

**INTERFERÊNCIA DO RESPONSÁVEL PELO PREPARO DAS REFEIÇÕES
 NA ADESÃO AO TRATAMENTO NUTRICIONAL DE DIABÉTICOS
 ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO**

Taiciane Gonçalves da Silva¹
 Alessandra Doumid Borges Pretto¹
 Khadija Bezerra Massaut²
 Lislei Scherwinske Grützmann²
 Ângela Nunes Moreira²

RESUMO

Introdução e Objetivo: Pacientes diabéticos, possuem dificuldade em seguir o tratamento e aderir as orientações nutricionais e este artigo objetivou avaliar a adesão à dieta e os hábitos de vida de pacientes com diabetes atendidos no Ambulatório de Nutrição e sua relação com o local onde são realizadas suas refeições e com o responsável pelo preparo da sua alimentação. **Materiais e métodos:** Dados secundários de prontuários dos pacientes: socioeconômicos, antropométricos e hábitos de vida. Foram calculados a porcentagem de variação de peso e de perda de excesso de peso, e foi avaliada a associação de todos esses dados com o local de realização das refeições e com o responsável pelo preparo. **Discussão:** Entre outros fatores, a adesão as orientações dependem do local e do preparo pela refeição. **Resultados:** O local onde as refeições eram realizadas associou-se somente com as faixas etárias, e os responsáveis pelo preparo das refeições associaram-se somente com o sexo, consumo de integrais e porcentagem de perda de excesso de peso. **Conclusão:** O responsável pelo preparo das refeições esteve relacionado com a boa adesão dos pacientes diabéticos.

Palavras-chave: Diabetes mellitus. Consumo alimentar. Dietoterapia.

1-Departamento de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), Pelotas-RS, Brasil.

2-Programa de pós-graduação em Nutrição e Alimentos, Departamento de Nutrição, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas (UFPeL), Pelotas-RS, Brasil.

ABSTRACT

Interference of the responsible for the preparation of meals in the adherence to the nutritional treatment of diabetics attended in a nutrition clinic

Introduction and Objective: Diabetic patients have difficulty following treatment and adhere to nutritional guidelines and this article, was to evaluate the adherence to the diet and lifestyle of patients with diabetes treated at the Nutrition Outpatient Clinic, and its relationship with the place where the meals are eaten. **Responsible for the preparation of their food.** **Materials and methods:** An evaluation made by the secondary data of patients' medical records: socioeconomic, anthropometric data and life habits. We calculated a percentage of weight variation and loss of excess weight, and it was to evaluated in an association of all data with the place of meals and with the person in charge of preparation. **Discussion:** Among other factors, adherence to the guidelines depend on the location and preparation for the meal. **Results:** The place where meals were performed was only associated with the age groups, and those responsible for the preparation of meals were only associated with gender, consumption of integrals and percentage of loss of excess weight. **Conclusion:** That the responsible for the preparation of the meals was related with good adherence of the diabetic patients.

Key words: Diabetes mellitus. Food consumption. Diet therapy.

E-mails dos autores:

ta.ici@hotmail.com

alidoumid@yahoo.com.br

khadijamassaut@gmail.com

lyz_sls@hotmail.com

angelanmoreira@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica na qual o corpo tem dificuldade no reconhecimento da insulina periféricamente ou na produção da insulina (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015-2016).

Sendo uma das patologias que mais acomete a população em todo o mundo, estima-se que um em cada 11 indivíduos possui DM totalizando aproximadamente 415 milhões de diabéticos (International Diabetes Federation, 2015). No Brasil, cerca de 14,3 milhões de pessoas tem DM e os gastos em cuidados, passam de 22.000 milhões em 2015 (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015-2016).

Neste contexto, faz-se necessário que o paciente portador siga as prescrições medicamentosas e não medicamentosas, a fim de controlar esta doença, evitando complicações vindas em decorrência. O tratamento medicamentoso compreende a utilização de hipoglicemiante e de insulina, e o não medicamentoso compreende mudanças nos hábitos de vida, como na dieta e atividade física (Alves e Calixto, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, a alimentação é um dos mais importantes parâmetros para o controle da glicemia no tratamento de diabetes (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2015-2016). Porém, ainda há uma baixa adesão ao tratamento, principalmente ao não medicamentoso, e que a dificuldade em seguir o tratamento ocorre por diversos motivos cotidianos (Alves e Calixto, 2012).

