



**BACHARELADO EM NUTRIÇÃO**

**ÉRICA DANTAS MENDES**

**TRANSTORNOS ALIMENTARES APÓS DIAGNÓSTICO DE DIABETES  
MELLITUS TIPO II**

**Conceição do Coité-BA  
2020**

**ÉERICA DANTAS MENDES**

**TRANSTORNOS ALIMENTARES APÓS DIAGNÓSTICO DE DIABETES  
MELLITUS TIPO II**

Artigo científico apresentado ao curso de Nutrição da Faculdade da Região Sisaleira, como requisitos de avaliação da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso.

Orientadora: Mariane Mascarenhas

**Conceição do Coité-BA**

**2020**

**Ficha Catalográfica elaborada por:**  
Joselia Grácia de Cerqueira Souza – CRB-Ba.  
1837

M538r Mendes, Érica Dantas

Transtornos alimentares após diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.  
.- Conceição do Coité (Ba.), FARESI, 2020.

35 f.

Referências: f. 23 - 27

Artigo científico apresentado ao Curso de Nutrição da Faculdade  
Região Sisaleira, como requisitos de avaliação da disciplina de Trabalho  
de Conclusão de Curso.

Orientadora: Mariane Mascarenhas

1. Transtornos alimentares. 2. Bulimia 3. Diabetes Mellitus tipo II. 4.  
Anorexia. 5 Comportamento alimentar. I. Título.

CDD : 616.462

# TRANSTORNOS ALIMENTARES APÓS DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Érica Dantas Mendes<sup>1</sup>

Mariane Mascarenhas<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Este estudo tem como tema central avaliar os comportamentos de risco para desenvolver Transtornos Alimentares após diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 (DMII), em pacientes assistidos pelo Centro de Especialidades Médicas de Santaluz na Bahia (CEMES). **Objetivo:** O estudo tem por objetivo, analisar a relação de Diabetes Mellitus tipo 2 e sua associação com os Transtornos Alimentares. **Metodologia:** Estudo observacional, prospectivo, tipo transversal realizado entre Agosto à Novembro de 2019. Participaram cento e oitenta e dois pacientes com Diabetes mellitus tipo 2, idade entre 30 a 60 anos. Para avaliação foram utilizados 3 protocolos autoaplicáveis: o 1º foi um questionário de identificação do Paciente; o 2ª foi o BITE (Bulimic Investigatory Edinburgh) e o 3º o EAT-26 (Eating Attitudes Test). Os dados foram organizados no Excel e análise estatística foi realizada em Janeiro de 2020. **Resultado e Discussão:** Nossos resultados mostraram positivo em BITE sintomas, com média de score 16.8 (10 a 19), indicando padrão alimentar não usual. No BITE gravidade a média foi de score 11.9 (>10), indicando quadro grave para Transtorno alimentar. Constatou-se no EAT-26, a média de 25.1(>21), considerando positivo para presença de atitude alimentar anormais para o desenvolvimento de Transtornos Alimentares. Foi observado que na maioria dos casos, que os pacientes necessitavam de um acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, para um diagnóstico preciso de Transtornos Alimentares, já que apresentavam características positivas nos resultados dos protocolos. **Conclusão:** Em nosso estudo foi observado como os Transtornos Alimentares fazem parte da vida desses pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 e por ser um problema muito complexo, muitas vezes é difícil fechar um diagnóstico. Porém, os relatos mostraram o quanto os Transtornos Alimentares podem contribuir a uma menor adesão ao tratamento e deixando-os suscetíveis a esses transtornos, destacando a necessidade de educação em diabetes por parte dos profissionais de saúde e programas de saúde, paralelo com a família.

**PALAVRAS-CHAVE:** Transtornos Alimentares; Bulimia; Diabetes Mellitus tipo 2; Anorexia; Comportamento alimentar.

## ABSTRACT

**Introduction:** Introduction: This study has as its central theme to assess risk behaviors for developing Eating Disorders after diagnosis of Type 2 Diabetes Mellitus (DMII), in patients assisted by the Santaluz Medical Specialties Center in Bahia (CEMES). **Objective:** The study aims to objective, to analyze the relationship of type 2 Diabetes Mellitus and its association with Eating Disorders. **Methodology:** Observational, prospective, cross-sectional study carried out between August and November 2019. One hundred and eighty-two patients with type 2 diabetes mellitus, aged between 30 and 60 years, participated. For evaluation, 3 self-applicable protocols were used: the first was a socioeconomic questionnaire; the 2nd was BITE (Bulimic Investigatory Edinburgh) and the 3rd was EAT-26 (Eating Attitudes Test).

---

<sup>1</sup> Discente de nutrição.

<sup>2</sup> Orientadora.

The data were organized in Excel and statistical analysis was carried out in January 2020. Result and Discussion: Our results showed positive in BITE symptoms, with an average score of 16.8 (10 to 19), indicating unusual eating pattern. In BITE severity, the mean score was 11.9 (> 10), indicating a severe condition for Eating disorder. An average of 25.1 (> 21) was found in the EAT-26, considering positive for the presence of abnormal eating attitudes for the development of Eating Disorders. It was observed that in most cases, that patients needed psychological or psychiatric monitoring, for an accurate diagnosis of Eating Disorders, since they presented positive characteristics in the results of the protocols. **Conclusion:** In our study, it was observed how Eating Disorders are part of the lives of these patients with Type 2 Diabetes Mellitus and because it is a very complex problem, it is often difficult to close a diagnosis. However, the reports showed how much Eating Disorders can contribute to a lower adherence to treatment and making them susceptible to these disorders, highlighting the need for diabetes education by health professionals and health programs, parallel to the family .

**KEYWORDS:** Eating Disorders; Bulimia; Type 2 Diabetes Mellitus; Anorexia; Eating behavior.

## 1. INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é um importante e crescente problema de saúde para todos os países, independentemente do seu grau de desenvolvimento. Para a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020), o aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, à maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes.

Para Moreira et al. (2019), o Diabetes Mellitus é um distúrbio metabólico crônico não transmissível de origem multifatorial, caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. Atinge proporções epidêmicas, com estimativa de 463 milhões de portadores de DM mundialmente. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas, aumentam a morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade.

Em estudo realizado no ano de 2019 pela Federação Internacional de Diabetes (*International Diabetes Federation - IDF*) estimou-se que 8,8% da população mundial com 20 a 79 anos de idade (463 milhões de pessoas) vivia com diabetes. Nos casos de as tendências atuais persistirem, o número de pessoas com diabetes foi projetado para ser superior a 700 milhões em 2045. Cerca de 75% dos casos são de países em

desenvolvimento, nos quais deverá ocorrer o maior aumento dos casos de diabetes nas próximas décadas e o Brasil é o quinto colocado no ranking dos 10 países que mais têm pessoas com a doença. China, Índia e Estados Unidos são os três primeiros colocados, respectivamente (IDF, 2019).

De acordo com o estudo de Lima et al. (2018), as estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre DM sugerem que a doença foi responsável por 1,4 milhões de óbitos em 2011. Apontam ainda que, entre 2010 e 2030, haverá um aumento de 69% no número de adultos com DM nos países em desenvolvimento e de 20% nos países desenvolvidos. Até 2025, a expectativa é de 350 milhões de pessoas acometidas pela doença em 2025 e no Brasil serão 18,5 milhões.

Conforme o Ministério da Saúde, o DM classifica-se em DM tipo 2, que abrange cerca de 90% dos casos de diabetes na população, sendo seguido em sequência pelo DM tipo 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, outros tipos específicos de diabetes são mais raros e podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao DM (BRASIL, 2013).

