

Prevalência de consumo alimentar entre hipertensos e diabéticos na cidade de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013*

doi: 10.5123/S1679-49742017000400016

Prevalence of food intake among individuals with hypertension and diabetes in the municipality of Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brazil, 2013

Prevalencia del consumo alimentar entre diabéticos e hipertensos en la ciudad de Nova Boa Vista, Rio Grande do Sul, Brasil, 2013

Kelli Destri¹

Roberta de Vargas Zanini²

Maria Cecília Formoso Assunção¹

¹Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências, Pelotas-RS, Brasil

²Universidade Federal do Pampa, Curso de Nutrição, Itaqui-RS, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever o consumo alimentar em uma população de hipertensos e diabéticos de uma cidade do sul do Brasil. **Métodos:** estudo transversal descritivo, realizado na cidade de Nova Boa Vista-RS, Brasil, entre junho e setembro de 2013; dados sobre consumo alimentar foram coletados utilizando-se o questionário do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), a adequação foi baseada no Guia Alimentar para a População Brasileira de 2008. **Resultados:** foram incluídos 422 participantes (≥ 18 anos de idade); os alimentos que tiveram maior frequência de consumo recomendada foram salada crua (60,7%), frutas (73,0%), lácteos (61,4%), frituras (57,3%), salgados (66,4%) e refrigerantes (76,3%); embutidos e doces foram os alimentos que tiveram maior frequência de consumo não recomendado, 34,8% e 23,9% respectivamente; a prevalência de consumo semanal recomendado de frutas foi 19% maior entre mulheres ($p=0,004$). **Conclusão:** o consumo alimentar na população do estudo parece estar de acordo com as frequências recomendadas, especialmente entre mulheres.

Palavras-chave: Consumo de Alimentos; Hipertensão; Diabetes *Mellitus*; Doença Crônica; Epidemiologia Descritiva.

*Manuscrito redigido com base na dissertação de Mestrado Profissional da autora Kelli Destri, intitulada 'Marcadores de Consumo Alimentar de Hipertensos e Diabéticos do Município de Nova Boa Vista-RS', defendida e aprovada junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências da Universidade Federal de Pelotas, em 2014.

Endereço para correspondência:

Kelli Destri – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Baseada em Evidências, Universidade Federal de Pelotas, Rua Marechal Deodoro, nº 1160, 3º andar, Centro, Pelotas-RS, Brasil. CEP: 96020-220
E-mail: destrikelli@gmail.com

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno global, que, em conjunto com sedentarismo, alimentação inadequada e excesso de peso, integra os principais fatores contribuintes para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM).¹

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o aumento das doenças crônicas uma epidemia mundial.² De 2008 a 2012, as prevalências de HAS e DM variaram entre países, atingindo, em média, 40% e 7% da população respectivamente. Para as próximas décadas, a expectativa é que essas doenças aumentem de maneira exponencial, podendo existir 1,5 milhão de pessoas vivendo com HAS em 2025, e um aumento de 69% no número de adultos com DM em países em desenvolvimento de 2010 a 2030.²⁻⁵

No Brasil, as prevalências de HAS e DM autorreferidos passaram de 43,9% para 53,3% e de 10,3% para 16,1%, respectivamente, no período de 2003 a 2008. A região Sul do país apresentou prevalência de aproximadamente 30% para HAS e de 8% para DM, em 2005.¹⁻⁷

Cerca de 80% dos casos de DM e HAS poderiam ser evitados com a adoção de práticas dietéticas, como consumo regular de frutas e legumes, e consumo reduzido de gorduras saturadas, sódio e bebidas açucaradas.

A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar o crescimento epidêmico dessas doenças e suas graves consequências para a qualidade de vida dos indivíduos.⁸ Entre os fatores modificáveis, a boa prática alimentar é um dos elementos essenciais para o controle das doenças não transmissíveis, uma vez que essas doenças são frequentemente ocasionadas por estilos de vida pouco saudáveis.⁹

Dados da OMS indicam que cerca de 80% dos casos de DM e HAS poderiam ser evitados com a adoção de práticas dietéticas, como consumo regular de frutas e legumes, e consumo reduzido de gorduras saturadas, sódio e bebidas açucaradas.¹⁰ Apesar disso, estudo realizado em Florianópolis, no ano de 2009, mostrou que indivíduos hipertensos e diabéticos apresentaram

alto consumo de frituras e refrigerantes, e baixo consumo diário de frutas, além do consumo insuficiente de hortaliças, consumo excessivo de carnes gordurosas e adição de sal aos alimentos prontos.⁹ No mesmo ano de 2009, Ozcariz *et al.*, em estudo também realizado no sul do Brasil, revelaram um consumo inadequado de alimentos saudáveis e não saudáveis entre hipertensos e diabéticos, sendo que, em ambos os sexos, a frequência de ingestão diária de frutas não excedeu 20%, enquanto o consumo regular de alimentos fritos e refrigerantes variou de 40% a 60%, sendo este consumo mais frequente em homens.

Esses resultados também têm sido evidenciados em países de alta renda.⁹ Estudo realizado na Coreia do Sul, por Kang *et al.*, sugere que o consumo de alimentos fritos está associado ao aumento da prevalência de HAS em mulheres.¹¹ Outro estudo, realizado nos Estados Unidos da América, com base em inquérito nacional (National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES) sobre o período de 2003 a 2006, mostrou que apenas 26% dos participantes – entre indivíduos com história de DM e HAS – consumiam cinco ou mais porções de frutas e vegetais na semana.¹²

Considerando-se a alimentação um dos fatores que englobam o controle e a prevenção da hipertensão arterial sistêmica (HAS) e do diabetes *mellitus* (DM), o presente estudo teve como objetivo descrever o consumo alimentar em uma população de hipertensos e diabéticos de uma cidade do sul do Brasil, tendo como base as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2008.

