

ALIMENTAÇÃO EQUILIBRADA: UMA ANÁLISE DOS HÁBITOS ALIMENTARES DE PORTADORES DE DIABETES MELITUS

BALANCED FOOD: AN ANALYSIS OF THE FOOD HABITS OF DIABETES MELITUS CARRIERS

LARISSA ROBERTA CORSO¹, LUCAS SOARES DOS SANTOS², ROSANA AMORA ASCARI^{3*}, THAÍSE HONORTO⁴

1. Médica. Especialista em Atenção Básica. Bolsista do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB), Brasil; 2. Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC); 3. Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Departamento de Enfermagem da UDESC; 4. Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Tutora Bolsista da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

* Rua Quatorze de Agosto, 807 E, Apto. 301, Presidente Médice, Chapecó-SC, Brasil. CEP: 89.801-251. rosana.ascari@hotmail.com

Recebido em 23/02/2017. Aceito para publicação em 24/04/2017

RESUMO

Considerando que o portador de diabetes mellitus está exposto a risco de adoecimento decorrente de respostas fisiológicas à alimentação e a atividade física, propõem-se intensificar o desenvolvimento da educação em saúde. Objetivou-se conhecer os hábitos alimentares e caracterizar o perfil sociodemográfico de portadores de diabetes mellitus residentes na área de ação de uma Estratégia Saúde da Família num município do oeste catarinense para nortear as orientações médicas e de enfermagem à esta população. Trata-se de um estudo transversal, de abordagem qualitativa com 26 pacientes cadastrados no Programa Hiperdia da referida Estratégia saúde da Família. Os dados foram coletados através de um questionário contendo dados sociodemográficos e hábitos alimentares no mês de dezembro de 2015 durante as consultas médicas, após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes. Os hábitos alimentares foram identificados através do teste: "Como está sua alimentação?", proposto pelo Ministério da Saúde, Brasil. Os resultados apontam a existência de práticas alimentares passíveis de serem modificadas, as quais podem ser abordadas durante consultas médicas e de enfermagem para instigar a boa prática de hábitos alimentares, a importância do convívio familiar durante as refeições e a prática de atividade física na busca de uma vida mais saudável. Tais achados auxiliaram a equipe de saúde a direcionar orientações acerca da alimentação e hábitos saudáveis de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Nutrição em saúde pública, comportamentos saudáveis, qualidade de vida, Diabetes Mellitus.

ABSTRACT

Considering that the patient with diabetes mellitus is exposed to risk of illness due to physiological responses to diet and physical activity, it is proposed to intensify the development of health education. The objective of this study was to know the dietary habits and to characterize the sociodemographic profile of patients with diabetes mellitus residing in the area of action of a Family Health Strategy in a city in the west of Santa Catarina to guide the medical and nursing orientations to this population. This is a cross-sectional, qualitative study with 26 patients enrolled in the Hiperdia Program of the Family Health Strategy. Data were collected through a questionnaire containing sociodemographic data and eating habits in the month of December 2015 during medical consultations, after signing the informed consent form. The eating habits were identified through the test: "How is your food?", Proposed by the Ministry of Health, Brazil. The results point to the existence of food practices that can be modified, which can be approached during medical and nursing visits to instigate good eating habits, the importance of family living during meals and the practice of physical activity in the search for a healthier life. These findings helped the health team to direct guidelines about diet and healthy lifestyles.

KEYWORDS: Nutrition, public health, health behavior, quality of Life, Diabetes Mellitus.

1. INTRODUÇÃO

A cidade de Chapecó/SC foi colonizada por descendentes italianos e em menor grau alemães e poloneses, e emancipada em 1917. Possui 183.530 habitantes e distribuídos em 626 quilômetros quadrado de acordo com os dados do IBGE no último censo (IBGE, 2014). Chapecó conta com 117 estabelecimentos de saúde, sendo 59 estabelecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS). Há

quatro Estabelecimentos de Saúde com atendimento de emergência, sendo dois com atendimento de emergência Psiquiátrica (IBGE, 2014). O cenário de referência neste estudo é um Centro de Saúde da Família (CSF) na cidade de Chapecó/SC.

