



SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL E O GERENCIAMENTO DO DIABETES MELLITUS TIPO II NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Palavras-Chave: Insegurança Alimentar, Diabetes Mellitus, Atenção Primária à Saúde.

Autoras:

GABRIELLE FAVOTTO BETONI, FENF - UNICAMP

ANA CAROLINA SOUZA PERATELLI (co-autora), FENF - UNICAMP

PROFA. DRA. DANIELLE SATIE KASSADA (co-orientadora), FENF - UNICAMP

PROFA. DRA. PAULA CRISTINA PEREIRA DA COSTA (orientadora), FEN- UNICAMP

INTRODUÇÃO:

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é definida pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) como:

“o acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis”¹.

Vale ressaltar, deste conceito, que a SAN abrange também aspectos nutricionais e, portanto, não diz respeito somente à quantidade de alimentos ingeridos e sua frequência, mas também à uma alimentação promotora de saúde e consoante às características culturais da comunidade¹.

A Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) é, portanto, um direito constitucionalmente garantido. À violação desse direito, dá-se o nome de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN)². No Brasil, 28% da população convive com a incerteza se comerão a próxima refeição, 15,2% passa pela restrição na quantidade de alimentos e 15,5% é afetada pela forma mais grave de IA: a fome. Somados, são 125,2 milhões de brasileiros em IA³. Fruto do desmonte de políticas públicas de proteção social e potencializada pelas escolhas políticas tomadas durante a pandemia da Sars-Cov-2, o empobrecimento progressivo e a precarização da vida tem impactos diretos sobre a saúde da população¹.

A fome é, no entanto, apenas uma das possíveis manifestações da violação do direito à alimentação adequada. A IAN está, também, associada a casos de sobrepeso, obesidade e Diabetes Mellitus (DM)⁴.

Com aumento considerável nos últimos anos e considerado como um problema de saúde pública, a DM é definida como uma série de alterações metabólicas, na secreção e na ação da insulina (hormônio secretado pelas células-B da ilhota pancreática) que têm, como resultado comum, a hiperglicemia⁵.

Tida como entre as partes mais desafiadoras do tratamento, o controle da ingestão alimentar é, junto ao tratamento medicamentoso, crucial para a manutenção do índice glicêmico, prevenindo o

desenvolvimento de complicações e agravamento do quadro clínico⁶. Assim, o estímulo à adesão do tratamento medicamentoso e o incentivo às mudanças de hábitos alimentares e à realização de exercícios físicos são as principais estratégias de controle da DM na Atenção Primária à Saúde (APS)⁷. No entanto, durante a implementação dessas estratégias, é preciso considerar que os determinantes sociais de saúde se distribuem de forma heterogênea no Brasil. Por isso, levar em conta a diversidade cultural, o acesso a informações, condições de habitação e o espaço social alimentar são fundamentais para controle de uma doença com etiologia tão complexa⁶.

Apesar dos pontos acima mencionados, a literatura brasileira ainda carece de estudos que avaliem a segurança alimentar e nutricional de pessoas com DM que frequentam a APS. Assim, este estudo buscou avaliar a Segurança Alimentar e Nutricional em pacientes com Diabetes Mellitus acompanhados na Atenção Primária à Saúde.

METODOLOGIA:

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, transversal e analítica, realizada com 84 pessoas com DM tipo II, de ambos os sexos e acima de 30 anos, acompanhados por três Unidades Básicas de Saúde de uma cidade no interior de São Paulo.

Para avaliar as condições de (In)Segurança Alimentar do domicílio em que o paciente vive e suas dimensões psicossociais, foi utilizada a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). O instrumento é a ferramenta padronizada e validada no Brasil para a mensuração de SA, sendo empregado em pesquisas como Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) e Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (PNAD)⁸.

Além disso, a Escala para mensuração de práticas alimentares saudáveis de acordo com as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicada pela Cambridge University Press, também foi empregada. O instrumento conta com 24 questões que se referem às escolhas alimentares, o modo de comer, o planejamento e a organização das refeições. Os itens são do tipo Likert com quatro pontos ("concordo fortemente", "concordo", "discordo" e "discordo fortemente")⁹.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Em relação à caracterização socioeconômica, pode-se observar prevalência de pacientes do sexo feminino, em sua maioria na faixa etária entre 60 e 80 anos. A maioria se autodeclarava branca, no entanto, quando combinamos os dados de pessoas negras (isto é, pretas ou pardas), o percentual foi de 57,4%. É relevante destacar, ainda, o tempo de diagnóstico de DM2. Metade da população estudada foi diagnosticada há mais de 10 anos, o que, associado ao mal manejo dietético e adesão terapêutica não eficaz, pode contribuir para o aparecimento de complicações crônicas. Cerca de xx% dos pacientes da amostra apresentava ao menos uma complicação crônica, o que se aproxima das evidências encontradas na literatura. Chama atenção, ainda, o alto índice de participantes que avaliaram a qualidade do próprio sono como "regular" ou "ruim": são, juntos, 55,9% da amostra. (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico. Campinas, SP, Brasil. 2024. n=68