Métodos

Estudo transversal descritivo, realizado na cidade de Nova Boa Vista-RS, no período de junho a setembro de 2013. Trata-se de um município de microporte, localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, com população estimada em 1.960 habitantes e densidade demográfica de 20,8 hab./km² em 2010.¹³ A cidade possui uma Equipe de Saúde da Família (ESF) inserida na Modalidade I, de acordo com a Atenção Básica do estado do Rio Grande do Sul. Tal equipe é formada por um médico, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACS), além de contar com dois profissionais da saúde bucal: um cirurgião dentista e um técnico de saúde bucal.²¹

Foram considerados elegíveis para o estudo todos os indivíduos residentes na zona rural ou urbana do município hipertensos e/ou diabéticos com idade igual ou superior a 18 anos, não acamados, cuja ingestão alimentar da semana anterior à entrevista não fora modificada em razão de condições médicas agudas. Os participantes foram identificados pelo cadastro do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) até o ano de 2012.

Para avaliação do desfecho 'frequência de consumo alimentar', utilizou-se o questionário de marcadores alimentares proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).¹⁴ Esse instrumento, constituído por dez questões, avalia a frequência de consumo de alimentos saudáveis e não saudáveis nos últimos sete dias. São considerados 'alimentos saudáveis': salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho); legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre – não considerar batata e mandioca); frutas frescas ou salada de frutas; leite ou iogurte (consumo recomendado: 7x/semana); e feijão (consumo recomendado: ≥ 5 vezes/semana). São considerados 'alimentos não saudáveis' (consumo recomendado: até uma 1x/semana): batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel); bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote; bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom); e refrigerante (não considerar os *diet* ou *light*).¹⁵

Foram investigadas as seguintes características sociodemográficas e de saúde:

- sexo (masculino/feminino);
- idade (anos de estudo completos);
- cor da pele autorreferida (branca, preta, parda, amarela ou indígena);
- escolaridade (anos de estudo completos);
- situação conjugal (com ou sem companheiro);
- zona de residência (urbana/rural);
- renda familiar no último mês (em salários mínimos: salário mínimo fixado em R\$ 678,00);
- autopercepção de saúde (excelente, muito boa, boa, regular ou ruim);
- morbidade presente (HAS, apenas; DM, apenas; ou HAS + DM);
- tempo de enfermidade para HAS (<10 anos ou ≥ 10 anos);
- tempo de enfermidade para DM (<8 anos ou ≥ 8 anos);
- história familiar de HAS e/ou DM (sim/não); e
- recomendação sobre alimentação (sim/não).

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos participantes, por dois agentes comunitários de saúde (ACS) previamente treinados. Para a realização das entrevistas, os ACS deveriam ter o domínio do dialeto alemão, muito utilizado no município em que o estudo foi realizado, a fim de facilitar a comunicação, aceitabilidade e logística da pesquisa.

Os dados coletados foram duplamente digitados no programa EpiData 3.1, e as análises estatísticas realizadas com auxílio do programa Stata 12.1. Primeiramente, foram calculadas as frequências de consumo alimentar na última semana; em seguida, foram obtidas as prevalências de frequência de consumo recomendada, assim como seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). O teste do qui-quadrado de heterogeneidade foi utilizado para avaliar possíveis diferenças entre as categorias de exposição. Para todas as análises, considerou-se um nível de significância de 5%.

O controle de qualidade foi realizado pela supervisora do estudo, mediante revisita domiciliar a 10% dos entrevistados, sorteados aleatoriamente. Para tanto, aplicou-se um questionário reduzido com o objetivo de avaliar a concordância das respostas.

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, de acordo com o Parecer nº 290.353. Aos entrevistados, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido previamente à entrevista, e em todas as etapas do estudo foi garantido o cumprimento das exigências constantes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

De acordo com dados do SIAB, em 2012, o município de Nova Boa Vista-RS possuía o registro de 441 indivíduos hipertensos e/ou diabéticos, com idade igual ou superior a 18 anos. Destes, 422 (95,7%) participaram da pesquisa. Dezenove pessoas não participaram pelas seguintes razões: uma, devido a óbito; quinze não foram encontradas em seus domicílios, após diversas tentativas; e três recusaram-se a participar do estudo. O controle de qualidade foi realizado com 42 indivíduos (10% dos entrevistados). A partir da pergunta '*Qual a sua data de nascimento?*', obteve-se um valor kappa para concordância de 0,88, considerado satisfatório.

A maioria da população estudada foi composta por mulheres (60,4%), indivíduos de cor da pele branca (98,1%), idosos (64,7%) e portadores apenas de HAS (85,1%) (Tabela 1). Aproximadamente 70% dos entrevistados informaram já ter recebido recomendação sobre alimentação de alguém, sendo o médico (36,7%) a pessoa mais citada.

Em relação à frequência de consumo dos marcadores de alimentação saudável na semana anterior à entrevista, mais de 60% da população estudada relatou ter consumido salada crua, frutas e lácteos diariamente. Ao analisar a frequência de consumo de acordo com o tipo de morbidade presente, observou-se que o consumo diário de salada crua e frutas foi maior entre indivíduos que tinham apenas DM, enquanto

para os lácteos, a frequência diária foi maior entre aqueles que eram apenas hipertensos. Entre os alimentos considerados saudáveis, o grupo pertencente a legumes cozidos foi o que teve menor consumo diário, correspondendo a 17,5% (Tabela 2).

