

Prevalência de diabetes mellitus em Renascença/PR e perfil nutricional dos pacientes atendidos pelo serviço de nutrição da Unidade Básica de Saúde

Prevalence of diabetes mellitus at Renascença/PR and nutritional profile of patients attended at the Basic Health Unit

Adriana Honaiser Fávero*, Emanuelle Panato, M.Sc.**

**Nutricionista, Especialista em Nutrição Humana com enfoque em Nutrição Clínica e Alimentação Escolar e em Saúde da Família com enfoque em Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Nutricionista da Prefeitura Municipal de Pato Branco/PR,*

***Nutricionista, Especialista em Nutrição Humana e Saúde, nutricionista da prefeitura de Francisco Beltrão/PR*

Resumo

Objetivo: Verificar a prevalência de Diabetes Mellitus (DM) em Renascença/PR e o perfil nutricional dos pacientes atendidos pelo serviço de nutrição. *Metodologia:* Foram incluídos todos os portadores de DM do município. Coletou-se dos prontuários da Unidade Básica de Saúde: dados de identificação, estado nutricional, exames laboratoriais e pressão arterial, medicações, tempo de tratamento, pacientes atendidos pelo serviço de nutrição e o perfil nutricional destes. *Resultados:* Encontrou-se 129 pacientes com DM, sendo 53,48% do sexo feminino. A média de idade foi de 62,51 anos. 23,25% dos pacientes utilizam insulina e 93,79% hipoglicemiantes orais. O tipo de DM predominante é 2 (96,12%). Observou-se 0,8% (1/125) de desnutrição, 22,4% (28/125) de eutrofia e 76,8% (96/125) de excesso de peso. 25,58% dos pacientes estão sendo atendidos pelo serviço de nutrição. *Conclusão:* Torna-se necessária a implementação de mais atividades preventivas voltadas às doenças crônicas não transmissíveis e educação alimentar aos pacientes.

Palavras-chave: diabetes mellitus, dieta para diabéticos, estado nutricional, prevenção & controle.

Abstract

Objective: To determine the prevalence of diabetes mellitus (DM) in Renascença/PR and the nutritional profile of patients attended by the nutrition service. *Methodology:* Included all patients with DM in the city. Were collected from medical records of the Basic Health Unit: identification data, nutritional status, laboratory tests and blood pressure, medication, length of treatment, patients attended by nutritional service and the nutritional profile of these. *Results:* We found 129 patients with DM, being 53,48% female. The average age was 62,51 years old. 23.25% of patients used insulin and 93,79% oral hypoglycemic drug. The predominant type of DM is 2 (96,12%). There was 0,8% of malnutrition, 22.4% of normal weight and 76.8% of excess weight. 25.58% of patients are being attended by service of nutrition. *Conclusion:* It is necessary to implement more preventive activities directed to non-communicable chronic diseases and nutritional education to patients.

Key-words: diabetes mellitus, diabetic diet, nutritional status, prevention & control.

Recebido 23 de agosto de 2012; aceito 15 de março de 2015

Endereço para correspondência: Adriana Honaiser Fávero, Rua Araribóia, 2162, Parque do Som, Pato Branco 85505-030 Paraná, E-mail: adri_honaiser@yahoo.com.br

Introdução

O peso dos brasileiros vem aumentando, resultado da industrialização, migração da população para a área urbana, menores taxas de natalidade e mortalidade, envelhecimento populacional, mudanças nos tipos de empregos, lazer e meios de transportes aumentando o sedentarismo. Os resultados na alimentação da população foram negativos, com aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcar, gorduras e sal [1].

Associado ao excesso de peso está o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como as cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas, diabetes mellitus (DM), entre outras [2], as quais possuem fatores de risco em comum, sendo: tabagismo, alimentação inadequada, sobrepeso/obesidade, atividade física insuficiente e ingestão elevada de álcool [3].

Mundialmente, a carga de DCNT tem se elevado rapidamente e sua prevenção tem sido o maior desafio para a saúde pública. O sedentarismo e as dietas “não saudáveis” têm elevado a incidência dessas doenças [4].

