

**O CONHECIMENTO DOS PACIENTES E O IMPACTO DAS ORIENTAÇÕES
NUTRICIONAIS NA QUALIDADE DE VIDA E NO MANEJO DO DIABETES
MELLITUS EM ADULTOS E IDOSOS*****PATIENT KNOWLEDGE AND THE IMPACT OF NUTRITIONAL GUIDELINES ON
QUALITY OF LIFE AND MANAGEMENT OF DIABETES MELLITUS IN ADULTS
AND THE ELDERLY***Sarah Teixeira Alves¹ Mírian Patrícia Castro Pereira Paixão² 

RESUMO: O Diabetes Mellitus, doença crônica não transmissível, é uma condição metabólica caracterizada pela hiperglicemia, devido à deficiência na produção de insulina pelo pâncreas ou à resistência à ação desse hormônio. Implementar e promover educação nutricional é urgente para melhorar o manejo da patologia, pois muitos pacientes têm baixo conhecimento sobre a condição e estratégias do controle glicêmico. Dessa forma, realizou-se uma pesquisa de campo descritiva, de caráter transversal, com abordagem qualitativa e quantitativa. Foram coletados dados de 47 participantes com diabetes mellitus tipo 1 ou 2, através de questionários sobre qualidade de vida (B-PAID), conhecimento sobre diabetes (QCD) e consumo alimentar, além de medições antropométricas. A análise estatística foi realizada com o auxílio do software Excel, utilizando o teste qui-quadrado. A maioria dos participantes era do sexo feminino (72,3%), com idade média de 54,8 anos e nível de escolaridade ensino superior. Apesar de demonstrarem conhecimento sobre a patologia, dificuldades na adesão ao tratamento dietoterápico foram observadas, como o consumo inadequado de frutas, legumes, fibras e proteínas, e baixa prática de atividade física. O estado nutricional indicou 66% com sobrepeso ou obesidade. Questões emocionais, como o sofrimento ligado à doença, foram mais prevalentes entre as mulheres. Conclui-se que o conhecimento sobre o diabetes não se traduz integralmente em adesão ao tratamento, sendo necessário uma abordagem interdisciplinar que considere fatores emocionais, sociais e educacionais. Programas estruturados de educação em diabetes e estratégias nutricionais individualizadas são essenciais para melhorar o manejo da patologia e promover a qualidade de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus; Orientação nutricional; Qualidade de vida.

ABSTRACT: Diabetes Mellitus, a chronic non-communicable disease, is a metabolic condition characterized by hyperglycemia due to a deficiency in insulin production by the pancreas or resistance to the action of this hormone. Implementing and promoting nutritional education is urgent to improve the management of the pathology, since many patients have little knowledge about the condition and glycemic control strategies. Therefore, a descriptive, cross-sectional field study was conducted with a

¹ Salesiano – Centro Universitário Católico. Vitória/ES, Brasil correiodesarah@gmail.com

² Salesiano – Centro Universitário Católico. Vitória/ES, Brasil mpaixao@salesiano.br

qualitative and quantitative approach. Data were collected from 47 participants with type 1 or 2 diabetes mellitus through questionnaires on quality of life (B-PAID), knowledge about diabetes (QCD) and food consumption, in addition to anthropometric measurements. Statistical analysis was performed with the aid of Excel software, using the chi-square test. Most participants were female (72.3%), with a mean age of 54.8 years and a higher education level. Despite demonstrating knowledge about the disease, difficulties in adhering to dietary therapy treatment were observed, such as inadequate consumption of fruits, vegetables, fibers and proteins, and low physical activity. Nutritional status indicated that 66% were overweight or obese. Emotional issues, such as suffering related to the disease, were more prevalent among women. It is concluded that knowledge about diabetes does not fully translate into adherence to treatment, and an interdisciplinary approach that considers emotional, social and educational factors is necessary. Structured diabetes education programs and individualized nutritional strategies are essential to improve the management of the disease and promote the quality of life of patients.

Keywords: Diabetes Mellitus; Nutritional guidance; Quality of life.

1 INTRODUÇÃO

Maus hábitos alimentares e a obesidade estão entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o diabetes mellitus (DM) (Delmondes; Abreu, 2022). As DCNT resultam da interação entre fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Entre os fatores de risco modificáveis destacam-se o tabagismo, o consumo abusivo de álcool, o sedentarismo e a alimentação inadequada, enquanto os fatores metabólicos incluem obesidade, hiperglicemia, hiperlipidemia e hipertensão arterial (WHO, 2023).

O diabetes mellitus é uma doença metabólica caracterizada por alterações no metabolismo dos carboidratos, decorrentes da deficiência na produção de insulina, da resistência à sua ação ou de ambas, resultando em hiperglicemia (Amaral *et al.*, 2019). Considerada uma doença multifatorial, apresenta elevada relevância em saúde pública devido ao crescimento contínuo de sua incidência e prevalência, além do impacto sobre a morbimortalidade (Bertonhi; Dias, 2018).

O diabetes está associado ao aumento do risco de doenças cardiovasculares e de diversas complicações crônicas que comprometem a qualidade de vida dos indivíduos. Dessa forma, seu controle requer acompanhamento contínuo, adesão ao tratamento e mudanças no estilo de vida (Santos; Freitas, 2018).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, mais de 420 milhões de adultos vivem com diabetes em todo o mundo, sendo aproximadamente 62 milhões na região das Américas (OPAS, 2022). A Federação Internacional de Diabetes estimou que 537 milhões de pessoas conviviam com a doença em 2021, com projeção de aumento para 643 milhões em 2030 e 783 milhões em 2045 (IDF, 2021).

Esse crescimento está relacionado ao envelhecimento populacional, à urbanização e às mudanças no estilo de vida, especialmente à redução da prática de atividade física e ao consumo de dietas inadequadas, fatores que favorecem a obesidade e o desenvolvimento da resistência à insulina (Delmondes; Abreu, 2022; Cozzolino; Pires, 2020).

No Brasil, dados do Vigitel demonstram aumento da frequência de diagnóstico médico de diabetes em adultos, passando de 9,1% em 2021 para 10,2% em 2023. A prevalência foi maior entre mulheres e aumentou progressivamente com a idade, sendo também influenciada pelo nível de escolaridade (Brasil, 2021; Brasil, 2023). Além disso, a Organização Mundial da Saúde destaca o diabetes entre as principais causas de mortalidade por doenças crônicas, responsável por cerca de dois milhões de óbitos no mundo (WHO, 2023).

Visto que o DM é um problema de saúde sensível à atenção primária, bem como que o bom manejo desse agravo na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações, é urgente a implementação, promoção e reforço da educação nutricional para essa população, bem como o acompanhamento da mesma em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (Souza; Lima; Cordeiro, 2022). Segundo Amaral *et al.* (2019), os pacientes portadores de DM apresentam baixo conhecimento sobre a doença, bem como dos variados tipos de estratégias existentes para o controle da glicemia. A reeducação nutricional, assim como o desenvolvimento de estratégias que estimulem a mudança de hábitos alimentares e estilo de vida da população em geral, podem contribuir para melhor adesão dos pacientes à terapia nutricional, logo, não medicamentosa (Santos; Freitas, 2018).

A adesão do paciente às orientações nutricionais é imprescindível para promover um bom controle glicêmico e auxiliar no sucesso da terapia farmacológica. Sendo assim, o manejo nutricional deve ir além da prescrição alimentar e avaliar a parte comportamental do sujeito, ou seja, sua disposição, limitações e recursos disponíveis, visando adaptar as recomendações às preferências pessoais, tornando a proposta terapêutica uma decisão conjunta (Ramos *et al.*, 2022). A estratégia nutricional, em suma, deve ser individualizada e adaptada à realidade de cada paciente para melhor adesão.

Pereira *et al.* (2021) afirmam que o diabetes pode ser amplamente prevenido através da adesão a um estilo de vida saudável, que inclui o consumo de dieta de alta qualidade, exercício regular e manutenção do peso corporal saudável. A orientação nutricional é fundamental para a prevenção do DM, bem como para o controle da patologia, uma vez instalada, através do monitoramento da glicemia e o controle metabólico, atenuando as complicações da doença e promovendo a qualidade de vida dos portadores (Da Silva *et al.*, 2021). Portanto, é de suma importância pesquisar sobre o tratamento da doença e reforçar que a dietoterapia deve ser constantemente avaliada e reforçada no manejo do paciente com diabetes (Delmondes; Abreu, 2022).

Tendo em vista a gravidade das complicações para o indivíduo portador de diabetes, bem como para a coletividade na saúde pública devido à crescente epidemia das doenças crônicas e do DM no âmbito nacional e mundial, se faz necessário conhecer a patologia tanto quanto aprimorar o manejo clínico e dietoterápico desses pacientes, no intuito de promover melhorias em sua qualidade de vida. A inadequação da dieta aponta para o maior risco de morbidades associadas, sendo imprescindível o acompanhamento nutricional destes pacientes (Bertonhi; Dias, 2018). Este trabalho, portanto, teve por objetivo avaliar o nível de conhecimento dos pacientes a respeito da patologia, do seu prognóstico e da dietoterapia proposta pelos profissionais de saúde, bem como perceber se tal compreensão afeta na adesão ao tratamento.

