



Perfil socioeconômico, demográfico e consumo alimentar da pessoa com deficiência física adquirida do município de Itajaí (SC)

Socioeconomic, demographic and dietary profile of people with acquired physical disabilities in the municipality of Itajaí (SC)

ALCIDES LUAN DALCASTAGNE (1)

JOÃO PEDRO RAYMUNDO BERALDO (2)

CLÁUDIA HELENA JASPER

FABÍOLA HERMES CHESANI (4)

TATIANA MEZADRI (5)

Resumo: Objetivo: Conhecer o perfil socioeconômico, demográfico e o consumo alimentar das pessoas com deficiência física adquirida as quais são assistidas por unidades de saúde e clínicas de reabilitação da cidade de Itajaí (SC). **Métodos:** Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário com variáveis socioeconômicas, tipos de deficiência, hábito alimentar e estilo de vida. Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Foi encontrada prevalência do sexo masculino (54,68%) e de paraplegia (29,68%). O consumo de legumes e verduras foi superior (63,9%) quando comparado ao feijão (55,7%), arroz (36,1%), pão integral (31,1%) e arroz integral (24,6%). A presença de alimentos não saudáveis foi encontrada nos lácteos integrais (44,3%) e nos carboidratos refinados, exceto: arroz, arroz integral, pão e pão integral (29,5%). **Conclusão:** A deficiência física tem grande impacto na vida dos entrevistados, alterando a renda familiar e os hábitos familiares, modificando a estrutura da família. Com relação ao consumo alimentar foi relatada na dieta a prevalência de alimentos saudáveis, porém houve um consumo relevante de alimentos gordurosos, sendo um fator preocupante, visto que a população em questão tende a ser sedentária.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência. Sistema Único de Saúde. Epidemiologia.

Abstract: Objective: To investigate the socioeconomic, demographic and dietary profile of people with acquired physical disability who are assisted by health facilities and rehabilitation clinics in Itajaí (SC). **Methods:** For the data collection, a questionnaire was used, which included socioeconomic variables, types of disability, dietary habits and lifestyle. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** We found a prevalence of males (54.68%), and paraplegia (28.68%). The consumption of vegetables was higher (63.9%) than that of beans (55.7%), rice (36.1%), wholegrain bread (31.1%) and wholegrain rice (24.6%). The presence of non-healthy foods was found in full fat milk (44.3%) and refined carbohydrates, except for rice, wholegrain rice, bread and wholegrain bread (29.5%) **Conclusion:** Physical disability has a great

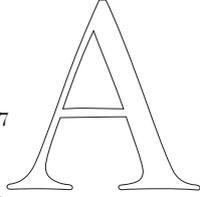
1 e 2 – Alunos do Curso de Nutrição da UNIVALI;

3 - Aluna do Programa de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho;

4 e 5 – Professoras do Curso de Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho.

impact on the lives of those interviewed, changing the family income and dietary habits, and modifying the family structure. In relation to the food consumption, a prevalence of healthy foods was reported in the diet; however, there was significant consumption of fatty foods, which was a factor of concern, given that this population tends to be sedentary.

Keywords: People with disabilities. Single Health System. Epidemiology.



INTRODUÇÃO

Deficiência pode ser definida como perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Abrange também a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais (AMIRALIAN *et al.*, 2000).

Segundo o senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 13,2 milhões de pessoas apresentam deficiência física, o que equivale a 7% da população. No Brasil, a mortalidade masculina é superior à feminina, especialmente nas idades avançadas. A população com mais de 65 anos, na qual se encontra o maior número de deficientes, é composta por maioria de mulheres, em que 6,8% da população brasileira feminina e 4,5% da população brasileira masculina têm deficiência motora. Somando-se familiares, amigos e profissionais da área, o tema deficiência interessa e envolve aproximadamente um terço da população do país (IBGE, 2015).

Em diversos elementos, os deficientes apresentam um estado de saúde diferente do estado das pessoas não deficientes, necessitando de cuidados de profissionais da área da saúde com maior frequência. Porém a população deficiente raramente é ponto de discussão em políticas de melhoria e promoção da saúde (OMS, 2012).