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia associada a complicações, disfunções e insuficiência de órgãos: olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina envolvendo processos patogênicos específicos, como destruição das células beta do pâncreas, resistência à insulina ou distúrbios da secreção. Configura-se como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde [5].

Mundialmente, os custos para atendimento ao diabetes são elevados. Além dos custos financeiros, acarreta também custos associados à dor, ansiedade, inconveniência e menor qualidade de vida dos doentes e familiares. Representa ainda carga adicional à sociedade, com perda de produtividade no trabalho, aposentadoria precoce e mortalidade prematura [5].

Programas de educação nutricional são necessários para enfrentar esse quadro, que tende a agravar-se pela tendência observada nos padrões de consumo de alimentos [6].

O tratamento nutricional nestes casos é imprescindível, visto que pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes, prevenir as complicações e, até mesmo, reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2% [5].

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) a dieta muito restrita preconizada anteriormente deu lugar a uma alimentação balanceada, ajustada individualmente, que permite ao indivíduo uma vida ativa, integrada ao seu grupo social. Assim, é essencial que toda a equipe de saúde tenha conhecimento das recomendações nutricionais para otimizar o cuidado [7].

Ressalta-se também que o conhecimento da prevalência de DM é um importante subsídio para o planejamento em saúde, uma vez que permite a programação para a doença (consultas, exames laboratoriais, medicamentos e avaliação das atividades) [8]. Desta maneira, observa-se a necessidade de investigação a cerca dos casos isolados de DM nos municípios para a partir desses dados proceder à atividades de prevenção e tratamento, e dentre estas, a reeducação alimentar, imprescindível nesses pacientes.

Assim, o presente estudo objetivou verificar a prevalência de DM no município de Renascença/PR, além de verificar o estado nutricional desses pacientes e o perfil alimentar dos que procuram o serviço de nutrição da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Material e métodos

Foram incluídos no estudo todos os portadores de DM de Renascença/PR, exceto os casos de Diabetes Gestacional, em que os cadastros são, muitas vezes, temporários.

Para verificar a prevalência de DM no município, foram consultados os cadastros do setor de entrega de medicação da UBS e da farmácia popular do município para saber o número de portadores da doença. Em seguida, de acordo com orientações da SBD [9], estes dados foram relacionados com a população do município, em grupos de faixas etárias, através dos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) [10]. A prevalência utilizada foi durante o período de agosto de 2011.

A partir do conhecimento dos portadores de diabetes do município foi realizada uma consulta ao prontuário da UBS de cada paciente. Foram coletados dados de peso, estatura, exames laboratoriais (hemoglobina glicada, colesterol total e triglicérides), pressão arterial, utilização de insulina e hipoglicemiantes orais, uso de medicação para dislipidemias e pressão arterial e tempo de tratamento para diabetes. Também foram coletados dados de identificação como sexo, data de nascimento e idade. Os dados obtidos dos prontuários foram os últimos registros de cada paciente.

Cabe destacar que nem todos os pacientes realizam acompanhamento na UBS, possuindo dados incompletos em seus prontuários.

Foram levantados também os portadores de diabetes atendidos pelo serviço de nutrição da UBS, dos quais também foram coletados os dados acima citados, além do tempo de acompanhamento nutricional, hábitos como etilismo, tabagismo, atividades físicas, circunferência abdominal e dados referentes à hábitos alimentares.

Através dos dados de peso e estatura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC), o qual foi classificado de acordo com os pontos de corte propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) [11] para adultos e os pontos de corte propostos por Lipschitz[12] para idosos. Os dados de circunferência abdominal (CA) foram utilizados para verificar o risco de desenvolvimento de DCNT, sendo classificados como risco os sujeitos que apresentaram CA ≥ 80 cm (mulheres) e ≥ 94 cm (homens) [13].

