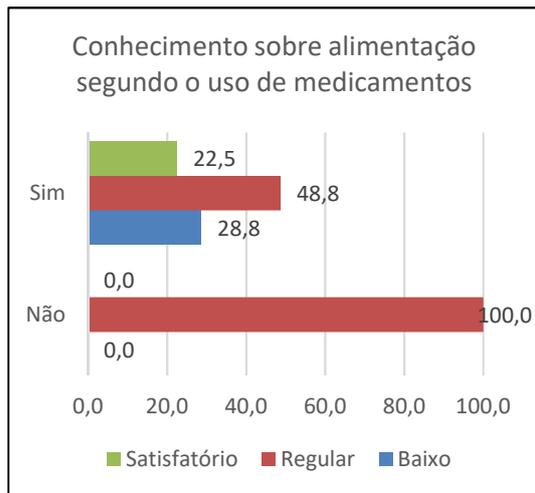


Figura 8 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo o uso de medicamentos.

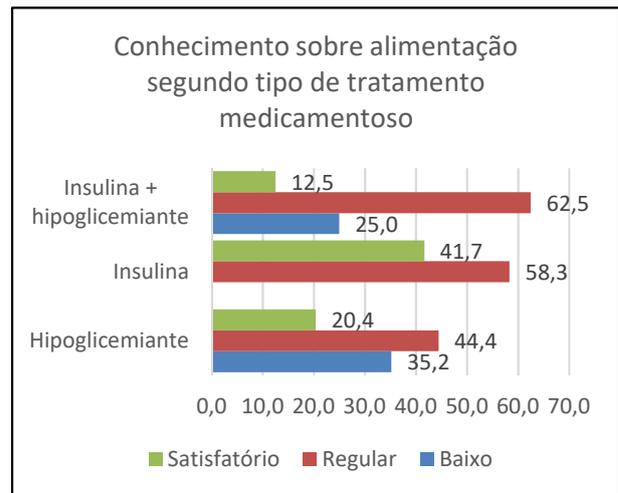


Figura 9 - Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo o tipo de tratamento medicamentoso.

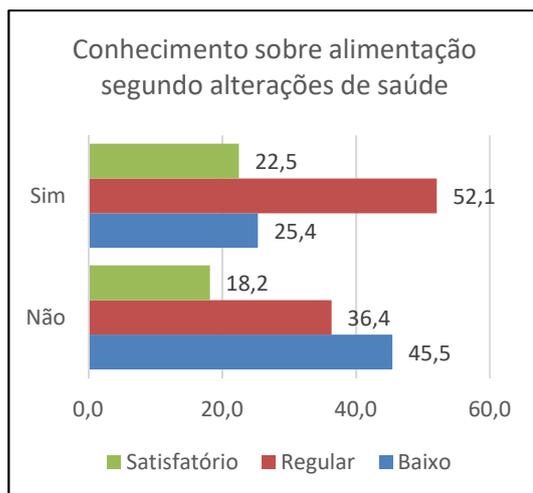


Figura 10 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a presença de alterações de saúde.

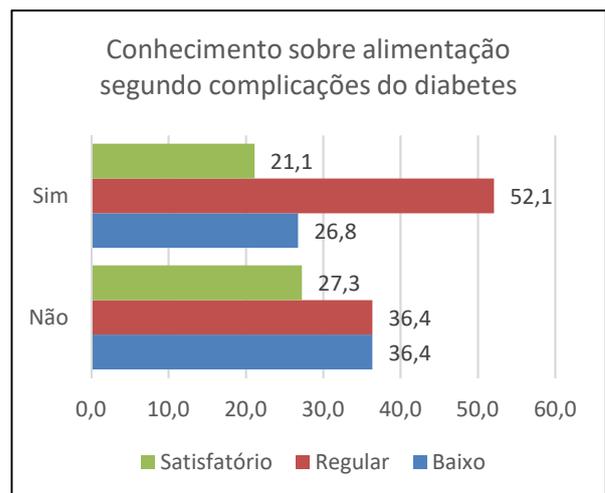


Figura 11 - Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a presença de complicações do diabetes.