Um desses motivos seria o fato de os indivíduos dependerem de terceiros para preparar suas refeições, evidenciado em um estudo que demonstrou que a dificuldade em seguir a terapia seria pelo fato de que outros cozinhavam e o paciente comia o que era preparado (Linck e colaboradores, 2008).

Este mesmo estudo evidenciou que o número de pessoas na casa interfere na adesão ao tratamento, pelo fato de precisar preparar refeições para os diferentes gostos, podendo levar o paciente a não aderir à dieta. Outro aspecto importante seria a relação entre a adesão à dieta e o hábito de fazer refeições fora do lar, evidenciado no estudo de Bezerra e colaboradores, que observaram que este hábito está relacionado à ingestão de

alimentos mais calóricos e de baixo valor nutritivo (Bezerra e colaboradores, 2013).

Partindo desse contexto, o seguinte estudo teve como objetivo avaliar a adesão à dieta e os hábitos de vida de pacientes com diabetes atendidos em um ambulatório de Nutrição, e sua relação com o local onde são realizadas suas refeições e com o responsável pelo preparo da sua alimentação.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de análise de dados secundários dos prontuários de pacientes diabéticos adultos e idosos de ambos os sexos, atendidos no Ambulatório de Nutrição da UFPel, na cidade de Pelotas-RS, entre 2014 e 2017.

Os critérios para inclusão foram: ser diabético e ter idade maior de 18 anos e ter frequentado pelo menos duas consultas. Já os critérios de exclusão foram: ter menos de 18 anos, não ser diabético, ter apenas uma consulta neste serviço e apresentarem câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e/ou outras doenças que geram perda de peso não intencional.

Os dados avaliados foram: idade, sexo, escolaridade, estado civil, número de consultas no período, tempo de intervenção (intervalo de tempo, em meses, entre a primeira e última consulta no período), outras patologias associadas ao DM (somente DM, hipertensão arterial, dislipidemia, doenças cardiovasculares e outras patologias), função intestinal (normal, constipação e diarreia), atividade física na primeira e última consulta no período (não pratica, pratica menos de 150 minutos e pratica mais de 150 minutos por semana), responsável pelo preparo das refeições na casa (próprio paciente, funcionário ou parente), local onde costuma realizar suas refeições (em casa, no trabalho ou na rua), e quantas pessoas fazem as refeições na casa.

Foram avaliadas também as variáveis antropométricas peso, circunferência da cintura (CC) e índice de massa corporal (IMC) coletados na primeira e na última consulta no período. A partir dessas variáveis foram calculados o índice de concidade (IC) e as porcentagens de variação de peso e de perda de excesso de peso.

Em relação ao consumo alimentar foram coletadas informações quanto ao

consumo, tanto na primeira quanto na última consulta, de hortaliças (não consome todos os dias, três ou menos colheres de sopa por dia, quatro a cinco colheres de sopa por dia, seis a sete colheres de sopa por dia ou oito ou mais colheres de sopa por dia), frutas (não consome todos os dias, uma por dia, duas por dia e três ou mais por dia), açúcar e doces (não consome uma vez por semana, duas a três vezes por semana, quatro a cinco vezes por semana ou diariamente), refrigerante e sucos industrializados (não consome, uma vez por semana, duas vezes por semana, de três a cinco vezes por semana e diariamente), alimentos integrais (não consome, consome apenas um, dois ou mais no dia), embutidos, industrializados e gordura aparente das carnes ou pele de frango (não consome ou consome).

A avaliação do estado nutricional na primeira e última consulta, de acordo com o IMC, que é a razão entre a medida do peso, em quilos, e a altura, ao quadrado em metros, foi realizada seguindo a classificação da Organização Mundial da Saúde (1995) para adultos e Lipschitz (1994) para idosos. A CC foi expressa em centímetros e o risco para desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares, baseada na CC foi classificado utilizando-se os pontos de corte preconizados pela OMS (2010).