Os hábitos alimentares foram avaliados através do questionário de frequência alimentar (QFA) registrado nos prontuários do serviço de nutrição. O QFA utilizado foi do tipo qualitativo, e dividido em consumo diário, 1 a 3 vezes por semana, 4 a 6 vezes por semana e menos de 1 vez por semana. Os dados foram comparados às recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde [14].

Os dados foram analisados de forma descritiva, sendo utilizada média e desvio-padrão para as variáveis contínuas e frequência para as variáveis qualitativas.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Paranaense (CEPEH-UNIPAR) através do projeto no 21597. Para as consultas aos cadastros e prontuários da UBS e da farmácia popular foi solicitada a assinatura da Declaração de Permissão para Utilização de Dados.

Resultados

Foram encontrados 129 portadores de DM. A maioria, 53,48% (69/129), do sexo feminino e 60,46% (78/129) residem da área urbana. A média de idade foi de 62,51 anos (±11,75). O tipo de diabetes predominante é o tipo 2, estando presente em 96,12% (124/129) dos pacientes.

A prevalência de DM no município está descrita na tabela I.

Tabela I - Prevalência de diabetes mellitus em Renascença/PR, 2011.

Faixa etária (anos)	Número de indivíduos	Número de portadores de diabetes	Prevalência (%)
5-19	1821	0	0
20-29	995	1	0,1
30-39	908	3	0,33
40-49	1014	11	1,08
50-59	782	34	4,35
>60	798	80	10,03
População total	6812	129	1,89

Quanto à utilização de insulina por esses pacientes, 23,25% (30/129) utilizam, 2,32% (3/129) não utilizam mais e 1,55% (2/129) receberam a prescrição, mas não aceitaram usar. Em relação ao tempo de uso, a média foi de 2,73 (± 1,46) anos.

Os hipoglicemiantes orais são utilizados por 93,79% (121/129) dos pacientes e o tempo de uso foi, em média, 3,07 (± 2) anos.

Em relação aos dados de peso e estatura, observou-se 0,8% (1/125) de desnutrição, 22,4% (28/125) de eutrofia e 76,8% (96/125) de excesso de peso. Dentre os idosos, observou-se 1,30% (1/77) de desnutrição, 28,57% (22/77) de eutrofia e 70,13% (54/77) de excesso de peso e dentre os adultos, 12,5% (6/48) de eutrofia e 87,5% (42/48) de excesso de peso, sendo: 33,33% (16/48) sobrepeso, 31,25% (15/48) obesidade grau I, 20,83% (10/48) obesidade grau II e 2,09% (1/48) obesidade grau III.

A tabela II descreve os dados relacionados aos exames laboratoriais.

Tabela II - Exames laboratoriais e pressão arterial dos portadores de Diabetes Mellitus do município de Renascença/PR, 2011.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Hemoglobina glicada (%)	8,83	±2,70	4,105	16,42
Glicemia de jejum (mg/dl)	182,80	±87,03	65	518
Colesterol (mg/dl)	214,40	±71,10	126	719
Triglicerídeos (mg/dl)	198,29	±161,20	52	1487
Pressão sistólica (mmHg)	133,28	±20,03	100	200
Pressão diastólica (mmHg)	81,22	±10,98	60	110

29,49% (23/78) possuíam hemoglobina glicosilada conforme o recomendado (7%)[15].

43,64% (48/110) possuíam colesterol total menor de 200 mg/dl[13]. 41,51% (44/106) possuíam triglicerídeos abaixo de 150 mg/dl[13]. Cabe destacar que, 39,53% (51/129) dos pacientes fazem uso de sinvastatina. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia[13], em diabéticos tipo 2, a redução da colesterolemia por meio do tratamento com estatinas previne a doença aterosclerótica.

A pressão sistólica apresentou média de 133,28 mmHg (±20,03) e a pressão diastólica 81,22 mmHg (±10,98). 93,02% (120/129) fazem uso de anti-hipertensivos. Diabéticos devem manter uma pressão arterial < 130/80 mmHg. Em diabéticos tipo 2 ou a

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está frequentemente associada à resistência à insulina, dislipidemia e obesidade central e, no tipo 1, à nefropatia [16].

