

Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.



## PESQUISA

## Consumo alimentar em diabéticos atendidos na estratégia saúde da família em município do Piauí

*Food intake of diabetic patients assisted in the family health strategy in a city of Piauí**Consumo alimentario en diabéticos atendidos en la estrategia de salud de la familia en una ciudad de Piauí*Roberta Rejane Santos de Carvalho<sup>1</sup>, Layana Rodrigues das Chagas<sup>2</sup>

## RESUMO

Estudo de campo, quantitativo e exploratório, com o objetivo de avaliar o consumo alimentar de diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família em um município do Piauí, cuja amostra foi constituída por 105 diabéticos, no período de julho de 2014 a março de 2015. Os instrumentos utilizados foram o Questionário de Frequência Alimentar e o Questionário sociodemográfico. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino (83,8%), 53,3% dos indivíduos tinham 60 anos ou mais, 31,1% eram analfabetos, 55,7% eram aposentados e 65,7% tinham renda per capita de um quarto a um salário mínimo. O sobrepeso e obesidade estiveram presentes em 54,2% dos indivíduos e dentre os grupos dos cereais, o arroz, por exemplo, foi o mais consumido diariamente, seguido das hortaliças, leite, carne de frango, feijão e café. Dessa forma torna-se essencial a investigação da associação dos fatores socioeconômicos com o consumo alimentar desse grupo populacional. **Descritores:** Doenças crônicas. Atenção primária à saúde. Consumo de alimentos. Saúde da família. Diabetes mellitus.

## ABSTRACT

A field survey, quantitative and exploratory, aimed at assessing the food intake of diabetic patients assisted in the Family Health Strategy in a city of Piauí, whose sample consisted of 105 diabetics, from July 2014 to March 2015. The instruments used were the Food Frequency Questionnaire and the Socio Demographic Questionnaire. Most respondents were female (83.8%), 53.3% of patients were 60 years or older, 31.1% were illiterate, 55.7% were retired, and 65.7% had per capita income from quarter to a minimum wage. Overweight and obesity were present in 54.2% of individuals and among groups of cereals, rice, for example, was the most consumed daily, followed by vegetables, milk, poultry, beans and coffee. Thus it becomes essential analysis of the association of socioeconomic factors with dietary intake in this population group. **Descriptors:** Chronic diseases. Primary health care. Food consumption. Family health. Diabetes mellitus.

## RESUMEN

Estudio de campo, cuantitativo y exploratorio, con el objetivo de evaluar el consumo alimentario de diabéticos atendidos en la Estrategia de Salud de la Familia en una localidad de Piauí, cuya muestra estuvo conformada por 105 diabéticos, entre julio de 2014 y marzo de 2015. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Frecuencia Alimentaria y el Cuestionario socio-demográfico. La mayoría de los entrevistados era del sexo femenino (83,8%), 53,3% de los individuos tenían 60 años o más, 31,1% eran analfabetos, 55,7% eran jubilados y 65,7% percibían una renta per capita de un cuarto a un salario mínimo. El sobrepeso y la obesidad estuvieron presentes en 54,2% de los individuos y entre los grupos de los cereales, el arroz, por ejemplo, fue el más consumido diariamente, seguido de las hortalizas, la leche, la carne de pollo, los frijoles y el café. En tal sentido, se torna esencial la investigación de la relación entre los factores socioeconómicos y el consumo alimentario de este grupo poblacional. **Descriptor:** Enfermedades crónicas. Atención primaria de salud. Consumo de alimentos. Salud de la familia. Diabetes mellitus.

<sup>1</sup>Pós graduanda em Nutrição Clínica, Funcional e Estética no Centro Universitário UNINOVAFAPI. E-mail: roberta.rs.carvalho@hotmail.com.

<sup>2</sup>Nutricionista. MBA Gestão em Negócios de Alimentos. Mestrado Profissional em Saúde da Família. Professora Assistente Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

## INTRODUÇÃO

O termo “Diabetes Mellitus”, refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (BRASIL, 2013; SBD, 2011; MELLO et al., 2009). Em termos mundiais, 135 milhões de pessoas apresentavam a doença em 1995, 240 milhões em 2005 e há projeção para atingir 366 milhões em 2030. No Piauí, o percentual de indivíduos que referem o diagnóstico médico de diabetes mellitus é maior no sexo masculino com idade igual ou superior a 65 anos (BRASIL, 2011). A crescente incidência e prevalência é atribuída ao envelhecimento populacional, redução da atividade física, diminuição do tempo destinado ao lazer e modificações de hábitos alimentares (BRASIL, 2015).