O IC foi calculado utilizando-se as medidas do peso, estatura e CC de acordo com a equação de Valdez (1991), e o risco para desenvolvimento de doenças coronarianas baseado no índice de conicidade (Pitanga e Lessa, 2005).

A porcentagem de variação de peso foi calculada a partir da fórmula [(peso final - peso inicial) / peso inicial] x100, e categorizada em perda de peso maior que 10%, perda de peso entre 5 e 10%, perda de peso até 5%, manutenção do peso, ganho de peso de até 5%, ganho de peso entre 5 e 10% e ganho de peso maior que 10%.

A adesão ao tratamento nutricional dos pacientes foi avaliada comparando-se os dados antropométricos IMC, CC e IC e os hábitos alimentares entre a primeira e última consulta no período, e avaliando-se as porcentagens de variação de peso e de perda de excesso de peso. E foi avaliada a interferência do local onde são realizadas as refeições e do responsável pelo preparo das refeições na adesão ao tratamento nutricional

avaliando-se a associação entre o local e o responsável com os dados antropométricos IMC, CC e IC e os hábitos alimentares na última consulta, e com as porcentagens de variação de peso e de perda de excesso de peso.

Os dados foram processados em banco no software Microsoft Excel® e as análises estatísticas realizadas através do pacote estatístico Stata® 11.1. Para avaliação de diferenças significativas nas variáveis contínuas entre as duas consultas foi utilizado o teste Mann-Whitney, e para variáveis categóricas foi utilizado o teste exato de Fischer, com significância de $p < 0,05\%$. O estudo faz parte de um projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPEL, sob o parecer de número 107.114.

RESULTADOS

Foram selecionados 74 prontuários, sendo: 59% de adultos e 59% de mulheres, sendo que destas, a maioria eram adultas (64%). A maior parte dos indivíduos avaliados não tinha completado o ensino fundamental (41%) e era casado (60%) (Tabela 1).

A mediana do número de pessoas no domicílio foi de 2,83 pessoas.

Tabela 1 - Caracterização socioeconômica de pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, entre 2014 e 2017.

Variável	n	%	Total
Sexo			74
Masculino	30	41	
Feminino	44	59	
Idade (anos completos)			74
Adultos (18 a 59 anos)	44	59	
Idosos (>60)	30	41	
Idade/homens			30
Homens adultos	16	54	
Homens idosos	14	46	
Idade/mulheres			44
Mulheres adultas	28	64	
Mulheres idosas	16	36	
Escolaridade			66
Analfabetos	4	6	
Ensino fundamental incompleto	27	41	
Ensino fundamental completo	14	21	
Ensino médio incompleto	8	12	
Ensino médio completo	8	12	
Ensino superior incompleto	2	3	
Ensino superior completo	3	5	
Estado civil			72
Solteiro	12	16	
Casado	43	60	
Divorciado	10	14	
Viúvo	7	10	

A idade variou de 20 a 73 anos (mediana de 54,62); o número de consultas no ambulatório no período variou de 2 a 14 (mediana de 4); e o menor tempo de intervenção no período foi de 1 mês e o maior de 29 meses (média de 6,02). Foram observadas reduções significativas nas medianas de peso ($p<0,001$), IMC ($p<0,001$) e circunferência da cintura ($p=0,004$) entre a primeira e a última consulta no período, enquanto que no índice de conicidade não foi encontrada diferença estatística entre as duas consultas ($p=0,334$).

As medianas, tanto na primeira quanto na última consulta no período, de IMC (33,70 e

32,12 Kg/m²), circunferência da cintura (109 e 107 cm) e do índice de conicidade (2,40 e 2,70) demonstraram que a maioria dos pacientes avaliados apresentavam excesso de peso ou obesidade, risco muito aumentado para o desenvolvimento de complicações metabólicas, especialmente as cardiovasculares e risco de doenças coronarianas, respectivamente. As medianas da porcentagem de perda de peso e da porcentagem de perda de excesso de peso foram de 2,33 e 5,01%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Médias, desvio padrão, medianas, valores mínimos e máximos das variáveis contínuas de pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, entre 2014 e 2017.