25,58% (33/129) dos portadores de diabetes procuraram o serviço de nutrição no período de um ano de início do mesmo no município, sendo 54,55% (18/33) idosos e 45,45% (15/33) adultos. 63,64% (21/33) são do sexo feminino. O tempo de acompanhamento nutricional foi, em média, de 5,96 meses (\pm 4,15).

Dentre os pacientes atendidos pelo serviço de nutrição, na primeira entrevista, 18,18% (6/33) relataram serem ex-tabagistas e 12,12% (4/33) ainda o são e 9,09% (3/33) relataram ser ex-etilista e um paciente relatou ainda o ser.

Em relação à prática de atividades físicas, 48,48% (16/33) referiram não realizar nenhum tipo de atividade física e 51,52% (17/33) referiram realizar, entretanto, destes, 47,05% (8/17) relataram ser de frequência irregular.

Quanto ao perfil alimentar desses pacientes, 21,21% (7/33) realizam apenas 3 refeições ao dia, não realizando os lanches ou o desjejum. De acordo com Guia Alimentar Para a População Brasileira [14], devem ser realizadas 3 refeições (desjejum, almoço e jantar), intercaladas por pequenos lanches.

Quanto ao uso de adoçante ou açúcar, 45,45% (15/33) referiram usar apenas açúcar, 36,36% (12/33) apenas adoçante e 12,12% (4/33) ambos. O uso de adoçantes é indicado para substituir os carboidratos simples da dieta dos portadores de DM [17].

Em relação ao tipo de gordura utilizada no preparo dos alimentos, 36,36% (12/33) referiram utilizar apenas óleos vegetais, 15,15% (5/33) apenas gordura animal e a maioria deles, 48,49% (16/33), referiram utilizar ambos. Quanto aos tipos de temperos, 27,27% (9/33) referiram utilizar apenas temperos naturais, 3,03% (1/33) apenas industrializados e a maioria, 69,70% (23/33), utilizam ambos.

Em relação ao estado nutricional dos pacientes no momento em que procuraram o serviço de nutrição, observou-se 15,15% (5/33) de eutrofia e 84,85% (28/33) de excesso de peso. Dentre os idosos, observou-se 16,67% (3/18) de eutrofia e 83,33% (15/18) de excesso de peso e dentre os adultos, 13,33% (2/15) de eutrofia e 86,67% (13/15) de excesso de peso, sendo: 53,33% (8/15) sobrepeso, 13,33% (2/15) obesidade grau I e 20% (3/15) obesidade grau II.

Quanto à circunferência da cintura, apenas uma paciente não apresentou risco de desenvolvimento de DCNT e 96,97% (32/33) apresentaram risco. Em relação ao sexo, dentre as mulheres 95,24% (20/21) apresentaram risco, e dentre os homens, 100% (12/12) apresentaram risco. Em relação à idade, dentre os idosos 94,44% (17/18) apresentaram risco, e dentre os adultos 100% (15/15) apresentaram risco.

A tabela III descreve o consumo alimentar relatado pelos pacientes na primeira entrevista. Considerou-se adequado o consumo diário para os alimentos saudáveis: frutas, hortaliças, carnes/ovos, leite ou derivados, leguminosas e cereais, e consumo esporádico (máximo 1 a 3 vezes por semana) para os intitulados como “não-saudáveis”: frituras, açúcares/doces, embutidos, refrigerante ou suco industrializado.

Observou-se elevado percentual de inadequações no consumo alimentar dos portadores de DM. Dentre os alimentos saudáveis, o grupo dos leites e derivados apresentou o maior percentual de inadequação, com 45,45% (15/33), seguidos das frutas com 39,39% (13/33). Dentre os alimentos “não-saudáveis” os embutidos estiveram em primeiro lugar em inadequações, com 48,48% (16/33).