Variável		n	%
Sexo biológico	Feminino	42	61,8
	Masculino	26	38,2
Raça/etnia	Branca	26	38,2

	Parda	24	35,3
	Preta	15	22,1
	Não declarado/Informado	3	4,4
Faixa etária	60 anos ou menos	25	36,8
	61 a 70 anos	19	27,9
	71 a 80 anos	19	27,9
	81 anos ou mais	5	7,4
Situação familiar	Vive só	14	20,6
	Vive em um lar sem menores de idade	45	66,1
	Vive em um lar com ao menos 1 menor de idade	9	13,3
Ocupação atual	Aposentado	32	47,1
	Pensionista	4	5,9
	Trabalhador informal	11	16,2
	Empregado	6	8,8
	Desempregado	8	11,8
	Do lar	7	10,3
Renda familiar*	Até 1 salário mínimo	3	4,4
	De 1 a 3 salários mínimos	44	64,7
	De 3 a 5 salários mínimos	14	20,6
	De 5 a 7 salários mínimos	7	10,3
Qualidade do sono e repouso	Boa	30	44,1
	Regular	18	26,5
	Ruim	20	29,4
Tempo de diagnóstico	Menos de 10 anos	34	50%
	Mais de 10 anos	34	50%
Complicações crônicas	Nenhuma	50	73,5%
	Ao menos uma	18	26,5%
Comorbidades associadas	Hipertensão arterial	49	72,1
	Dislipidemia	43	63,2
	Obesidade	25	36,8
	Depressão	7	10,2
	Transtorno de Ansiedade Generalizada	5	7,3

*Salário mínimo vigente = R\$1.412,00, Brasil, 2024

Gráfico 1 - Insegurança Alimentar nos lares sem a presença de menores de idade. Campinas, SP, Brasil. 2024. n=59

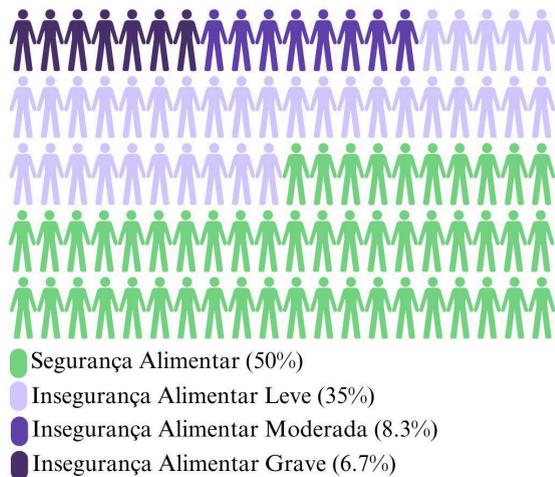
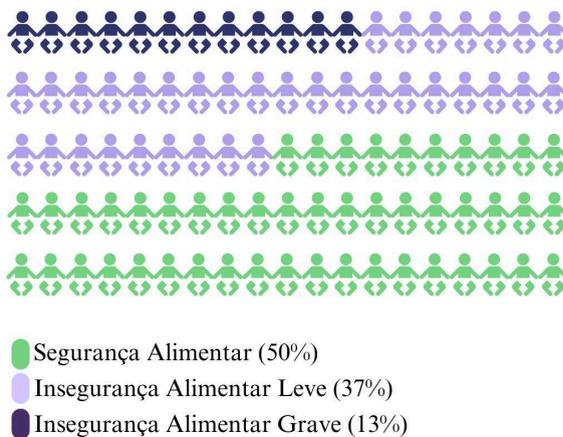


Gráfico 2 - Insegurança Alimentar nos lares com a presença de ao menos um menor de idade. Campinas, SP, Brasil. 2024. n=9



Sobre a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, dividiu-se a amostra em dois grupos: aqueles que viviam em lares com a presença de ao menos um menor de idade e aqueles que viviam em lares sem a presença de menores de idade. Nos lares sem a presença de menores de idade, 35% vivenciavam IA leve, 8.3% conviviam com a manifestação moderada de IA e 6.7% com a forma grave. Não houve manifestação de IA moderada nos lares da amostra que contavam com a presença de ao menos um morador menor de idade. Nesse grupo, no entanto, 37% conviviam com a manifestação leve de IA e 13% com a forma grave. Esses valores são similares à estimativa obtida no Inquérito realizado em 2022 pela Rede PENSSAN, na qual observou-se prevalência de 45,4% de IA no sudeste brasileiro⁴. (Gráfico 1 e 2)