A comunidade, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) que é preenchido pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da unidade de saúde, não dispõe de rede de esgoto. A maioria das moradias é de madeira (50,51%), a coleta de lixo é realizada em toda a área de abrangência do CSF e a água utilizada pela comunidade vem da CASAN em 87,40% das residências (BRASIL/SIAB, 2015).

Dados afirmam que 99,20% da população é alfabetizada e empiricamente sabe-se que os analfabetos são idosos e 13,94 % dos usuários cadastrados possuem plano de saúde.

A população acompanhada atualmente pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) em tela abrange 786 famílias cadastradas correspondendo a 2.417 pessoas, sendo 50,47 % homens com predomínio entre 20 e 59 anos (61,27 %), segundo dados do SIAB de 06/05/2015 (BRASIL/SIAB, 2015).

Dos 2.417 habitantes, 205 foram diagnosticados com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e 46 com diabetes mellitus (DM), evidenciando uma prevalência para HAS no mês abril de dois por mil habitantes e de 0,4 por mil habitantes para DM (BRASIL/SIAB, 2015).

A equipe de saúde realiza o acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos, através de consultas individuais dos profissionais médicos/enfermeiro/dentista e atendimentos em grupos que ocorre a cada seis meses, propondo um atendimento que envolve a promoção de saúde, com a participação de todos os membros da equipe. Semanalmente a equipe se reúne para discussão/planejamento de ações voltadas a resolver situações pontuais, tais como, busca de pacientes não aderentes ao tratamento, descompensados, situações de risco social; pessoas usando incorretamente a medicação devido a analfabetismo, entre outras. Contudo, vale ressaltar o elevado número de indivíduos diagnosticados com DM e HAS, as quais estão intimamente ligadas aos hábitos alimentares e estilo de vida da população e que muitos indivíduos apresentam oscilações constantes no nível de glicose, contribuindo para o desenvolvimento de agravos vasculares decorrentes desta descompensação diabética.

As intervenções não farmacológicas são frequentemente utilizadas na prevenção de agravos à saúde e no tratamento de doenças já instaladas. Considera-se a educação em saúde uma abordagem privilegiada para intervenção, sendo esta estratégia, muito utilizada por profissionais de saúde pra atuar na vida cotidiana das pessoas e difundir o conhecimento científico. A intervenção educativa respeita as diferenças entre os participantes envol-

vidos, constituindo-se uma ferramenta de empoderamento do indivíduo para o autocuidado. Por este motivo, o tempo destinado para educação em saúde é valioso uma vez que possibilita ao indivíduo, perceber seu maior ou menor envolvimento no processo terapêutico, espaço em que o usuário torna-se corresponsável pelo processo educativo (FELIPE *et al.*, 2012).

A abordagem contextualizada e participativa possibilita reconhecer a oportunidade para a educação em saúde e desse modo pode subsidiar o sujeito na melhoria da qualidade vida (MACHADO, LEITÃO, HOLANDA, 2005).

Acredita-se que por meio da reflexão sobre as práticas alimentares, tornar-se-á possível a valorização do diálogo produzido pelo sujeito, sua participação ativa no processo de cuidado e sua atuação como agente transformador da realidade, uma vez que a intervenção educativa por meio da consulta médica e de enfermagem, além de possibilitar o diagnóstico clínico e de enfermagem, tem o dever de disseminar informações/orientações convocando o sujeito para participação ativa no processo de cuidado.

Durante a prática profissional no CSF percebeu-se que muitos usuários do SUS com diabetes mellitus não estavam com a doença compensada em virtude de não seguir uma alimentação equilibrada, falta de hábitos saudáveis e/ou uso regular de medicamentos, o que pode comprometer a qualidade de vida destes pacientes ao longo dos anos. Considerando que o portador de DM está exposto a risco de adoecimento decorrente de respostas fisiológicas à alimentação e a atividade física, propõem-se intensificar o desenvolvimento da educação em saúde com base no “Guia Alimentar” disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS). A alimentação equilibrada está intimamente ligada à redução de internações por descompensação diabética e complicações cardiovasculares. Uma alimentação saudável aliada à prática regular de atividade física é fundamental para uma boa saúde (BRASIL, 2014b).