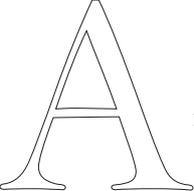
Movimentos sociais foram criados reivindicando direitos iguais a todos os cidadãos, ganhando maior reconhecimento por parte das autoridades e do resto da população. Segundo Lawters *et al.* (2003), essa tendência vem criando forças no Brasil com a aprovação de projetos de lei que auxiliam e garantem os direitos de cidadania aos indivíduos com deficiência.

Embora pessoas portadoras de deficiência física estejam presentes nas comunidades, isso não garante a sensibilização e o auxílio político e ainda existe preconceito contra pessoas com necessidades especiais. Estas, independentemente de suas potencialidades individuais, encontram-se amordaçadas por uma ideia globalizante de incapacidade e invalidez, que compromete extremamente seu aproveitamento como força de trabalho, da mesma forma que diminui suas possibilidades de realização afetiva, educacional e política. Estudos relacionados a prevalências das deficiências na população e a definição do perfil destas pessoas podem ajudar a evidenciar a qualidade de vida e saúde dos deficientes e facilitar estratégias de auxílio (MARQUES, 1998).

Além do preconceito observado, a população em geral está alterando seus hábitos de vida, adotando cada vez mais o sedentarismo. Isso inclui principalmente os deficientes físicos, que na sua maioria não praticam atividades. De acordo com Gualano e Tinucci (2011), a inatividade física é vista como o fator predominante na obesidade infantil, podendo também ser um complicador do estado geral de saúde de pacientes afetados por várias patologias, englobando as cardiovasculares, renais, endocrinológicas, neuromusculares e osteoarticulares.

Aliada à atividade física, a alimentação é um fator de grande importância na saúde de qualquer ser humano, e em pessoas com deficiência motora deve ser redobrada a atenção, pois segundo a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte – SBME (2009), as pessoas com deficiência física são mais propensas a desenvolver osteoporose, cálculo renal, alteração do metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios, além de ter maior probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares.

Diante do impacto na qualidade de vida em decorrência das necessidades da pessoa com deficiência e dos poucos estudos disponíveis evidenciando as características desses sujeitos na



sociedade, este estudo objetiva conhecer o perfil epidemiológico e alimentar das pessoas com deficiências físicas adquiridas que são assistidas por unidades de saúde e clínicas de reabilitação da cidade de Itajaí (SC).

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo exploratório, descritivo, de análise quantitativa e com utilização de questionário estruturado padronizado.

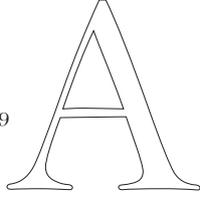
A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Itajaí, cuja população está estimada em 205.271 habitantes (IBGE, 2015a). O município está situado no litoral norte do Estado de Santa Catarina a 90 km de Florianópolis, capital do Estado. Com relação à atenção básica, a cidade conta com 34 Unidades de Saúde e 44 equipes de Estratégia Saúde da Família. Entre as redes de apoio às pessoas com deficiência presentes no município estão a Associação dos Deficientes Físicos da Foz do Itajaí (ADEFI) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Na rede especializada, as referências são a Clínica de Fisioterapia e o Centro Especializado em Reabilitação/Universidade do Vale do Itajaí (CER 2/UNIVALI), ambos inseridos na UNIVALI e conveniados à Secretaria de Saúde Municipal.

Foram identificadas e entrevistadas na sua residência as pessoas com deficiência física adquirida pertencentes a cinco Unidades de Saúde de Itajaí, que foram selecionados por facilidade de acesso dos pesquisadores, as redes de apoio (ADEFI e APAE) e os centros especializados (Clínica de Fisioterapia e CER II/UNIVALI). A amostra foi obtida por conveniência. A coleta de dados foi realizada no período de março a agosto de 2015 por acadêmicos previamente treinados dos cursos de Nutrição e Fisioterapia da Universidade do Vale do Itajaí. Nos locais selecionados todas as pessoas identificadas que cumpriam os critérios de inclusão foram convidadas a participar da pesquisa e esclarecidas quanto a ela.

Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ter deficiência física adquirida (paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, membros com deformidade adquirida, esclerose amiotrófica e sequelas de AVC) e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os indivíduos ostomizados e mastectomizados, assim como aquelas que possuíam deficiência congênita e nanismo.