Metade dos indivíduos entrevistados consumiram alimentos não saudáveis – como frituras, salgados e refrigerantes – dentro dos limites recomendados pelo Guia Alimentar para a População Brasileira de 2008, ou seja, até uma vez na semana. No entanto, os embutidos e doces ultrapassaram as recomendações preconizadas, alcançando 70,8 e 61,9%, respectivamente, para o consumo superior a uma vez na semana. A frequência de consumo semanal recomendada para frituras e salgados foi maior entre indivíduos que tinham,

Tabela 1 – Descrição da população estudada (n=422), Nova Boa Vista-RS, 2013

Características demográficas e morbidade para hipertensão arterial sistêmica e diabetes <i>mellitus</i>	n	%
Sexo		
Masculino	167	39,6
Feminino	255	60,4
Cor da pele		
Branca	414	98,1
Preta + Parda	08	1,9
Idade (em anos)		
20-59	149	35,3
≥60	273	64,7
Escolaridade (em anos de estudo completos)		
0-4	206	49,3
5-8	175	41,9
≥9	37	8,8
Renda familiar (em salários mínimos)		
≤1,0	13	3,1
1,1-3,0	191	45,3
3,1-6,0	130	30,8
6,1-10,0	54	12,8
>10,0	34	8,0
Zona de residência		
Urbana	102	24,2
Rural	320	75,8
Morbidade presente		
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	359	85,1
Diabetes <i>mellitus</i> , apenas	12	2,8
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes <i>mellitus</i>	51	12,1

concomitantemente, HAS e DM, enquanto a frequência de consumo de refrigerantes até uma vez na semana foi maior entre indivíduos com DM apenas. Destaca-se que a frequência recomendada para o consumo de doces foi maior nas duas categorias que incluíam indivíduos diabéticos (Tabela 3).

A Tabela 4 mostra as prevalências e IC_{95%} de consumo semanal recomendado dos alimentos considerados saudáveis. A prevalência de consumo de salada crua foi 1,1 vezes maior entre indivíduos que percebem sua saúde como excelente ou boa, em comparação àqueles que consideram sua saúde regular ou ruim (p=0,032). Em relação ao tempo de HAS, indivíduos com diagnóstico inferior a dez anos apresentaram prevalência de consumo semanal recomendado de salada crua 25% maior do que aqueles com diagnóstico de dez anos ou mais (p=0,007).

A prevalência de consumo semanal recomendado de frutas foi 19% maior entre as mulheres (p=0,004) e 47% maior em pessoas que vivem na zona rural (p<0,001), na comparação com seus pares. No que diz respeito à renda familiar, observou-se menor prevalência de consumo semanal recomendado entre indivíduos do grupo com menor renda (p<0,001). Além disso, os participantes do estudo que relataram já ter recebido recomendação sobre alimentação tiveram uma prevalência de consumo recomendado de frutas 0,8 vezes maior em relação àqueles que não haviam recebido essa recomendação (p=0,019) (Tabela 4).

As prevalências e IC_{95%} de consumo semanal recomendado dos alimentos considerados não saudáveis

estão apresentadas na Tabela 5. A prevalência de consumo semanal recomendado para frituras foi 26% maior entre as mulheres (p=0,010). Além disso, as mulheres apresentaram prevalência de consumo semanal recomendado de embutidos 2,2 vezes maior, em relação aos homens (p<0,001). O consumo de refrigerantes seguiu a mesma tendência, mostrando prevalência de consumo recomendado 13% maior no sexo feminino (p=0,027). Entretanto, no que se refere ao consumo de salgados, os homens tiveram uma prevalência de consumo adequado de 72,5%, superando as mulheres (p=0,032).

A prevalência de consumo semanal recomendado de salgados foi 12,8% maior em pessoas que relataram viver sem companheiro (p=0,011) e 1,2 vezes maior em moradores da zona urbana (p=0,045). Além dos salgados, a prevalência de consumo recomendado de frituras e doces também foi diferente quanto ao local de residência, sendo maior entre os moradores da zona urbana (p=0,008 e p=0,009, respectivamente). Quanto à renda familiar, destaca-se a prevalência de consumo semanal recomendado de embutidos, maior entre indivíduos com renda até três salários mínimos, em comparação às categorias de maior renda (p=0,002) (Tabela 5).

Por fim, em relação à presença de morbidades, os resultados mostram que indivíduos portadores somente de HAS tiveram prevalência de consumo recomendado de doces menor, em relação às demais categorias (p=0,041) (Tabela 5).

Tabela 2 – Frequência semanal de consumo dos marcadores alimentares em hipertensos e diabéticos (n=422), Nova Boa Vista-RS, 2013

Marcadores	Nenhuma	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
	%	%	%	%	%	%	%	%
Salada crua	7,3	2,8	5,0	10,0	5,9	4,3	4,0	60,7
Legumes cozidos	16,6	12,8	19,4	17,3	8,3	4,5	4,0	17,5
Frutas	3,3	4,5	2,8	5,9	3,1	4,0	3,3	73,0
Feijão	9,2	6,4	15,4	16,8	11,4	24,4	11,4	5,0
Lácteos	27,0	1,0	2,6	2,1	1,2	1,2	3,5	61,4
Frituras	30,3	27,0	19,2	11,4	5,7	1,4	0,5	4,5
Embutidos	19,2	9,9	9,7	9,5	6,6	4,7	5,6	34,8
Salgados	56,2	10,2	12,1	7,8	2,8	1,2	0,9	8,8
Doces	21,6	16,6	14,0	10,9	5,4	3,8	3,8	23,9
Refrigerante	46,4	29,9	14,0	5,7	1,7	0,9	0,2	1,2

Tabela 3 – Frequência semanal de consumo de alimentos de acordo com as morbidades (n=422), Nova Boa Vista-RS, 2013