Estudo para analisar o consumo alimentar da população brasileira segundo as grandes regiões do país sinaliza uma inversão do consumo alimentar do grupo de frutas e hortaliças como o grupo de óleos e gorduras e o grupo de açúcares e refrigerantes, o que instiga uma intervenção educativa a fim de fortalecer os indivíduos para uma escolha alimentar equilibrada (MENDES, ZAMBERLAN, 2013).

O presente estudo contribuirá diretamente para a melhoria da qualidade de vida ao promover saúde nos portadores de diabete mellitus. Também se espera contribuir para minimizar os riscos cardiovasculares destes, à medida que provê os sujeitos e grupo com dados sobre sua saúde e sobre as formas de mante-se saudáveis hoje e no futuro.

Este estudo objetivou conhecer os hábitos alimentares e caracterizar o perfil sociodemográficos de portadores de

diabetes mellitus residentes na área de ação de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Chapecó/SC, Brasil.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório de abordagem qualitativa desenvolvido com 26 pacientes, portadores de Diabetes Mellitus pertencentes à área de ação de uma ESF no município de Chapecó/SC, Brasil, cadastrados no programa Hiperdia e que aceitaram participar desta investigação.

Durante a consulta médica o portador de DM foi convidado a responder um questionário contendo dados sociodemográficos, de estilo de vida e avaliação da alimentação equilibrada, por meio do teste: “Como está sua alimentação?”, proposto pelo MS em 2014.

Cabe ressaltar que o formulário para a caracterização da amostra contendo dados sociodemográficos e de estilo de vida, foi construído pelos pesquisadores com base em literatura específica. Foram coletadas informações relativas aos dados sociodemográficos do portador de DM (escolaridade, situação conjugal, números de filhos, grau de satisfação com o rendimento mensal) e sobre o estilo de vida (tabagismo, horas de sono, problemas de saúde, uso de medicações, medidas antropométricas (pressão arterial, peso, altura, índice de massa corporal), tempo para descanso, tempo para lazer).

Já o instrumento “Como está a sua alimentação”, foi aplicado na íntegra contemplando 18 questões, conforme documento original do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014b). A versão de bolso do “Guia Alimentar” foi desenvolvido pelo MS em 2014, a partir do Guia Alimentar para a População Brasileira, o qual aborda os princípios e recomendações de uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira.

Esse guia alimentar se configura como instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no país e propõem um teste para avaliar como está a alimentação do indivíduo (BRASIL, 2014b). O referido teste para avaliar a alimentação saudável é composto por 18 itens sobre alimentação que podem ajudar a refletir e modificar os hábitos alimentares, (BRASIL, 2014b).

A pontuação de cada questão varia de zero a quatro pontos e não segue um padrão gradual de pontuação entre elas. Indivíduo que somar até 28 pontos, precisa tornar sua alimentação e seus hábitos de vida mais saudáveis; ao alcançar de 29 à 42 pontos, o indivíduo precisa ficar atento com sua alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos; e, ao alcançar 43 ou mais pontos o indivíduo está no caminho para um modo de vida saudável (BRASIL, 2014b).

A coleta de dados foi realizada após o consentimento dos participantes os quais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual garante o anonimato dos participantes, no período de dezembro de 2015

à janeiro de 2016.

3. RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico de portadores de Diabetes Mellitus

Os resultados apontam que os pacientes portadores de diabetes mellitus são do sexo feminino (n=15; 57,2%), casados (n=20; 76,9%), com filhos (n= 25; 96,2%), acima de 65 anos de idade (n=14; 53,5%), que não estudaram (n=7; 26,9%) ou que estudaram entre um e cinco anos (n=13; 49,9%), dormem de seis a ou horas/dia (n=20; 76,9%) e não tabagistas (n=24; 92,3%). Referiram satisfação com o rendimento mensal (n=12; 45,6%), e ter problemas de saúde no último ano (n=16; 61,5%). Entre os problemas de saúde informados pelos participantes, destaca-se a infecção urinária (n=3; 11,5%), problemas cardiocirculatórios (n=3; 11,5%) e problemas de tireoide (n=2; 7,6%).