Por ser uma doença crônica, que requer acompanhamento contínuo e sistemático, exige uma série de rotinas terapêuticas, podendo levar a pessoa a apresentar dificuldades para a adesão do tratamento. Essas dificuldades são mais evidentes quanto a mudança de hábitos alimentares, afinal um dos pontos fundamentais para o controle do DM é a educação nutricional, para que ocorra o controle metabólico. Sobretudo, porque é importante considerar que alguns pacientes com o Diabetes mellitus sofrem com transtornos alimentares, o que aumenta as complicações da doença. (XAVIER, BITTAR, e ATAÍDE, 2009)

Diante das mudanças repentinas que acometem a vida dos indivíduos com diabetes mellitus, após o diagnóstico, principalmente quanto ao aspecto emocional, fica evidente a necessidade de um suporte afetivo e educativo para estes indivíduos e seus familiares, sobretudo, porque a nova realidade pode ocasionar transtornos alimentares diante das exigências quanto ao controle glicêmico.

Nesse ínterim, é válido ressaltar que a nova rotina, as mudanças nos hábitos alimentares e os diversos obstáculos que eles vivenciam, provocam uma instabilidade

emocional considerável, diante do prognóstico do DM. Assim, devido à preocupação com a saúde, especificamente a alimentação, a vida social e o dia-a-dia é possível que as angústias quanto a seguir os procedimentos necessários para que não haja um agravamento da doença, possibilite o desenvolvimento de algum transtorno alimentar, após o diagnóstico. Com isso, é de fundamental importância que os profissionais de nutrição estejam aptos para acolher os pacientes que recebem o diagnóstico da doença, de uma forma que haja um direcionamento correto da informação que será recebida pelo paciente e seus familiares. Afinal, com uma melhor conscientização sobre o DM, é que os pacientes conseguirão administrar a doença, aderir à uma reeducação alimentar e prevenir os TA, que é muito observado em pacientes com DM.

Diante desses pressupostos, justifica-se a realização desse estudo, visto ser imprescindível investigar sobre a quantidade de pessoas com DM tipo 2, no município de Santaluz, Ba, que sofrem com transtornos alimentares, e assim, visando a contribuição na elaboração de práticas educativas que promovam um vínculo de escuta e de incentivo ao autocuidado, além da valorização da nutrição, enquanto ciência, por ser um momento no qual ocorra “o manejo do conhecimento científico em seus aspectos formal (fundamentação, metodologia) e político (desenvolvimento da crítica, autonomia)” (DEPES, 2013; DEMO, 2002).

Com isso, será possibilitado uma melhor compreensão dos indivíduos quanto a necessidade de se adequar práticas de educação alimentar para que se obtenha um melhor controle metabólico. Além disso, é de grande relevância acadêmica compreender sobre a importância de viabilizar o conhecimento quanto a doença e as interferências que a não adesão ao plano alimentar adequado pode acarretar. Salienta-se, ainda, que esse estudo poderá colaborar como frente de pesquisa para outros acadêmicos e profissionais de Nutrição, visto existir uma lacuna no conhecimento. Com base nessa problemática, o objetivo desse trabalho é analisar a relação dos pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 no Centro de Especialidades Médicas de Santaluz-BA (CEMES) e sua associação com transtornos alimentares.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

O Diabetes Mellitus pode ser considerado uma pandemia, que tem um impacto substancial em todos os sistemas de saúde, bem como em toda a sociedade. Trata-se de

um dos mais importantes problemas de saúde na atualidade, tanto em termos do número de pessoas afetadas, de incapacitações, de mortalidade prematura, como no que diz respeito aos custos envolvidos no seu controle e no tratamento de suas complicações. Estima-se que, no Brasil, existem cinco milhões de diabéticos (ADA, 2019).

Responsável por 90% a 95% dos casos diagnosticados, o DM tipo 2 é caracterizado por um desequilíbrio do metabolismo de carboidratos, lipídios e proteínas, e está associada a uma deficiência na secreção e/ou ação do hormônio insulina, secretado pelo pâncreas. Ademais, a doença promove uma diminuição na sensibilidade do tecido ou na resposta à insulina, contribuindo para o aumento nos níveis de glicose no sangue. Desta forma, para combater as complicações da hiperglicemia, o tratamento tem como finalidade atingir níveis normais de glicose no sangue (SBD, 2019 – 2020).

Assim, de acordo com Karimi (2014), um indivíduo que sofre com DM2, quando não submetido ao tratamento e controle da doença de maneira adequada, possibilita o desenvolvimento de complicações agudas, como hipoglicemia, hiperglicemia e alterações progressivas crônicas na retina, rins e nervos periféricos, podendo desencadear lesões ateroscleróticas do coração, cérebro e membros periféricos.

Diante da doença crônica e mudanças necessárias que chegam para os indivíduos com DM após o diagnóstico, é evidente que uma sucessão de sentimentos como medo, dúvida, angústia e tristeza se instale, desestabilizando-os. Com a mudança drástica na rotina dos diabéticos, eles passam a ser o centro das atenções, das angústias e apreensões de seus familiares, o que acaba impregnando o ambiente familiar de inquietações. Devido, a nova realidade, geralmente, os indivíduos com DM tipo 2 não aceitam o prognóstico, o que propicia o desenvolvimento de transtornos alimentares, frente a demanda para manter o controle glicêmico (SBD, 2019-2020).

Segundo um estudo realizado por Herman et al. (2015) o processo de adaptação do paciente com DM tipo 2 refere-se à adaptação psicológica, social e fisiológica, resultante da interação entre os processos da doença e do tratamento, e na habilidade individual para responder ao processo. Ainda de acordo com esse estudo a aceitação da doença é proporcional ao desconforto mental e as emoções negativas vivenciadas pelo paciente.

Repercussões sociais, emocionais, afetivas e culturais dos pacientes com DM Tipo 2 quanto à mudança de hábitos e alimentação é uma das partes mais desafiadoras do tratamento e das estratégias de mudança do estilo de vida (ADA 2019). Sendo assim um dos pontos fundamentais para o controle do Diabetes Mellitus é a educação nutricional, afinal se não houver uma alimentação adequada é impossível que ocorra o controle metabólico. Contudo, adequar-se a uma dieta alimentar fracionada, equilibrada, estabelecida a partir de quantidades adequadas de macronutrientes e micronutrientes, prescritos de forma individualizada, é de difícil aceitação por parte dos indivíduos. Além disso, toda a rotina dos diabéticos e de seus familiares deve seguir uma dinâmica diferente diante das constantes realizações de exames, atividade física, consultas médicas, uso de medicações, dentre outras questões pertinentes (SBD,2019).

É natural que após o diagnóstico, a doença passe a fazer parte da vida do indivíduo como algo incerto, provocando atitude negativa, preocupação, dificuldade de aceitação, mudança de rotinas/hábitos, medo do desconhecido, da morte e de consequências trazidas pela doença como atitudes que o impeçam de aderir o tratamento por estar relacionado a distúrbios alimentares coexistente em diabetes (JI J,2016).

Diante dessas emoções negativas que perduram ao longo do tratamento e a preocupação excessiva com a dieta, Azevedo (2002) afirma que o paciente tende a considerar os alimentos como proibidos ou perigosos, fazendo com que se tenha um controle excessivo quanto a alimentação e o peso, comportamento comum aos portadores de transtornos alimentares. Esses transtornos vão desde a bulimia nervosa, a anorexia nervosa ou mesmo o transtorno da compulsão alimentar periódica. Indubitavelmente o diabetes mellitus gera implicações individuais quanto à aceitação da doença e do tratamento, o que pode favorecer o surgimento de comportamentos alimentares desordenados.

Sendo DM uma doença difícil de ser administrada, alguns pacientes conseguem aderir a bons comportamentos de autocuidado e também conseguem bom controle glicêmico, porém outros não conseguem administrar a doença e acabam sofrendo complicações pelo DM (DELAMATER, 2006).