O instrumento para coleta de dados foi aplicado pelo entrevistador e consistiu de informações de identificação e socioeconômicas (nome, idade, sexo, escolaridade, qualificação profissional, renda (atual e anterior à deficiência), posição familiar, números de moradores em sua residência, tipo de moradia, se fez uso dos serviços de saúde no último ano, incluindo a avaliação da alimentação).

Os dados referentes ao consumo alimentar foram identificados por meio de um questionário de frequência alimentar (QFA) do tipo qualitativo. A listagem dos 50 alimentos baseou-se na última Pesquisa do Orçamento Familiar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, e o consumo alimentar avaliado foi referido pela frequência de consumo referente aos últimos 30 dias. Na sequência, os alimentos ou grupos de alimentos foram divididos em dois grupos: alimentos saudáveis e não saudáveis (MIOTO; OLIVEIRA, 2006).



A consolidação e a análise dos dados tiveram como questão central a identificação das características da situação de vida incluindo a alimentação da pessoa com deficiência física adquirida residente na cidade de Itajaí. Os dados coletados foram tabulados no programa Microsoft Excel® com análise de estatística descritiva (média, variância e desvio-padrão).

Este projeto é parte de uma pesquisa maior desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Catarina, a qual se intitula “O cuidado à saúde do deficiente físico em Santa Catarina – realidade e desafios”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC e da UNIVALI (protocolo nº 694.257) e financiado pela FAPESC/CNPq – PRONEX.

RESULTADOS

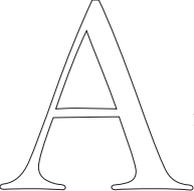
Foram entrevistadas 64 pessoas com deficiência física adquirida e residentes na cidade de Itajaí. Evidenciou-se que a maioria era do sexo masculino (54,6%) com idade média de $50,6 \pm 15,9$ anos e casados (48,4%). A paraplegia foi a deficiência física mais prevalente (29,7%), seguida por hemiplegia (14,1%) e amputação (10,9%) (Tabela 1).

Com relação à condição socioeconômica e à ocupação das pessoas entrevistadas, a Tabela 1 demonstra que, antes da deficiência, 32,8% dos entrevistados tinham renda mensal de até 2 SM, após a ocorrência da deficiência este percentual aumentou para 45,31% dos entrevistados, 18,7% recebiam benefício por invalidez e 7,8% das pessoas pesquisadas possuem emprego assalariado.

Dos entrevistados, 79,7% habitavam em casa própria, sendo que 68,7% residiam com a família. Quando questionados sobre a posição familiar do deficiente, obteve-se que a maioria eram mães (34,4%) e que 90,6% utilizou serviço de saúde no último ano.

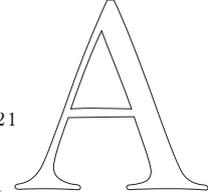
Tabela 1. Caracterização das pessoas com deficiência física adquirida quanto às variáveis socioeconômicas e tipo de deficiência (Itajaí, 2015)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	29	45,3
Masculino	35	54,7
Cor ou raça		
Branca	54	84,4
Preta, parda, indígena	10	15,6
Tipo de deficiência		
Amputação	7	10,9
Sequelas de AVC	4	6,3
Hemiparesia	1	1,6
Hemiplegia	9	14,1
Paraplegia	19	29,7
Paraparesia	7	10,9
Tetraplegia	2	3,1
Outros	15	23,4
Estado civil		
Casado	31	48,4
Coabitação	3	4,9
Divorciado	7	10,8



Solteiro	17	26,6
Viúvo	6	9,3
Ocupação		
Do lar	18	28,1
Aposentado	16	25,0
Desempregado (motivo saúde)	2	3,1
Desempregado (outro motivo)	6	9,4
Estudante	3	4,7
Benefício por invalidez	12	18,8
Emprego assalariado	5	7,8
Autônomo	2	3,1
Mora com		
Esposo	12	18,8
Família	44	68,8
Sozinho	7	10,9
Outro	1	1,5
Posição na família		
Mãe	22	34,4
Pai	16	25,0
Filho	17	26,5
Esposo	3	4,7
Outro	6	9,4
Renda mensal anterior à deficiência		
Até 2 SM	21	32,8
2 a 4 SM	20	31,2
4 a 10 SM	10	15,6
10 a 20 SM	4	6,2
+ de 20 SM	1	1,6
Sem renda	8	12,5
Renda mensal posterior à deficiência		
Até 2 SM	29	45,3
2 a 4 SM	24	37,5
4 a 10 SM	9	14,0
10 a 20 SM	1	1,6
Sem renda	1	1,6
Tipo de moradia		
Própria	51	79,7
Alugada	10	15,6
Cedida	3	4,7
Utiliza serviços de saúde		
Sim	58	90,6
Não	6	9,4