Todos os participantes informaram fazer uso de medicação diariamente, tais como; hipoglicemiante oral (n=25), hipoglicemiante injetável (n=2), anti-hipertensivo (n=21), diuréticos (n=15), analgésico e anti-inflamatório (n=9), para controle da osteoporose (n=5), para dislipidemia (n=5), para o hipotireoidismo (n=3), além de vasodilatador coronariano, digitálicos e outros.

Constatou-se que os participantes apresentaram alterações de pressão arterial (PA) acima dos limites recomendados pelo Ministério da Saúde, sendo a sistólica igual ou superior a 140 mmHg (38,5%) e diastólica superior a 90mmHg (11,5%).

Na avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), 30,4% estão acima do peso ideal (n=8), 34,2% apresentam obesidade grau I (n=9), 11,4% apresentam obesidade grau II (n=3) e um paciente foi classificado com Obesidade grau II (3,8%).

Hábitos Alimentares dos portadores de Diabetes Mellitus

Considerando os pontos adquiridos no instrumento de alimentação, dois indivíduos (7,6%) obtiveram até 28 pontos, que significa que precisam tornar sua alimentação e seus hábitos de vida mais saudáveis. De 29 a 42 pontos, 20 indivíduos (76,2%) precisam ficar atentos com a alimentação e hábitos saudáveis de vida, tais como a atividade física e consumo de líquidos. Contudo, quatro indivíduos (16,2%) estão no caminho para um modo de vida saudável.

Sabe-se que muitas doenças crônicas são evitáveis pelo estilo de vida saudável. Atualmente estudos justificam o desenvolvimento de ações de educação em saúde, por considerar que fatores de risco e doenças subseqüentes podem ter início precoce e, portanto, demandam esforços para a promoção da saúde e prevenção de do-

enças na tentativa de adiar a mortalidade, melhorar a qualidade de vida e diminuir o peso econômico no sistema de saúde (SCHUSTER, OLIVEIRA, DAL BOSCO, 2015). Neste sentido, estilo de vida nocivo inclui a ingestão de alimentos que estão intimamente ligados ao desenvolvimento de doenças crônicas, como diabetes mellitus e doenças cardiovasculares (FITZGERALD, MORGAN, SLAWSON, 2013).

O Brasil vem experimentando uma rápida transição nutricional nos últimos anos sendo caracterizada pela presença de desnutrição, obesidade e doenças carenciais específicas ligadas à má alimentação (SOUZA, 2010). Diversos fatores, tais como, ambiental, psicológico e econômico, influenciam na ingesta alimentar, sendo que o fator econômico, muitas vezes determina a quantidade e a qualidade dos alimentos consumidos pelas populações (JOMORI; PROENÇA, CALVO, 2008).

O Guia Alimentar para a População Brasileira apresenta um conjunto de informações e recomendações sobre alimentação que objetiva promover a saúde de pessoas, por meio de um conjunto de estratégias para proporcionar aos indivíduos a realização de práticas alimentares apropriadas. O referido guia apresenta dez passos para uma alimentação adequada e saudável, a saber: 1) Fazer de alimentos in natura ou minimamente processados a base da alimentação; 2) Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcar em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias; 3) Limitar o consumo de alimentos processados (conservas de legumes, compota de frutas); 4) Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados (biscoitos recheados, salgadinhos de pacote, refrigerantes); 5) Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia; 6) Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos in natura ou minimamente processados (Prefira legumes, verduras e frutas da estação e cultivados localmente); 7) Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias; 8) Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece (Faça da preparação de refeições e do ato de comer momentos privilegiados de convivência e prazer); 9) Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora (Evite redes de *fast-food*); 10) Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais (a função essencial da publicidade é aumentar a venda de produtos) (BRASIL, 2014a).