Os hábitos alimentares exercem grande influência sobre o crescimento, desenvolvimento e saúde geral dos indivíduos. Segundo o IBGE (2011), o padrão alimentar atual evidencia o fenômeno da transição nutricional na população brasileira, que se caracteriza pelo elevado percentual do consumo de alimentos ricos em açúcar, gorduras saturadas, trans, sal e pelo baixo consumo de frutas, leguminosas e hortaliças.

Dessa forma para avaliar o consumo, os inquéritos alimentares fornecem informações que são usadas para detectar deficiências e excessos alimentares e para elaboração de recomendações nutricionais (DE LUCIA, 2009). Dentre os inquéritos alimentares, o questionário de frequência alimentar é uma ferramenta útil nos estudos epidemiológicos, além de oferecer rapidez na aplicação e eficiência (SLATER et al., 2003).

Diante do conhecimento da realidade do consumo alimentar da população brasileira, da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, o fluxo de usuários na atenção básica, como contato primário ao Sistema Único de Saúde, tem aumentado. Para tanto, programas de educação nutricional e de monitoramento do estado nutricional e de saúde são necessários para melhoria da qualidade de vida destes indivíduos (BUENO et al., 2008). Inserida nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família, trata-se de uma política atualmente implementada na maioria dos municípios brasileiros que prioriza dentre outras ações, a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (CHAGAS, 2013).

Considerando que a nutrição é essencial no tratamento do diabetes, reconhece-se a existência de tabus e mitos alimentares, além da cultura, etnicidade, tradição, preferências individuais e a situação econômica que interferem na habilidade da pessoa em seguir recomendações nutricionais adequadas. Por isso, este estudo se propõe avaliar o consumo alimentar de indivíduos diabéticos considerando assim que os resultados poderão servir de elementos norteadores para ações governamentais e comunitárias que incentivam a cultura e que promovam estilos de vida saudáveis.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de campo, quantitativo e de caráter exploratório sobre o consumo alimentar de diabéticos atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) em Porto-PI, no período de julho de 2014 a Março de 2015.

A população de estudo foi composta por 105 diabéticos da zona urbana do município atendidos pela Estratégia Saúde da Família os

Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

quais eram distribuídos em cinco equipes de saúde.

Foram investigados indivíduos diabéticos na condição de serem adultos (20 a 59 anos) e idosos (maior ou igual a 60 anos); de ambos os sexos; residentes na cidade; acompanhado pela Equipe de Saúde; com confirmação do diagnóstico de DM, estar em condições de responder às questões formuladas pela pesquisadora como por exemplo, indivíduo deambulante, orientado e concordar em participar do estudo. O diagnóstico de diabetes dos participantes da pesquisa foi avaliado de acordo com os prontuários dos mesmos no período de julho de 2009 a julho de 2014. O comprometimento da confiabilidade dos dados coletados nos prontuários constou na assinatura do Termo de Compromisso de Utilização de Dados (TCUD) pelos participantes da pesquisa.

Inicialmente foram coletadas as medidas de peso e altura, que foram realizadas com os indivíduos descalços, em balança tipo plataforma, com capacidade para até 160 quilogramas e sensibilidade de 100 gramas. A altura foi obtida com os indivíduos em posição ereta, descalços, pés unidos e em paralelo, utilizando-se o antropômetro acoplado à balança. O antropômetro foi firmemente apoiado sobre a cabeça, subsequentemente, assegurando-se que o indivíduo encontrava-se na posição correta para proceder a leitura e registro da altura obtida. A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os pacientes com risco aumentado de apresentar complicações associadas ao estado nutricional (CAN), para que possam receber terapia nutricional adequada e monitorizar a eficácia da intervenção dietoterápica (ACUÑA; CRUZ, 2004). Para a avaliação nutricional, segundo o valor do índice de Massa Corporal para uma determinada idade ( $IMC/altura^2$ ), foi adotado o critério da Organização Mundial da Saúde (1995-1997).