A Tabela 2 demonstra o consumo dos alimentos referenciados pelas pessoas. Quando analisado o consumo habitual, ou seja, consumido mais de cinco vezes na semana, observa-se



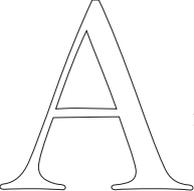
que a maioria dos entrevistados consome legumes e verduras, seguido de feijão, frutas, arroz. No entanto houve baixo consumo de peixe, ovo, carnes brancas, arroz integral e lácteos desnatados.

Com relação ao consumo habitual de alimentos não saudáveis, observaram-se altos valores para lácteos integrais, pão branco, seguido por carboidratos refinados, exceto arroz, arroz integral, pão e pão integral (Tabela 2). Quando comparados os grupos alimentos saudáveis e não saudáveis, não houve diferença significativa entre eles ($p=0,465$).

Tabela 2. Frequência alimentar das pessoas com deficiência física adquirida (Itajaí, 2015)

	ALIMENTOS/GRUPO	SIM N (%)	NÃO N (%)
Alimentos Saudáveis	Carnes brancas (grelhada e cozida)	14(23,0)	47(77,0)
	Peixes	2(3,3)	59(96,7)
	Legumes e Verduras	39(63,9)	22(36,1)
	Arroz	22(36,1)	39(63,9)
	Arroz Integral	15(24,6)	46(75,4)
	Pão Integral	19(31,1)	42(68,9)
	Ovo	4(6,6)	57(93,4)
	Feijão	34(55,7)	27(44,3)
	Lácteos Desnatados	17(27,9)	44(72,1)
	Frutas	33(54,1)	28(45,9)
Alimentos não saudáveis	Refrigerante	5(8,2)	56(91,8)
	Carnes Vermelhas (grelhada e cozida)	6(9,8)	55(90,2)
	Carnes Vermelhas (frita)	1(1,6)	60(98,4)
	Carnes Brancas (frita)	5(8,2)	56(91,8)
	Peixes (frito)	0(0,0)	61(100,0)
	Embutidos	1(1,6)	60(98,4)
	Pão	23(37,7)	38(62,3)
	Carboidratos*	18(29,5)	43(70,5)
	Lácteos Integrais	27(44,3)	34(55,7)
	Doces	3(4,9)	58(95,1)

*carboidratos integrais e refinados, exceto: arroz, arroz integral, pão e pão integral.



DISCUSSÃO

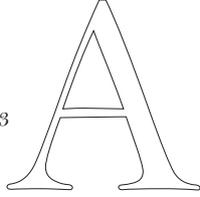
Dos entrevistados, obteve-se que a maioria eram homens, o que evidencia que a deficiência física adquirida em Itajaí acomete mais as pessoas do sexo masculino. Corroborando achados desta pesquisa, Nogueira *et al.* (2003) avaliaram 139 deficientes físicos residentes de Florianópolis e encontraram também o sexo masculino como o mais acometido por deficiência física relacionada à amputação de membros. Em 2013, a Pesquisa Nacional de Saúde realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) apontou que, com relação ao envolvimento em acidentes de trânsito nos últimos 12 meses, o sexo masculino (4,5%) foi relativamente maior que o sexo feminino (1,8%), podendo ser correlacionado com a ingestão de bebida alcoólica anterior à direção automotiva, o que indicou que 27,4% dos homens dirigiam automóveis após o consumo de bebida alcoólica para 11,9% das mulheres. Em pesquisa realizada em Belo Horizonte (MG), detectou-se que 76,8% das mortes por acidentes de trânsito eram do sexo masculino, o que expõe a população sobrevivente aos efeitos desses eventos, dentre eles a deficiência física (RODRIGUES *et al.*, 2006).