2 METODOLOGIA

2.1 DESENHO DO ESTUDO

Foi uma pesquisa de campo descritiva, sendo de caráter transversal e de abordagem qualitativa e quantitativa. Este estudo foi caracterizado como quantitativo, pois envolveu mensuração de variáveis pré-determinadas e análise objetiva de dados coletados, bem como qualitativo, visto que enfatizou o subjetivo no intuito de compreender e interpretar as experiências. O tamanho amostral foi de coorte aberto, no qual foram selecionados 47 indivíduos de ambos os sexos. A coleta de dados foi realizada entre agosto/2024 e outubro/2024. Todos os inscritos são residentes da Grande Vitória (ES), e foram informados do objetivo deste estudo. Como benefício da participação foi entregue um ebook online com “orientações nutricionais para o diabético” àqueles que deixaram e-mail para contato.

Foram estabelecidos como critério de inclusão as seguintes características: indivíduos adultos ou idosos, com idade entre 20 e 90 anos, portadores de Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2, de ambos os sexos. Os critérios de exclusão foram indivíduos com idade inferior a 20 anos ou que tinham diabetes gestacional. Aqueles indivíduos que não atenderam ao critério de inclusão foram excluídos da amostra, mas obtiveram todos os benefícios ofertados por este estudo aos seus voluntários.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário, sob o CAAE nº 81084524.9.0000.5068. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após serem informados sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa. Foi assegurado o sigilo e a confidencialidade dos dados, utilizados exclusivamente para fins científicos, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012).

2.2 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE

Para avaliar as variáveis sociodemográfica e de saúde do paciente uma ficha de avaliação foi preenchida contendo informações sobre sexo, idade, escolaridade, renda familiar, além do tipo de diabetes mellitus (1 ou 2), tempo de diagnóstico da patologia e o índice de massa corporal dos participantes, sendo necessário, para tal, aferição de peso e altura destes (Amaral *et al.*, 2019). Além disso, foi incluído no questionário avaliativo de saúde as circunferências da cintura e da panturrilha para avaliar o risco de comorbidades cardiovasculares associados à obesidade, bem como se há perda de massa muscular e risco de desnutrição. Somado a essas informações, o participante sinalizava o tipo de tratamento medicamentoso utilizado (hipoglicemiante e/ou insulina).

2.3 AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DE PACIENTES COM DIABETES

Para avaliar a qualidade de vida dos voluntários foi aplicado o questionário B-PAID, composto de 20 questões acerca dos estados emocionais normalmente sinalizados pelos pacientes com Diabetes tipo 1 e 2. Segundo GROSS (2004), o B-PAID contempla aspectos da qualidade de vida e os problemas emocionais decorrentes do viver com a doença e o tratamento dela. O paciente respondeu cada questão de acordo com sua percepção. A escala varia de 0 a 4, sendo 0 = “Não é problema”, 1 =

“Pequeno problema”, 2 = “Problema moderado”, 3 = “Quase um problema sério” e 4 = “Problema sério”. O escore do participante é alcançado pela soma das respostas nas 20 questões e este valor é depois multiplicado por 1,25. A avaliação produz um escore que varia de 0 a 100, sendo o escore alto reflexo de um alto nível de sofrimento emocional e, portanto, baixa qualidade de vida.

2.4 AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PACIENTES FRENTE AO DIABETES

Para avaliar o conhecimento dos participantes acerca do Diabetes foi aplicado o Questionário dos Conhecimentos no Diabetes (QCD), o qual é composto de 20 afirmações, sobre as quais os pacientes escolheram uma opção entre “Verdadeiro”, “Falso” ou “Não sei”, de acordo com seu conhecimento acerca da questão. Segundo Ascensão *et al.* (2016), o QCD permite mensurar em cada afirmativa o nível de conhecimento, falso conceito e desconhecimento dos participantes à medida que o paciente acerte, erre ou assinale que não sabe, respectivamente.

2.5 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DOS PARTICIPANTES

Para avaliar o consumo alimentar dos participantes foi aplicado um questionário de frequência alimentar (QFA) contendo 18 questões. O teste proposto é a versão de bolso do guia alimentar da população brasileira no formato “10 passos para uma alimentação saudável” e tem como objetivo avaliar a alimentação de pessoas entre 20 e 60 anos de idade (Brasil, 2013). Ao responder às questões, a pessoa deve escolher apenas uma opção, ou seja, a que mais costuma fazer quando come. Ao final, as respostas são classificadas e pontuadas de acordo com a tabela pré-estabelecida pelo próprio teste. Até 28 pontos, há um alerta de melhoria na alimentação e seus hábitos de vida mais saudáveis. De 29 a 42 pontos, há indicação para que haja mais atenção a esses critérios. E de 43 pontos ou mais, o participante está no caminho para um modo de vida saudável.

2.6 APLICAÇÃO DA AVALIAÇÃO OBJETIVA MEDIANTE ANTROPOMETRIA

A avaliação antropométrica incluiu a aferição de peso, altura, circunferência da cintura (CC) e circunferência da panturrilha (CP). O peso foi obtido em balança digital calibrada, com capacidade para 150 kg, posicionada em superfície nivelada. A altura foi mensurada com estadiômetro, com os participantes descalços, em posição ortostática, conforme recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado pela razão entre o peso corporal (kg) e a altura ao quadrado (m^2), sendo utilizado para a classificação do estado nutricional. Para adultos, adotaram-se os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial da Saúde: baixo peso ($<18,5 \text{ kg}/m^2$), eutrofia ($18,5\text{--}24,9 \text{ kg}/m^2$), sobrepeso ($25,0\text{--}29,9 \text{ kg}/m^2$), obesidade grau I ($30,0\text{--}34,9 \text{ kg}/m^2$), obesidade grau II ($35,0\text{--}39,9 \text{ kg}/m^2$) e obesidade grau III ($\geq 40,0 \text{ kg}/m^2$). Para idosos, utilizou-se a classificação de Lipschitz: baixo peso ($<22 \text{ kg}/m^2$), eutrofia ($22\text{--}27 \text{ kg}/m^2$) e excesso de peso ($>27 \text{ kg}/m^2$) (Brasil, 2011).

A circunferência da cintura foi aferida com fita antropométrica inelástica, posicionada aproximadamente 2 cm acima da cicatriz umbilical, sendo utilizada para estimar o risco cardiometabólico. Consideraram-se como risco elevado valores $\geq 94 \text{ cm}$ para homens

e ≥ 80 cm para mulheres, e risco muito elevado valores ≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres (Paz, 2020).

A circunferência da panturrilha foi mensurada com fita antropométrica inelástica na região de maior perímetro da panturrilha, com o participante sentado e o joelho flexionado a 90° . Foram considerados indicativos de redução da massa muscular valores inferiores a 34 cm para homens e 33 cm para mulheres (Paz, 2020).

2.7 ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados foram inicialmente tabulados no Microsoft Excel® 2016 e posteriormente processados no software IBM SPSS Statistics®, versão 25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, EUA). A análise estatística compreendeu estatística descritiva, com distribuição de frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas e cálculo de média e desvio-padrão para as variáveis contínuas. A associação entre as variáveis foi avaliada por meio do teste do qui-quadrado, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo coletou a resposta de 47 voluntários adultos e idosos, sendo 72,3% do sexo feminino (n 34) e 27,7% do sexo masculino (n 13), com a média de idade de $54,8 \pm 16,24$ anos, tendo variado entre 20 e 90 anos. Com relação a escolaridade 36,2% dos participantes fizeram ensino médio, conforme tabela 1, e 53,2% possuem ensino superior, sendo 23,4% deles pós-graduados. A renda de 63,8% dos voluntários é superior a 3 salários-mínimos.

Tabela 1 – Característica socioeconômica dos participantes do estudo

Variáveis	Total		Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária						
De 20 a 40 anos	9	19,1	5	10,6	4	8,5
De 41 a 60 anos	21	44,7	15	31,9	6	12,8
De 61 a 90 anos	17	36,2	14	29,8	3	6,4
Nível de escolaridade						
Não alfabetizado	1	2,1	1	2,1	-	-
Ensino fundamental	4	8,5	4	8,5	-	-
Ensino médio	17	36,2	10	21,3	7	14,9
Ensino superior	14	29,8	13	27,7	1	2,1
Pós-graduado	11	23,4	6	12,8	5	10,6
Renda mensal						
Menos de 1 salário-mínimo	4	8,4	3	6,4	1	2,1
De 1 a 2 salários-mínimos	13	27,7	10	21,3	3	6,4
Mais de 3 salários-mínimos	30	63,8	21	44,7	9	19,1

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Assim como observado nos estudos de Amaral *et al.* (2019), Bertonhi e Dias (2018) e Portela *et al.* (2022), a prevalência do diabetes foi maior entre as mulheres quando

comparada à população masculina. Esse resultado pode estar relacionado ao fato de que as mulheres tendem a demonstrar maior preocupação com a própria saúde e, conseqüentemente, procuram os serviços de saúde com maior frequência do que os homens.