R. Interd. v. 9, n. 2, p. 97-106, abr. mai. jun. 2016

Para adultos, os valores são:  $\geq 40 \text{ kg/m}^2$  (obesidade grau III);  $35-39,9 \text{ kg/m}^2$  (obesidade grau II);  $30-34,9 \text{ kg/m}^2$  (obesidade grau I);  $25-29,9 \text{ kg/m}^2$  (sobrepeso);  $18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$  (eutrófico);  $17-18,4 \text{ kg/m}^2$  (desnutrição grau I);  $16-16,9 \text{ kg/m}^2$  (desnutrição grau II);  $< 16 \text{ kg/m}^2$  (desnutrição grau III). Para idosos, os valores são:  $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  (obesidade);  $22-27 \text{ kg/m}^2$  (eutrófico);  $< 22 \text{ kg/m}^2$  (desnutrição). A pesquisa procedeu-se com o questionário de frequência alimentar, que foi apresentado aos indivíduos juntamente com o questionário sociodemográfico.

Para a avaliação das características dos entrevistados, da família e do respectivo domicílio aplicou-se um questionário sociodemográfico com questões relativas às seguintes variáveis: sexo, cor, escolaridade, ocupação e idade; número total de moradores, rendimento domiciliar, tipo de moradia, rede de abastecimento de água, destino do lixo e tipo de esgoto.

Em cada domicílio foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre (TCLE) e em seguida foram aplicados os questionários. Quando o entrevistado não sabia ler e escrever, outro membro da família com idade maior ou igual a 18 anos o fazia ou era utilizado a digital do participante. Foram registradas 34 perdas: pacientes acamados (03), com pernas amputadas (03), por problemas nas pernas (03) e não foram encontrados no domicílio (25).

O instrumento para coletar os dados utilizados para avaliar a frequência do consumo alimentar foi o Questionário de Frequência Alimentar (QFA), validado por Philippi, 2009 com 31 alimentos divididos em cereais, vegetais, leguminosas, frutas, leite e derivados, carnes e ovos, açúcares e doces, óleos e bebidas, apresentado segundo o consumo diário e semanal (1 a 2, 3 a 4, 5 a 6 vezes por semana) (S), eventualmente (E) ou Nunca (N). É considerado como o mais prático e informativo método de

Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

avaliação da ingestão dietética e fundamentalmente importante em estudos epidemiológicos que relacionam a dieta com a ocorrência de doenças crônicas. O QFA possui basicamente dois componentes: uma lista de alimentos, e um espaço para o indivíduo responder com que frequência consome cada alimento. A frequência de consumo será registrada em unidades de tempo: dias, semanas, semestres ou anos, podendo contemplar ou não fracionamentos destas unidades (SLATER et al., 2003; FISBERG et al., 2009; FURLAN-VIEBIG; PASTOR-VALERO, 2004). Os dados foram analisados e digitados no programa Microsoft Office Excel versão 2010.

Esta pesquisa foi iniciada após conhecimento e autorização do Secretário Municipal de Saúde da cidade de Porto-PI e depois do parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Piauí - UNINOVAFAPI, protocolo 31581914.4.0000.5210. Foi solicitada junto à coleta de dados, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos, após explicação quanto aos objetivos e procedimentos a serem empregados, a garantia de sigilo das informações prestadas e a possibilidade de se recusar a participar da investigação.

## RESULTADOS

O estudo permitiu traçar um perfil sociodemográfico dos indivíduos, de suas famílias e de seus domicílios. A maioria dos entrevistados era do sexo feminino, atingindo um percentual de 83,8%. Quanto à faixa etária, 53,3% dos indivíduos tinham 60 anos ou mais, e 25,8% apresentavam cor parda. O analfabetismo foi observado em 31,1% dos entrevistados, 47,6% tinham apenas o ensino fundamental e para portadores de curso superior,

observou-se um percentual de 3,9% dos indivíduos diabéticos.

Quanto à ocupação, 55,7% dos entrevistados eram aposentados, e em relação à renda, 65,7% auferiram renda per capita de um quarto a um salário mínimo. Em relação ao tipo de moradia 77,1% dos domicílios eram de alvenaria inacabada, 92,3% tinham lixo coletado pela prefeitura e apenas 17% tinham saneamento básico (Tabela1).