O estudo proporcionou identificar, quanto ao estado civil, que a maioria dos entrevistados está casada, seguida por solteiros e divorciados. Marmot *et al.* (2012) justificam isso devido ao fato de a pessoa com deficiência buscar relações mais concretas e duradouras, que tragam maior segurança tanto pessoal quanto emocional. Isto se explica também se se considerar que a população casada tende a ser uma população mais velha e, por isso, mais suscetível a adquirir algum tipo de deficiência.

No presente estudo, evidenciam-se dificuldades para o trabalho, pois somente 7,8% dos entrevistados possuem emprego assalariado e um grande número das pessoas entrevistadas recebem aposentadoria e benefício por invalidez. Fakete *et al.* (2014) descrevem que a dificuldade financeira de grande parte da população é resultado de seus problemas de saúde. Boff, Leite e Azambuja (2002) relataram que, em uma amostra de afastamentos de trabalho estudada, 61% dos afastamentos eram por causa de doenças; 22%, por causas externas (acidentes incluídos); e 17%, por convalescença de cirurgias. O alto índice de desemprego das pessoas com deficiência física também é reflexo da pobreza em geral descrita por Bieler (2007), que investigou as desigualdades socioeconômicas em um conjunto abrangente de indicadores de saúde entre pessoas com lesão medular na Suíça. A relação entre a deficiência e a incapacidade mostra que a marginalização do deficiente é social, pois existem mecanismos de compensação da deficiência que possibilitam viver dignamente: não basta a deficiência para que ocorra a exclusão, a resposta que a sociedade dá a esta limitação física é determinante (MACIEL, 2008).

Segundo Cordeiro *et al.* (2007), no momento em que se compreender que o trabalho tem considerável repercussão na vida de todos os indivíduos e representa ocupação fundamental para a realização pessoal, desenvolvendo a autoestima como forma de interação social, tal como desenvolvedor de identidade e autonomia, ter-se-á discernimento que se devem buscar políticas públicas que promovam a participação e a inclusão dos indivíduos com deficiência no mercado de trabalho.

A relação entre a deficiência e a renda mensal baixa foi revelada no presente estudo e corrobora com o Relatório Mundial da OMS (2012) sobre deficiência, em que foi relacionada a deficiência física com piores resultados no mercado de trabalho, na escolaridade e com maior probabilidade de serem pobres do que pessoas sem deficiências. O impacto econômico causado pela deficiência foi relatado por Cavalcante *et al.* (2009), o qual acontece pela sequência de



acontecimentos pós-trauma, como a visita a serviços sociais e de saúde; a perda de emprego e a redução da produtividade; o impacto nas famílias e nos provedores de atenção, que intensificam as despesas para o indivíduo, à família e também à comunidade. Ressalta-se também que os rendimentos familiares diminuíram após a deficiência, fato que deverá ser mais bem investigado, a fim de se associar os motivos desta diminuição de renda.

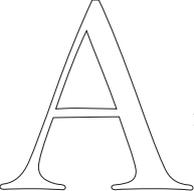
Sabe-se que indivíduos com deficiência estão mais expostos a comorbidades associadas à sua deficiência, resultando em maior necessidade de uso de serviços de saúde para a manutenção de sua integridade física e mental (HARRISON, 2006). Segundo Claus e Halstead (1982), a posição sentada em cadeiras de rodas pode aumentar o risco de complicação renal, pelo fato de ocorrer uma alteração do fluxo de sangue ao rim. Wells e Hooker (1990) concluíram que todos os paraplégicos têm risco maior para todas as complicações relatadas para lipídeos corporais. Juntamente ao alto consumo de lipídeos, estes indivíduos apresentam uma deposição elevada de gordura subcutânea que colabora com o aumento dos lipídeos plasmáticos e o risco de doenças cardiovasculares.

Embora evidenciada no estudo uma ampla procura do deficiente motor aos serviços de saúde (90,62%), cabe salientar que a política da pessoa com deficiência aponta para a necessidade de cobertura de 100% da população brasileira. Esta política data o ano de 2008, porém a legislação brasileira remonta a década de 1980. Em adição, ressalta-se a presença de um Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual no município do estudo, fato que realça a lacuna existente entre os serviços de saúde.