O Ministério da Saúde orienta 10 passos para uma alimentação saudável para pessoas com mais de dois anos de idade conforme figura 1, não sendo necessário adotar todos os passos de uma vez e também não é preciso seguir a ordem dos números sugerida nos dez passos (BRASIL, 2014b).

1 - Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
2 - Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
3 - Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4 - Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
5 - Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
6 - Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.
7 - Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
8 - Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.
9 - Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
10 - Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.

Figura 1. Dez Passos para uma Alimentação Saudável **Fonte:** Brasil, Ministério da Saúde, (2014b). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_alimentacao_saudavel.pdf

Estudo para avaliar a adesão aos 10 passos para uma alimentação saudável em 1.233 adolescentes do Rio Grande do Sul identificou que nenhum participante aderiu todos os passos, sendo a maior a adesão ao passo 4, referente ao consumo de arroz e feijão, e menos frequentes a adesão aos passos 7, relativo ao menor consumo de refrigerantes, sucos industrializados, doces e guloseimas, e passo 3, consumo de frutas, legumes e hortaliças não processados (COUTO *et al.*, 2014).

Pesquisa que se propôs a investigar a disponibilidade domiciliar de alimentos, por unidades federativas - regiões Norte, Sudeste, Nordeste e Sul do País - identificou que o consumo de frutas e hortaliças está muito abaixo do recomendado, e que o contrário acontece com o consumo de óleos, gorduras, carnes, açúcares e refrigerantes que superam os padrões de recomendações (MENDES, ZAMBERLAN, 2013).

Ao avaliar o impacto de ações para estimular o consumo de frutas e hortaliças em ambiente de trabalho de funcionários de uma empresa, o estudo identificou que este aumentou entre os expostos a uma intervenção de promoção do consumo desses alimentos (FRANCO, CASTRO, WOLKOFF, 2013).

A pirâmide alimentar adaptada para a população brasileira por PHILIPPI e colaboradores (1999) é um instrumento desenvolvido para facilitar a seleção e consumo de todos os grupos de alimentos habituais e

tradicionais da população brasileira. Os alimentos são distribuídos na Pirâmide Alimentar em oito grupos de alimentos e em quatro níveis. Para cada grupo são estabelecidos valores energéticos, permitindo estabelecer os equivalentes em energia (kcal), sendo que os valores dos alimentos nas porções foram apresentados em gramas, quilocalorias (kcal) e medidas usuais para facilitar o entendimento/orientações. As porções são estabelecidas com base nas medidas usuais, tais como, xícaras, número de fatias, colheres de sopa ou unidades (PHILIPPI, 2013).

Para o planejamento de uma dieta adequada deve-se considerar “dieta” o conjunto de preparações culinárias, alimentos e bebidas consumidos nas 24 horas pelo indivíduo. Os grupos de alimentos devem ser distribuídos ao longo dia e os alimentos de um grupo não podem ser substituídos por alimentos de outros grupos, pois, todos são importantes e necessários, e nenhum grupo deve ser excluído ou inadequadamente substituído. Contudo, a Pirâmide Alimentar Brasileira foi redesenhada para contemplar 2.000 quilocalorias (Kcal)/dia, sendo esta a recomendação energética média diária para o indivíduo estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA em 2005 (PHILIPPI, 2013).

A seguir apresenta-se a nova Pirâmide Alimentar Brasileira conforme figura 02.



Figura 2. Nova Pirâmide Alimentar Brasileira. **Fonte:** PHILIPPI, S.T., Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável. 2013.

A seguir apresenta-se a figura 3 com valores energéticos e número de porções por grupo de alimentos

que compõem a pirâmide alimentar para uma dieta de aproximadamente 2.000 Kcal/dia.

Figura 3. Valor energético e número de porções por grupo de alimentos da Pirâmide Alimentar no exemplo da dieta de 2000 kcal.

Grupos alimentares	Porção (Kcal)	Número de porções	Total (Kcal)
Arroz, pão, massa, batata, mandioca	150	6	900
Legumes e verduras	15	3	45
Frutas	70	3	210
Carnes e ovos	190	1	190
Leite, queijo e iogurte	120	3	360
Feijões	55	1	55
Óleos e gorduras	73	1	73
Açúcares e doces	110	1	110
Total	---	---	1973

Fonte: PHILIPPI, S.T., Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável. 2013.