Na tabela 2 estão apresentados os dados referentes ao estado nutricional quanto o sexo e a faixa etária dos indivíduos. No que se refere ao sexo, 41,1% dos indivíduos do sexo masculino apresentaram obesidade e 39,7% das mulheres estavam eutróficas. Quanto à faixa etária, 19% dos indivíduos apresentaram obesidade e 25,7% dos idosos estavam eutróficos. Entretanto, 6,6% dos idosos estavam desnutridos e 20,9% estavam obesos.

**Tabela 1.** Caracterização dos indivíduos quanto ao estado nutricional, às variáveis relacionadas à família e ao domicílio. Porto (PI), 2015.

Variáveis	n(%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	17(16,1)
Feminino	88(83,8)
<b>Faixa etária</b>	
Até 59 anos	49(46,6)
60 anos e mais	56(53,3)
<b>Cor</b>	
Branca	31(29,2)
Negra	18(17,1)
Parda	56(25,8)
<b>Escolaridade</b>	
Sem estudos	33(31,1)
Ensino fundamental	50(47,6)
Ensino médio	18(17,0)
Ensino superior	04(3,9)
<b>Ocupação</b>	
Do lar	22(20,8)
Aposentado	59(55,7)
Servidor público	07(6,6)
Autônomo	06(5,7)
Outros	11(10,4)
<b>Renda familiar</b>	
Um quarto de 1 SM	69(65,7)
Mais 1 a 2 SM	30(28,3)
Mais de 2 SM	06(5,7)
<b>Tipo de moradia</b>	
Alvenaria	11(10,4)

Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

acabada	81(77,1)
Alvenaria	01(0,9)
inacabada	12(11,3)
Madeira	
Taipa	
<b>Origem da água</b>	
Rede pública	106(100,)
<b>Esgoto</b>	
Rede pública	18(17,0)
Fossa	86(81,9)
Esgoto a céu aberto	01(0,9)
<b>Destino do lixo</b>	
Coleta pela prefeitura	97(92,3)
Queimado	08(7,5)

Fonte: Pesquisa direta.

**Tabela 2.** Distribuição dos indivíduos avaliados por sexo e faixa etária segundo estado nutricional. Porto (PI), 2015.

	Estado nutricional							
	Desnutrição		Eutrófico		Sobrepeso		Obesidade	
	n	%	N	%	N	%	n	%
<b>Sexo</b>								
<b>Masculino</b>	1	5,8	6	35,2	3	17,6	7	41,1
<b>Feminino</b>	6	6,8	35	39,7	12	13,6	35	39,7
<b>Idade (anos)</b>								
<b>20- 59</b>	-	-	14	28,5	15	30,6	20	49,8
<b>≥ 60</b>	7	12,5	27	48,2	-	-	22	39,2

Fonte: Pesquisa direta.

Segundo a distribuição da frequência de consumo alimentar dos indivíduos por grupos de alimentos, dentre os cereais, foi observado que 36,1% dos indivíduos consomem pães semanalmente, 93,3% consomem arroz diariamente, 41,9% consomem batata esporadicamente e 75,2% não consomem massa, seguido de 60% que não consomem aveia (Tabela 3).

Em relação ao grupo dos vegetais, 52,3% consomem diariamente hortaliças e 29,5% consomem legumes semanalmente. Dentre as frutas mais consumidas diariamente estão a laranja 18,9% e a banana com 29,5%. A leguminosa avaliada foi o feijão que, segundo a pesquisa, 72,3% dos indivíduos referem consumo diário (Tabela 3).

Quanto ao grupo do leite e derivados, 83,8% consomem leite diariamente, 80,9% e 76,1% não consomem iogurte e queijo respectivamente.

Enquanto o consumo de carnes, 49,5% dos entrevistados consome carne de aves semanalmente, seguido de 42,8% que consomem carne bovina, porém 37,1% e 32,3% relataram não consumir carne suína e ovos respectivamente. Quanto ao consumo de embutidos, 92,3% auferiram não consumir (Tabela 3). Em relação aos óleos, 97,1% consomem diariamente e 55,2% referiu não consumir manteiga. Quanto aos doces e açúcares, a maioria consome adoçante (81,9%) e a bebida mais consumida é o café com 80,9% (Tabela 3).