Discussão

No Brasil, no final da década de 1980, estimava-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população

Tabela III - Frequência de consumo dos grupos de alimentos pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos pelo serviço de nutrição de Renascença/PR em porcentagem (n = 33).

Alimento	Diário	1-3 x/semana	4-6 x/semana	Menos de 1x/semana	Inadequações
Frutas	60,61	15,15	6,06	18,18	39,39
Hortaliças	72,73	9,09	6,06	12,12	27,27
Carnes/Ovos	84,85	15,15	0	0	15,15
Leite ou derivados	54,55	18,18	0	27,27	45,45
Leguminosas	72,73	15,15	0	12,12	27,27
Cereais	100	0	0	0	0
Frituras de imersão	18,18	48,48	9,09	24,24	27,27
Açúcares e/ou doces	30,30	36,36	0	33,33	30,30
Embutidos	48,48	30,30	0	21,21	48,48
Refrigerante/ suco industrializado	18,18	30,30	12,12	39,39	30,30

de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas. Em 2005 esse índice já havia subido para 11% da população de 40 anos ou mais [5].

Em conformidade com o encontrado em outros estudos [17-20], a patologia atinge mais idosos, 62,02% (80/129), aumentando sua prevalência com a idade.

A maioria, 53,48% (69/129), dos pesquisados era do sexo feminino em concordância com outros estudos [8,17-20], o que pode sugerir uma maior preocupação das mulheres com sua saúde ou devido à maior expectativa de vida das mulheres.

Estudo que analisou a adesão de pessoas portadoras de DM a um grupo educativo [20] encontraram o diabetes tipo 1 como mais prevalente (57,6%), em contraposição ao presente estudo em que o diabetes tipo 2 foi mais prevalente (96,12%).

Em relação ao tempo em que os portadores de diabetes iniciaram o tratamento, a média foi de 3,07 (± 2) anos, semelhante a outro estudo que encontrou 51,3% dos pesquisados com menos de 5 anos de descoberta da doença [18]. Em discordância, outro estudo encontrou 59% dos pesquisados com mais de 5 anos de curso da doença [20].

No presente estudo, os relatos de tabagismo e etilismo dentre os pacientes são inferiores ao encontrado em outro estudo em que obtiveram 17,7% de fumantes e ingestão de bebida alcoólica no último mês referida por 6,6% dos entrevistados [18].

Em relação à HAS, 93,02% dos pesquisados fazem uso de anti-hipertensivos, resultados acima do encontrado em outros estudos [17,20]. A coexistência de HAS e DM multiplica de maneira exponencial o risco de morbidade e mortalidade [20].

Em relação aos exames laboratoriais, a hemoglobina glicada é excelente para a avaliação do controle glicêmico, reflete a glicemia média dos últimos 2 a 4 meses, enquanto o teste de glicemia reflete o nível de glicose sanguínea no momento do teste. Como proporcionam informações diferentes, ambos são importantes na avaliação [21].

Dos pesquisados, 70,51%, 56,36% e 58,49% apresentaram exames inadequados de hemoglobina glicada, colesterol total e triglicerídeos, respectivamente, resultados superiores a outro estudo que encontrou 21,2%, 37,9% e 48,5% [21].

A dislipidemia, entendida como fator de risco independente e associado ao DM, requer medidas terapêuticas racionais e efetivas que reduzam o desenvolvimento acelerado da doença cardiovascular e de seu impacto sobre os indicadores de saúde [22].

Estudo realizado em Pelotas-RS, que entrevistou médicos, quando perguntados sobre os exames complementares que costumavam solicitar rotineiramente

para acompanhamento dos pacientes diabéticos, todos citaram glicemia de jejum, 60% dosagem de hemoglobina glicosilada, e 29,5% perfil lipídico [18].