A maior dificuldade de administrar o DM processa-se da desconformidade entre "dever" e "prazer", que estão relacionados com sentimentos de privação e insatisfação que são usados pelo diabético para justificar os comportamentos de risco e para

argumentar uma necessidade de gratificação imediata (ANTÓNIO, 2010).

Nesses pressupostos, Marcelino e Carvalho (2005) evidenciam que o esforço para se manter a qualidade de adaptação exige mais recursos para equilibrar o convívio diário com esse fator negativo, que é a doença. A necessidade diária de automonitorização, de seguir um plano alimentar para controle dos níveis glicêmicos, a extenuante rotina de ida ao médico, a insulino terapia levam o paciente, muitas vezes, a sentir-se “escravo” do tratamento, o que provoca o não seguimento do tratamento, e com isso, evidencia-se, muitas vezes, o surgimento de Transtornos Alimentares. Raevuori (2015) destaca, ainda, que a resistência a adesão, as recomendações médicas e dietéticas também podem estar relacionadas a algum transtorno alimentar coexistentes com diabetes.

Sendo assim, Transtornos alimentares (TA), são doenças psiquiátricas caracterizadas desde sempre pela psiquiatria, por ter um componente de sofrimento psicológico e mental relacionado a esse problema, mas como o próprio nome diz existe um componente alimentar e seus portadores são caracterizados por apresentar inadequações do consumo, no padrão e ou nocomportamento alimentar, ocasionando progressiva piora da qualidade nutricional, saúde física ou funcionamento psicossocial. (ALVARENGA,2020).

Atualmente esses transtornos são descritos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), no capítulo “Alimentação e transtornos alimentares”, que reúne os critérios diagnósticos para cinco tipos desses transtornos: pica e transtorno de ruminação; transtorno alimentar restritivo/evitativo; anorexia nervosa; bulimia nervosa e o transtorno de compulsão alimentar periódica. Os distúrbios alimentares mais frequentes são anorexia (AN), bulimia nervosa (BN) e transtorno de compulsão alimentar periódica (TCA) (NICOLAU, 2015). Na anorexia o

indivíduo tem uma visão distorcida do corpo, que leva a perda involuntária de peso. Tanto na bulimia quanto na anorexia existem episódios de compulsão alimentar, sendo que só na bulimia que aparece o comportamento compensatório (ALVARENGA,2020).

No caso dos pacientes com diabetes tipo 2, antes do diagnóstico, o indivíduo possui pouco ou nada de conhecimento sobre a doença, o qual gera um impacto psicológico e social que irá influenciar em grau e importância, a sua adesão ao tratamento. Esses pacientes relatam ansiedade, depressão, falta de energia, disfunção sexual, dificuldade no trabalho e sentimentos de solidão (DEBONO,2007).

Nos estágios após o diagnóstico, pode se sentir confuso e ter dificuldade em assimilar as informações fornecidas e, principalmente, aderir as mudanças alimentares e medicamentosas, que são extremamente necessárias para manter a doença sob controle. Esse processo de novas informações, podem gerar tensão emocional, ansiedade, depressão, irritabilidade, sentimento de culpa e auto censura quando as indicações dadas não são seguidas. O tratamento e a aceitação da doença podem envolver um longo processo de maturação durante o qual foram relatadas inúmeras reações psicológicas, como o choque inicial no diagnóstico, negação, irritabilidade, pechincha, luto e aceitação (LEDON,2012).

Alguns pacientes podem se deparar com alguns problemas, até verdadeira aceitação da doença como: ter a sensação de que não está conseguindo controlar a doença, podem surgir medos e inseguranças em relação à saúde e ao corpo, perder ou diminuir a motivação, inquietação ou "nervosismo", apreensão, distúrbios do sono e de padrões nutricionais, hostilidade, labilidade emocional, manifestações psicossomáticas (dermatológicas, gastrointestinais e cardiovasculares), dificuldades nos processos de reconstrução da imagem corporal, autoestima e em alguns processos cognitivos (memória, atenção e concentração), isolamento social, perda de sentido da vida, entre outros (SIMMS M,2016).

Portanto, a percepção equivocada sobre a doença, promovida pelo medo de uma condição ameaçadora da qual não se tem possibilidade de controlar, como é o caso das doenças crônicas, pode impedir que o paciente entre em contato com a gravidade de sua doença (SANQUIN; VIZZOTTO, 2007). Dessa forma, o paciente não se responsabiliza, rejeita os tratamentos, pois entende que eles não são necessários, ou

ainda, inclui dieta rigorosa ou jejum, compulsão alimentar ou purgação.

### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

Estudo observacional, prospectivo, transversal, em pacientes ambulatoriais com diabetes tipo 2, atendidos na clínica Centro de Especialidades Médicas de Santaluz-BA (CEMES).

Participaram do estudo 182 indivíduos avaliados portadores de DMII, de ambos os gêneros. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1). A amostra foi selecionada por conveniência, seguindo os critérios diagnósticos para Diabetes Mellitus tipo 2.

O estudo compreendeu todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa que estavam na unidade aguardando consulta médica e nos grupos do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (HIPERDIA) e que preencheram os seguintes critérios: Ter diabetes tipo 2 diagnosticada a mais de um ano; ser adulto entre 30 e 60 anos; mínimo de participação de uma consulta nos últimos 6 meses; capacidade de comunicação preservada; Frequentar a clínica CEMES (Centro de especialidades médicas de Santa luz). Os critérios de exclusão foram: Ser gestante ou lactante; considerados déficit cognitivo registrado em prontuário; Portadores de Diabetes Mellitus tipo 1.

Foram utilizados protocolos de estudo auto preenchíveis para avaliar a prevalência de comportamento de risco para transtornos alimentares: Questionário de identificação do Paciente (Apêndice 2), avalia as variáveis sócio-demográficas, antropometria e algumas questões relacionadas ao diabetes; Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (Bulimic Inventory Test, Edinburg -BITE). Questionário auto-administrável (ANEXO 1) que permite dimensionar aspectos cognitivos e comportamentais da bulimia (HENDERSON e FREEMAN, 1987). Traduzido para português por CORDÁS e HOCHGRAF (1993) o teste é indicado para identificação de bulimia nervosa e/ou classificação dos transtornos afetivos alimentares da alimentação (o inclui obesidade e a anorexia). O BITE é um instrumento desenvolvido para identificar indivíduos que apresentam compulsão alimentar e que tenham sintomatologias bulímicas. O questionário é composto de 33 perguntas, sendo que a resposta “sim” representa a presença do sintoma, valendo um ponto, enquanto a resposta “não” significa a ausência (0 ponto). Nas questões 1, 13, 21, 23 e 31, pontua-

se inversamente. Sua classificação ocorreu da seguinte maneira: baixo (> 10 pontos): sem sintomas de BN; médio(10 a 19): comportamento alimentar não usual; e alto (> 20 pontos): com sintomas de BN e grande possibilidade de preencher os critérios para o diagnóstico. Teste de Atitude Alimentar (Eating Attitudes Test – EAT-26) é um questionário de autopreenchimento (ANEXO 2) composto por 26 questões, com seis opções de respostas (sempre = 3 pontos, muitas vezes = 2 pontos, às vezes, poucas vezes, quase nunca e nunca). Com base na pontuação obtida, os autores que fizeram a tradução colocaram como ponto de corte  $\geq 21$  pontos, que indicam o EAT-26 positivo para distúrbios alimentares e risco aumentado para Transtornos Alimentares, elaborado por Garner et al (1982). Foi traduzido para o português e validado por BIGHETTI (2003). Esse teste é utilizado para rastrear sintomas de TA, que visa medir a frequência de restrição alimentar, compulsão alimentar, comportamentos purgativos e pressão do ambiente pela ingestão de alimentos(ANEXO 3).