## DISCUSSÃO DOS DADOS

As notificações de acidentes com Pelos avanços científicos, tecnológicos, preocupação com o meio ambiente e as causas humanistas, não se pode mais relacionar a qualidade de vida somente à questão do status econômico-financeiro. É necessário um sentido mais amplo, onde se relacione com melhores condições de vida, pela alimentação, moradia, educação, lazer e trabalho com dignidade, com a saúde, o relacionamento com os outros e a natureza (LEITE; SIMAS, 2010).

No presente estudo a maioria dos participantes tinha 60 anos ou mais, o que se explica devido ao rápido envelhecimento observado na população brasileira e estima-se que em 20 anos a população de idosos possa exceder o dobro deste número, o que resultará em um aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (FURLAN-VIEBIG; PASTOR-VALERO, 2004). Segundo o estudo de Lyra et al. (2010), a prevalência de diabetes também aumentou com a idade, que foi maior em homens e mulheres entre 60 e 69 anos, entretanto menor entre os 70 anos de idade ou mais.



Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

Tabela 3. Distribuição da frequência do consumo alimentar por grupos de alimentos. Porto (PI), 2015.

	Variáveis	Diariamente	Semanalmente	Esporadicamente	Não consome
Cereais	Pães	10(9,5)	38(36,1)	33(31,4)	24(22,8)
	Linhaça	-	01(0,9)	09(8,5)	95(90,4)
	Arroz	98(93,3)	06(5,7)	-	01(0,9)
	Massa	-	06(5,7)	20(19)	79(75,2)
	Farinha	36(34,2)	29(27,6)	17(16,1)	23(21,9)
	Macarrão	01(0,9)	28(26,6)	37(35,2)	39(37,1)
	Aveia	17(16,1)	08(7,6)	17(16,1)	63(60,0)
	Batata	08(7,6)	15(14,2)	44(41,9)	38(36,1)
Hortaliças	Verduras	55(52,3)	26(24,7)	12(11,4)	12(11,4)
	Legumes	27(25,7)	31(29,5)	30(28,5)	17(16,1)
Frutas	Frutas	31(29,5)	50(47,6)	18(17,1)	06(5,7)
Leite e derivados	Leite	88(83,8)	3(2,8)	03(2,8)	11(10,4)
	iogurte	05(3,8)	06(5,7)	09(8,5)	85(80,9)
	Queijo	01(0,9)	07(6,6)	17(16,1)	80(76,1)
Carnes e ovos	Carne bovina	01(0,9)	45(42,8)	35(33,3)	24(22,8)
	Carne suína	02(1,9)	27(25,7)	37(35,2)	39(37,1)
	Aves	48(45,7)	52(49,5)	02(1,9)	03(2,8)
	Peixe	25(23,8)	55(52,3)	18(17,1)	07(6,6)
	Embutido	-	02(1,9)	06(5,7)	97(92,3)
	Miúdo	17(16,1)	06(5,7)	26(24,7)	56(53,3)
	Ovos	08(7,6)	32(30,4)	31(29,5)	34(32,3)
Óleos	Óleo	102(97,1)	01(0,9)	01(0,9)	01(0,9)
	Manteiga	19(18,0)	07(6,6)	21(20,0)	58(55,2)
Leguminosas	Feijão	76(72,3)	22(20,9)	04(3,8)	03(2,8)
Doces e açúcares	Doces	-	02(1,9)	04(3,8)	99(94,2)
	Açúcar	14(13,3)	04(3,8)	04(3,8)	83(79,0)
	Adoçante	86(81,9)	01(0,9)	03(2,9)	15(14,2)
Bebidas	Café	85(80,9)	01(0,9)	06(5,7)	13(12,3)
	Suco natural	14(13,3)	30(28,5)	33(31,4)	28(26,6)
	Suco artificial	03(2,8)	12(11,4)	19(18,1)	71(67,6)
	Refrigerante	-	11(10,4)	42(40,0)	52(49,5)

Fonte: Pesquisa direta.

O gênero, a renda e a escolaridade são determinantes para a alimentação equilibrada de diabéticos. Segundo a pesquisa a maioria dos indivíduos era do sexo feminino, tinham renda de um quarto a um salário mínimo e só haviam concluído o Ensino Fundamental. Segundo Lyra et al. (2010), a prevalência de diabetes mellitus foi significativamente maior no sexo feminino (ASSUNÇÃO; URSINE, 2008; ARAÚJO et al., 1999; ASSUNÇÃO et al. 2002). O que sugere uma maior preocupação das mulheres a saúde e acesso aos serviços de saúde (BATISTA et al., 2005). GOLDENBERG et al. (1996), avaliando o diabetes auto referido no município de São Paulo, verificaram entre os pacientes diagnosticados que as mulheres também frequentavam mais os serviços de saúde.