Os voluntários apresentaram níveis mais elevados de renda e escolaridade, corroborando os achados de Santos e Freitas (2018), que não observaram associação entre maior incidência de diabetes e baixa renda e/ou escolaridade. Destaca-se que o nível de escolaridade pode atuar como fator facilitador para a compreensão da doença, uma vez que o tratamento e a adesão terapêutica exigem a assimilação de diversas informações relacionadas ao diabetes (Amaral *et al.*, 2019). Além disso, a condição financeira mais favorável de grande parte dos participantes pode contribuir para o tratamento, especialmente em relação às escolhas alimentares, uma vez que alimentos diet frequentemente consumidos por pessoas com diabetes apresentam custo superior ao de produtos convencionais (Santos; Freitas, 2018).

A Tabela 2 apresenta as características clínicas dos participantes. Observou-se predominância de indivíduos com diabetes mellitus tipo 2 (55,3%), tempo de diagnóstico superior a dois anos (89,4%) e utilização de hipoglicemiantes orais (57,4%). Aproximadamente metade da amostra apresentou sofrimento emocional relacionado ao diabetes (46,8%), sendo essa condição mais frequente entre as mulheres.

Tabela 2 – Características clínicas dos participantes segundo o sexo (n = 47)

Variáveis	Total n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)
Tipo de diabetes			
DM tipo 1	11 (23,4)	7 (14,9)	4 (8,5)
DM tipo 2	26 (55,3)	20 (42,6)	6 (12,8)
Misto	10 (21,2)	7 (14,9)	3 (6,4)
Terapia medicamentosa			
Insulinoterapia	13 (27,7)	10 (21,3)	3 (6,4)
Hipoglicemiantes orais	27 (57,4)	20 (42,6)	7 (14,9)
Associação (insulina + hipoglicemiante)	6 (12,8)	3 (6,4)	3 (6,4)
Sem medicação	1 (2,1)	1 (2,1)	–
Tempo de diagnóstico			
< 6 meses	2 (4,3)	2 (4,3)	–
6 meses a 1 ano	2 (4,3)	2 (4,3)	–
1 a 2 anos	1 (2,1)	–	1 (2,1)
≥ 2 anos	42 (89,4)	30 (63,8)	12 (25,5)
Classificação B-PAID			

Variáveis	Total n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)
Sofrimento emocional (≥ 40 pontos)	22 (46,8)	18 (38,3)	4 (8,5)
Sem sofrimento emocional (< 40 pontos)	25 (53,2)	16 (34,0)	9 (19,2)

Fonte: Dados da pesquisa (2026). Nota: B-PAID = *Problem Areas in Diabetes*

Segundo Rodrigues *et al.* (2021), o diabetes distress (DD) é uma reação emocional ao convívio com o diabetes, envolvendo as preocupações de lidar com uma doença crônica e complexa. Apesar da maioria dos participantes não relatarem sofrimento emocional ocasionado pelo diagnóstico, quando avaliada a qualidade de vida, quase a metade deles, apontaram que conviver com a doença promove algum grau de sofrimento, sobretudo entre as mulheres. Nesse sentido, o resultado da presente pesquisa converge com o encontrado na literatura mostrada por Gross (2004) de que as mulheres têm maior nível de estresse relacionado a questões emocionais ligados ao diabetes e aos problemas com o apoio social na vida com a patologia. Rodrigues *et al.* (2021) apontam ainda que os fatores psicossociais são cruciais no cuidado e tratamento do diabetes, visto que o paciente se vê em um desafio constante quando apresenta dificuldades em adotar mudanças de estilo de vida para controlar a glicemia e prevenir complicações.

Quanto aos hábitos de vida (Tabela 3), observou-se baixa frequência de consumo de bebidas alcoólicas, predominância de prática de atividade física entre três e cinco vezes por semana (42,6%) e necessidade de melhorias na alimentação para a maior parte da amostra (70,2%), segundo a classificação do questionário de frequência alimentar. Houve associação estatisticamente significativa entre sexo e pontuação do QFA ($p=0,049$), indicando melhor qualidade da alimentação entre as mulheres.

Tabela 3 – Hábitos de vida e qualidade da alimentação dos participantes (n = 47)

Variáveis	Total n (%)	Feminino n (%)	Masculino n (%)
Consumo de bebida alcoólica			
Não consome	28 (59,57)	22 (46,81)	6 (12,77)
Eventualmente (< 4 vezes/mês)	13 (27,66)	10 (21,28)	3 (6,38)
1 a 6 vezes por semana	1 (2,13)	0 (0,00)	1 (2,13)
Diariamente	5 (10,64)	2 (4,26)	3 (6,38)
Prática de atividade física			
Não prática	14 (29,79)	11 (23,40)	3 (6,38)
1 a 2 vezes por semana	12 (25,53)	8 (17,02)	4 (8,51)
3 a 5 vezes por semana	20 (42,55)	14 (29,79)	6 (12,77)
6 ou mais vezes por semana	1 (2,13)	1 (2,13)	0 (0,00)
Qualidade da alimentação			
Hábitos alimentares irregulares	4 (8,51)	3 (6,38)	1 (2,13)
Atenção	33 (70,21)	23 (48,94)	10 (21,28)
Hábitos alimentares saudáveis	10 (21,28)	8 (17,02)	2 (4,26)

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Segundo Rodrigues *et al.* (2023), o *diabetes distress* (DD) corresponde ao sofrimento emocional decorrente da convivência com o diabetes, envolvendo preocupações relacionadas ao manejo de uma doença crônica e complexa. Embora a maioria dos participantes não tenha relatado sofrimento emocional associado ao diagnóstico, a avaliação realizada por meio da escala B-PAID evidenciou que 46,8% da amostra apresentou sofrimento emocional relacionado ao diabetes, sendo essa condição mais frequente entre as mulheres. Esses achados convergem com os resultados descritos por Gross (2004), que validou a versão brasileira da escala B-PAID e observou maior impacto emocional da doença entre mulheres, especialmente em aspectos relacionados ao estresse e ao suporte social.

Além disso, Rodrigues *et al.* (2023) destacam que os fatores psicossociais desempenham papel fundamental no cuidado ao diabetes, uma vez que o tratamento exige mudanças contínuas no estilo de vida, adesão ao plano terapêutico e enfrentamento das demandas impostas pela doença, fatores que podem comprometer a qualidade de vida dos indivíduos.

Quanto aos hábitos de vida (Tabela 3), observou-se baixa frequência de consumo de bebidas alcoólicas, predominância da prática de atividade física entre três e cinco vezes por semana (42,6%) e necessidade de melhorias na alimentação para a maior parte da amostra (70,2%), de acordo com a classificação do Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Houve associação estatisticamente significativa entre o sexo e a pontuação do QFA ($p = 0,049$), indicando melhor qualidade da alimentação entre as mulheres. Esse resultado pode estar relacionado à maior preocupação das mulheres com o autocuidado e à maior adesão às recomendações alimentares, comportamento também descrito por Amaral *et al.* (2019) e Portela *et al.* (2022).

Sobre a classificação do estado nutricional descrita na tabela 4, 66% dos participantes estão em graus de sobrepeso (36,2%) e obesidade (29,8%). Dos 35 participantes que aferiram a medida da circunferência da cintura, 54,3% apresentaram risco muito aumentado para doenças cardiovasculares e 55,3% possuem a circunferência da panturrilha adequada.

Tabela 4 – Classificação do estado nutricional dos participantes do estudo

Variáveis	Total		Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Índice de Massa Corporal (IMC)						
Baixo peso	-	-	-	-	-	-
Eutrofia	16	34	13	27,7	3	6,4
Sobrepeso	17	36,2	12	25,5	5	10,6
Obesidade	14	29,8	9	19,1	5	10,6
Circunferência abdominal (CC) – n35						
Risco aumentado para DCV	8	22,9	7	20	1	2,9
Risco muito aumentado para DCV	19	54,3	14	40	5	14,3
Sem risco	8	22,9	4	11,4	4	11,4
Circunferência da panturrilha (CP) – n35						

Variáveis	Total		Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Adequado	26	55,3	18	38,3	8	17
Depleção de massa muscular	9	19,1	7	14,9	2	4,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Pode-se inferir uma relação entre a baixa prática de atividade física e a elevada frequência de sobrepeso e obesidade observada entre os participantes, uma vez que o exercício físico desempenha papel fundamental na regulação do peso corporal e no controle glicêmico, constituindo uma das principais recomendações dos profissionais de saúde para indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis. No caso das pessoas com diabetes, especialmente aquelas com diabetes mellitus tipo 2, a prática regular de atividade física melhora a sensibilidade à insulina, contribui para o controle glicêmico e auxilia na redução da síndrome metabólica, condição frequentemente associada à doença (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2020). Nesse contexto, a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade observada neste estudo é compatível com o maior percentual de participantes com diabetes mellitus tipo 2, uma vez que essa condição está fortemente relacionada ao excesso de peso e ao envelhecimento (Rodacki *et al.*, 2023).