O baixo conhecimento sobre alimentação foi apresentado por 25,4% dos participantes que apresentavam alterações de saúde e por 45,5% dos que não apresentavam (Figura10). O baixo conhecimento foi apresentado por 26,8% entre os que apresentavam complicações do diabetes e por 36,4% dos que não apresentavam.

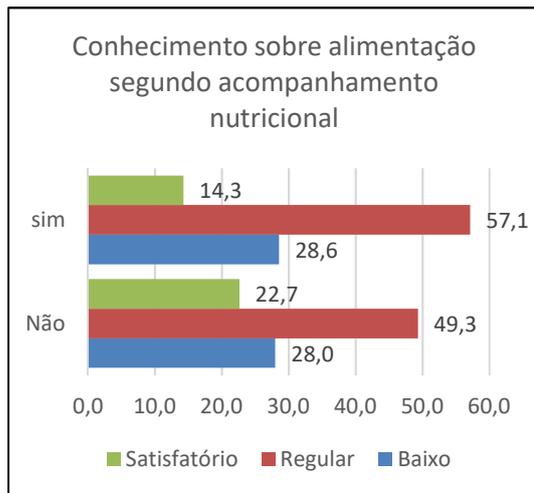


Figura 12 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo acompanhamento nutricional.

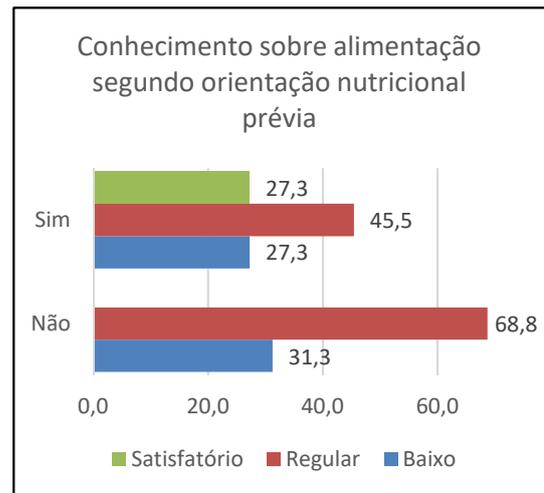


Figura 13 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo orientação nutricional prévia.

Quanto ao acompanhamento nutricional (Figura 12), o percentual de participantes que apresentaram baixo conhecimento sobre alimentação foi bem próximo entre os que faziam acompanhamento nutricional (28,6%) e os que não faziam (28,0%). Quanto à orientação nutricional prévia (Figura 13), o percentual de participantes que apresentaram baixo conhecimento também foi próximo entre os que já haviam recebido (27,3%) e os que nunca receberam (31,3%).

Conforme apresentado na Figura 14, o baixo conhecimento sobre alimentação foi apresentado por 33,3% dos que sempre omitiam o uso de medicação para o diabetes, 25,0% dos que quase nunca e dos que nunca omitiam e por 57,0% dos que omitiam às vezes.

Com relação à omissão no seguimento da dieta recomendada para diabetes (Figura 15), o baixo conhecimento foi apresentado por 35,9% dos participantes que sempre omitiam a dieta, por 25,0% dos que quase nunca omitiam, por 55,6% dos que nunca omitiam e por 9,5% dos que omitiam às vezes.