A dieta adequada deve se utilizar de alimentos de todos os grupos alimentares da pirâmide, principalmente em alimentos em sua forma natural, reforçando o consumo dos grupos das frutas e dos legumes e verduras.

Um estudo realizado em uma academia da cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais, utilizou-se de oficinas como estratégia de intervenção nutricional para promoção da saúde, pautada no Guia Alimentar para a População Brasileira e nos Dez Passos para uma Alimentação Saudável, identificou um incremento estatisticamente significativo na média do total de acertos das questões do questionário de avaliação da aquisição de informações, e, 90,9% dos participantes sinalizaram alguma mudança de hábito alimentar, com ênfase na redução do consumo de óleos, gorduras e frituras em 29,5% e um incremento na ingestão de frutas e hortaliças em 22,5%, sendo que a redução no consumo de açúcares e doces foi a recomendação mais difícil de ser seguida pelos participantes do estudo, representando 21,1% (SILVA et al., 2013).

O Manual Oficial de Contagem de Carboidratos para Profissionais de Saúde elaborado pelo Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Diabetes objetivou facilitar a atuação dos profissionais de saúde que assistem o paciente com diabetes, sobretudo para melhorar a qualidade de vida dos pacientes considerando maior flexibilidade da dieta, por apresentar tabela com alimentos típicos de cada região do Brasil, levando em conta a grande extensão territorial e a diversidade cultural nela inserida (SBD, 2009).

O referido manual destaca que a região Sul do Brasil, sofreu forte influência da colonização europeia (alemães, italianos e poloneses), o que favoreceu a manutenção de tradições e hábitos alimentares característicos, tais como a cultura da uva, o churrasco e a polenta, além de diversas preparações e doces característicos.

Estudo que avaliou o estado nutricional e o hábito alimentar dos funcionários de uma instituição de ensino superior no oeste Catarinense em 2008, mais

especificamente no município de Chapecó-SC, Brasil constatou uma prevalência de sobrepeso e obesidade, entre docentes e técnicos-administrativos de 39,3% (TOMINI, BROLL, CORRÊA, 2013). Entre os alimentos mais consumidos encontram-se os lanches assados, refeições salgadas, café preto e refrigerante, consumidos por 40% dos pesquisados e apenas 10,8% dos entrevistados consideram sua alimentação adequada (TOMINI, BROLL, CORRÊA, 2013).

Em pesquisa com objetivo de verificar a tendência de mudança nos hábitos alimentares brasileiros, com foco no consumo de alimentos tidos como saudáveis, e como esta transformação está ocorrendo na cidade de Campo Grande/MS, foram visitados restaurantes e lanchonetes em 2009, resultando que “os negócios” mais estruturados destinam espaço próprio em seus cardápios para alimentos saudáveis, no entanto, a maioria dos estabelecimentos não tem a visão do longo prazo, adaptando-se conforme o cliente. E ainda, existe uma tendência de diminuição do consumo de carne vermelha com gordura aparente e aumento de frutas e hortaliças na dieta da população investigada (DRESCH; ANDRADE, 2010).

A alimentação saudável é capaz de proporcionar todos os nutrientes necessários ao indivíduo, promovendo o crescimento, desenvolvimento, manutenção dos tecidos, resistência à doença, que além de contribuir para a saúde e bem estar, é uma das estratégias da Organização Mundial da Saúde para prevenir doenças crônicas como o diabetes (SBD, 2009). Contudo, para suprir as necessidades nutricionais é preciso combinar vários alimentos, uma vez que alguns nutrientes podem estar mais concentrados em determinado grupo alimentar. Para isso, a pirâmide alimentar pode guiar a escolha de alimentos necessários para compor as refeições em quantidade e qualidade compatível com uma alimentação saudável (SBD, 2009).