Além disso, a elevada proporção de participantes com risco aumentado para doenças cardiovasculares, evidenciada pela circunferência da cintura, reforça a necessidade de estratégias terapêuticas voltadas para mudanças sustentáveis no estilo de vida. A obesidade abdominal está diretamente relacionada à resistência à insulina, ao desenvolvimento da síndrome metabólica e ao aumento do risco cardiovascular (Menezes *et al.*, 2014; Paz, 2020). As doenças cardiovasculares permanecem como a principal causa de morbimortalidade em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Segundo Bertonhi e Dias (2018), essas complicações decorrem principalmente das alterações micro e macrovasculares, como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico e doença arterial periférica. Assim, a baixa adesão ao tratamento pode favorecer a progressão da doença, aumentar o risco de complicações e elevar a mortalidade, evidenciando a importância do acompanhamento multiprofissional e da educação em saúde para o controle adequado da doença.

Conforme apresentado na Tabela 5, as mulheres apresentaram maior percentual de acertos na maioria das afirmações relacionadas ao tratamento, controle e complicações do diabetes. Entre os homens, observou-se maior frequência de erros na questão 4 e de respostas "Não sei" na questão 8. Esses resultados sugerem maior conhecimento das mulheres acerca do manejo da doença, embora essa diferença deva ser interpretada com cautela em razão do reduzido número de participantes do sexo masculino.

Tabela 5 – Questionário de Conhecimento do Diabetes (QCD) – Primeira dimensão: tratamento, controle e complicações do diabetes

Questões do tratamento, controle e complicações	Total n (%)	Fem. n (%)	Masc. n (%)
1. Para a doença não piorar, deve fazer a picada no dedo para saber os valores de açúcar no sangue.			
Verdadeiro	45 (95,7)	32 (68)	13 (27,7)
Falso	2 (4,3)	2 (4,3)	-
Não sei	-	-	-
2. No tratamento da diabetes normalmente deve tomar sempre a medicação receitada pelo médico.			
Verdadeiro	47 (100)	34 (72,3)	13 (27,7)
Falso	-	-	-
Não sei	-	-	-
3. Para a doença não piorar, a quantidade de açúcar no sangue deve estar próxima dos valores normais.			
Verdadeiro	47 (100)	34 (72,3)	13 (27,7)
Falso	-	-	-
Não sei	-	-	-
4. Para a doença não piorar, é importante vigiar a tensão arterial.			
Verdadeiro	28 (59,6)	25 (53,2)	3 (6,4)
Falso	12 (25,5)	4 (8,5)	8 (17)
Não sei	7 (14,9)	5 (10,6)	2 (4,3)
5. Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem causar doenças nos olhos.			
Verdadeiro	44 (93,6)	32 (68,1)	12 (25,5)
Falso	1 (2,1)	1 (2,1)	-
Não sei	2 (4,3)	1 (2,1)	1 (2,1)
6. Devido à diabetes, outros problemas de saúde podem surgir sem o diabético dar por isso.			
Verdadeiro	42 (89,4)	31 (66)	11 (24,4)
Falso	-	-	-
Não sei	5 (10,6)	3 (6,4)	2 (4,3)
7. No tratamento da diabetes é importante andar a pé (tipo marcha) diariamente e cerca de 20 minutos.			
Verdadeiro	32 (68,1)	23 (48,9)	9 (19,1)
Falso	4 (8,5)	3 (6,4)	1 (2,1)
Não sei	11 (23,4)	8 (17)	3 (6,4)
8. Para a doença não piorar, é importante avaliar a acetona na urina.			
Verdadeiro	19 (40,4)	16 (34)	3 (6,4)
Falso	23 (48,9)	15 (31,9)	8 (17)
Não sei	5 (10,6)	3 (6,4)	2 (4,3)
9. Para a doença não piorar, os valores de açúcar no sangue devem estar muito baixos.			
Verdadeiro	16 (34)	11 (23,4)	5 (10,6)
Falso	27 (57,4)	21 (44,7)	6 (12,7)
Não sei	4 (8,5)	2 (4,3)	2 (4,3)

Questões do tratamento, controle e complicações	Total n (%)	Fem. n (%)	Masc. n (%)
10. No tratamento da diabetes, uma alimentação saudável é tão importante como a medicação receitada pelo médico.			
Verdadeiro	45 (95,7)	33 (70,3)	12 (25,5)
Falso	-	-	-
Não sei	2 (4,3)	1 (2,1)	1 (2,1)

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Conforme apresentado na Tabela 5, as mulheres apresentaram maior percentual de acertos na maioria das questões relacionadas ao tratamento, ao controle e às complicações do diabetes, enquanto, entre os homens, observou-se maior frequência de respostas incorretas e da alternativa "Não sei" em algumas afirmativas. Esses resultados sugerem maior conhecimento do público feminino sobre aspectos fundamentais para o manejo da doença. Embora essa diferença deva ser interpretada com cautela, em razão da predominância de mulheres na amostra, estudos apontam que elas tendem a procurar os serviços de saúde com maior frequência, participar mais de ações educativas e aderir de forma mais efetiva às recomendações terapêuticas, o que pode favorecer maior conhecimento sobre o diabetes (Amaral *et al.*, 2019; Portela *et al.*, 2022).

O conhecimento sobre a doença é reconhecido como um importante determinante da adesão ao tratamento. Segundo Amaral *et al.* (2019), indivíduos que compreendem melhor a doença tem maior capacidade para incorporar hábitos saudáveis, utilizar corretamente os medicamentos e realizar o monitoramento glicêmico. De forma semelhante, Portela *et al.* (2022) destacam que o autocuidado está diretamente relacionado ao grau de compreensão da doença, tornando a educação em saúde uma estratégia indispensável para o controle metabólico e a prevenção de complicações.

Destaca-se que, no presente estudo, as mulheres apresentaram maior nível de escolaridade quando comparadas aos homens. Esse resultado pode contribuir para explicar o maior conhecimento observado nesse grupo, uma vez que a escolaridade favorece a compreensão das informações relacionadas ao diabetes e ao seu tratamento. Esse achado corrobora a afirmação de Amaral *et al.* (2019) de que a capacidade cognitiva e o nível de instrução podem influenciar positivamente o entendimento da doença e a adoção de práticas adequadas de autocuidado.

Assim como observado no estudo de Ascensão, Caniço e Dias (2016), no que se refere às questões relacionadas ao tratamento e ao controle do diabetes, a maioria dos participantes respondeu corretamente sobre a importância do monitoramento capilar da glicemia, do uso adequado da medicação prescrita, da manutenção dos níveis glicêmicos dentro da normalidade, da prática regular de atividade física e da adoção de uma alimentação saudável. Em relação às complicações do diabetes, a maioria reconheceu que a doença pode causar alterações oculares e favorecer o surgimento de outros problemas de saúde. Entretanto, apenas as mulheres demonstraram maior conhecimento quanto à importância do monitoramento da pressão arterial (questão 4).

Embora a maioria das mulheres tenha respondido corretamente à questão 8, um número semelhante optou pela alternativa "**Não sei**", comportamento também observado entre os homens. Esse resultado pode ser explicado pelo fato de a questão

abordar um exame mais frequentemente indicado para pessoas com diabetes mellitus tipo 1, devido ao maior risco de cetoacidose diabética. No entanto, mesmo entre os participantes com diabetes mellitus tipo 1, apenas quatro dos onze indivíduos responderam corretamente à questão, indicando lacunas no conhecimento sobre essa complicação.

Embora a maioria dos participantes (57,4%) tenha respondido corretamente à questão 9, observou-se que 34,0% ainda apresentavam a falsa percepção de que valores cada vez menores de glicemia representam melhor controle da doença. Esse equívoco também foi identificado por Ascensão, Caniço e Dias (2016) e evidencia a necessidade de ações educativas que enfatizem os riscos da hipoglicemia e a importância de manter os níveis glicêmicos dentro das metas terapêuticas recomendadas.

Conforme apresentado na Tabela 6, tanto homens quanto mulheres responderam corretamente à maior parte das questões relacionadas à duração do diabetes (questões 11 a 15). Em relação às causas da doença (questões 16 a 20), também foi observado elevado percentual de acertos. Entretanto, na questão 17, os homens apresentaram frequência semelhante de respostas incorretas e da alternativa "Não sei", enquanto as mulheres, embora tenham obtido maior percentual de acertos, também demonstraram dúvidas em relação ao tema.