Conforme estudo que avaliou o consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo, observou-se que a renda

mensal per capita mediana dos participantes era de R\$ 346,67 e 8% dos entrevistados relataram não possuir nenhuma fonte de renda individual. (FURLAN-VIEBIG et al., 2009)

Segundo Jaime et al. (2007), as estimativas do consumo de frutas e hortaliças no Brasil corresponde a menos da metade das recomendações nutricionais, principalmente em famílias de baixa renda. Um estudo realizado com dados da Pesquisa de Orçamento Familiares-POF da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo em 1998/1999 mostrou que a participação de frutas e hortaliças no total de calorias adquiridas pelas famílias aumenta com o incremento da renda familiar e com a diminuição do preço das frutas e hortaliças (FURLAN-VIEBIG et al., 2009).

Segundo Assunção e Ursine (2008), em relação à condição socioeconômica, o estudo demonstrou que os pacientes portadores de diabetes residentes em área de alto risco tiveram menor adesão ao tratamento não farmacológico. Pace et al (2003), demonstraram ser a dieta e o fator financeiro as maiores dificuldades encontradas pelos pacientes no tratamento do diabetes. Nesse estudo verificou-se que existe uma relação entre as duas dificuldades, visto que uma melhor renda poderia facilitar a aquisição de alimentos.

A baixa escolaridade também pode influenciar o consumo e a pequena variabilidade de frutas e hortaliças pela adoção de hábitos alimentares inadequados e pela maior frequência de problemas relacionados à idade (dificuldades de locomoção, problemas de mastigação e deglutição, doenças como depressão e demências). Segundo Lyra et al. (2010) quanto à escolaridade observou-se que todos os casos de DM estavam entre os analfabetos ou indivíduos com apenas o ensino fundamental. Esses dados são concordantes com os descritos em vários outros

Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

grupos populacionais urbanos que encontraram maior prevalência de diabetes entre pessoas com menor grau de escolaridade (SOUSA et al., 2003; BOSI et al., 2009).

Conforme Lyra et al. (2010), esses achados corroboram crescente prevalência de Diabetes Mellitus em vários municípios brasileiros e indicam a necessidade de intervenções para a detecção precoce e controle adequado de DM além de maior atenção da enfermidade e suas comorbidades em relação aos fatores sociais.

Outra variável de fundamental importância para conhecer o perfil nutricional de uma população diz respeito ao índice de massa corporal (IMC). Problemas nutricionais estão associados ao aumento da morbidade e mortalidade e vários pesquisadores têm sugerido a utilização do IMC em estudos para investigar a relação entre sobrepeso e baixo peso com o risco de mortalidade (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009).

Em relação ao estado nutricional, foi observado que 6,6% dos indivíduos estavam desnutridos, 39% dos indivíduos estavam eutróficos, enquanto que 54,2% dos indivíduos apresentaram sobrepeso ou obesidade. Segundo um estudo realizado por Batista et al 2005, que avaliou o resultado da intervenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, o perfil lipídico e o estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário em Belo Horizonte-MG, apenas 20% dos pacientes apresentaram peso normal à primeira consulta, enquanto 44,7% tinham sobrepeso e 34,8% eram obesos.

Cavalcanti et al. (2009), avaliaram a prevalência de doenças crônicas e o estado nutricional de um grupo de idosos no município de João Pessoa-PB e observaram elevada prevalência de sobrepeso e obesidade na população estudada, com valores médios de IMC de 30,98±3,32 KG/M<sup>2</sup>, o que pode estar associado a altas taxas de morbidade e mortalidade. Outro estudo que R. Interd. v. 9, n. 2, p. 97-106, abr. mai. jun. 2016

descreveu características epidemiológicas de pacientes diabéticos atendidos na rede pública, cadastrados no HIPERDIA, entre 2002 e 2006, mostrou que, entre os diabéticos, 45,5% dos adolescentes, 36,0% dos adultos e 60,4% dos idosos apresentam sobrepeso, enquanto 40,1% dos adultos eram obesos (FERREIRA; FERREIRA, 2009).