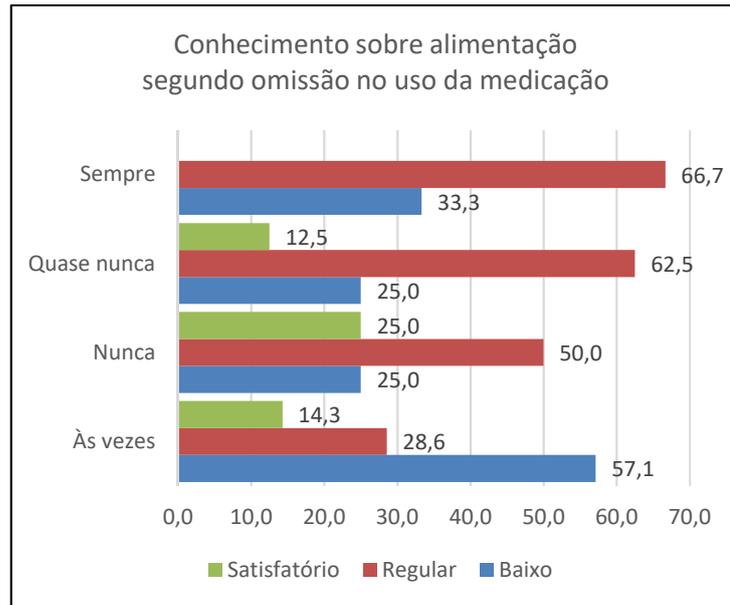


Figura 14 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a omissão no uso de medicação.

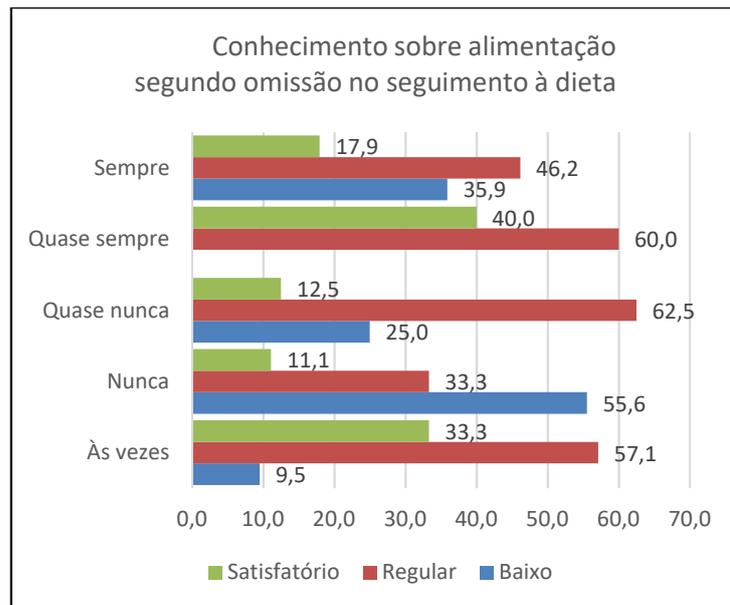


Figura 15 – Distribuição dos participantes segundo o grau de conhecimento sobre alimentação e segundo a omissão na adesão à dieta.

Não foi encontrada associação entre o conhecimento sobre alimentação e as variáveis clínicas e socioeconômicas abordadas no estudo.

4 Discussão

O DM tipo 2 configura-se atualmente como epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde e a expectativa é de que a prevalência da doença atinja

números cada vez maiores, devido ao crescimento e envelhecimento da população, à urbanização crescente, ao aumento da prevalência de obesidade, à adoção de estilos de vida pouco saudáveis, bem como à maior sobrevivência de pacientes com DM (WHO, 2002).

O tratamento do DM tipo 2 envolve o uso de medicamentos e mudanças permanentes no estilo de vida, principalmente em relação aos hábitos alimentares e à prática de atividade física (ADA, 2010), tornando essencial ao paciente diabético o conhecimento de aspectos referentes à doença e daqueles que favoreçam o autocuidado, garantindo maior eficácia do tratamento.

No presente estudo foi avaliado o conhecimento sobre alimentação de pacientes com diagnóstico de DM tipo 2 assistidos na UBS Bom Pastor, em São João del-Rei, MG, a partir da aplicação de questionário contendo 13 questões sobre alimentação relacionada ao diabetes. De acordo com o número de acertos nas questões abordadas no questionário, o conhecimento sobre alimentação foi classificado em baixo, regular ou satisfatório, sendo constatado que 78% dos participantes erraram pelo menos 9 das 13 questões abordadas no questionário, enquanto somente 22% acertaram até 4 questões. A média de acertos nas questões sobre alimentação ($7,5 \pm 2,5$ acertos) foi baixa, considerando-se o tempo médio de diagnóstico da amostra ($13,3 \pm 8,9$ anos) e, principalmente, considerando-se a importância do conhecimento de aspectos referentes à alimentação para a adesão ao tratamento pelo paciente diabético. Esses resultados demonstram a necessidade de educação nutricional e educação para o autocuidado em pacientes portadores de DM tipo 2 atendidos na UBS Bom Pastor.