Marcadores	0x	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
	%	%	%	%	%	%	%	%
Salada crua	7,4	2,8	5,0	10,0	5,9	4,3	4,0	60,7
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	6,7	2,8	5,0	10,9	5,3	4,2	4,2	61,0
Diabetes mellitus, apenas	8,3	8,3	0,0	0,0	0,0	8,3	0,0	75,0
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	11,8	2,0	5,9	5,9	11,8	3,9	3,9	54,9
Legumes cozidos	16,6	12,8	19,4	17,3	8,3	4,5	3,6	17,5
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	17,0	12,8	19,8	16,4	8,6	4,2	3,1	18,1
Diabetes mellitus, apenas	16,7	8,3	33,3	16,7	0,0	0,0	8,3	16,7
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	13,7	13,7	13,7	23,5	7,8	7,8	5,9	13,7
Frutas	3,3	4,5	2,8	5,9	3,1	4,0	3,3	73,0
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	2,8	4,2	2,8	6,1	3,6	4,2	3,1	73,3
Diabetes mellitus, apenas	16,7	8,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	75,0
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	3,9	5,9	3,9	5,9	0,0	3,9	5,9	70,6
Feijão	9,2	6,4	15,4	16,8	11,4	24,4	11,4	5,0
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	8,9	6,1	16,4	17,0	12,0	24,5	11,1	3,9
Diabetes mellitus, apenas	16,7	0,0	16,7	8,3	0,0	50,0	0,0	8,3
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	9,8	9,8	7,8	17,7	9,8	17,7	15,7	11,8
Lácteos	27,0	1,0	2,6	2,1	1,2	1,2	3,6	61,4
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	27,6	1,1	2,5	2,0	0,8	1,1	3,1	61,8
Diabetes mellitus, apenas	25,0	0,0	0,0	8,3	8,3	0,0	0,0	58,3
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	23,5	0,0	3,9	2,0	2,0	2,0	7,8	58,8
Frituras	30,3	27,0	19,2	11,4	5,7	1,4	0,5	4,5
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	30,6	25,4	19,8	11,1	6,1	1,7	0,6	4,7
Diabetes mellitus, apenas	25,0	33,3	16,7	8,3	8,3	0,0	0,0	8,3
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	29,4	37,3	15,7	13,7	2,0	0,0	0,0	2,0
Embutidos	19,2	10,0	9,7	9,5	6,6	4,7	5,5	34,8
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	19,2	9,8	9,2	9,8	6,1	3,6	5,0	37,3
Diabetes mellitus, apenas	16,7	0,0	8,3	16,7	16,7	16,7	0,0	25,0
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	19,6	13,7	13,7	5,9	7,8	9,8	9,8	19,6
Salgados	56,2	10,2	12,1	7,8	2,8	1,2	1,0	8,8
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	57,9	9,5	12,0	7,2	3,1	1,1	1,1	8,1
Diabetes mellitus, apenas	41,7	8,3	25,0	8,3	0,0	0,0	0,0	16,7
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	47,1	15,7	9,8	11,8	2,0	2,0	0,0	11,8

Discussão

De todos os resultados obtidos, dois devem ser destacados. O primeiro: seja em relação ao conjunto de alimentos saudáveis, seja em relação aos não saudáveis, a prevalência de consumo alimentar recomendado foi maior em mulheres do que em

homens. O segundo resultado a destacar: quando se compara a prevalência de consumo alimentar recomendado entre pessoas diagnosticadas com DM e/ou HAS, os grupos que tinham DM como morbidade presente mostraram maior prevalência de consumo alimentar recomendado. Esses resultados são relevantes para a Saúde Pública, na medida em que

Tabela 4 – Prevalências (P) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) de frequência de consumo semanal recomendada dos alimentos marcadores de alimentação saudável (n=422), Nova Boa Vista-RS, 2013

Variáveis	Salada crua ^a	Legumes cozidos ^a	Frutas ^a	Feijão ^b	Lácteos ^a
	P (IC _{95%})	P (IC _{95%})	P (IC _{95%})	P (IC _{95%})	P (IC _{95%})
Sexo					
Masculino	58,7 (51,2;66,2)	18,0 (12,1;23,8)	65,3 (58,0;72,5) ^c	43,1 (35,6;50,7)	55,7(48,1;63,3)
Feminino	62,0 (56,0;67,9)	17,3 (12,6;21,9)	78,0 (72,9;83,1)	39,2 (33,2;45,2)	65,1 (59,2;71,0)
Idade (em anos)					
20-59	57,0 (49,0;65,0)	17,4 (11,3;23,6)	77,9 (71,1;84,6)	38,3 (30,4;46,1)	59,1 (51,1;67,0)
≥60	62,6 (56,9;68,4)	17,6 (13,0;22,1)	70,3 (64,9;75,8)	42,1 (36,2;48,0)	62,6 (56,9;68,4)
Escolaridade (em anos de estudo completos)					
0-4	59,7 (53,0;66,4)	17,5 (12,3;22,7)	73,3 (67,2;79,4)	44,7 (37,8;51,5)	60,2 (53,5;66,9)
5-8	60,6 (53,3;67,9)	16,0 (10,5;21,5)	73,7 (67,2;80,3)	37,1 (29,9;44,3)	62,3 (55,1;69,5)
≥9	67,6 (52,2;82,9)	27,0 (12,5;41,6)	70,3 (55,3;85,2)	40,5 (24,5;56,6)	62,2 (46,3;78,1)
Situação conjugal					
Com companheiro	58,9 (50,1;67,6)	18,5 (11,7;25,4)	73,4 (65,6;81,2)	33,9 (25,5;42,3)	58,9 (50,1;67,6)
Sem companheiro	61,4 (55,9;67,0)	17,1 (12,8;21,4)	72,8 (67,7;77,9)	43,6 (38,0;49,3)	62,4 (56,9;67,9)
Zona de residência					
Urbana	56,9 (47,2;66,5)	12,7 (6,2;19,3)	53,9 (44,2;63,7) ^d	43,1 (33,5;52,8)	56,9 (47,2;66,5)
Rural	61,9 (56,5;67,2)	19,1 (14,7;23,4)	79,1 (74,6;83,5)	40,0 (34,6;45,4)	62,8 (57,5;68,1)
Renda familiar (em salários mínimos)					
≤3,0	56,9 (50,0;63,7)	18,6 (13,3;24,0)	64,2 (57,6;70,8) ^d	44,1 (37,3;51,0)	59,8 (53,0;66,6)
3,1-6,0	67,7 (59,6;75,8)	18,5 (11,7;25,2)	82,3 (75,7;88,9)	39,2 (30,8;47,7)	60,0 (51,5;68,5)
>6,0	59,1 (48,7-69,5)	13,6 (6,4;20,9)	79,5 (71,0;88,0)	35,2 (25,2;45,3)	67,0 (57,1;77,0)
Autopercepção de saúde					
Excelente-Boa	65,7 (59,3;72,1) ^c	19,2 (13,9;24,6)	77,0 (71,3;82,7)	39,9 (33,3;46,5)	59,2 (52,5;65,8)
Regular-Ruim	55,5 (48,7;62,3)	15,8 (10,8;20,8)	68,9 (62,6;75,2)	41,6 (34,9;48,3)	63,6 (57,1;70,2)
Morbidade presente					
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	61,0 (55,9;66,1)	18,1 (14,1;22,1)	73,3 (68,7;77,9)	39,6 (34,5;44,6)	61,8 (56,8;66,9)
Diabetes <i>mellitus</i> , apenas	75,0 (49,3-*)	16,7 (0,0;38,8)	75,0 (49,3-*)	58,3 (29,1;87,6)	58,3 (29,1;87,6)
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes <i>mellitus</i>	54,9 (41,1;68,7)	13,7 (4,2;23,3)	70,6 (57,9;83,3)	45,1 (31,3;58,9)	58,8 (45,1;72,5)
Tempo de hipertensão arterial sistêmica (em anos)					
<10	68,2 (61,2;75,3) ^c	17,6 (11,9;23,4)	74,7 (68,1;81,3)	39,4 (32,0;46,8)	57,6 (50,2;65,1)
≥10	54,7 (48,1;61,3)	18,4 (23,3;23,5)	72,2 (66,3;78,1)	41,3 (34,8;47,8)	64,1 (57,8;70,5)
Tempo de diabetes <i>mellitus</i> (em anos)					
< 8	57,7 (37,9;77,5)	11,5 (0,0;24,3)	73,1 (55,3;90,8)	46,2 (26,2;66,1)	61,0 (42,1;81,0)
≥ 8	58,8 (41,7;76,0)	17,6 (4,4;30,9)	73,5 (58,2;88,9)	52,9 (35,6;70,3)	58,8 (41,7;76,0)
Recomendação					
Não	56,9 (48,4;65,5)	16,9 (10,4;23,4)	65,4 (57,2;73,6) ^c	38,5 (30,0;46,9)	58,5 (49,9;67,0)
Sim	62,3 (56,7;67,9)	17,8 (13,4;22,2)	76,4 (71,5;81,3)	41,8 (36,1;47,5)	62,7 (57,1;68,2)