Variável	N	Média	DP	Mediana	Mín	Máx	Valor p*
Idade (anos)	74	53,41	11,57	54,62	20	73	
Tempo de intervenção	74	6,02	6,14	6,02	1	29	
Número de consultas	74	4,85	2,58	4	2	14	
Peso (kg)							<0,001
1ª consulta	74	90,47	25,20	85,10	48,75	158,7	
Última consulta	74	88,23	23,17	83,23	47,85	148,5	
IMC (kg/m²)							<0,001
1ª consulta	74	34,49	7,91	33,70	17,81	59,06	
Última consulta	74	33,78	7,29	32,12	18,15	52,30	
Circunferência da cintura (cm)							0,004
1ª consulta	71	111,97	17,81	109	68	150	
Última consulta	73	110,22	16,86	107	74	144	
Índice de conicidade							0,334
Primeira consulta	71	3,09	2,23	2,40	0	9,2	
Última consulta	73	3,31	2,40	2,70	0	9,0	
Porcentagem de perda de peso	52	3,64	4,43	2,33	0,03	25,15	
Porcentagem de perda do excesso de peso	18	14,79	25,17	5,01	1,17	109,40	

Legenda: *Teste Mann Whitney.

A maior parte dos indivíduos com DM apresentavam hipertensão (35%), seguida por dislipidemias (28%). Em relação à atividade física na primeira consulta, foi observado que a maioria não praticava (59%). Já na última consulta, observou-se uma redução significativa na porcentagem de pacientes sedentários ($p=0,007$). Entretanto, a maioria praticava menos de 150 minutos por semana (42%). Quanto ao funcionamento intestinal, da maioria era normal (74%) (Tabela 3).

Quanto ao estado nutricional baseado no IMC, o que mais prevaleceu entre os homens foi o de obesidade grau III (38%), enquanto que entre as mulheres foi de obesidade grau II (29%) e entre os idosos, a maior parte apresentou excesso de peso (83%), sendo esta mais elevada entre as

mulheres (88%). Em relação ao responsável pelo preparo das refeições na casa, em geral, a maioria dos pacientes preparava suas refeições (65%), seguido por um parente (30%).

Entretanto, foi observada diferença estatística entre os sexos ($p<0,001$), visto que a maioria das mulheres eram as responsáveis pelo preparo das suas refeições (91%), enquanto que entre os homens, a maioria dos pacientes tinham suas refeições preparadas por um parente (63%). Quanto ao local onde o paciente costuma realizar suas refeições, a maioria dos pacientes referiu fazer suas refeições em casa.

Quanto aos hábitos alimentares entre a primeira e a última consulta no período, foi observado um aumento significativo do

consumo de frutas ($p < 0,001$), hortaliças ($p < 0,001$) e alimentos integrais ($p < 0,001$), e uma redução significativa do consumo da gordura aparente das carnes e da pele do frango ($p = 0,004$), de embutidos ($p < 0,001$), industrializados ($p = 0,001$), sucos industrializados ($p = 0,005$) e refrigerantes ($p = 0,033$).

Porém não houve diferença significativa do consumo de açúcar e doces entre as consultas ($p = 0,127$) (Tabela 4). Em relação ao responsável pelo preparo das refeições, foi observada associação apenas com o consumo de integrais ($p = 0,012$), onde 78% dos pacientes responsáveis pelo preparo consumiam alimentos integrais enquanto que 41% dos que não preparavam suas refeições também consumiam. Não foram observadas associações entre os consumos e o local onde o paciente costumava realizar suas refeições.

Tabela 3 - Patologias e hábitos relacionados à saúde de pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, entre 2014 e 2017.