Segundo Gomes (2005), os serviços de reabilitação proporcionam o desenvolvimento físico, psicológico, social, profissional, educacional de um indivíduo, dentro do seu comprometimento fisiológico ou anatômico, levando em conta limitações ambientais. Dessa forma, a reabilitação tem como objetivo capacitar as pessoas com deficiência para se adequarem socialmente, e assim, quando inseridas na comunidade, facilitar sua interação social. Nesta lógica, a reabilitação se constitui como serviço essencial para a ampliação da participação social, devendo ser extremamente acessível e com qualidade. Conforme Faro (2006), os princípios da reabilitação promovem o envolvimento do paciente e sua família no planejamento e na implementação de cuidados que têm como meta a máxima independência possível e o gerenciamento do autocuidado.

Um dado em destaque no presente trabalho com relação ao consumo alimentar foi a quantidade de entrevistados que consumiam o feijão mais de cinco vezes na semana (55,7%). Segundo Silva e Wander (2013), o consumo do feijão é importante porque é consumido por diversas classes sociais, sendo para as de menor renda a principal e relativamente mais barata fonte de proteína vegetal, mineral, vitaminas, fibras, além do que seu teor proteico pode chegar a 33% com valor energético de 341 kcal. Além do mais, segundo a *Food and Agriculture Organization of the United Nations* (2015), o Brasil é o maior produtor e consumidor de feijão do mundo.

Com relação a legumes e verduras, mais de 60% dos entrevistados os consumiam habitualmente. Sabe-se que legumes e verduras são componentes importantes de uma dieta saudável, pois geralmente eles possuem baixa densidade energética, são fontes de vitaminas, minerais e componentes bioativos que trazem benefícios à saúde (WORLD CANCER RESEARCH FUND/ AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2007). Existem também evidências de que o adequado consumo de frutas, legumes e verduras contribui para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2 e câncer, incluindo câncer de pulmão, de esôfago, colorretal e gástrico (WHO, 2003).



Porém, em pesquisa feita pelo IBGE (2014), em que foi avaliado o consumo alimentar pessoal nos anos de 2008 e 2009, concluiu-se que as prevalências de inadequação de ingestão de legumes e verduras foram altas em todas as grandes regiões do país, refletindo a baixa qualidade da dieta do brasileiro, embora seja de alta relevância destacar que a pesquisa avaliou o consumo alimentar da população em geral, e não especificamente de pessoas com deficiência física como o presente estudo.

Com relação ao consumo de arroz, 63,9% não consumiam mais do que cinco vezes na semana. Em análises realizadas pelo IBGE em pesquisas de Orçamentos Familiares de 1987, 1996 e 2003 (IBGE, 2015) mostraram que realmente existe uma variação do consumo de arroz em função da condição socioeconômica, ou seja, apesar de ser um alimento típico brasileiro e consumido em todas as classes sociais, existe uma relação entre o consumo de arroz e o poder aquisitivo do consumidor. Segundo a pesquisa, houve uma redução do consumo alimentar domiciliar per capita do arroz no Brasil em famílias de baixa renda. O que leva a sugerir que a baixa condição financeira apresentada nesse estudo, em que predomina até dois salários mínimos, corrobora percentual de ingestão desse alimento.

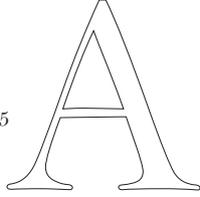
Em contrapartida, observou-se no estudo um aumento do consumo habitual de carboidratos refinados (carboidratos refinados em geral, pão branco, refrigerante e doce). Corroborando dados de Bertoli (2006), que realizou um estudo para analisar o estado nutricional de 35 deficientes, entre eles 24 físicos. O autor concluiu que houve um excessivo consumo de carboidratos refinados. Esse achado alerta para o risco de uma dieta inadequada e seus efeitos maléficos à saúde do indivíduo, considerando que o consumo excessivo de alimentos-fonte de carboidratos simples pode induzir ao acúmulo de ganho de peso corporal e à elevação de triglicérides (SANTOS; LESSA, 1989), assim como ao aumento na prevalência do excesso de peso, e de outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

Ressalta-se também o consumo habitual de carne vermelha e carne branca frita, sugerindo assim um aumento na quantidade de gordura na dieta dos indivíduos estudados. Dado também encontrado por Tomey (2005) que, ao analisar o consumo alimentar e o estado nutricional de 95 indivíduos paraplégicos, observou aumento na quantidade de gordura consumida na dieta da amostra avaliada.