a) Consumo diário.

b) Consumo igual ou maior que cinco vezes na semana.

c) Valor p<0,05.

d) Valor p<0,001.

Tabela 5 – Prevalências (P) e intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}) de frequência de consumo semanal recomendada dos alimentos marcadores de alimentação NÃO saudável (n=422), Nova Boa Vista-RS, 2013

Variáveis	Frituras ^a	Embutidos ^a	Salgados ^a	Doces ^a	Refrigerante ^a
	P (IC _{95%})	P (IC _{95%})	P (IC _{95%})	P (IC _{95%})	P (IC _{95%})
Sexo					
Masculino	49,7 (42,1;57,3) ^b	17,4 (11,6;23,1) ^c	72,5 (65,6;79,3) ^b	42,5 (35,0;50,1)	70,7 (63,7;77,6) ^b
Feminino	62,4 (56,4;68,3)	36,9 (30,9;42,8)	62,4 (56,4;68,3)	35,3 (29,4;41,2)	80,0 (75,1;84,9)
Idade (em anos)					
20-59	57,0 (49,0;65,0)	29,5 (22,2;36,9)	65,1 (57,4;72,8)	41,6 (33,6;49,6)	73,2 (66,0;80,3)
≥60	57,5 (51,6;63,4)	28,9 (23,5;34,3)	67,0 (61,4;72,6)	36,3 (30,5;42,0)	78,0 (73,1;83,0)
Escolaridade (em anos de estudo completos)					
0-4	56,8 (50,0;63,6)	30,1 (23,8;36,4)	68,9 (62,6;75,3)	37,9 (31,2;44,5)	77,2 (71,4;82,9)
5-8	55,4 (48,0;62,8)	28,0 (21,3;34,7)	62,9 (55,7;70,1)	37,1 (29,9;44,3)	74,9 (68,4;81,3)
≥9	67,6 (52,2;82,9)	29,7 (14,8;44,7)	67,6 (52,2;82,9)	40,5 (24,5;56,6)	78,4 (64,9;91,9)
Situação conjugal					
Com companheiro	58,1 (49,3;66,8)	32,3 (24,0;40,5)	57,3 (48,5;66,0) ^b	33,1 (24,7;41,4)	73,4 (65,6;81,2)
Sem companheiro	57,0 (51,4;62,7)	27,9 (22,7;33,0)	70,1 (64,9;75,4)	40,3 (34,7;45,9)	77,5 (72,8;82,3)
Zona de residência					
Urbana	68,6 (59,6;77,7) ^c	36,3 (26,9;45,7)	74,5 (66,0;83,0) ^b	49,0 (39,2;58,8) ^b	79,4 (71,5;87,3)
Rural	53,8 (48,3;59,2)	26,9 (22,0;31,8)	63,8 (58,5;69,0)	34,7 (29,4;39,9)	75,3 (70,6;80,1)
Renda familiar (em salários mínimos)					
≤3,0	61,8 (55,1;68,5)	36,8 (30,1;43,4) ^b	67,6 (61,2;74,1)	39,2 (32,5;46,0)	78,4 (72,8;84,1)
3,1-6,0	57,7 (49,1;66,2)	19,2 (12,4;26,1)	63,1 (54,7;71,4)	40,8 (32,3;49,3)	76,2 (68,8;83,5)
>6,0	46,6 (36,1;57,1)	26,1 (16,9;35,4)	68,2 (58,4;78,0)	31,8 (22,0;41,6)	71,6 (62,1;81,1)
Autopercepção de saúde					
Excelente-Boa	60,6 (54,0;67,2)	31,5 (25,2;37,7)	68,5 (62,3;74,8)	37,6 (31,0;44,1)	76,5 (70,8;82,2)
Regular-Ruim	54,1 (47,3;60,9)	26,8 (20,8;32,8)	64,1 (57,6;70,7)	38,8 (32,1;45,4)	76,1 (70,3;81,9)
Morbidade presente					
Hipertensão arterial sistêmica, apenas	56,0 (50,8;61,1)	29,0 (24,3;33,7)	67,4 (62,5;72,3)	35,7 (30,7;40,6) ^b	75,2 (70,7;79,7)
Diabetes mellitus, apenas	58,3 (29,1;87,6)	16,7 (0,0;38,8)	50,0 (20,4;79,6)	50,0 (20,4;79,6)	91,7 (75,3-*)
Hipertensão arterial sistêmica + diabetes mellitus	66,7 (53,6;79,8)	33,3 (20,2;46,4)	62,7 (49,3;76,2)	52,9 (39,1;66,8)	80,0 (69,4;91,4)
Tempo de hipertensão arterial sistêmica (em anos)					
<10	54,7 (47,2;62,2)	31,2 (24,2;38,2)	70,0 (63,1;76,9)	40,6 (33,2;48,0)	74,1 (67,5;80,7)
≥10	59,2 (52,7;65,7)	27,8 (21,9;33,7)	63,2 (56,9;69,6)	35,4 (29,1;41,7)	77,6 (72,1;83,1)
Tempo de diabetes mellitus (em anos)					
< 8	57,7 (37,9;77,5)	34,6 (15,6;53,7)	61,5 (42,1;81,0)	57,7 (37,9;77,5)	80,8 (65,0;96,5)
≥ 8	70,6 (54,7;86,5)	26,5 (11,1;41,8)	58,8 (41,7;76,0)	52,9 (35,6;70,3)	85,3 (73,0;97,6)
Recomendação					
Não	55,4 (46,8;64,0)	26,9 (19,2;34,6)	65,4 (57,2;73,6)	38,5 (30,0;46,9)	74,6 (67,1;82,1)
Sim	58,2 (52,5;63,9)	30,1 (24,8;35,4)	66,8 (61,4;72,2)	38,0 (32,4;43,6)	77,1 (72,2;81,9)