A educação para o autocuidado é aspecto fundamental do tratamento no DM. O paciente diabético muitas vezes se alimenta de forma errada porque não recebeu instrução adequada sobre alimentação e, por isso, não sabe como fazer escolhas alimentares mais adequadas à sua condição (KNIGHT *et al.*, 2005). A instrução adequada e a conscientização do paciente diabético quanto à doença, ao tratamento e aos aspectos referentes à alimentação e à prática de atividade física são imprescindíveis para aumentar a adesão ao tratamento e sua efetividade (SOUSA; ZAUSZNIEWSKI, 2005).

Embora seja reconhecida a importância do conhecimento no autocuidado para pacientes com doenças crônicas e o papel dos profissionais de saúde na educação em saúde e para o autocuidado (VIEIRA, 2011), a realidade observada em serviços de saúde é, muitas vezes, distante da desejável. O despreparo dos profissionais e o atendimento não padronizado nas UBS, sem diretrizes e com o repasse de informações incompletas, deixam clara a falta de estrutura e organização do sistema no atendimento ao paciente diabético (LESSA; MENDONÇA; TEIXEIRA, 1996; ASSUNÇÃO; SANTOS; GIGANTE, 2001; GUIMARÃES;

TAKAYANAGUI, 2002). Além disso, muitos pacientes não têm acesso a todos os níveis de atenção, sendo muitos atendimentos realizados em caráter pontual em serviços de urgência e emergência, sem o devido acompanhamento (BRASIL, 2004). Estes fatores comprometem o conhecimento dos pacientes sobre a doença, seja em questões básicas, como a etiologia do DM, como em questões que comprometem o autocuidado, como terapia medicamentosa e aspectos alimentares.

No presente estudo foi testada a associação entre o grau de conhecimento sobre alimentação e as variáveis clínicas e socioeconômicas, não sendo encontrada associação entre estas variáveis. A falta de associação entre as variáveis pode ser proveniente dos valores esperados inferiores a 5, que podem afetar os resultados do teste (CALLEGARI-JACQUES, 2004).

5 Conclusão

Este estudo possibilitou identificar o grau de conhecimento sobre alimentação de pacientes com DM tipo 2 atendidos na UBS Bom Pastor em São João del-Rei, ampliando a compreensão das dificuldades destes pacientes na tomada de decisões quanto às escolhas alimentares e na adesão ao tratamento.

Conhecer aspectos referentes à alimentação é fator determinante no tratamento e prognóstico do DM e a avaliação do conhecimento dos pacientes portadores de DM sobre alimentação é a primeira etapa para a tomada de decisão no direcionamento de ações e políticas públicas de educação em saúde.

Com os resultados do estudo foi elaborado relatório para ser entregue à Secretaria Municipal de Saúde, com o intuito de colaborar no direcionamento de ações e na implementação de programas educativos de saúde voltados à esta população, de forma a favorecer mudanças comportamentais e auxiliar o paciente diabético a conviver melhor com a doença, a obter melhor controle glicêmico e, conseqüentemente, a prevenir ou retardar a ocorrência de complicações associadas ao DM.

Referências

ADA (American Diabetes Association). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, v. 33, n. 1, p. 11-61, 2010.

ALMEIDA, H.G.G.; TAKAHASHI, O.C.; HADDAD, M.C.L.; GUARIENTE, H.D.M.; OLIVEIRA, M.L. Avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 3, n. 2, p. 145-164, 1995.

ANUNCIAÇÃO, P.C.; BRAGA, P.G.; ALMEIDA, P.S.; LOBO, L.N.; PESSOA, M.C. Avaliação do conhecimento sobre alimentação antes e após intervenção nutricional entre diabéticos tipo 2. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 986-1001, 2012.