Os dados coletados de Agosto à Novembro foram transferidos para Software Excel versão 20 (Microsoft) e então organizados, tabulados, e analisados. Os Excel também foi o software utilizado para a construção de tabelas e gráficos.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A coleta de dados foi realizada entre Agosto de 2019 à Dezembro 2019 no CEMES. A amostra foi composta por 182 pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2. Eram adultos de 30 a 65 anos, a idade média dos participantes foi de 55,6. O IMC médio foi de 27,4kg/m<sup>2</sup> ouseja, 68% (n=127) estavam com sobrepeso, 6%(n=10) estavam obesos com IMC médio de 35,2kg/m<sup>2</sup> e 25%(n=45) estavam com IMC médio de 23,9kg/m<sup>2</sup> (eutrófico).

A aplicação do primeiro questionário visou traçar o perfil dos entrevistados pois, continham informações como: gênero, idade, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar. Em contrapartida outros dados também fizeram parte com: estilo de vida, antecedentes de diabetes na família, uso de medicações para diabetes. O que mais chamou a atenção nesse estudo foi relatos de não autocuidado do diabetes, na maioria das vezes por falta de conhecimento da doença em si, de não saber como ter uma alimentação específica, o monitoramento da glicose, que é de extrema importância.

**Tabela 1-** Perfil dos portadores de DM tipo 2, no CEMES-BA (Centro de Especialidades Médicas de Santaluz),2019  
(n= 182)

|                             | VARIÁVEL                      | N   | %   |
|-----------------------------|-------------------------------|-----|-----|
| <b>SEXO</b>                 |                               |     |     |
|                             | Feminino                      | 97  | 53% |
|                             | Masculino                     | 85  | 47% |
| <b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b> |                               |     |     |
|                             | Analfabeto                    | 7   | 4%  |
|                             | Ensino fubdamental completo   | 35  | 19% |
|                             | Ensino fundamental incompleto | 19  | 10% |
|                             | Ensino Médio completo         | 75  | 41% |
|                             | Ensino Médio incompleto       | 32  | 17% |
|                             | Ensino superior completo      | 12  | 6%  |
|                             | Ensino superior incompleto    | 2   | 1%  |
| <b>RENDA FAMILIAR</b>       |                               |     |     |
|                             | Menos de 1 salário            | 12  | 6%  |
|                             | 1 salário                     | 35  | 19% |
|                             | Até 2 salários                | 98  | 53% |
|                             | 2-3 salários                  | 29  | 16% |
|                             | Acima de 3 salários           | 8   | 4%  |
| <b>ESTADO CIVIL</b>         |                               |     |     |
|                             | Casado/união estável          | 120 | 66% |
|                             | Solteiro                      | 27  | 15% |
|                             | Separado                      | 25  | 14% |
|                             | Viúvo                         | 10  | 5%  |

Fonte: Dados da pesquisadora (2019).

Por meio dessa pesquisa foi observado que a maior parte dos entrevistados são do gênero feminino, com 53%(n=97) no total da amostra, comprovando que as mulheres procuram mais por atendimento de prevenção em cuidados com a saúde que os homens. Costa-Junior FM et al.(2016) relata que esse fator soma-se ao componente cultural que vê o homem como forte e invulnerável, o que acaba contribuindo para que eles atribuam menos atenção à prevenção. Nesses pressupostos, Levorato et al. (2014), evidencia que o homem é considerado como o de ser o provedor, o que leva o sustento pra família, a quem compete a responsabilidade, deixando em segundo plano cuidados básicos.

Com relação a escolaridade, se somarmos os cursos incompletos e os analfabetos, totalizam 33% (n=60) sendo que o grau de escolaridade é um fator importante para conhecer a doença e aderir ao tratamento, assim Rego Mab (2006) ressalta, que o conhecimento do paciente diabético sobre a doença ainda é insatisfatório, portanto, diferentemente de não saber, os indivíduos com baixa escolaridade tendem a não valorizar as ações preventivas, subestimando a gravidade da doença e protelando a procura da assistência médica, o que dificulta a adesão ao

tratamento.

Em relação a renda familiar a maior parte dos entrevistados 53% (n=96), afirmaram renda de até dois salários. Segundo Borges Ca et al. (2015), sabe-se que é um fator que pode interferir de forma negativa a não adesão a hábitos saudáveis interferindo na qualidade de vida no momento da escolha dos alimentos.

Neste estudo 66% (n=120) são casados ou vive em união estável. Em pesquisa Giacon Bcc (2013), trata a família como o núcleo de cuidados de muitos indivíduos, é a fonte cuidadora na grande maioria do percurso da vida, o cuidado entre os familiares permite a manutenção da saúde e da sobrevivência dos seus integrantes, Florence Nigthingale (1989), já dizia que a família é um elemento a ser considerado no cuidar da pessoa doente.

O questionário revelou que 32% (n=58) dos entrevistados são predominantemente ativos que a caminhada é a atividade favorita. Segundo Galvin et al. (2014), o exercício aumenta a sensibilidade à insulina e a captação muscular de glicose, reduz a gordura corporal, melhora a frequência cardíaca e o controle lipídico e glicêmico, entre outros, em todos os indivíduos, promovendo bem-estar físico e mental. Assim a utilização de estratégias simples, de baixo custo e de rápida implementação por um profissional de saúde é importante e tem impacto no comportamento relacionado à atividade física dessa população diabética (FREITAS et al. 2015).

**Tabela 2-** O auto cuidado dos pacientes portadores de DMII. Santaluz-BA.2019 (n=182)

|  | VARIÁVEL             | N   | %    |
|--|----------------------|-----|------|
| <b>TRATAMENTO QUE REALIZA</b>          |                      |     |      |
|  | Médico               | 182 | 100% |
|  | Nutricional          | 25  | 14%  |
|  | Psicológico          | 10  | 5%   |
| <b>MEDICAÇÃO EM USO</b>                |                      |     |      |
|  | Insulina             | 77  | 42%  |
|  | Normoglicimante oral | 105 | 57%  |
| <b>FAZ CONTAGEM DE CARBOIDRATO</b>     |                      |     |      |
|  | Nunca                | 172 | 94%  |
|  | Já tentou            | 10  | 5%   |
| <b>GLICEMIA NORMALMENTE CONTROLADA</b> |                      |     |      |
|  | Sim                  | 0   | 0%   |
|  | Não                  | 145 | 79%  |
|  | Às vezes             | 37  | 20%  |
| <b>TEM PESSOAS NA FAMÍLIA COM DM</b>   |                      |     |      |
|  | Sim                  | 136 | 75%  |

|  |  |  |     |  |  |    |     |
|--|--|--|-----|--|--|----|-----|
|  |  |  | Não |  |  | 46 | 25% |
|--|--|--|-----|--|--|----|-----|

Fonte: Dados da pesquisadora (2019)

A tabela 2 apresenta dados sobre o autocuidado dos pacientes com DMII, no total de 100% (n=182) realizam atendimento médico HIPERDIA de três em três meses, mas foi observado que 14% (n=25) fizeram ou fazem acompanhamento nutricional. Segundo a ADA (2019) a educação nutricional é uma ferramenta do plano alimentar para uma boa adesão a terapia nutricional e 5% (n=10) procuraram ajuda psicológica. É de extrema importância um atendimento psicológico adequado para que o paciente e sua família possam dissolver suas dúvidas da melhor forma, e assim possam fazer um acompanhamento para tratar sua doença. Psicoterapeuta vai poder ouvir as pessoas envolvidas, e diferentemente dos médicos, ter um olhar para o sujeito e não somente para a doença, com a intenção de que o paciente e sua família possam se sentir acolhidos para falar sobre suas angústias em relação a doença, e a partir daí possa se dar o processo de elaboração e aceitação da diabetes. Segundo Jamison (2012), em seu livro “Uma Mente Inquieta”, expõe que é a psicoterapia, que vai dar sentido ao que está acontecendo na vida do paciente, vai ajudar o sujeito a enfrentar a doença, fazer com que ele possa resgatar sua consciência de morbidade e manter seu tratamento. Nesse contexto recentes estudos avançaram para as psicoterapias e práticas de uma vida saudável, dentre eles a ligação de alimentação e saúde mental. Os conceitos nutricionais são tão importantes na saúde que tem inspirado pesquisadores para um novo campo de investigação multidisciplinar chamado Psiquiatria Nutricional. A Psiquiatria Nutricional é uma nova área para o estudo na correlação dos transtornos mentais, anormalidades metabólicas Nutricionais nas doenças crônicas. (JACKA et al.,2017)