a) Consumo igual ou inferior a uma vez na semana.

b) Valor p<0,05.

c) Valor p<0,001.

*O referido valor para o limite superior do intervalo de confiança ultrapassa os 100% e por esse motivo não foi informado na presente tabela.

identificam, na população estudada, quais os grupos em que as ações relacionadas à alimentação e nutrição devem ser reforçadas.^{10,16,17}

Para a maioria dos itens alimentares investigados, observou-se prevalência de consumo recomendado superior a 50%, mostrando que, de maneira geral, a população em estudo segue as recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. Esse achado, possivelmente, pode ser explicado pela escala populacional do município, de pequeno porte, essencialmente rural, com amplo acesso a produtos *in natura* e acesso mais limitado a produtos industrializados e *fast foods*.

Já as prevalências de embutidos e doces ultrapassaram as recomendações máximas aceitas para consumo, visto que 70,8% e 61,9% dos indivíduos, respectivamente, referiram consumir tais alimentos em mais de uma vez na semana. Essa elevada frequência de consumo de embutidos e doces pode ser explicada por questões relacionadas a aspectos culturais do município, como a ascendência alemã e sua cultura alimentar, em que a presença de ambos grupos de alimentos é muito comum. Outros estudos mostram resultados semelhantes, como uma inadequação do consumo alimentar de hipertensos e diabéticos caracterizada, principalmente, por uma dieta rica em gordura e açúcares.¹⁸⁻²¹

O elevado percentual de indivíduos (mais de 60%) que consumiu salada crua, frutas e lácteos diariamente reflete o cenário global da comunidade, dotada de uma abundante oferta de produtos hortícolas e pomares, bem como de leite e seus derivados devido à produção leiteira, muito comum na região. Essas características podem ser observadas em outros estudos, segundo que o meio rural também oferece condições para um consumo mais frequente desses alimentos, além de evidenciar o papel da fibra e de produtos lácteos na dieta de controle de HAS e DM, fato já descrito na literatura.¹⁹

O estudo também mostrou que as mulheres apresentaram maior frequência de consumo alimentar recomendada para frutas, frituras, embutidos e refrigerantes, na comparação com os homens. Este achado é semelhante às evidências de outro estudo,²² o qual apresenta as mulheres como mais cuidadosas de sua alimentação, ao optar por uma dieta pobre em gorduras e açúcares e rica em fibras.²³⁻²⁶

Os resultados do estudo em tela mostram que a prevalência de consumo semanal recomendado de

doces entre hipertensos foi maior do que nos demais grupos. Pesquisa realizada por Cotta *et al.* no estado de Minas Gerais, em 2005, mostrou que 66,9% dos hipertensos e 100,0% dos diabéticos avaliados informaram evitar algum tipo de alimento com o objetivo de melhorar sua saúde.²⁴

A prevalência de consumo de frutas foi 47% maior para pessoas que vivem na zona rural ($p < 0,001$). A maioria da população do município estudado vive na área rural e mantém cultivo próprio de hortas e pomares, tendo uma vasta disponibilidade desses alimentos a um menor custo, o que pode explicar seu consumo mais frequente.^{1,25}

Outro resultado relacionado ao local de residência demonstrou que os habitantes da zona urbana tiveram maior prevalência de consumo de alimentos não saudáveis. Estudos realizados na região Sudeste do país, em 2005 e 2010,^{16,26} mostraram que, em geral, morar em áreas urbanas é um fator que contribui para uma alimentação inadequada, rica em gorduras, produtos processados e ultraprocessados.^{16,26}