Em relação ao estado nutricional, observou-se que a maioria dos pacientes, 76,8%, apresenta excesso de peso, situação preocupante em todo o país, como revelam os resultados da Pesquisa de Orçamento Familiar [23], em que o excesso de peso em homens adultos saltou de 18,5% (1974-75) para 50,1% e ultrapassou, em 2008-09, o das mulheres, que foi de 28,7% para 48%. Nesse panorama, destaca-se a Região Sul (56,8% de homens, 51,6% de mulheres), que também apresenta os maiores percentuais de obesidade: 15,9% em homens e 19,6% em mulheres.

Os hábitos alimentares dos brasileiros vêm preocupando. Em geral, as famílias brasileiras consomem muitos alimentos com alto teor de açúcar, principalmente refrigerantes, e poucas quantidades de frutas e hortaliças [24]. Os dados do VIGITEL- Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [25] apresentam uma frequência de consumo regular de frutas e hortaliças (5 ou mais vezes por semana) de 31,5%, sendo menor em homens (25,7%) do que em mulheres (36,5%). Ainda, cerca de 33,8% das pessoas declararam ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura e 27,8% de consumir refrigerantes 5 ou mais vezes por semana. Esses dados são da população em geral, mas não difere muito da alimentação dos pacientes pesquisados.

Portanto, tornam-se imprescindíveis medidas que visem à modificação desses hábitos. A participação de uma especialista em nutrição, junto ao grupo de educação, pode ajudar na orientação desses pacientes [20].

Um programa de educação nutricional para portadores de DM apontou, dentre os efeitos satisfatórios, redução no uso de hipoglicemiantes e na frequência de sintomas associados ao diabetes e aumento subjetivo do bem-estar, o que fez com que aumentasse a adesão do paciente ao mesmo [26].

As Diretrizes para o Tratamento e Acompanhamento do DM da SBD, orienta para adoção de plano alimentar saudável, salientando que a orientação nutricional e o estabelecimento de dieta associada à mudança no estilo de vida são terapias de primeira escolha. Sugere o modelo de terapia nutricional *Dietary Approaches do Stop Hypertension (DASH)*, que associada a um estilo de vida mais saudável pode promover aumento da sensibilidade à insulina. Este modelo dietético enfatiza o consumo de alimentos naturais e redução de industrializados, o que se traduz em menor consumo lipídico, principalmente de ácidos graxos saturados e *trans* e menor teor de sódio. Incentiva também maior consumo de vegetais, cere-

ais pouco refinados e leguminosas, incrementando o consumo de fibras, vitaminas, minerais e substâncias antioxidantes [7].

A ingestão alimentar deve ser disciplinada, fracionada em diversas refeições ajustada à prática de exercícios e ao esquema de insulinização ou de anti-diabéticos orais, favorecendo o controle metabólico refletindo em melhor qualidade de vida [7].

Mesmo sendo a dieta o item fundamental, a adesão dos pacientes às orientações nutricionais é uma das dificuldades encontradas no tratamento deste, como mostram diversos estudos. Segundo estudo desenvolvido por Assunção *et al.* [27], apenas 25% dos pacientes diabéticos que receberam orientações quanto a prática de atividade física realizaram algum tipo de atividade; e dos pacientes que receberam orientações quanto à dieta, apenas metade seguiu as recomendações. Em outro estudo, 10,6% dos pacientes faziam tratamento somente com medicamentos e 33,3% com medicamento e dieta [20].

Quanto ao plano terapêutico utilizado pelos médicos, em estudo realizado em Pelotas-RS, 85% dos médicos relataram prescrever dieta e 72% exercícios físicos aos diabéticos por eles atendidos [27].

Para que o tratamento do DM obtenha um bom controle metabólico, é necessária a tríade: dieta, medicamentos e exercícios físicos [20].

Considerando que nenhum fenômeno orgânico ocorre sem que haja um componente nutricional envolvido e ainda o papel primordial da nutrição na promoção, manutenção e recuperação da saúde, pressupõe-se a necessidade de um adequado preparo dos profissionais de saúde em relação ao assunto, pois lidar com nutrição é lidar com a vida, e a cotidianidade tende a prevalecer sobre o saber científico [28].