Nos deparamos com 42% (n= 77) que fazem uso de insulina e 57% (n=105) usam normoglicemiantes orais. Percebe-se que o uso da medicação foi a atividade de maior realização pelos participantes. Aqueles que revelaram que não conseguem controlar a glicemia representam 79,6% (n= 145) e 20% (n=37) conseguem controlar às vezes. Acerca do monitoramento glicêmico, pouca adesão foi verificada nesse autocuidado, tendo como motivo relatado a falta dos insumos nas unidades de saúde. No estudo de Coelho et al. (2015), também se verificou a mesma dificuldade de acesso aos insumos para a realização do monitoramento glicêmico por usuários em Unidades Básicas de Saúde.

Outro fator importante relacionou-se com a dificuldade financeira em comprar o glicosímetro e as fitas reagentes. Então, é importante que os pacientes compreendam o que é meta glicêmica, já que relatam desconhecimento desse termo. Assim, durante a coleta dos dados, foi explicado sobre glicemia, meta glicêmica e a importância do paciente conhecer esse parâmetro e realizar o monitoramento tanto em casa, na unidade de saúde ou no laboratório de análise.

Observou-se nesse estudo um fator importantíssimo que foi o histórico familiar, 74,7% (n= 136) dos entrevistados relataram ter algum membro da família portador de Diabetes Mellitus tipo 2. Num estudo de coorte japonês, Sakurai M et al. (2016) com adultos de meia idade, 18% da amostra tinha um histórico familiar de DM. Em um estudo em Amarante, Portugal, Valente T. (2016) com usuários de cuidados de saúde primário, 45% da amostra tinham pelo menos um familiar de primeiro ou segundo grau com diagnóstico do DM2. Vários estudos apontam histórico familiar com risco para DM2, Zardo M et al. (2016). Desse modo, percebe-se a importância de conhecer o histórico familiar, pois se algum parente próximo (pai, filho e irmãos) teve ou tem diabetes, maior é a probabilidade de desenvolver esta doença, assim a DM tipo 2 costuma estar relacionado a maus hábitos de vida, como o excesso de peso e o sedentarismo, apesar de também se associar ao histórico familiar do paciente, segundo a VIGITEL (2016).

Nesses pressupostos a Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020), afirma que a etiologia dos comportamentos alimentares alterados no diabetes parece ser multifatorial. Comportamentos e atitudes importantes presentes no controle do diabetes, como seguir um plano alimentar e contagem de carboidratos, muitas vezes promovem uma ênfase excessiva na ingestão de alimentos, o que poderia levar a padrões alimentares alterados ou desordenados.

Alguns distúrbios alimentares foram observados entre os pacientes entrevistados a partir do questionário BITE. Esse questionário inclui duas escalas: o BITE sintomas teve escore médio de 16.8 (10 e 19 padrões não usual) indicando padrão alimentar não usual, sugestivos de comportamentos de risco para bulimia nervosa na amostra estudada, necessitando de avaliação psicológica, segundo o teste. Entre os vários questionamentos, algumas perguntas chamaram à atenção pela resposta: Você como moderadamente na frente dos outros e depois exagera em particular? Se você come demais, sente-se culpado? Você já comeu escondido? 87 participantes responderam que

SIM ou seja 48% podem estar sofrendo de Transtorno de Compulsão alimentar periódico e não sabem. Transtorno de compulsão alimentar periódico é quando a pessoa tem vergonha em comer o que come e acaba comendo escondido e que normalmente é algo “proibido” (DSM-5, APA,2014). Alvarenga et al. (2020) discorre que o Transtorno de compulsão alimentar periódico, normalmente está associado à depressão, baixa autoestima e piora na qualidade de vida; e BITE gravidade a média foi de 11.6(>10) o que indica elevado grau de gravidade. São três itens que relata sobre jejum, estratégias para auxiliar na perda de peso como, laxantes, diuréticos, vômitos e frequência nos episódios de alimentação. Esses recursos são muito perigosos, é só um gatilho para agravar o problema como discorre Alvarenga et al. (2016). Segundo Goebel (2008), pacientes com DMII tem alta probabilidade de apresentar quadros depressivos, na maioria subclínicos. Outro grave problema é a não ingestão de agentes diabéticos orais ou a recusa da insulina, com o intuito de perda de peso. O que não foi relatada pelos entrevistados. Os métodos mais utilizados para perda de peso são os laxantes, diuréticos e a indução de vômito.

Através do questionário teste EAT-26 obteve-se a média do escore de 25.1 (>21), considerando positivo para a presença de atitude alimentar anormal para o desenvolvimento de Transtornos alimentares por que o mesmo analisa a frequência de restrição alimentar, compulsão alimentar, comportamentos purgativos e pressão do ambiente pela ingestão de alimentos. De acordo com o estudo de Goebel (2008), o aparecimento de Transtorno de compulsão alimentar periódico em DM é muito provável, podendo ocasionar risco de complicações graves como, nefropatia, neuropatia, retinopatia e morte prematura. A falta de controle do monitoramento da glicemia e o alto valor da HBA1C (Hemoglobina Glicosilada) devem fazer com que o profissional de saúde responsável por esse paciente, já suspeite de uma baixa adesão ao tratamento em termos gerais, mas também episódios de bulimia e/ou distúrbios ou transtornos alimentares. Episódios frequentes de hipoglicemia, podem desencadear episódios de compulsão alimentar de “alimentos proibidos” como forma de “compensação” ou o uso indiscriminado de doses de insulina, para equiponderar o exagera nos doces. Esses sinais devem suscitar dúvidas, assim como também as consultas médicas irregulares. Outros sinais podem ser devidamente observados pelo profissional de saúde, como depressão, negação do peso, contagem exagerada de calorias dos alimentos, uso de laxantes, consumo excessivo ou restrito de alimentos, atividade física exagerada e vômitos induzidos.

Sendo assim, grande parte dos entrevistados se sentiam incomodados com o peso em algum momento da vida, com o compromisso de monitorar a glicemia, a preocupação com o alimento “proibido” e o “permitido”. É importante salientar que se a relação com a comida e com a aparência sair do controle, pode sinalizar um problema maior: um transtorno alimentar. Se as preocupações se tornam um problema central na vida, interferindo na saúde e até na sua felicidade, é porque elas viraram algo mais sério. Transtornos alimentares podem se tornar doenças psiquiátricas graves, que colocam em risco a vida da pessoa afetada. Segundo Levy- Saga (2013), os transtornos alimentares estão associados com pior controle glicêmico e, portanto, maior risco de comorbidades associadas ao diabetes.

#### **4. CONCLUSÃO**

Conclui-se que os resultados apresentados mostram a relação dos pacientes diabéticos tipo 2 com os transtornos alimentares e que os mesmos precisam ser monitorados como possíveis pacientes para desenvolver tais problemas. Os estudos destacam o momento da descoberta da doença, com a rotina de vida alterada a partir do controle glicêmico e a mudança na alimentação. A forma como esse processo acontece, ou seja como ele é gerenciado, do momento do diagnóstico até o tratamento, é um grande desafio, tanto para o paciente, quanto para o profissional de saúde. Assim os transtornos alimentares no paciente com DMII piora de forma significativa, prejudicando a adesão ao tratamento médico e nutricional. Observou-se também que os portadores de DMII possui pouco ou nenhum conhecimento sobre a sua patologia e as estratégias para o controle da glicemia, elevando as chances de complicações da doença.