Segundo a presente pesquisa, quanto ao consumo alimentar, dentre os grupos dos cereais, o arroz foi o alimento mais consumido diariamente, seguido das hortaliças, leite, carne de frango, feijão e café. Dentre os alimentos que não eram consumidos pela maioria dos entrevistados estavam a linhaça, massas, aveia, iogurte, queijo, embutidos, miúdos, ovos, doces, açúcar, suco artificial e refrigerantes.

No estudo de Viebig et al. (2009), foi avaliado o consumo de frutas e vegetais por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo-SP. Cerca de 35% dos idosos não consumiam diariamente nenhum tipo de frutas e hortaliças e apenas 19,8% relataram consumo de 5 porções ou mais.

De acordo com Freitas e Garcia (2011), os dez alimentos mais consumidos por idosos, em estudo realizado na zona leste de São Paulo-SP, foram o café (infusão), o arroz branco, o feijão carioca, o açúcar refinado, o leite integral, o adoçante, o pão de francês, o leite desnatado, a alface e a margarina.

Martins (2010) realizou um estudo para avaliar a associação direta entre a ingestão inadequada de alimentos e hipertensão arterial, lipídios e glicose sérica em idosos diabéticos e hipertensos e mostrou-se que idosos consumiam principalmente cereais (7,2 porções) e óleos e gorduras (5,2 porções). As porções de frutas e vegetais, em média, não chegaram a 03 porções diárias. Um consumo inadequado de frutas, hortaliças, leite e derivados foi encontrado em 76,5% dos idosos e houve associação positiva entre

Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

a hipertensão e o consumo inadequado desses alimentos.

Levy-Costa et al. (2005) analisando a disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil, constatou o excesso de consumo de açúcar e presença insuficiente de frutas e hortaliças na dieta.

Com relação às fibras, Neutzling et al. (2007), que descreveu a frequência e os fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura e pobres em fibras em adolescentes, identificou elevada frequência de consumo de dietas pobres em fibras em todos os subgrupos populacionais. Este resultado é possivelmente explicado pelo baixo consumo de frutas, vegetais e cereais integrais.

## CONCLUSÃO

A maioria dos entrevistados apresentou sobrepeso ou obesidade conforme o IMC e em relação ao consumo alimentar, dentre os grupos dos cereais, o arroz, por exemplo, foi o mais consumido diariamente, seguido das hortaliças, leite, carne de frango, feijão e café e destaca pelo baixo consumo diário de alimentos fonte de fibras, entretanto percebe-se o consumo de alimentos que fazem parte da cultura brasileira.

Para tanto, vale destacar que os fatores socioeconômicos influenciam na eficácia do tratamento nutricional, principalmente a renda e a escolaridade dos indivíduos. Dessa forma o acesso aos alimentos de qualidade e o direito à informação se tornam limitados.

Portanto, tais condições podem ser intervidas através de grupos de diabéticos com acolhimento multiprofissional, atividades educativas e políticas públicas destinadas a esse grupo inserido na Estratégia Saúde da Família.

## REFERÊNCIA

- ACUÑA, K; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 48, n. 3, jun. 2004.
- ASSUNÇÃO, T.S; URSINE, P.G.S. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portadores de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde Da Família, Ventosa, Belo Horizonte. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. sup 2, p. 2189-2197, 2008.
- ASSUNÇÃO, M.C.F; SANTOS, I.S; COSTA, J.S. Avaliação do processo da atenção médica: adequação de pacientes com diabetes mellitus. *Cad Saúde Pública*, v. 18, n. 1, 205-211, 2002.
- ARAÚJO, R.B et al. Avaliação do cuidado prestado a pacientes diabéticos em nível primário. *Rev Saúde Pública*, v. 33, n. 2, p. 24-32. 1999
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Cadernos de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022** / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. - Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Alimentos Regionais Brasileiros**. 2. ed- Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.
- BUENO, J. M. et al. Avaliação nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos pertencentes a um programa assistencial. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 13, n. 4, p. 1237-46, 2008.
- BATISTA, M.C.R. et al. Avaliação dos resultados da atenção multiprofissional sobre o controle glicêmico, perfil lipídico e estado nutricional de diabéticos atendidos em nível primário. *Rev. Nutr*, Campinas, v. 18, n. 2, p. 219-228, mar/abr, 2005.
- BOSI, P.L et al. Prevalência de diabetes melito e tolerância à glicose diminuída na população urbana de 30 a 79 anos da cidade de São Carlos,



Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

São Paulo. **Arq Bras Endocrinol Metabol.**, São Paulo, v. 53, n. 6, p. 726-32, 2009.