Conclusão

Torna-se importante a realização de diagnósticos situacionais da prevalência de DM e outras DCNT associadas nos municípios, possibilitando conhecer as necessidades e como é necessário as UBSs intervirem nos referidos casos. Observa-se a necessidade de mais campanhas educativas na área de prevenção de DCNT em todo o país. Atividades educativas em alimentação para portadores de DM continuam sendo uma das prioridades e de grande valia no tratamento e na prevenção de novos casos.

Referências

- Rodrigues MLCF, Schmitz BAS, Cardoso GT, Sousa EO. Alimentação e nutrição no Brasil. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.
- WHO-World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment. Geneva; 2005.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro; 2004
- WHO-World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. WHO Technical Report Series, 916. Geneva; 2003.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Cadernos de atenção básica no: 16. Brasília; 2006.
- Boog MCF. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. Cad Saude Publica 1999;15(2):139-47.
- Viggiano CE. Plano alimentar e Diabetes Mellitus tipo 2. In: Manual de Nutrição para profissionais de saúde. Sociedade Brasileira de Diabetes; 2007: 1-6.
- Costa JSD, Olinto MTA, Assunção MCF, Gigante DP, Macedo S, Menezes AMB. Prevalência de Diabetes Mellitus em Pelotas/RS: um estudo de base populacional. Rev Saude Publica 2006;40(3):542-5.
- Netto AP. Calcule o número de diabéticos na sua cidade. São Paulo; 2011 [citado 2011 out 3]. Disponível em URL: <http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/calculadoras/numero-de-diabeticos>.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados preliminares. Rio de Janeiro; 2010.
- WHO-World Health Organization. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva; 1995.
- Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. Prim Care 1994;21(1):55-67.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. Departamento de Aterosclerose. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Arq Bras Cardiol 2007;88(1):1-19.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a alimentação saudável. Brasília; 2006.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes 2011. Diabetes Care 2011;34(1):11-61.
- Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Diabetes Mellitus: Tratamento da Hipertensão Arterial; 2004.
- Duarte MJD, Oliveira TC. Conhecimento e forma de consumo de adoçantes e produtos dietéticos em indivíduos hipertensos e diabéticos do programa HIPERDIA de um PSF do município de Itabira, MG. Nutrir Gerais: Rev Digital de Nutrição 2008;2(2):1-14.
- Assunção MCF, Santos IS, Gigante DP. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. Rev Saude Publica 2001;35(1):88-95.
- Assunção TS, Ursine PGS. Estudo de fatores associados à adesão ao tratamento não farmacológico em portado-

res de diabetes mellitus assistidos pelo Programa Saúde da Família, Ventosa, Belo Horizonte. Cienc Saude Colet 2008;13(2):2189-97.

20. Cazarini RP, Zabeti ML, Ribeiro KP, Pace AE, Foss MC. Adesão a um grupo educativo de pessoas portadoras de Diabetes Mellitus: porcentagem e causas. Medicina 2002;35:142-50.
21. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Centro de Diabetes. Convivendo com o Diabetes. O que todos devem saber para controlar o diabetes, vivendo mais e melhor. São Paulo; 2009.
22. Almeida APF, Moura L, Chaves FR, Romaldini JH. Dislipidemias e diabetes mellitus: fisiopatologia e tratamento. Rev Cienc Med 2007;16(4-6):267-77.
23. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares- POF: 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro; 2010.
24. IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e de estado nutricional no Brasil: relatório final. Rio de Janeiro; 2004.
25. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel - Brasil 2008: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2009.
26. Motta DG. A educação participante no controle metabólico e qualidade de vida de mulheres com diabetes mellitus tipo 2. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 1998.
27. Assunção MCF, Santos IS, Costa JS. Avaliação do processo da atenção médica: adequação de pacientes com diabetes mellitus. Cad Saude Publica 2002;18(1):205-11.
28. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. Rev Nutr 1999;12(3):261-72.

NUTRIÇÃO Brasil

Anuncie!



Tel: (11) 3361-5595 | anuncie@atlanticaeditora.com.br