Assim destaca-se a necessidade de educação em diabetes por parte dos profissionais de saúde e programas educativos, paralelo com a família. É uma questão emergente do profissional de nutrição que de forma consciente atenda o portador de DMII, pensando que seu atendimento pode ter um efeito deletério. Sugere-se mais estratégias úteis, articulando pacientes e profissionais a fim de auxiliar no aprendizado e condução na melhor adesão do tratamento do DMII, evitando o efeito iatrogênico.

## REFERÊNCIAS

- ADA - **Padrões de Assistência Médica em Diabetes** - 2019. Diabetes Care 2018; 41 (supl.1): S7-S12.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE EDUCADORES EM DIABETES. Notícias e Publicações. Diabetes Educ [Internet]. Acesso em 24 de Novembro de 2019. Disponível em:  
<<https://www.diabeteseducator.org/news-publications/the-diabetes-educator-journal>>
- ALVARENGA, Marle dos Santos; DUNKER, Karin Louise Lenz; PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Transtornos alimentares e nutrição**: da prevenção ao tratamento. [S.l: s.n.],2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders**. 3. ed. Virginia: American Psychiatric Publishing; 2006.
- ANTONIO, P. A **Psicologia e a doença crônica**: intervenção em grupo na Diabetes Mellitus. Psicologia, Saúde & amp; Doença, 2010.
- APA. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtorno -DSM-V**, Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, Porto Alegre: Artmed, 2014. Tradução de: Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition.
- AZEVEDO, Alexandre Pinto de. Papelbaum, Marcelo. D'Elia Fernanda. Diabetes e Transtornos Alimentares: uma associação de alto risco. **Revista Brasileira Psiquiátrica**,2002.
- COELHO ACM, Villas-Boas LC, Gomides DDS, et al. **Atividades de autocuidado e suas relações com o controle metabólico e clínico das pessoas com diabetes mellitus**. Texto Contexto Enferm. 2015; 24(3):697-705.
- CORDAS, T. A., Hochgraf, P. B., & O Bite. (1993) **Instrumento para avaliação da Bulimia nervosa**: Versão para o português. J. Bras. Psiquiatr. (42), 141-144.
- COSTA, Junior Florencio Mariano et al. Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. Sexualidad, Salud y Sociedad -**Revista Latino americana** ISSN 1984-6487 / n. 23 -ago. / ago. / aug. 2016 -pp.97-117.
- DELAMATER, A. M. (2006). **Improving Patient Adherence**. Clinical Diabetes, 2006.
- DEMO, Pedro. Pesquisa como princípio educativo na universidade. Pesquisa em sala de aula:**Tendência para a educação em novos tempos**. Roque, Moraes, Valderez marina do Rosário Lima, v.3.2002.

DEPES, Valéria Binat Santili; Pereira, Wilza Rocha. Mobilização do Conhecimento científico por egressos de um mestrado em enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v34, n.4, p.84-90, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Brasília, 2013..

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis**, 2012b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde de A a Z: Vacinação: Calendário Nacional de Vacinação**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/calendario-vacinacao#crianca>>. Acesso em: 21 de nov. 2019.

BRASIL, Secretaria De Atenção À Saúde Secretaria De Ciência, Tecnologia E Insumos Estratégicos. **Diretrizes Terapêuticas da Diabetes Mellitus Tipo 1**. Brasília-DF, 2018

DEBONO M, Cachia E. **O impacto do diabetes no bem-estar psicológico e na qualidade de vida**. O papel da educação do paciente. *Psychol Health Med*. 2007;12 ( 5 ):545-555.

DIMATTEI MR. **Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research**. *Med Care*. 2004;42(3):200- 9. DOI:10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. **Atlas da IDF**. 9th ed. Bruxelas, Bélgica: Federação Internacional de Diabetes; 2019.

FERREIRA, DANIEL FURTADO. Sisvar: a computer statistical analysis system. *Ciência e Agrotecnologia (UFLA)*, v. 35, n.6, p. 1039-1042, 2011.

FREITAS EF, Moreira OC, Oliveira CEP, Doimo LA, Loch MR. **Prevalência de diabetes mellitus e prática de exercício em indivíduos que procuraram atendimento na estratégia saúde da família de Viçosa/MG**. *Rev Educ Fis*. 2015;26(4):549-56.

GALVIN EA, Navarro F, Greatti VR. **A importância da prática do exercício físico para portadores de diabetes mellitus: uma revisão crítica**. *Rev Salusvita*. 2014;33(2):209-22

GATTI, Bernadete Angelina. **Grupo Focal na Pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**, Brasília, Líber Livro, 2005.

GIACON BCC, Galera SAF. Ajustamento familiar após o surgimento da esquizofrenia. **Rev.bras. enferm**. 2013, 66(3):321-326.

GINTER E, Simko V. **Type 2 Diabetes Mellitus, pandemic 21st century**. *Adv Exp Med Biol*. 2012; 771: 42-45.

GOEBEL-FabbriA. **Diabetes e distúrbios alimentares.** J Diabetes SciTechnol. 2008; 2 (3):530-532.

HELENO, M.G.V. **Estudo da eficácia adaptativa e do controle glicêmico em pacientes diabéticos tipo2.** 1992. 203f. Dissertação de Mestrado. São Bernardo do Campo: Instituto Metodista de Ensino Superior, 1992.

HENDERSON, M.&Freeman, C. P. (1987) **A self-rating scale for bulimia. The BITE.** Brit. J. Psychiatr.,London, (150), 18-24.

HERMAN WH, Zimmet P. **Type 2 Diabetes: na epidemic requiring global attention andurgente action.** Diabetes Care, 2012;35(5):943-44.

JAMISON, K. R. – **Uma Mente Inquieta.** São Paulo. Martins Fontes, 2012.

JACKA, Felice N. **Nutricional Psychiatry: where to next?** EBiomedicine, v.17.p.24-29,2017.

JL,J, Sundquist J, Sundquist K. **Association between anorexia nervosa and T2DM in Sweden:**Etiological clue for the primary prevention of T2DM. Endocr Res. 2016;41(4):310–16.

LEDON L. **Impacto psicossocial do diabetes mellitus, experiências, significados e respostas à doença** Ver CubanaEndocrinol.2012;23(1):76/97.

KARIMI MOONAGHI H, Namdar Areshtanab H, Jouybari L, Arshadi Bostanabad M, McDonald H. **Facilitators and barriers of adaptation to diabetes:** experiences of Iranianpatients. J Diabetes Metab Disord. 2014; 13(1):17.

KNECHTEL, Maria do Rosário. **Metodologia da pesquisa em educação:** uma abordagem teórico-prática dialogada. Curitiba: Intersaberes, 2014.

LEDON, L. Impacto psicossocial do diabetes mellitus, experiências, significados e respostas à doença. **Rev CubanaEndocrinol.**2012; 23 (1): 76-97.

LEVORATO, Cleice Daiana et al. **Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero.** Ciência & Saúde Coletiva, Ribeirão Preto-SP, 2014.

LIMA, Luciano Ramos de et al. Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. **Rev. bras. geriatr. gerontol.** Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 176-185, Apr. 2018 .

MARCELINO, D.B.; CARVALHO, M.D.B. **Reflexões sobre diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional.** Psicologia: Reflexão e crítica, Porto Alegre, v.18, n.1, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. **Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**. Presidência da República. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2002.

MOREIRA, Carolina A et al. **Novos conceitos em diabetes e metabolismo ósseo**. J.Bras.Nefrol. São Paulo, DEc 2015, Available from v. 37, n. 4, p. 490-495.

NETO DL, Robles FC, Dias FG, Pires AC. **Avaliação da glicemia capilar na ponta de dedo versus locais alternativos-valores resultantes e preferência dos pacientes**. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2009;53/3.