O nível econômico também parece estar ligado ao consumo alimentar dessa população. O grupo com menor renda apresentou a menor prevalência de consumo alimentar recomendado de frutas, enquanto o grupo de renda intermediária, maior prevalência de consumo de embutidos. Os resultados anteriormente citados sugerem que, apesar de a renda estar relacionada com o consumo alimentar, não há um direcionamento para o maior ou menor consumo recomendado de alimentos saudáveis ou não saudáveis nessa população, segundo um determinado nível econômico. Não obstante, alguns estudos sugerem que a escolha de uma alimentação saudável está associada com os rendimentos familiares, sendo os indivíduos de maior renda os que têm uma alimentação mais equilibrada.^{26,27}

Indivíduos com autopercepção de saúde excelente ou boa apresentaram maior prevalência de consumo recomendado de salada crua, resultado que difere do observado por Costa *et al.* em trabalho sobre dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em suas edições de 1998, 2003 e 2008. A PNAD demonstrou que idosos com pior apreciação da própria saúde tiveram maior consumo adequado de fibras.¹ As questões referentes a como cada indivíduo percebe sua saúde são difíceis de serem interpretadas.

De todos os itens alimentares analisados, somente a prevalência de consumo recomendado de frutas

teve diferença significativa para a variável 'recomendação alimentar', sendo o médico o profissional mais referido. Mesmo constatando que a maior parcela da população sabe da importância da alimentação para a saúde, a modificação de hábitos alimentares, frequentemente, gera resistência. Em geral, os idosos, que correspondem a 64,7% da população estudada, têm raízes culturais muito sólidas e são de difícil mudança de opinião. Este fator leva a que indivíduos, mesmo recebendo algum tipo de orientação nutricional, nem sempre sigam tais recomendações, seja por motivo de hábitos, crenças e/ou fatores econômicos.²⁷

Como limitações do estudo, destaca-se que os resultados encontrados não refletem os hábitos alimentares da população estudada, dado que o instrumento utilizado para a coleta de informações representa apenas o consumo dos sete dias anteriores à entrevista. A sazonalidade também deve ser considerada, por se tratar de um período em que a oferta de alimentos saudáveis, como frutas por exemplo, é maior do que nos outros meses do ano.

Em relação aos possíveis viesés, por se tratar de uma comunidade em que as inter-relações são muito próximas e de elevado apreço entre indivíduos, o fato de a coleta de dados ter sido realizada pelos próprios agentes comunitários de saúde pode ter influenciado as respostas e, eventualmente, gerado um viés de informação. A despeito das limitações logísticas e orçamentárias, esta foi a maneira encontrada para viabilizar o estudo.

[...] A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico que envolve a garantia ao acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática alimentar adequada aos aspectos biológicos e sociais do indivíduo, e que deve estar em acordo com as necessidades alimentares especiais; ser referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade, atendendo aos princípios da variedade, equilíbrio, moderação e prazer; e baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis.²⁸

O Guia Alimentar para a População Brasileira de 2008, cujo trecho é reproduzido em epígrafe, foi utilizado como referência para avaliar a adequação da frequência de consumo de cada grupo alimentar. A escolha do referido guia deu-se por seu caráter

quantitativo, o que permitiu medir, de maneira mais adequada, os desfechos descritos anteriormente. A última versão do guia, datada de 2014, conta com uma linguagem diferenciada e uma proposta que abrange conceitos mais amplos da alimentação, não sendo apta a medir os desfechos quantitativamente. Além disso, durante a coleta de dados, o recente lançamento do guia de 2014 foi uma das razões pelas quais o presente estudo optou pelo uso da versão anterior, de 2008.

A nova versão do Guia Alimentar para a População Brasileira, publicada em 2014, trouxe uma abordagem completamente inovadora ao englobar todos os aspectos de como deve ser uma alimentação saudável. Essa nova versão complementa aquela utilizada no presente estudo, na medida em que proporciona ao leitor novas perspectivas de uma alimentação saudável, que não se restringem apenas a quantidades ou porções recomendadas por cada grupo alimentar a serem consumidas ao longo do dia.

Dadas as constantes iniquidades sociais e econômicas presentes no Brasil, o Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014 é um instrumento de total relevância, tanto para a população quanto para os gestores de saúde, no que diz respeito à melhoria da qualidade de vida da população brasileira.

Conhecer aspectos do consumo alimentar de indivíduos portadores de doenças com elevada demanda por atendimento nas unidades básicas de saúde, caso da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes *mellitus*, é importante para subsidiar ações capazes de proporcionar melhorias para os usuários e o sistema público de saúde. Sendo assim, recomenda-se que outros estudos sejam realizados com o objetivo de verificar não somente a frequência de consumo, senão também o hábito alimentar de pessoas com as morbidades avaliadas.

Contribuição das autoras

Destri K, Zanini RV e Assunção MCF planejaram e desenharam o estudo. Destri K coordenou o trabalho de campo e redigiu o manuscrito. Zanini RV realizou a análise dos dados. Assunção MCF orientou todas as etapas do trabalho. Todas as autoras revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Referências