Tabela 6 – Questionário de Conhecimento do Diabetes (QCD) – Segunda e terceira dimensões: duração e causas do diabetes.

Questões sobre duração e causas do diabetes	Total n (%)	Fem. n (%)	Masc. n (%)
11. A diabetes é uma doença que dura pouco tempo.			
Verdadeiro	45 (95,7)	33 (70,3)	12 (25,5)
Falso	1 (2,1)	1 (2,1)	-
Não sei	1 (2,1)	-	1 (2,1)
12. A diabetes é uma doença que vai durar para o resto da vida.			
Verdadeiro	42 (89,4)	29 (61,7)	13 (27,7)
Falso	3 (6,4)	3 (6,4)	-
Não sei	2 (4,3)	2 (4,3)	-
13. A diabetes é uma doença que é de longa duração.			
Verdadeiro	45 (95,7)	34 (72,3)	11 (23,4)
Falso	1 (2,1)	-	1 (2,1)
Não sei	1 (2,1)	-	1 (2,1)
14. A diabetes é uma doença que cura completamente, se o doente tomar a medicação receitada pelo médico.			
Verdadeiro	3 (6,4)	3 (6,4)	-
Falso	40 (85,1)	28 (59,6)	12 (25,5)
Não sei	4 (8,5)	3 (6,4)	1 (2,1)
15. A diabetes é uma doença que aparece e desaparece.			
Verdadeiro	4 (8,5)	4 (8,5)	-
Falso	40 (85,1)	28 (59,6)	12 (25,5)
Não sei	3 (6,4)	2 (4,3)	1 (2,1)

Questões sobre duração e causas do diabetes	Total n (%)	Fem. n (%)	Masc. n (%)
16. A diabetes pode ser causada por fazer uma alimentação pouco saudável.			
Verdadeiro	32 (68,1)	24 (51,1)	8 (17)
Falso	10 (21,3)	6 (12,8)	4 (8,5)
Não sei	5 (10,6)	4 (8,5)	1 (2,1)
17. A diabetes pode ser causada por ter pouca atividade física.			
Verdadeiro	26 (55,3)	20 (42,6)	6 (12,8)
Falso	15 (31,9)	9 (19,1)	6 (12,8)
Não sei	6 (12,8)	5 (10,6)	1 (2,1)
18. A diabetes é definida por ter açúcar a mais no sangue.			
Verdadeiro	44 (93,6)	33 (70,3)	11 (23,4)
Falso	3 (6,4)	1 (2,1)	2 (4,3)
Não sei	-	-	-
19. A diabetes pode ser causada por ter peso a mais.			
Verdadeiro	40 (85,1)	31 (66)	9 (19,1)
Falso	5 (10,6)	2 (4,3)	3 (6,4)
Não sei	2 (4,3)	1 (2,1)	1 (2,1)
20. A diabetes pode ser causada por ter familiares com diabetes.			
Verdadeiro	37 (78,7)	27 (57,4)	10 (21,3)
Falso	8 (17)	6 (12,8)	2 (4,3)
Não sei	2 (4,3)	1 (2,1)	1 (2,1)

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Na 17ª questão, a quantidade expressiva de respostas incorretas e da alternativa "Não sei" revela desconhecimento e a presença de concepções equivocadas acerca da influência da atividade física na prevenção e no controle do diabetes. Esse resultado sugere que a falta de conhecimento observada entre os participantes pode estar relacionada ao elevado percentual de inatividade física identificado nesta pesquisa. Assim como destacam Portela *et al.* (2022), esses achados evidenciam a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde na abordagem da importância da prática de atividade física durante as ações de educação em saúde, tanto para a prevenção quanto para o manejo do diabetes.

Segundo Sousa *et al.* (2015), o conhecimento sobre os determinantes da saúde é essencial para que o indivíduo tome decisões conscientes e adote comportamentos saudáveis. No caso das doenças crônicas, como o diabetes, esse conhecimento é fundamental para a adesão ao tratamento, uma vez que tanto o paciente quanto sua família precisam compreender a doença e aprender a manejar adequadamente aspectos relacionados à alimentação, ao uso de medicamentos e ao autocuidado. Embora o conhecimento, isoladamente, não seja suficiente para promover mudanças comportamentais, ele constitui um importante facilitador da adesão terapêutica.

Como observado na amostra deste estudo, a qualidade da alimentação, o estado nutricional e os níveis de *diabetes distress* demonstram que diversos fatores podem influenciar a adesão ao tratamento. Entre eles, Cunha *et al.* (2021) destacam o

conhecimento e a percepção da doença, as crenças e expectativas em relação à saúde, a motivação e a capacidade do indivíduo de se comprometer com o tratamento. Além disso, o apoio contínuo de familiares e amigos constitui importante fator de incentivo ao autocuidado e à adesão às recomendações terapêuticas, considerando que o convívio social pode representar um desafio para pessoas com diabetes.

No que se refere à qualidade da alimentação (Tabela 7), observou-se que 55,4% dos participantes consumiam duas porções de frutas por dia, enquanto 23,4% relataram não consumir frutas diariamente. Em relação ao consumo de legumes e verduras, 31,9% ingeriam até cinco colheres de sopa por dia e 21,3% informaram não consumir esses alimentos regularmente. Quanto à ingestão de arroz, cereais, massas e tubérculos, 85,0% dos participantes consumiam até quatro porções diárias. Da mesma forma, aproximadamente 83,0% relataram consumir até quatro porções diárias de pães, bolos e biscoitos. Em relação à hidratação, 42,6% ingeriam oito ou mais copos de água por dia, enquanto 31,9% consumiam até cinco copos diariamente.

Tabela 7 – Qualidade da alimentação: consumo de carboidratos e fibras

Variáveis	Total		Feminino		Masculino	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de fruta						
Não consome diariamente	11	23,4	7	14,9	4	8,5
3 ou mais porções ao dia	10	21,3	8	17,0	2	4,3
2 porções ao dia	13	27,7	11	23,4	2	4,3
1 porção ao dia	13	27,7	8	17,0	5	10,6
Consumo de legumes e verduras						
Não consome diariamente	10	21,3	6	12,8	4	8,5
3 ou menos colheres de sopa	13	27,7	4	8,5	0	0,0
4 a 5 colheres de sopa	15	31,9	5	10,6	0	0,0
6 a 7 colheres de sopa	5	10,6	9	19,1	6	12,8
8 ou mais colheres de sopa	4	8,5	10	21,3	3	6,4
Consumo de arroz, cereais, massas e tubérculos						
Não consome	3	6,4	1	2,1	2	4,3
1 a 2 porções	29	61,7	22	46,8	7	14,9
3 a 4 porções	11	23,4	8	17,0	3	6,4
5 ou mais porções	4	8,6	3	6,4	1	2,1
Consumo pães, bolos e biscoitos						
Não consome	7	14,9	2	4,3	5	10,6
1 a 2 porções	30	63,8	5	10,6	4	8,5
3 a 4 porções	9	19,1	23	48,9	7	14,9
5 a 6 porções	1	2,1	1	2,1	0	0
Ingestão hídrica						
Menos de 4 copos	2	4,3	2	4,3	0	0,0
8 copos ou mais	20	42,6	11	23,4	9	19,1
4 a 5 copos	15	31,9	9	19,1	1	2,1
6 a 8 copos	10	21,3	12	25,5	3	6,4

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Segundo Bertonhi e Dias (2018), os carboidratos constituem a principal fonte de energia do organismo e desempenham funções essenciais, como a regulação do metabolismo proteico e o adequado funcionamento do sistema nervoso central. Esses nutrientes podem ser classificados em simples ou complexos, diferenciando-se principalmente pela velocidade de digestão e absorção. Enquanto os carboidratos simples promovem rápida elevação da glicemia, os carboidratos complexos apresentam digestão mais lenta e menor impacto glicêmico, sendo mais indicados para pessoas com diabetes.

Nesse contexto, a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda que a terapia nutricional priorize alimentos fontes de carboidratos complexos e ricos em fibras, restringindo o consumo de carboidratos simples e refinados, como estratégia para melhorar o controle glicêmico (Ramos *et al.*, 2022). Além disso, orienta que a alimentação seja baseada no consumo de vegetais, legumes, leguminosas, frutas, laticínios e grãos integrais, favorecendo refeições de menor índice glicêmico.

Os resultados da Tabela 7 demonstram, entretanto, um padrão alimentar que diverge dessas recomendações. Observou-se consumo expressivo de alimentos ultraprocessados, como pães, bolos e biscoitos, em quantidade semelhante à de alimentos fontes de carboidratos complexos, como arroz, cereais, tubérculos e massas. Esse perfil alimentar sugere elevada participação de produtos ultraprocessados na dieta dos participantes, condição associada ao pior controle glicêmico, ao ganho de peso e ao aumento do risco de complicações metabólicas e cardiovasculares.