Variáveis	n	%	Total
Patologias			74
Somente diabetes	19	26	
Dislipidemia	21	28	
Doença Cardiovascular	2	3	
Hipertensão	26	35	
Outras patologias*	6	8	
**Atividade física primeira consulta			73
Não	43	59	
Menos de 150 minutos por semana	20	27	
Mais de 150 minutos por semana	10	14	
**Atividade física última consulta			69
Não	28	41	
Menos de 150 minutos por semana	29	42	
Mais de 150 minutos por semana	12	17	
Função intestinal			74
Normal	55	74	
Constipação	17	23	
Diarreia	2	3	

Legenda: * Doenças psíquicas, Esteatose hepática e câncer. ** $p = 0,007$, teste exato de Fischer.

Tabela 4 - Consumo alimentar na primeira e última consulta de pacientes diabéticos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, entre 2014 e 2017.

Consumo diário	N	Primeira consulta (%)	Última consulta (%)	Valor p*
Frutas	74			<0,001
Não consome		32	18	
Uma por dia		32	23	
Duas por dia		16	30	
Três ou mais por dia		20	29	
Hortaliças	69			<0,001
Não consome todos os dias		33	18	
Três ou menos colheres de sopa		43	48	
Quatro a cinco colheres de sopa		18	26	
Seis a sete colheres de sopa		4	6	
Oito ou mais colheres de sopa		2	2	
Gordura aparente ou pele de frango	69	39	7	0,004
Açúcar e doces	65			0,127
Não consome		42	73	
Uma vez por semana		49	25	
Duas a três vezes por semana		3	2	
Quatro a cinco vezes por semana		3	0	
Diariamente		4	0	
Embutidos	63	58	27	<0,001
Industrializados	63	55	37	0,001
Sucos industrializados	67			0,005
Não		55	79	
Uma vez por semana		23	10	
Duas vezes por semana		4	5	
Três a cinco vezes por semana		4	5	
Diariamente		14	1	
Refrigerante	64			0,033
Não		54	78	
Uma vez por semana		24	13	
Duas vezes por semana		12	2	
Três a cinco vezes por semana		1	2	
Diariamente		9	6	
Integrais	63			<0,001
Não		45	37	
Apenas um tipo		37	43	
Dois ou mais tipos		19	20	

Legenda: *Teste exato de Fischer.

Com relação a porcentagem de variação de peso, a maioria dos indivíduos apresentou perda de peso (71%) sendo que 57% perderam até 5% de seu peso inicial. Entre os indivíduos com perda de peso, 81% perderam até 5% do seu peso inicial, 12% apresentaram perda entre 5 e 10% do peso e 8%, perda maior que 10%).

Não foram observadas associações da variação de peso com o responsável pelo preparo das refeições nem com o local da realização das refeições. Foi observada associação com o responsável pelo preparo das refeições ($p=0,017$), onde 85% dos indivíduos que preparavam suas refeições apresentaram perda de até 5% do excesso de peso, enquanto que 100% dos pacientes cujas refeições eram preparadas por parentes perderam até de 5% do excesso do peso. Todos os indivíduos com perda de excesso de peso realizavam as refeições em casa.

DISCUSSÃO

No presente estudo a amostra foi constituída principalmente por mulheres, estando de acordo com os dados da VIGITEL (Ministério da Saúde, 2015), que demonstra que no Brasil há mais mulheres diabéticas do que homens. Este resultado pode ser devido ainda à maior busca das mulheres por atendimento (Goldenberg e colaboradores, 1996).

Além disso, mais da metade da amostra encontrou-se com obesidade ou excesso de peso, obtendo resultados parecidos quando comparado a um estudo o qual afirma que a qualidade de vida dos pacientes com DM está associada a variáveis modificáveis como a alimentação, onde 60,6% dos pacientes encontravam-se com obesidade (Corrêa e colaboradores, 2017).

Em relação ao IMC, houve redução significativa deste valor entre a primeira e a última consulta no período, resultado que indica adesão destes pacientes ao tratamento nutricional.

Entretanto, a mediana de IMC na última consulta foi de 33,12 kg/m² e a maioria dos pacientes ainda apresentava excesso de peso (91% dos adultos e 83% dos idosos). E mesmo assim ainda foram encontrados pacientes com obesidade grau 2 e grau 3, dados de acordo com outros estudos os quais avaliaram a adesão ao tratamento nutricional

de pacientes diabéticos e com excesso de peso (Almeida e Chagas, 2016; Silva e Junior, 2016).