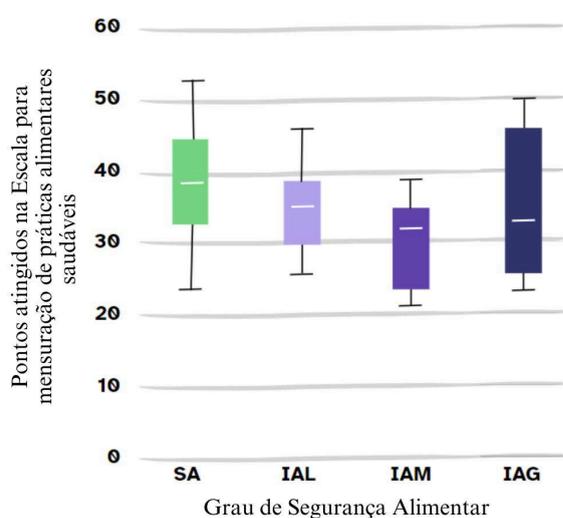
A pontuação atingida na Escala para mensuração de práticas saudáveis variou de 21 a 52. A mediana para o grupo de pacientes em Segurança Alimentar foi de 39 pontos. Já a mediana entre os pacientes que conviviam com a IA em seu grau leve foi de 35 pontos. Os pacientes que conviviam com a insegurança alimentar em sua forma moderada obtiveram mediana de de 31 pontos e, por fim, aqueles que lidavam com a forma grave obtiveram mediana de 32 pontos.

CONCLUSÕES:

As evidências encontradas neste estudo mostram que, dos pacientes com DM2 atendidos no contexto da APS de Campinas-SP, cerca de 50% convivem com algum grau de Insegurança Alimentar.

Sobre a ingesta alimentar, os dados evidenciaram que, apesar das recomendações dos profissionais acerca da necessidade de preferência pelo consumo de hortaliças, verduras, frutas e alimentos integrais, as escolhas alimentares, bem como planejamento e organização das refeições, ainda é um problema para os pacientes no que tange a terapia não medicamentosa.

Gráfico 3 - Grau de Segurança Alimentar e os pontos atingidos na Escala para mensuração de práticas alimentares saudáveis. Campinas, SP, Brasil. 2024. n=69



Em um país com fome, o cuidado efetivo e que assegure mudanças nos hábitos de vida dos usuários com DM2 está condicionado à formulação de políticas públicas de garantia ao direito à alimentação saudável.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Brasil. Lei no 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. [internet]. 18 set 2006. [acesso em 30 jul de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm
2. Maluf RS, Menezes F, Valente FL. Contribuição ao Tema da Segurança Alimentar no Brasil. Rev. Cadernos de Debate. 1996;4:66-88.
3. Rede PENSSAN. II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. [livro eletrônico]. São Paulo; 2022. [acesso em 30 jul de 2024]. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf>
4. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Caderno de estudos: Desenvolvimento Social em Debate. 2 ed. [livro eletrônico]. Brasília; 2005. [acesso em 30 jul de 2024]. Disponível em: <https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/caderno%20-%202002.pdf>
5. Santos AFL. Prática Alimentar e Diabetes: Desafios para a Vigilância em Saúde. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2008. Dissertação de Mestrado.
6. Ramos S, Campos LF, Baptista DR, Strufaldi M, Gomes DL, Guimarães DB, et al. Diretrizes para Terapia Nutricional no Pré-Diabetes e no Diabetes Mellitus Tipo 2. [internet]. 2022 Out [acesso em 30 jul de 2024]. Disponível em: <https://doi.org/10.29327/557753.2022-25>
7. Faria HTG, Rodrigues FFL, Zanetti ML, Araújo MFM de, Damasceno MMC. Fatores associados à adesão ao tratamento de pacientes com diabetes mellitus. Acta paul enferm [Internet]. 2013;26(3):231-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000300005>
8. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: análise psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. [livro eletrônico]; Brasília: 2014. [acesso em 30 jul de 2024]. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/wp-content/uploads/sites/7/2017/08/328.pdf>
9. Gabe KT, Jaime PC. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. Public Health Nutr. 2019 Abr;22(5):785–96.
10. Sousa SQ de, Lôbo IKV, Carvalho AT de, Vianna RP de T. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2019 Maio;24(5):1925–34. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.17012017>
11. Ziegler J. Destruição em massa: geopolítica da fome. São Paulo: Cortez; 2013.
12. Valente FLS. Op. cit. p. 57.