Outro aspecto relevante observado foi o baixo consumo de frutas, legumes e verduras. Além de constituírem importantes fontes de fibras alimentares, esses alimentos fornecem vitaminas, minerais e compostos bioativos essenciais para a prevenção de doenças crônicas e para a manutenção do adequado estado nutricional. Conforme recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014) e pela Organização Mundial da Saúde, esses alimentos devem compor a base da alimentação diária. Assim, a ingestão insuficiente observada neste estudo evidencia um padrão alimentar caracterizado pelo reduzido consumo de alimentos in natura ou minimamente processados.

O consumo adequado de fibras merece destaque por seus benefícios no tratamento do diabetes. Segundo Delmondes e Abreu (2018), as fibras promovem maior saciedade, retardam o esvaziamento gástrico e reduzem a velocidade de absorção dos carboidratos, contribuindo para o controle glicêmico e das dislipidemias. Da mesma forma, Pereira *et al.* (2021) ressaltam que alimentos de baixo índice glicêmico e ricos em fibras, como os grãos integrais, melhoram a qualidade da dieta e favorecem o controle metabólico. Por esse motivo, Ramos *et al.* (2022) recomendam ingestão mínima de 25 g de fibras por dia, ou 14 g/1.000 kcal, com aumento gradual da oferta para minimizar desconfortos gastrointestinais.

Embora parte dos participantes apresente consumo regular de alguns grupos alimentares, os resultados da Tabela 7 evidenciam inadequações importantes na qualidade da dieta, caracterizadas pelo baixo consumo de frutas, legumes e verduras e pela elevada participação de alimentos ultraprocessados. Esse padrão alimentar pode contribuir para o excesso de peso, dificultar o controle glicêmico e aumentar o risco de complicações cardiovasculares, reforçando a necessidade de intervenções nutricionais individualizadas e de ações permanentes de educação alimentar e

nutricional. Conforme discutido anteriormente, o conhecimento sobre a doença, embora essencial, nem sempre se traduz em escolhas alimentares saudáveis, demonstrando que a adesão às recomendações dietéticas depende também de fatores comportamentais, sociais e econômicos (Sousa *et al.*, 2015; Cunha *et al.*, 2021; Ramos *et al.*, 2022).

No que se refere ao consumo de proteínas (Tabela 8), observou-se que 61,7% dos participantes consumiam pelo menos duas colheres de sopa de leguminosas por dia, principal fonte de proteína vegetal da dieta. Em relação às proteínas de origem animal, 57,4% relataram consumir, no mínimo, duas porções de carnes ou dois ovos diariamente, enquanto 51,1% consumiam peixe pelo menos uma vez por semana. Os produtos lácteos apresentaram menor frequência de consumo, sendo que 51,1% dos participantes ingeriam, no máximo, uma porção por dia. Quanto ao tipo de leite consumido, predominou o leite integral (63,8%), enquanto 27,7% optavam por versões desnatadas ou com baixo teor de gordura. Em relação ao consumo de carnes, 72,3% dos participantes afirmaram retirar a gordura aparente antes do consumo, prática considerada benéfica para a redução da ingestão de gorduras saturadas.

Tabela 8 – Qualidade da alimentação: consumo de proteínas

Variáveis	Total		Fem.		Masc.	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de leguminosas						
Não consome	5	10,6	3	6,4	2	4,3
2 ou mais colheres de sopa por dia	29	61,7	5	10,6	1	2,1
Consome menos de 5 vezes por semana	6	12,8	22	46,8	7	14,9
1 colher de sopa ou menos por dia	7	14,9	4	8,5	3	6,4
Consumo de laticínios						
Não consome laticínios	4	8,51	3	6,4	1	2,1
3 ou mais porções ao dia	6	12,8	3	6,4	3	6,4
2 porções ao dia	13	27,7	11	23,4	2	4,3
1 ou menos porções ao dia	24	51,1	17	36,2	7	14,9
Tipo de leite consumido						
Integral	30	63,8	19	40,4	11	23,4
Com baixo teor de gorduras	13	27,7	12	25,5	1	2,1
Não consome	4	8,5	3	6,4	1	2,1
Consumo de carnes e ovos						
Não consome	2	4,3	1	2,1	1	2,1
1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo	7	14,9	6	12,8	1	2,1
2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos	27	57,4	20	42,6	7	14,9
>2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou > 2 ovos	11	23,4	7	14,9	4	8,5
Costume de tirar a gordura aparente de carnes						
Sim	34	72,3	27	57,4	7	14,9
Não	12	25,5	6	12,8	5	10,6
Não consome carnes	1	2,1	1	2,1	1	2,1
Consumo de peixes						
Não consome	1	2,1	0	0	1	2,1

Variáveis	Total		Fem.		Masc.	
	n	%	n	%	n	%
Somente algumas vezes no ano	13	27,7	10	21,3	3	6,4
2 ou mais vezes por semana	9	19,1	17	36,2	7	14,9
De 1 a 4 vezes por mês	25	51,1	7	14,9	2	4,3

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

As proteínas desempenham funções essenciais no organismo, participando da formação e reparação de tecidos, da síntese de hormônios e enzimas e da manutenção do sistema imunológico. No manejo nutricional do diabetes mellitus, recomenda-se priorizar fontes proteicas de elevada qualidade nutricional, como carnes magras, especialmente peixes ricos em ômega-3, ovos, leite e derivados, além de leguminosas, como feijão, soja, grão-de-bico e lentilha, que também constituem importantes fontes de fibras alimentares (Bertonhi; Dias, 2018). Entre esses alimentos, leite e derivados fornecem proteínas de alto valor biológico, cálcio e vitaminas, embora suas versões integrais apresentem maior teor de gorduras saturadas.

Por esse motivo, para indivíduos com comorbidades cardiovasculares, recomenda-se a preferência por versões desnatadas ou semidesnatadas. As leguminosas, por sua vez, destacam-se não apenas pelo conteúdo proteico, mas também pela elevada concentração de fibras, vitaminas do complexo B e minerais, favorecendo maior saciedade e melhor controle glicêmico. Em consonância com essas recomendações, o Guia Alimentar para a População Brasileira incentiva a priorização de alimentos in natura ou minimamente processados e orienta a retirada da gordura aparente das carnes como estratégia de promoção da saúde (Brasil, 2014).

Os resultados do presente estudo demonstraram baixo consumo de laticínios, associado à predominância da ingestão de leite integral, indicando maior consumo de gorduras saturadas. Em contrapartida, observou-se elevada ingestão de carnes, ovos e leguminosas, além do hábito da maioria dos participantes de retirar a gordura aparente das carnes antes do consumo, comportamento compatível com as recomendações nutricionais. Destaca-se ainda o consumo semanal de peixes, importante fonte de ácidos graxos ômega-3, e o consumo diário de leguminosas, preservando a tradicional combinação de arroz com feijão, considerada um padrão alimentar de elevada qualidade nutricional por proporcionar complementaridade proteica e importante aporte de fibras, vitaminas e minerais.

Embora esses resultados demonstrem aspectos positivos do consumo de proteínas, a qualidade global da alimentação ainda merece atenção. Bertonhi e Dias (2018) destacam que pessoas com diabetes mellitus frequentemente apresentam ingestão insuficiente de frutas, cereais integrais, verduras e laticínios, padrão semelhante ao observado na população em geral. Essa característica também foi identificada neste estudo e pode comprometer a qualidade nutricional da dieta, reforçando a necessidade de ações contínuas de educação alimentar e nutricional. Nesse contexto, o acompanhamento do nutricionista torna-se fundamental para orientar escolhas alimentares mais adequadas, considerando as necessidades clínicas, os hábitos culturais e as condições socioeconômicas dos indivíduos, favorecendo maior adesão ao tratamento e melhor controle metabólico.

A ingestão adequada de proteínas constitui um dos componentes da terapia nutricional do diabetes mellitus tipo 2 e, atualmente, não há recomendação de restrição proteica para indivíduos sem comprometimento renal. Esse aspecto ganha

ainda mais relevância diante da associação entre diabetes tipo 2 e sarcopenia, uma vez que a perda de massa muscular representa tanto causa quanto consequência da resistência à insulina. Estudos demonstram que pessoas com diabetes, especialmente aquelas com controle glicêmico inadequado e baixo nível de atividade física, apresentam maior perda de massa muscular ao longo do envelhecimento (Pereira *et al.*, 2021).

Assim, além da quantidade de proteínas ingeridas, torna-se essencial garantir sua qualidade e adequada distribuição ao longo do dia, associadas à prática regular de atividade física, para favorecer a preservação da massa muscular, melhorar a sensibilidade à insulina e reduzir o risco de complicações. Para indivíduos com diabetes e função renal preservada, as recomendações de macronutrientes permanecem semelhantes às da população saudável, correspondendo a 45–60% do valor energético total proveniente de carboidratos (não inferior a 130 g/dia), 25–35% de lipídios e 15–20% de proteínas, podendo a ingestão proteica variar entre 1,0 e 1,5 g/kg/dia, de acordo com as necessidades individuais (Ramos *et al.*, 2022).