A redução significativa da circunferência da cintura entre a primeira e última consulta também indicou adesão dos pacientes ao tratamento. No estudo de Guimarães e outros, os pacientes apresentaram valores médios de circunferência da cintura que indicaram risco cardiovascular, estando de acordo com os resultados encontrados no presente estudo onde a média de circunferência da cintura foi de 110,22 cm na última consulta (Guimarães e colaboradores, 2010).

Com relação ao consumo alimentar, as alterações positivas e significativas entre a primeira e última consulta indicaram uma boa adesão às orientações nutricionais. E a redução significativa da porcentagem de pacientes sedentários também, apesar de a maioria dos pacientes praticarem menos de 150 minutos por semana.

Quanto à variação de peso dos indivíduos avaliados, 71% apresentou perda de peso, evidenciando que mais de dois terços dos indivíduos aderiram à dieta, resultados semelhantes aos de um estudo realizado em uma unidade básica de saúde do Maranhão que avaliou a adesão ao aconselhamento nutricional de indivíduos com excesso de peso (Almeida e Chagas, 2016) e obteve 75,7% dos pacientes com perda de peso. Entretanto, 57% dos pacientes perderam apenas até 5% do seu peso inicial e a mediana da porcentagem de perda de peso foi de 2,33%. Além disso, 24% dos pacientes apresentaram perda de excesso de peso, resultado que também indica uma boa adesão ao tratamento, embora a metade destes pacientes tenha perdido apenas até 5% do excesso de peso e a mediana tenha sido de 5,01%.

Segundo Guimarães e colaboradores (2010), uma das principais barreiras para a adesão à dieta dos indivíduos é o fato de realizarem refeições fora de casa, assim como o fato de não serem os responsáveis pelo preparo das suas refeições. Entretanto, os autores avaliaram a adesão à dieta de indivíduos com excesso de peso e não encontraram associação entre nenhuma das variáveis avaliadas como barreira e a adesão.

No presente estudo também não foi observada associação entre o local das refeições e adesão. Já com relação ao

responsável pelo preparo das refeições foi observada associação com o consumo de integrais, onde o maior consumo foi entre os pacientes responsáveis pelo preparo de suas refeições, e com a porcentagem de perda de excesso de peso, onde pacientes cujas refeições eram feitas por parentes apresentaram melhores resultados, contradizendo a afirmação de Guimarães e colaboradores.

No presente estudo foi observado também que todos os idosos realizavam suas refeições em casa, enquanto 16% dos adultos referiram fazer suas refeições fora de casa, sendo esta diferença significativa. O Inquérito Nacional de Alimentação (2008/2009) (IBGE, 2011) também encontrou maior consumo fora de casa dos adultos do que de idosos, corroborando com o presente estudo. Este resultado pode justificar a porcentagem maior de adultos com excesso de peso (90%) do que de idosos (83%).

Não foi observada diferença significativa quanto ao local das refeições entre os sexos, onde somente 10% dos homens e 11% das mulheres referiram fazer suas refeições fora de casa. Já o Inquérito Nacional de Alimentação (2008/2009) (IBGE, 2011) afirmou que os homens realizam mais refeições fora de casa do que as mulheres.

O responsável pelo preparo das refeições apresentou associação com o sexo, onde a maioria das pacientes mulheres era a responsável pelo preparo das suas refeições enquanto que entre a maioria dos homens, o responsável era um parente. Uma limitação do estudo foi o fato de ter sido conduzido um estudo transversal, onde as informações sobre desfechos e exposições referem-se ao momento da coleta de dados. Além disso, pode ter tido omissão de consumo não saudável pelos pacientes, podendo haver valores maiores do que os encontrados.

CONCLUSÃO

Os pacientes avaliados aderiram ao tratamento nutricional e apresentaram redução significativa do peso, IMC e circunferência da cintura; melhoraram os hábitos de vida (alimentares e atividade física) entre a primeira e última consulta; e a maioria apresentou perda de peso.