A alimentação pode e deve ajudar a melhorar a qualidade de vida tanto física quanto mental e social. É fator convergente para uma sociedade feliz e dinâmica que progride incessantemente (MARTINZ, 2013).

Tomini, Broll e Corrêa (2013) afirmam que vários problemas causados à saúde têm ligação direta com a alimentação inadequada, bem com fatores que acabam afetando o bom desempenho das atividades diárias e enfatiza a importância da aquisição de hábitos alimentares saudáveis, visando principalmente à reeducação alimentar. Ainda, que de certa forma, no dia a dia, os cuidados básicos com a saúde acabam ficando de lado, seja pela falta de tempo ou em consequência de condições financeiras.

Considerando que os hábitos alimentares de uma população transcendem a necessidade de segurança alimentar em decorrência também dos aspectos culturais, nem sempre a alimentação tida como melhor e mais cara é

a mais saudável (DRESCH; ANDRADE, 2010). Diversos fatores contribuíram para a modificação do consumo de alimentos e formação dos hábitos alimentares das populações brasileiras, tais como o crescimento da renda familiar dos últimos anos, aliado a modificação da estrutura familiar com maior inserção da mulher no mercado de trabalho, o que influenciou fortemente a busca por alimentos industrializados de fácil preparo e sabor atrativo (DRESCH; ANDRADE, 2010).

Um segmento em ascensão no mercado é a tendência de alimentos associados à saúde, um exemplo, é empresas multinacionais do ramo alimentício como Mc Donald's e Subway, já adotam medidas em seus planejamentos estratégicos com a finalidade de acompanhar tais mudanças (DRESCH; ANDRADE, 2010). Os mesmos autores afirmam que estão em evidência entre os produtos saudáveis, os produtos orgânicos, cultivados e produzidos sem agrotóxicos, sendo que nos Estados Unidos da América, essa prática cresce 17% ao ano, conforme dados da Apex (Agência Brasileira de Promoção de Exportações e Investimentos).

Portanto, uma alimentação adequada requer informações e mudança de hábitos e atitudes que só um processo educativo pode proporcionar.

4. CONCLUSÃO

Como proposto inicialmente, este estudo buscou investigar os hábitos alimentares e caracterizar o perfil sociodemográficos de portadores de diabetes mellitus residentes na área de ação de uma Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Chapecó/SC, Brasil. Nesse contexto, evidenciou-se que:

- Os pacientes portadores de diabetes mellitus investigados são a maioria do sexo feminino, casados, com filhos, acima de 65 anos de idade, com poucos anos de estudo, que dormem de seis a oito horas/dia, não são tabagistas.

- Apresentaram problemas de saúde no último ano, sobretudo, infecção urinária e problemas cardiocirculatórios;

- Fazem uso de medicação diariamente, principalmente hipoglicemiante oral e injetável, anti-hipertensivos, diuréticos, analgésicos e anti-inflamatórios;

- Apresentam pressão arterial sistólica e/ou diastólica superior aos limites recomendados pelo Ministério da Saúde e estão acima do peso ideal, com predomínio de obesidade em graus variados.

- Estão satisfeitos com o rendimento mensal;

- Mais de 80% dos participantes carecem de alimentação e hábitos de vida mais saudáveis.

Ainda, os resultados apontam a existência de práticas alimentares passíveis de serem modificadas, as quais podem ser abordadas durante consultas médicas e de enfermagem para instigar a boa prática de hábitos

alimentares, a importância do convívio familiar durante as refeições e a prática de atividade física na busca de uma vida mais saudável. Tais achados auxiliaram a equipe de saúde a direcionar orientações acerca da alimentação e hábitos saudáveis de vida.