Entretanto, o sucesso da terapia nutricional não depende apenas da distribuição adequada dos macronutrientes, mas também da qualidade global da alimentação e das escolhas realizadas no cotidiano. A frequência de consumo de alimentos ultraprocessados, o tipo de gordura utilizada nas preparações, o consumo de sódio e o hábito de consultar as informações nutricionais dos alimentos são fatores que influenciam diretamente o controle glicêmico, o risco cardiovascular e a ocorrência de complicações crônicas do diabetes.

Quanto aos hábitos alimentares menos saudáveis (Tabela 9), observou-se que 34,0% dos participantes consumiam frituras, alimentos ultraprocessados e embutidos menos de duas vezes por semana, enquanto 17,0% relataram ingerir doces, refrigerantes e sucos industrializados até três vezes por semana. Em relação ao tipo de gordura utilizada nas preparações, 63,8% informaram utilizar óleos vegetais (soja, milho, girassol, canola ou algodão), e 23,4%, azeite de oliva extravirgem. Quanto ao consumo de sódio, 83,0% afirmaram não adicionar sal aos alimentos após o preparo. Além disso, 48,9% dos entrevistados relataram ler os rótulos de pelo menos alguns alimentos, enquanto 25,5% informaram realizar essa prática de forma rotineira para todos os alimentos adquiridos.

Tabela 9 - Hábitos alimentares não saudáveis dos participantes do estudo

Variáveis	Total		Fem.		Masc.	
	n	%	n	%	n	%
Leitura de informação nutricional de alimentos industrializados						
Raramente ou nunca	11	23,4	9	19,1	2	4,3
Quase nunca	1	2,1	0	0,0	1	2,1
Algumas vezes, para alguns produtos	23	48,9	18	38,3	5	10,6
Sempre ou quase sempre, para todos os produtos	12	25,5	7	14,9	5	10,6
Consumo de frituras, ultraprocessados e embutidos						
Raramente ou nunca	21	44,7	17	36,2	4	8,5
Menos de 2 vezes por semana	16	34,0	9	19,1	7	14,9
De 2 a 3 vezes por semana	8	17,0	2	4,3	0	0,0

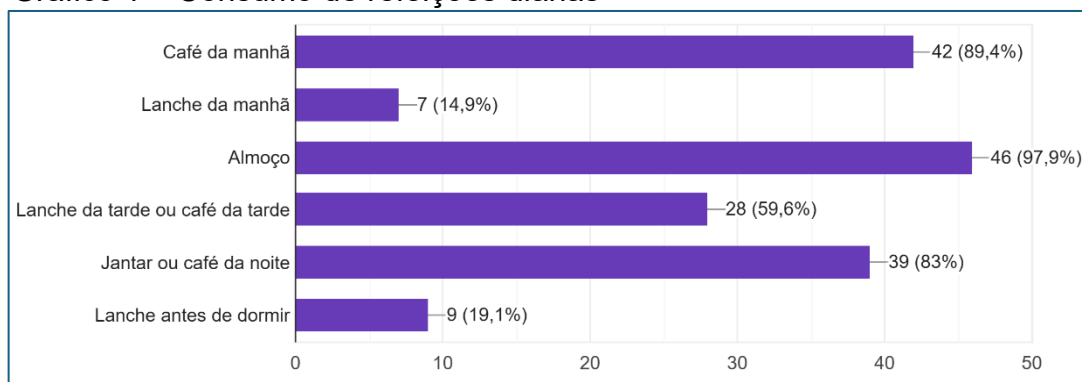
Variáveis	Total		Fem.		Masc.	
	n	%	n	%	n	%
De 4 a 5 vezes por semana	2	4,3	6	12,8	2	4,3
Todos os dias	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Consumo de doces, refrigerantes e sucos industrializados						
Raramente ou nunca	23	48,9	17	36,2	6	12,8
Menos de 2 vezes por semana	11	23,4	7	14,9	4	8,5
De 2 a 3 vezes por semana	8	17,0	4	8,5	1	2,1
De 4 a 5 vezes por semana	5	10,6	6	12,8	2	4,3
Todos os dias	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tipo de gordura mais usado						
Banha animal ou manteiga	5	10,6	5	10,6	0	0,0
Óleo vegetal	30	63,8	22	46,8	8	17,0
Margarina ou gordura vegetal	1	2,1	1	2,1	0	0,0
Azeite extravirgem	11	23,4	6	12,8	5	10,6
Hábito de adicionar sal a alimentos prontos						
Sim	8	17,0	5	10,6	3	6,4
Não	39	83,0	29	61,7	10	21,3

Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Percebeu-se, portanto, que o grupo estudado não apresentou hábitos alimentares inadequados em relação ao consumo de alimentos ultraprocessados e produtos com açúcares adicionados, visto que mais de **40,0%** dos participantes relataram consumir esses produtos raramente ou nunca. Além disso, observou-se predominância do uso de azeite de oliva e de óleos vegetais nas preparações, fontes de ácidos graxos insaturados, cujo consumo está associado à redução do risco de doenças cardiovasculares, sendo recomendado para pessoas com diabetes mellitus (SBD, 2022).

Em relação ao padrão de refeições, verificou-se que a maioria dos participantes realizava diariamente as três principais refeições como o desjejum, almoço e jantar (ou café da noite), sendo o almoço a refeição mais frequente (97,9%). Entretanto, observou-se menor adesão às refeições intermediárias, como o lanche da manhã, o lanche da tarde e a ceia, indicando que sua realização ainda representa um desafio para parte da amostra. Outro dado relevante foi que 59,6% dos participantes relataram substituir o jantar por um lanche (Gráfico 1), hábito que pode comprometer a qualidade nutricional da dieta, dependendo da composição dos alimentos consumidos, e dificultar o alcance das recomendações nutricionais para o adequado controle glicêmico.

Gráfico 1 – Consumo de refeições diárias



Fonte: Dados da pesquisa (2026).

Quanto à conduta nutricional no manejo da pessoa com diabetes, o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Ministério da Saúde recomenda que o fracionamento das refeições seja individualizado, considerando a rotina, a sensação de fome e os níveis glicêmicos de cada paciente. A orientação inclui a distribuição equilibrada das principais refeições e dos lanches ao longo do dia, com o objetivo de favorecer o controle glicêmico e prevenir oscilações da glicemia. Além disso, recomenda-se priorizar o consumo de verduras e legumes nas principais refeições, manter a tradicional combinação de arroz e feijão, reduzir o consumo de carnes vermelhas e de sal e incentivar a ingestão de frutas in natura nos lanches, em substituição aos sucos, mesmo os naturais. A ingestão adequada de água ao longo do dia também constitui importante estratégia para a manutenção da saúde e do controle metabólico (Brasil, 2024).

Embora a maioria dos participantes deste estudo tenha relatado realizar regularmente as principais refeições do dia, observou-se menor frequência das refeições intermediárias e elevada prevalência da substituição do jantar por lanches. Esse comportamento merece atenção, pois a omissão ou substituição de refeições pode comprometer a qualidade da alimentação, reduzir o aporte de nutrientes essenciais e dificultar o adequado controle glicêmico, especialmente quando os lanches são compostos por alimentos ultraprocessados ou de elevado índice glicêmico. Esses resultados reforçam a importância do acompanhamento nutricional contínuo, com orientações individualizadas que considerem os hábitos alimentares, a rotina e as condições de vida de cada paciente.

O controle e a adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 2 dependem de diversos fatores e vão além do uso correto da terapia medicamentosa. O sucesso terapêutico ocorre quando o indivíduo participa ativamente do autocuidado, compreendendo seu papel na adoção de hábitos alimentares saudáveis, na prática regular de atividade física, no monitoramento glicêmico e no seguimento das recomendações da equipe multiprofissional. Conforme destacam Rodrigues *et al.* (2024), a adesão ao tratamento deve ser compreendida como um processo multidimensional, no qual o paciente pode apresentar boa adesão a um componente terapêutico, como o uso de medicamentos, mas dificuldades em manter mudanças relacionadas à alimentação e ao estilo de vida. Dessa forma, estratégias permanentes de educação em diabetes, associadas ao acompanhamento multiprofissional e ao fortalecimento do autocuidado, são

fundamentais para promover mudanças comportamentais sustentáveis, melhorar o controle metabólico e reduzir o risco de complicações crônicas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo avaliou o conhecimento de pessoas com diabetes mellitus sobre a doença, seu tratamento e a terapia nutricional, bem como a relação desse conhecimento com a adesão ao tratamento. Embora os participantes tenham apresentado bom nível de conhecimento e condições socioeconômicas favoráveis, foram identificados desafios relacionados à adesão às recomendações alimentares, influenciados principalmente por fatores emocionais e pelo apoio social. Esses achados reforçam a importância da educação alimentar e nutricional e de programas estruturados de educação em diabetes, adaptados às necessidades individuais e voltados ao fortalecimento do autocuidado.