CHAGAS, L. R. **Estado nutricional e consumo alimentar de idosos assistidos na estratégia saúde da família**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro Universitário UNINOVAFAPI, Teresina, 2013.

DE LUCIA, R. P. A. **Avaliação do hábito alimentar de uma população portadora de diabetes mellitus tipo1**. Dissertação (Mestrado em Ciências as Saúde) - Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Pós graduação em ciências da saúde. 2009.

FERREIRA, C.L.R; FERREIRA, M.G. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde- análise a partir do sistema HiperDia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 1, 2009.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. Diabetes auto-referido em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 175 - 184, jan, 2010.

FIRBERG, R.M; MARCHIONI, D.M.L; COLUCCI, A.C.A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq. Bras.Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 5, 2009.

FREITAS, L.R.S; GARCIA, L.P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998,2003 e 2008. **Epidemiol. Serv.Saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 7-19, jan-mar 2012.

FURLAN-VIEBIG, R; PASTOR-VALERO, M. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 4, p. 581-4, 2004.

FURLAN-VIEBIG, R. et al. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 5, 806-13, 2009.

GOLDENBERG, P. et al. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. **. Cad Saúde Pública**, v. 12, n. 1, p. 37-45, 1996.

JAIME, P.C. et al. Nutritional education and fruit and vegetable intake: a randomized community trial. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 154-7, 2007.

R. Interd. v. 9, n. 2, p. 97-106, abr. mai. jun. 2016

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil 2008-2009**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

LEITE-CAVALCANTE, C. et al. Prevalência de doenças Crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. Salud Pública.**, v. 11, n. 6, p. 865-877, 2009.

LEITE, M.C.T; SIMAS, M.C.S. O perfil sócio econômico e familiar dos pacientes adultos com diabetes mellitus que fazem uso de insulina e a relação com a compensação da doença: um estudo de caso na unidade de saúde da família Renato Mazze Lucas/Aracaju. **Anais do VI Colóquio Internacional “Educação e Contemporaneidade”**. São Cristovão-SE/Brasil, 2012.

LEVY-COSTA, R.B. et al. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução(1974-2003). **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 530-40, 2005.

LYRA, R. et al. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 54, n. 6, 2010.

MELLO, V.D; LAAKSONEN, D.E. Fibras na dieta: tendências atuais e benefícios à saúde na síndrome metabólica e no diabetes mellito tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 53, n. 5, 2009.

MARTINS, M.P.S.C. et al. Consumo alimentar, pressão arterial e controle metabólico em idosos diabéticos hipertensos. **Revista Brasileira de Cardiologia**, v. 23, n. 3, p.162-170, 2010.

NEUTZLING, M.B. et al. Frequencia de consume de dietas ricas em gordura e pobres em fibra entre adolescentes. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 3, 2007.

PACE, E.A, NUNES, D.P, VIGO O.K. O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de diabetes mellitus. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p. 312-319, 2003.

PHILIPPI, S.T, AQUINO, R.C. **Nutrição Clínica: estudos de casos comentados**. Barueri, SP: Manole, 2009.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diabetes na prática clínica**. São Paulo: AC Farmacêutica, 2011.

Carvalho, R. R. S.; Chagas, L. R.

SBD. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES.  
**Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes:  
2013-2014/** Sociedade Brasileira de Diabetes. São  
Paulo: AC Farmacêutica, 2014

SLATER, B. et al. Validação de questionários de  
frequência alimentar- QFA: considerações  
metodológicas. **Rev. Bras. Epidemiol**, São Paulo,  
v. 6, n. 3, 2003.

SOUZA, L.J. et al. Prevalência de diabetes mellitus  
e fatores de risco em Campos dos Goytacazes, RJ.  
**Arq. Bras. Endocrinol. Metab**, São Paulo, v. 47, n.  
1, p. 69-74, 2003.

**Submissão: 09/12/2015**

**Aprovação: 19/01/2016**