ARANGO, H. G. *Bioestatística - Teórica e Computacional*, 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 460 p.

ASSUNÇÃO, M.C.F.; SANTOS, I.S.; GIGANTE, D.P. Atenção primária em diabetes no sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 1, p. 88-95, 2001.

BIRAL, A.M.; CARDOSO, P.M.; GRUNSPAN, S. A importância do educador em diabetes mellitus. *Diabetes Clínica*, v. 9, n. 3, p.193-199, 2005.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. *Bioestatística: Princípios e aplicações*. Porto Alegre: ArtMed, 2004.

FONTINELE, R.S.S.; PERES, L.C.L.; NASCIMENTO, M.A.B.; BONI, M.S. Avaliação do conhecimento sobre alimentação entre pacientes com diabetes tipo 2. *Comunicação em Ciências Saúde*, v. 18, n. 3, p. 197-206, 2007.

GUIMARÃES, F.P.M.; TAKAYANAGUI, A.M.M. Orientações recebidas do serviço de saúde por pacientes para o tratamento do portador de diabetes *mellitus* tipo 2. *Revista de Nutrição*, v. 15, n. 1, p. 37-44, 2002.

KNIGHT, K.; BADAMGARAV, E.; HENNING, J.M.; HASSELBLAD, V.; GANO, A.D. JR; OFMAN, J.J.; WEINGARTEN, S.R. *A systematic review of diabetes disease management programs*. *American Journal of Managed Care*, v. 11, n. 4, p. 242-250, 2005.

LESSA, I.; MENDONÇA, G.A.; TEIXEIRA, M.T. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 120, n. 5, p. 389-413, 1996.

OLIVEIRA, J.E.P.; VENCIO, S. (Orgs). *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014*. Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

OTERO, L.M.; ZANETTI, M.L.; OGRIZIO, M.D. Knowledge of diabetic patients about their disease before and after implementing a diabetes education program. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, v. 16, n. 2, p. 231-237, 2008.

SOUSA, V.D.; ZAUSZNIIEWSKI, J. A.; Toward a theory of diabetes self-care management. *Journal Theory Construction Testing*, v. 9, n. 2, p. 61-67, 2005.

VIEIRA, G.L.C. Avaliação da educação em grupos operativos com usuários diabéticos tipo 2 em Unidades Básicas de Saúde - Belo Horizonte – MG. Belo Horizonte: Faculdade de Enfermagem da UFMG. 2011. 124 p. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem).

WHO (World Health Organization). The World Health Organization Report 2002: *Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, WHO, 2002.

ASSESSMENT OF FEEDING KNOWLEDGE AMONG PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS ASSISTED AT A BASIC UNIT OF HEALTH BOM PASTOR IN SÃO JOÃO DEL-REI – MG

Abstract - Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease characterized by hyperglycemia and is considered a serious public health problem due to its various complications. Feeding knowledge for patients with this dysfunction is one of the pillars for self-care and treatment efficiency. The present study aimed to evaluate the feeding knowledge of patients diagnosed with type 2 DM assisted at the Bom Pastor Basic Health Unit (BHU) in the São João del-Rei city. Data were collected from September to October 2017, from an interview at a home visit to complete a form containing questions food-related. The knowledge was categorized below, regular or sufficient, according to the percentage of correctness of the questions. 82 subjects, aged 65.9 ± 11.4 years and diagnosis time of 13.3 ± 8.9 years were included in the study. Participants with a regular level of knowledge predominated in the study, totaling 50% of the sample, while those with low and satisfactory knowledge were 28.0% and 22.0%, respectively. The number of correct answers was 7.5 ± 2.5 questions. The feeding knowledge was not associated with the clinical and socioeconomic variables investigated. This study made it possible to identify the level of knowledge about feeding of patients with type 2 DM assisted at the Bom Pastor BHU, increasing the understanding of the difficulties of these patients in the decision making regarding food choices and treatment adherence.

Keywords: Type 2 diabetes Mellitus. Knowledge. Feeding. Health education. Self-care.