REFERÊNCIAS

- [01] BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 156 p. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasileira-Miolo-PDF-Internet.pdf>
- [02] BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. Guia Alimentar: como ter uma alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar_bolso
- [03] BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIB. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/>
- [04] COUTO, S.F.; MADRUGA, S.W.; NEUTZLING, M.B.; SILVA, M.C. Frequência de adesão aos “10 Passos para uma Alimentação Saudável!” em escolares adolescentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; v. 19, n. 5, p. 1589-1599.
- [05] DRESCH, L.O.; ANDRADE, E.S. Evolução dos hábitos alimentares e a busca por alimentos saudáveis em Campo Grande / MS – identificação de tendências e potencialidades. 48º Congresso SOBER - Sociedade Brasileira de Economia, Administração e Sociologia Rural. 2010. Disponível em: <http://www.sober.org.br/palestra/15/485.pdf>
- [06] FRANCO, A.S.; CASTRO, I.R.R.; WOLKOFF, D.B. Impacto da promoção sobre consumo de frutas e hortaliças em ambiente de trabalho. *Rev Saúde Pública*. 2013; v. 47, n. 1, p. 29-36.
- [07] FELIPE, G.F.; SILVEIRA, L.C.; MOREIRA, A.T.M.M.; FREITAS, M.C. Presença implicada e reserva do enfermeiro na educação em saúde à pessoa com hipertensão. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2012; v. 20, n. 1, p: 45-9.
- [08] FITZGERALD, N.; MORGAN, K.T.; SLAWSON, D.L. Practice Paper of the Academy of Nutrition and Dietetics: The role of nutrition in health promotion and disease prevention. *J Acad Nutr Diet*. 2013; v.113, n. 7, p. 972-979.
- [09] IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Santa Catarina. Chapecó. 2014. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=420420>
- [10] JOMORI, M. M.; PROENÇA, R. P. C.; CALVO, M. C. M. Determinantes de escolha alimentar. *Rev. Nutr.*, 2008; v. 21, n. 1, p. 63-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n1/a07v21n1.pdf>
- [11] MACHADO, M.M.T.; LEITÃO, G.C.M.; HOLANDA, F.U.X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. *Rev Latino-Am Enferm.*, 2005; v. 13, n. 5, p. 723-728.
- [12] MARTINEZ, S. A nutrição e a alimentação como pilares de promoção da saúde e qualidade de vida nas organizações. *O Mundo da saúde*, São Paulo, 2013, v. 37, n. 2, p. 201-207.
- [13] MENDES, P.M.; ZAMBERLAN, E.C. Análise do consumo alimentar determinado pela aquisição domiciliar no Brasil. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, 2013; v. 10, n. 1, p. 336-345.
- [14] PHILIPPI, S.T.; LATTERZA, A.R.; CRUZ, A.T.R.; RIBEIRO, L.C. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. *Rev. Nutr.*, Campinas, jan./abr., 1999; v. 12, 1, p. 65-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a06.pdf>
- [15] PHILIPPI, S.T. Redesenho da Pirâmide Alimentar Brasileira para uma alimentação saudável, 2013. Disponível em: http://www.piramidealimentar.inf.br/pdf/ESTUDO_CIENTIFICO_PIRAMIDE_pt.pdf
- [16] SCHUSTER, J.; OLIVEIRA, A.M.; DAL BOSCO, S.M. O papel da nutrição na prevenção e no tratamento de doenças cardiovasculares e metabólicas. *Rev Soc Cardiologia do Estado do Rio Grande do Sul*, 2015; v. 28. Disponível em: <http://www.socergs.org.br/site/index.php/revistas-interna/revista-no-28-ano-2015-9>
- [17] SILVA, C.P.; CARMO, A.S.; HORTA, P.M.; SANTOS, L.C. Intervenção nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev. Nut. Campinas*, 2013; v.26, n.6, p. 647-658. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v26n6/04.pdf>
- [18] SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. Manual oficial de contagem de carboidratos regional. Sociedade Brasileira de Diabetes, Departamento de Nutrição. Rio de Janeiro: Dois C: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009.
- [19] SOUZA, E. B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. *Cadernos UniFOA*. Volta Redonda, 2010; v. 5, n. 13. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/13/49.pdf>
- [20] TOMINI, E.; BROLL, A.M.; CORRÊA, E.N. Avaliação do estado nutricional e hábito alimentar de funcionários de uma instituição de ensino superior do oeste de Santa Catarina. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, 2013; v. 37, n. 3, p. 268-279. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/106/1823.pdf