Além disso, observou-se associação do local onde as refeições eram realizadas

somente entre as faixas etárias, onde todos os idosos faziam suas refeições em casa. E dos responsáveis pelo preparo das refeições somente com o sexo, onde a maioria das mulheres preparavam suas refeições; com o consumo de integrais, onde o maior consumo foi entre os pacientes responsáveis pelo preparo de suas refeições; e com a porcentagem de perda de excesso de peso, onde pacientes cujas refeições eram feitas por parentes apresentaram melhores resultados.

O responsável pelo preparo das refeições esteve relacionado com a adesão à dieta dos pacientes avaliados, visto que houve diferença entre os pacientes que preparavam o próprio alimento em relação aos que não preparavam o próprio alimento.

REFERÊNCIAS

- 1-Almeida, D.K.S.; Chagas, D.C. Fatores associados à adesão ao aconselhamento Nutricional de indivíduos com excesso de peso atendidos em unidades Básicas de saúde no município de São Luis-MA. *Revista de Enfermagem*. Vol. 47. 2016. p.1-48.
- 2-Alves, B.A; Calixto, A.A.T.F. Aspectos determinantes da adesão ao tratamento de hipertensão e diabetes em uma Unidade Básica de Saúde do interior paulista. *Journal of Health Sciences Institute*. Vol. 30. Num. 3. 2012. p. 255-260.
- 3-Bezerra, I.N.; Souza, A.M.; Pereira, R.A.; Sichieri, R. Consumo de alimentos fora do domicílio no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 47. 2013. p. 200-211.
- 4-Corrêa, K., Gouvêa, G.R.; Silva, M.A.V.; Possobon, R.F.; Barbosa, L.F.L.N.; Pereira A.C. Quality of life and characteristics of diabetic patients. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 22. Num. 3. 2017. p.921-930.
- 5-Goldenberg, P.; Franco, L.J.; Pagliaro, H.; Silva, R.S.; Santos, C.A. Diabetes mellitus auto-referido no município de São Paulo: prevalência e desigualdade. *Caderno de Saúde Pública*. Vol. 12. Num. 1. 1996. p.37-45.
- 6-Guimarães, M.G.; Dutra, E.S.; Ito, M.K.; Carvalho, K.M.B. Adesão a um programa de aconselhamento nutricional para adultos com

excesso de peso e comorbidades. Revista de Nutrição. Vol. 23. Num. 3. 2010. p.323-333.

7-International Diabetes Federation. Diabetes Atlas da IDF 2015. Vol. 7. 2016. p. 48-144.

8-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamento Familiar (POF): 2008-2009: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro. 2011.

9-Linck, C.L.; Bielemann, V.L.M.; Sousa, A.S.; Lange, C. Paciente crônico frente ao adoecer e a aderência ao tratamento. Acta Paul Enfermagem Vol. 21. Num. 2. 2008. p. 317-222.

10-Lipschitz, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary Care. Philadelphia. Vol. 21. Num. 1. 1994. p. 55-67.

11-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2015. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Brasília. 2015.

12-Organização Mundial da Saúde. Classificação mundial de medida da circunferência abdominal. Geneva. 2010.

13-Pitanga, F.J.G.; Lessa, I. Indicadores antropométricos de obesidade como instrumento de triagem para risco coronariano elevado em adultos na cidade de Salvador - Bahia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 51. Num. 8. 2005. p. 26-31.

14-Silva, R.K.; Junior, A.M. Avaliação da adesão ao tratamento e controle do diabetes Mellitus na atenção primária à saúde. Revista da Escola de Enfermagem da USP. Vol. 48. Num. 2. 2016. p.1-6.

15-Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2015-2016; Sociedade Brasileira de Diabetes. 2016.

16-Valdez, R.A. Simple model-based index of abdominal. Adiposity. Journal of Clinical Epidemiology. Vol. 44. Num. 9. 1991. p. 955-956.

14-World Health Organization (WHO). Expert Committee Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva. 1995.

Endereço para correspondência:

Ângela Nunes Moreira.

Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Nutrição.

Rua Gomes Carneiro, n.1, Campus Anglo, Pelotas-RS, Brasil.

CEP: 96010-610.

Recebido para publicação em 06/05/2018

Aceito em 31/07/2018