1. Lima-Costa ME, Matos DL, Camargos VP, Macinko J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). *Cienc Saude Colet*. 2011 set;16(9):3689-96.
2. World Health Organization. *World Health Statistics 2012*. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*. 2010 Jan;87(1):4-14.
4. Joffres M, Falaschetti E, Gillespie C, Robitaille C, Loustalot F, Poulter N, et al. Hypertension prevalence, awareness, treatment and control in national surveys from England, the USA and Canada, and correlation with stroke and ischaemic heart disease mortality: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2013 Aug;3(8):e003423.
5. Garin N, Koyanagi A, Chatterji S, Tyrovolas S, Olaya B, Leonardi M, et al. Global multimorbidity patterns: a cross-sectional, population-based, multi-country study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016 Feb;71(2):205-14.
6. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. *Cienc Saude Coletiva*. 2011 set;16(9):3755-68.
7. Longo GZ, Neves J, Castro TG, Pedrosa MRO, Matos IB. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. *Rev Bras Epidemiol*. 2011 dez;14(4):698-708.
8. Souza CS, Stein AT, Bastos GAN, Pellanda LC. Blood pressure control in hypertensive patients in the 'Hipertensão Program': a territory-based study. *Arq Bras Cardiol*. 2014 Jun;102(6):571-78.
9. Ozcariz SG, O Cde Bernardo, Cembranel F, Peres MA, González-Chica DA. Dietary practices among individuals with diabetes and hypertension are similar to those of healthy people: a population-based study. *BMC Public Health*. 2015 May. 15:479.
10. World Health Organization. *Preventing chronic diseases a vital investment*. Geneva: World Health Organization; 2005.
11. Kang Y, Kim J. Association between fried food consumption and hypertension in Korean adults. *Br J Nutr*. 2016 Jan;115(1):87-94.
12. Morton S, Saydah S, Cleary SD. Consistency with the dietary approaches to stop hypertension diet among adults with diabetes. *J Acad Nutr Diet*. 2012 Nov;112(11):1798-805.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamento familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN – na assistência à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e manuais técnicos)
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censos e estimativas, 2010*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010. [citado 2014 abr 24]. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/RS2010.pdf
17. Olmos RD, Benseñor IM. Dietas e hipertensão arterial: intersalt e estudo DASH. *Rev Bras Hipertens*. 2001 abr-jun;8(2):221-4.
18. Lima LA, Nedel FB, Olinto MTA, Baldisserotto J. Hábitos alimentares de hipertensos e diabéticos atendidos em um serviço de Atenção Primária à Saúde do Sul do Brasil. *Rev Nutr*. 2015 mar-abr;28(2):197-206.
19. Heitor SFD, Rodrigues LR, Tavares DMS. Prevalência da adequação à alimentação saudável de idosos residentes em zona rural. *Texto Contexto - Enferm*. 2013 jan-mar;22(1):79-88.
20. Oliveira EP, Camargo KF, Castanho GKE, Nicola M, Portero-McLellan KC, Burini RC. A variedade da dieta é fator protetor para a pressão arterial sistólica elevada. *Arq Bras Cardiol*. 2012 abr;98(4):338-43.
21. Atenção Básica (RS). *Atenção Básica do RS* [Internet]. Porto Alegre: [citado 2017 mar 14]. Disponível em: <http://atencaobasica.saude.rs.gov.br>
22. Malta DC, Silva SA, Oliveira PPV, Iser BPM, Bernal RTI, Sardinha LMV, et al. Resultados do monitoramento dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas

não transmissíveis nas capitais brasileiras por inquérito telefônico, 2008. Rev Bras Epidemiol. 2012 jul-set;15(3):639-50.

23. Batista MCR, Priore SE, Rosado LEFPL, Tinôco ALA, Franceschini SCC. Avaliação dietética dos pacientes detectados com hiperglicemia na 'Campanha de Detecção de Casos Suspeitos de Diabetes' no município de Viçosa, MG. Arq Bras Endocrinol Metab. 2006 dez;50(6):1041-9.
24. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfenas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. Rev Nutr. 2009 nov-dez;22(6):823-35.
25. Costa MFFL, Peixoto SV, César CC, Malta DC, Moura EC. Comportamentos em saúde entre idosos hipertensos, Brasil, 2006. Rev Saude Publica. 2009 nov;43 supl 2:18-26.

Abstract

Objective: to describe the food intake among individuals with high blood pressure and diabetes in a municipality in the south of Brazil. **Methods:** a cross-sectional descriptive study was conducted in Nova Boa Vista-RS, Brazil, from June to September 2013; food intake was collected from the questionnaire of the Food and Nutrition Surveillance System (SISVAN) and from an adaptation based on the 2008 Dietary Guidelines for the Brazilian Population. **Results:** 422 individuals were included in the study (≥ 18 years old); the food that presented the highest recommended intake frequencies were raw salad (60.7%), fruits (73.0%), dairy products (61.4%), fried food (57.3%), snacks (66.4%) and soft drinks (76.3%); processed meat and sweets presented the highest non-recommended intake frequencies, with 34.8 and 23.9%, respectively. **Conclusion:** food intake among the population studied seems to be in accordance to the recommended frequencies, especially among women.

Keywords: Food consumption; Hypertension; Diabetes Mellitus; Chronic Disease; Epidemiology, Descriptive.

26. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Lucca A, Florindo AA, Figueiredo ICR, et al. Monitoramento de fatores de risco para doenças crônicas por entrevistas telefônicas. Rev Saude Publica. 2005 jan;39(1):47-57.
27. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. Cienc Saude Coletiva. 2009 jul-ago;14(4):1251-60.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Resumen

Objetivo: describir el consumo de alimentos en una población de pacientes hipertensos y diabéticos de una ciudad en el sur de Brasil. **Métodos:** estudio descriptivo transversal realizado en la ciudad de Nova Boa Vista-RS, Brasil, entre junio y septiembre de 2013; el consumo de alimentos se recogió a través del cuestionario del Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) y la adecuación fue basada en la Guía de alimentos para la población brasileña. **Resultados:** el estudio evaluó 422 hipertensiva y/o diabética; los alimentos con mayor frecuencia de consumo dentro de las recomendaciones fueron ensalada cruda (60,7%), frutas (73,0%), leche (61,4%), así como alimentos fritos (57,3%), bocadillos (66,4%) y soda (76,3%); salchichas y los dulces eran los alimentos que tenían una mayor frecuencia de consumo no recomendada, 34,8 y 23,9% respectivamente. **Conclusión:** las mujeres parecen seguir más estrechamente las recomendaciones de la guía de alimentación brasileño.

Palabras-clave: Consumo de alimentos; Hipertensión; Diabetes Mellitus; Enfermedad Crónica; Epidemiología Descriptiva.

Recebido em 06/12/2016
Aprovado em 02/05/2017