Os resultados evidenciam que não existe uma estratégia alimentar única para a prevenção e o tratamento do diabetes mellitus. O plano alimentar deve ser individualizado, considerando as condições clínicas, o estado nutricional, os hábitos alimentares, as preferências e o contexto de vida de cada paciente. Para indivíduos com pré-diabetes ou diabetes associados ao sobrepeso ou à obesidade, recomenda-se a redução ponderal por meio de um padrão alimentar saudável, com restrição energética quando indicada, redução do consumo de gorduras saturadas e adequado aporte de proteínas e fibras. Associada à prática regular de atividade física e ao acompanhamento interdisciplinar, a terapia nutricional constitui um dos pilares para o controle glicêmico, a prevenção de complicações e o sucesso do tratamento.

Nesse contexto, a atuação do nutricionista deve ultrapassar a prescrição dietética, priorizando estratégias de educação alimentar e nutricional que promovam mudanças sustentáveis no comportamento alimentar e o empoderamento do paciente para o autocuidado. Além disso, a integração entre os diferentes profissionais da equipe de saúde é fundamental para favorecer a adesão ao tratamento, esclarecer dúvidas e desmistificar concepções equivocadas relacionadas ao diabetes e à alimentação.

Embora este estudo apresente limitações, como o delineamento transversal, o tamanho reduzido da amostra e a realização da pesquisa em um único serviço de saúde, além da utilização de informações autorreferidas, essas características não invalidam seus achados. Ao contrário, os resultados contribuem para ampliar o conhecimento sobre a relação entre conhecimento em diabetes, qualidade da alimentação e adesão ao tratamento, fornecendo subsídios para o planejamento de ações de educação em saúde e de intervenções nutricionais voltadas à promoção do autocuidado e à melhoria da qualidade de vida de pessoas com diabetes mellitus.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes—2020. **Diabetes Care**, Arlington, v. 43, supl. 1, p. S1–S212, 2020. DOI: 10.2337/dc20-SINT. Disponível em: https://diabetesjournals.org/care/issue/43/Supplement_1. Acesso em: 23 jul. 2026.

AMARAL, R. T. *et al.* Conhecimento dos diabéticos frente à doença e orientações no autocuidado. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, p. e239077, 2019. DOI: 10.5205/1981-8963.2019.239077. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem>. Acesso em: 23 jul. 2026.

ANTUNES, Y. *et al.* Diabetes mellitus tipo 2: a importância do diagnóstico precoce da diabetes. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 12, p. 116526-116551, 2021. DOI: 10.34117/bjdv7n12-401. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD>. Acesso em: 23 jul. 2026.

ASCENSÃO, J.; CANIÇO, H.; DIAS, M. P. **Avaliação do conhecimento dos doentes diabéticos sobre a sua doença**. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, 2016. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt>. Acesso em: 23 jul. 2026.

BERTONHI, L. G.; DIAS, J. C. R. Diabetes mellitus tipo 2: aspectos clínicos, tratamento e conduta dietoterápica. **Revista Ciências Nutricionais Online**, v. 2, n. 2, p. 1-10, 2018. Disponível em: <https://www.cienciasnutricionaisonline.com.br>. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellitus Tipo 2**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/PCDTDM2.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: Ministério da Saúde – Guia Alimentar para a População Brasileira. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar: como ter uma alimentação saudável – guia de bolso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://nutricao.saude.ms.gov.br/?p=2553> Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 23 jul. 2026.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 23 jul. 2026.

BEN-NOUN, L.; LAOR, A. Relationship of neck circumference to cardiovascular risk factors. **Obesity Research**, v. 11, n. 2, p. 226-231, 2003. DOI: 10.1038/oby.2003.35.

COBAS, R. A. *et al.* Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024**. São Paulo: Clannad, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

COZZOLINO, S. M. F.; COMINETTI, C. Aspectos bioquímicos e nutricionais do diabetes melito. In: COZZOLINO, S. M. F.; COMINETTI, C. (org.). **Bases bioquímicas e fisiológicas da nutrição: nas diferentes fases da vida, na saúde e na doença**. 2. ed. Barueri: Manole, 2020. p. 1151-1185.

CUNHA, A. M. *et al.* Fatores socioeconômicos interferentes na adesão ao tratamento dietoterápico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, Campinas, v. 13, n. 6, e7452, 2021. DOI: 10.25248/REAS.e7452.2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude>. Acesso em: 23 jul. 2026.

DELMONDES, E. B. M. L.; ABREU, D. S. A importância da dietoterapia no controle do diabetes tipo 2 em adultos: uma revisão de literatura. **ID on line Revista de Psicologia**, Jaboatão dos Guararapes, v. 16, n. 63, p. 382-396, 2022. DOI: 10.14295/online.v16i63.3666. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 23 jul. 2026.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. **IDF Diabetes Atlas**. 10. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation, 2021. Disponível em: <https://diabetesatlas.org/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

FERREIRA, C. M. S. N. *et al.* Diabetes mellitus tipo 1: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 8, n. 5, p. 37158-37167, 2022. DOI: 10.34117/bjdv8n5-394. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD>. Acesso em: 23 jul. 2026.

FONSECA, K. P.; RACHED, C. D. A. Complicações do diabetes mellitus. **International Journal of Health Management Review**, v. 5, n. 1, 2019. DOI: 10.37497/ijhmreview.v5i1.149. Disponível em: <https://ijhmreview.org/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 13. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

GROSS, C. C. **Versão brasileira da escala PAID (Problem Areas in Diabetes): avaliação do impacto do diabetes na qualidade de vida**. 2004. 62 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

MAHAN, L. K.; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 14. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

MENEZES, T. N. de *et al.* Obesidade abdominal: revisão crítica das técnicas de aferição e dos pontos de corte de indicadores antropométricos adotados no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1741-1754, 2014. DOI: 10.1590/1413-81232014196.17002013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QCk3hN7r5zVxtpM8Qj8y6pq/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

MOURA, P. C. *et al.* Educação nutricional no tratamento do diabetes na atenção primária à saúde: vencendo barreiras. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 21, n. 2, p. 226-234, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps>. Acesso em: 23 jul. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Panorama do diabetes nas Américas**. Washington, DC: OPAS, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt>. Acesso em: 23 jul. 2026.

PAZ, R. C. da. **Manual de avaliação nutricional**. Brasília, DF: Editora JRG, 2020.

PEREIRA, A. L. *et al.* Considerações nutricionais em pacientes com diabetes tipo 2. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 34, n. 3, p. 52-60, 2021. Disponível em: <https://www.mastereditora.com.br/bjscr>. Acesso em: 23 jul. 2026.

PEREIRA, M. H. S. **A importância da prática de atividade física no controle da hipertensão arterial e diabetes mellitus: uma revisão sistemática**. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2023. Disponível em: <https://repositorio.bahiana.edu.br/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

PORTELA, R. A. *et al.* Diabetes mellitus type 2: factors related to adherence to self-care. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 75, n. 4, e20210260, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0260. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

RAMOS, S. *et al.* Terapia nutricional no pré-diabetes e no diabetes mellitus tipo 2. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024**. São Paulo: Clannad, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

RODACKI, M. *et al.* Classificação do diabetes. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024**. São Paulo: Clannad, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

RODRIGUES, G. *et al.* Aspectos psicossociais do diabetes tipos 1 e 2. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2023-2024**. São Paulo: Clannad, 2023. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

ROSSI, L.; POLTRONIERI, F. **Tratado de nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

SANTOS, T. B. M.; FREITAS, B. J. S. A. Adherence to dietary treatment in patients with diabetes mellitus assisted by family health strategy. **BRASPEN Journal**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 76-85, 2018. Disponível em: <https://www.braspen.org/braspen-journal>. Acesso em: 23 jul. 2026.

SILVA, C. A. B. da *et al.* Orientação nutricional para pacientes em tratamento do diabetes mellitus. **RECIMA21 – Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 9, e29652, 2021. DOI: 10.47820/recima21.v2i9.652. Disponível em: <https://recima21.com.br/>. Acesso em: 23 jul. 2026.

SOUSA, M. R. *et al.* Questionário dos conhecimentos da diabetes (QCD): propriedades psicométricas. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 33, n. 1, p. 33-41, 2015. DOI: 10.1016/j.rpsp.2015.03.001. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/revista-portuguesa-de-saude-publica>. Acesso em: 23 jul. 2026.

SOUZA, J. A.; LIMA, A. G. T.; CORDEIRO, J. K. R. Orientação nutricional para prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em comunidade rural: relato de experiência. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 11, e2733, 2022. DOI: 10.26694/reufpi.v11i1.2733. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi>. Acesso em: 23 jul. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2023: monitoring health for the SDGs**. Geneva: World Health Organization, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240074323>. Acesso em: 23 jul. 2026.