NICOLAU J, Masmiquel L. **Distúrbios alimentares e diabetes mellitus**. Endocrinol Nutr 2015;62:297-299.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. Tradução de Amália Correa de Carvalho. São Paulo: Cortez; 1989

PINHAS-Hamiel O, Levy-Shraga Y. **Eating disorders in adolescents with type 2 and type 1 diabetes**. Curr Diab Rep. 2013;13(2):289-297. <http://dx.doi.org/10.1007/s11892-012-0355-7>

QIAN J, Hu Q, Wan Y, Li T, Wu M, Ren Z, Yu D. **Prevalence of eating disorders in the general population: a systematic review**. Shanghai Arch Psychiatry 2013;25(4):212-23. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.04.003

QUARESMA, V.B.S.J Vol .**Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais** ol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005, p. 68-80 de. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

REGO MAB, Nakatani AYK, Bachion MM. Educação para a saúde como estratégia de intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de diabetes. **Rev Gaúcha Enferm**. 2006;27(1):60-70.

RAEVUORI, A. SUOKAS, J. et al. Highly increased risk of T2DM in patients with binge eating disorder and bulimia nervosa. Int J Eat Disord. 2015; [PubMed]

ROSSETTO, E. G. et all. Reflexões acerca da condução de uma investigação qualitativa. **Revista Min. Enferm**. N. 14, jan/mar, 2010.

SAKURAI M, Nakamura K, Miura K, Takamura T, Yoshita K, Sasaki S, et al. **Family history of diabetes, lifestyle factors, and the 7- year incident risk of type 2 diabetes mellitus in middle- aged Japanese men and women**. Journal of diabetes investigation. [Internet] 2013

SANGUIN, F.P.S; VIZZOTTO, M.M. Variáveis Psicológicas relacionadas ao processo

de adesão ao tratamento Fisioterapêutico. **Revista Mudanças –Psicologia da Saúde**, v.15, n.1,2007.

SIMMS M, Monaghan M. **O impacto inicial de um diagnóstico de diabetes na saúde mental em jovens e famílias**. J enfermagem em diabetes. 2016;20: 291-296.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. ed: Clannad, 2019..

SBD, Diretrizes Da Sociedade Brasileira De Diabetes (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.];organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2017-2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Tipos de Diabetes**. Acesso em 19 de novembro de 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/publico/diabetes/tipos-de-diabetes>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Publicado em: 22 mar. 2016. Disponível em: <https://sbim.org.br/institucional> Acesso em: 08 maio. 2019>.

SOUZA AA, Souza JS, Hirai ES, Luciano HA, Souza N. **Estudo Sobre Anorexia e Bulimia Nervosa em Universitárias**. Psicol, Teor Pesqui. 2011; 27 (2): 195-8. [ Links ]

TOZONI-REIS, Marília Freitas de Campos. **Metodologia da pesquisa científica**. Curitiba: IESDE, 2007.

VALENTE T, Azevedo L. The RADAR study - High risk for diabetes in Amarante. **Rev Port Med Geral Fam**. [Internet] 2012 [cited 21 Jul, 2016]; 28(1):18-24. Available from: <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10913>

VERGARA, S. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2007.

VIGITEL (**Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**). Disponível em: <https://www.endocrino.org.br/ministerio-da-saude-divulga-dados-do-vigitel-2016/>>. Acesso em 27/03/2020.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. **Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática**. Texto Contexto Enferm. n. 18, v. 1, p. 124-30, 2009.

YAMADA A.T.T, MARIS C. L., DEMUNER, S. **Manual de Orientação Clínica DIABETES MELLITUS**. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo 2011

ZARDO M, Bassan MB, Farias KCM, Diefenthaler HS, Graziotin NA. Tracking risk factors for type 2 diabetes in workers of an industry from the city

of Concordia-SC. **Rev.Perspectiva**. [Internet] 2015sília, Líber Livro, 2005.

## APÊNDICE 1



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar do projeto intitulado: Transtornos Alimentares após diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 ou Comportamentos Alimentares Desordenados. Trata-se de um projeto de pesquisa proposto por Erica Dantas Mendes, sob orientação da professora Mariane Mascarenhas. Tal projeto tem como objetivo analisar a relação de Diabetes Mellitus tipo 2 e sua associação com os Transtornos Alimentares no Centro de Especialidades Médicas de Santaluz-BA, de maneira a contribuir para que os profissionais de Nutrição estejam aptos para acolher os pacientes com transtornos alimentares, após diagnóstico da doença, a fim de que haja um direcionamento correto da informação que será recebida pelo paciente e seus familiares. Para a execução do projeto serão realizadas entrevistas com pacientes diabéticos assistidos no CEMES (Centro de Especialidades de Santaluz-BA). Se você permitir iremos gravar as conversas, fotografar e filmar a entrevista. Caso tenha dúvidas você será esclarecido sobre o projeto em qualquer momento que desejar, assim como terá total liberdade para retirar o seu consentimento e deixar de participar do processo sem qualquer prejuízo para você. Seu nome não será divulgado respeitando a sua integridade moral, intelectual, social e cultural, isto é, não será divulgado que foi você quem forneceu as informações. Caso você sinta desconforto durante a entrevista se houver estresse e constrangimento por estar sendo observado, sintam medo de suas falas se tornarem públicas, que fique inibido por responder as perguntas, garantimos que manteremos segredo quanto a sua identidade, e as entrevistas acontecerão de maneira individual no CADH, dentro de sua possibilidade. Caso você precise a psicóloga da Secretaria de Educação dará a assistência necessária e se você quiser poderá desistir da atividade a qualquer momento em que desejar. Garantimos que todo material reproduzido durante a entrevista será guardado por 05 anos e depois destruído. A sua participação não acarretará custos ou terá compensação financeira. O benefício relacionado à sua participação será contribuir para o estudo e com isso oferecer atendimento e serviços de saúde aos pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos no Centro de Especialidades Médicas, de Santaluz, na Bahia. Os dados coletados serão utilizados para construção do relatório de pesquisa, bem como para divulgação para fins científicos. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos sobre sua participação na pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora na Rua Rozendo Lopes, nº 96 – Santaluz-BA - que tiraremos suas dúvidas.

Conceição do Coité, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do

\_\_\_\_\_  
Participante Assinatura do

\_\_\_\_\_  
(a) Pesquisador

**E-mail:** [Rafael.anton@faresi.edu.br](mailto:Rafael.anton@faresi.edu.br)

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Faculdade da  
Região Sisaleira  
Fone: (75) 3262-  
3604



## APÊNDICE 2

### Questionário de Identificação do Paciente

| Dados pessoais  |                              |
|---|------------------------------|
| Nome: _____   | Sexo: ( ) M ( ) F            |
| Idade: _____  | Data de Nascimento: // _____ |
| Telefone: _____   |                              |
| Escolaridade: _____   | Estado civil: _____          |
| Endereço: _____   |                              |
| Bairro: _____   | Cidade: _____ Estado: _____  |
| Renda da família: ( ) menos 1 SM ( ) até 1 SM ( ) até 2 SM ( ) 2,0 - 3,0 SM<br>( ) acima de 3         |                              |
| Pratica atividade física? Qual? _____   |                              |
| Dados Antropométricos   |                              |
| Peso: _____   | Altura: _____ IMC: _____     |
| Dados sobre Diabetes  |                              |
| Idade do diagnóstico da doença: _____   |                              |
| Tipo de tratamento que realiza:<br>( ) médico ( ) nutricional ( ) psicológico                         |                              |
| Medicação ( ) Sim, qual? _____ Não ( )  |                              |
| Insulina ( ) SIM, qual? _____   |                              |
| Dose total diária: _____ Quantas vezes: _____   |                              |
| Já omitiu o reduziu o uso de aplicação de insulina, com o objetivo de perder peso?<br>( ) SIM ( ) NÃO |                              |
| Faz monitoramento de glicemia? ( ) SIM ( ) NÃO  |                              |
| Bomba de infusão ( ) LIBRE ( ) Glicosímetro ( )   |                              |
| Faz contagem de carbidrato? ( ) SIM ( ) NÃO   |                              |
| Glicemia normalmente controlada? ( ) SIM ( ) NÃO  |                              |

## ANEXO 1

### Teste de Investigação Bulímica de Edinburg (BITE)

|   |
|---|
| RESPONDA AS QUESTÕES COM RELAÇÃO AO QUE VEM SENTINDO NOS ÚLTIMOS 3 MESES:   |
| 01. Você segue um padrão regular de alimentação? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 02. Você costuma seguir dietas de forma rigorosa? ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 03. Você considera um fracasso quebrar a dieta uma vez? ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 04. Você conta as calorias de tudo o que come, inclusive quando não está de dieta? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 05. Você, de vez em quando, fica sem se alimentar por um dia inteiro?   |
| (Se a resposta for NÃO vá para a questão 07! Se for SIM, siga para a questão 06.) ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 06. Se sua resposta foi SIM para a questão 05, com que frequência você fica sem se alimentar por um dia inteiro?  |
| PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE À SUA RESPOSTA AQUI (_____).  |
| Dia sim, dia não (5) 2-3 vezes por semana (4) Uma vez por semana (3)  |
| De vez em quando (2) Apenas uma vez (1)   |
| 07. Utiliza algum dos seguintes métodos para perder peso? Com que frequência? Nunca/ Raramente/ Uma vez/ semana Duas ou três vezes/ semana Diariamente Duas ou três vezes/dia Cinco vezes/ dia Comprimidos para emagrecer/ Diuréticos/ Laxantes/Provoca vômitos |
| 08. Os seus hábitos alimentares atrapalham sua vida? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 09. Você diria que a comida “domina” a sua vida? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 10. De vez em quando, você come até sentir-se mal fisicamente e ter que parar? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 11. Há momentos em que você SÓ consegue pensar em comida?   |
| ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 12. Você come moderadamente em frente aos outros e, em compensação, exagera quando está sozinho?  |
| ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 13. Você sempre consegue parar de comer quando quer? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 14. Você, de vez em quando, sente um desejo incontrolável de comer sem parar? ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 15. Quando você está ansioso (a), tende a comer muito? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 16. A ideia de ficar gordo(a) o(a) apavora ? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 17. Você, de vez em quando, come rapidamente grandes quantidades de alimento (fora das refeições)? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 18. Você, alguma vez, sentiu vergonha de seus hábitos alimentares? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 19. O fato de você não conseguir se controlar para comer o (a) preocupa? ( ) SIM ( ) NÃO.   |
| 20. Você busca na comida um conforto emocional? ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 21. Você costuma deixar comida no prato ao final de uma refeição? ( ) SIM ( )   |
| 22. Você engana os outros sobre quanto come ? ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 23. A quantidade que você come é proporcional à fome que sente ? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 24. Você já se alimentou de grande quantidade de alimentos em pouco tempo ?(Se a resposta for NÃO vá para a questão 28) Se for SIM, siga para a questão 25.) ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 25. Esse episódio o deixou deprimido? ( ) SIM ( ) NÃO   |
| 26. Esses episódios acontecem apenas quando você está sozinho(a)? ( ) SIM ( ) NÃO.  |
| 27. Com que frequência esses episódios acontecem?   |

|  |
|--|
| PONHA O NÚMERO CORRESPONDENTE A SUA RESPOSTA AQUI (_____). |
|--|

|  |
|--|
| Quase nunca (1) Uma vez por mês (2) Uma vez por semana (3) |
|--|

|  |
|--|
| Duas ou três vezes por semana (4) Diariamente (5) Duas ou três vezes por dia (6)   |
| 28. Você faria grandes sacrifícios para satisfazer uma vontade incontrolável de comer? ( ) SIM ( ) NÃO                       |
| 29. Se você comer demais, sente-se muito culpado(a) por isso? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 30. Você, de vez em quando, come escondido. ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 31. Você consideraria seus hábitos alimentares normais? ( ) SIM ( ) NÃO  |
| 32. Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? ( ) SIM ( ) NÃO.                               |
| 32. Você se consideraria uma pessoa que come em exagero e não consegue parar? ( ) SIM ( ) NÃO                                |
| Avaliação de resultados  |
| 1. Escala de gravidade   |
| 1.1. Itens 6, 7, 27 = maior que 5 _ significativo maior ou igual a 10 _ grande intensidade.                                  |
| 2. Escala de sintomas  |
| 2.1. Itens 1, 13, 21, 23, 31 _ pontua-se não   |
| 2.2. Outros itens _ pontua-se sim  |
| 2.3. Total:  |
| 2.3.1. Máximo escore = 30  |
| 2.3.2. Maior ou igual a 20 _ escore elevado, presença de comportamento alimentar compulsivo, grande possibilidade de bulimia |

## ANEXO 2

### Teste de Atitude Alimentar (EAT-26) Eating Attitudes Test

Responda as questões marcando um X na coluna que melhor se aplicar.

S= sempre / MV=muitas vezes / AV= às vezes / PV= poucas vezes /

QN=quase nunca /N=nunca.

|  | S | MV | AV | PV | QN | N |
|--|---|----|----|----|----|---|
| 1.Fico apavorada com a idéia de estar engordando.                  |   |    |    |    |    |   |
| 2.Evito comer quando estou com fome.                               |   |    |    |    |    |   |
| 3.Sinto-me preocupada com os alimentos.                            |   |    |    |    |    |   |
| 4.Continuar a comer com exagero. Sinto que não sou capaz de parar. |   |    |    |    |    |   |
| 5.Corto os meus alimentos em pequenos pedaços.                     |   |    |    |    |    |   |
| 6.Presto atenção a quantidade de calorias dos alimentos que como.  |   |    |    |    |    |   |
| 7.Evito os alimentos ricos em carboidratos.                        |   |    |    |    |    |   |
| 8.Sinto que os outros gostariam que eu comesse mais.               |   |    |    |    |    |   |
| 9.Vomito depois de comer.  |   |    |    |    |    |   |
| 10.Sinto-me extremamente culpada depois de comer.                  |   |    |    |    |    |   |
| 11.Preocupo-me com o desejo de ser mais magra.                     |   |    |    |    |    |   |
| 12.Penso em queimar calorias a mais quando me exercito.            |   |    |    |    |    |   |
| 13.As pessoas me acham muito magra.                                |   |    |    |    |    |   |
| 14. Preocupo-me com a idéia de ter gordura em meu corpo.           |   |    |    |    |    |   |
| 15.Demoro muito pra fazer minhas refeições.                        |   |    |    |    |    |   |
| 16.Evito alimentos que contenham açúcar.                           |   |    |    |    |    |   |
| 17.Costumo comer alimentos dietéticos.                             |   |    |    |    |    |   |
| 18.Sinto que os alimentos controlam minha vida.                    |   |    |    |    |    |   |
| 19.Demonstro auto-controle diante dos alimentos.                   |   |    |    |    |    |   |
| 20.Sinto que as pessoas me pressionam pra comer.                   |   |    |    |    |    |   |
| 21.Passo muito tempo pensando em comer.                            |   |    |    |    |    |   |
| 22.Sinto desconforto após comer doces.                             |   |    |    |    |    |   |
| 23.Faço regimes pra emagrecer.                                     |   |    |    |    |    |   |
| 24.Gosto de sentir meu estômago vazio.                             |   |    |    |    |    |   |
| 25.Gosto de experimentar novos alimentos ricos em calorias.        |   |    |    |    |    |   |
| 26.Sinto vontade de vomitar após as refeições.                     |   |    |    |    |    |   |