A ingestão excessiva de calorias e as dietas ricas em gordura predis põem o organismo a um acúmulo de gordura corporal. Esse excesso de gordura corporal tornou-se um problema de proporção mundial, que está afetando cada vez mais pessoas, especialmente as que vivem nos grandes centros urbanos, assim os hábitos alimentares inadequados quanto à inatividade física estão diretamente associados ao desencadeamento de diversas doenças crônico- degenerativas, como as cardiovasculares, alguns tipos de câncer e diabetes *mellitus* tipo (CERVATO *et al.*, 1997).

Verificou-se, também, que quase metade dos entrevistados (45,9%) não possuía consumo habitual de frutas. Esses dados também foram encontrados por Burri e Neidlinger (2002), que utilizaram questionário de frequência alimentar avaliando o período de 12 meses com 33 pessoas portadores de paraplegia e hemiplegia. Foi relatado baixo consumo de frutas ao analisar a dietética de 13 adultos com deficiência física. Os resultados de estudos prospectivos têm sugerido que a ingestão de frutas e legumes é inversamente proporcional aos riscos de desenvolver diabetes e síndrome metabólica (FORD *et al.*, 2003).

Os consumos de nutrientes antioxidantes, como frutas, por pessoas com deficiências físicas graves também podem ser afetados por fatores socioeconômicos, assim como a dificuldade de



acesso. Segundo SHEA (1995), pessoas com deficiências físicas graves são mais propensas a viver abaixo do nível de pobreza do que a população em geral; já nos domicílios com renda reduzida, o consumo alimentar pode ser restringido, especialmente consumo de frutas e vegetais (ROGERS *et al.*, 1995), associando-se, assim, ao presente estudo, que se observou maior número de famílias com baixa renda (máximo dois salários mínimos por mês), podendo favorecer a dificuldade de acesso a alimentos saudáveis.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as pessoas com deficiência física adquirida residentes no município de Itajaí corroboram os achados de outras pesquisas quanto ao perfil sociodemográfico e de saúde. No entanto, o hábito de consumir alimentos saudáveis apresentou resultados melhores ao confrontar com a população geral. Poucos alimentos não saudáveis foram de ingestão frequente.

Ressalta-se o fato de que a deficiência física tem grande impacto na vida das pessoas com mudanças comportamentais, sociais e financeiras. Cabe ao indivíduo a busca por alternativas para viver com qualidade e à sociedade sua integração digna no meio comum.

REFERÊNCIAS

- AMIRALIAN, M.L.T *et al.* Conceituando deficiência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, feb. 2000 .
- BERTOLI, S; BATTEZZATI, A; MERATI, G; MARGONATO, V; MAGGIONI, M; TESTOLIN, G. *et al.* Nutritional status and dietary patterns in disabled people. **Nutr Metab Cardiovasc Dis.** v.16, p. 100-12, 2006.
- BIELER, R.B. **Desenvolvimento Inclusivo:** Uma abordagem universal da Deficiência. 2007. Disponível em: http://www.uefs.br/disciplinas/exa519/Des_Inclusivo_Paper_Port_Final Acesso em: 17 nov. 2015.
- BOFF, B.M; LEITE, D.F; AZAMBUJA, M.I.R. Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 337-342, jun. 2002 .
- BURRI, B.J; NEIDLINGER, T.R. Dietary intakes and serum concentrations of vitamin E and total carotenoids of healthy adults with severe physical disabilities are lower than matched controls. **J Am Diet Assoc.** v.102, p.1804-06, 2002.
- CAVALCANTE, F.G *et al.* Diagnóstico situacional da violência contra crianças e adolescentes com deficiência em três instituições do Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 45-56, feb. 2009
- CERVATO, A.M *et al.* . Dieta habitual e fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 31, n. 3, p. 227-235, jun. 1997 .
- CLAUS, J.W; HALSTEAD, L.S. Metabolic and endocrine changes in spinal cord injury: II (section 1): Consequences of partial decentralization of the autonomic nervous system. **Arch Phys Med Rehabil.** v.63, p. 569-75, nov. 1982.
- CORDEIRO, A.M *et al.* . Revisão sistemática: uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** Rio de Janeiro , v. 34, n. 6, p. 428-431, dec. 2007 .

FAKETE, C; SIEGRIST, J; REINHARDT, J.D; BRINKHOF, M.W. Is financial hardship associated with reduced health in disability? The case of spinal cord injury in Switzerland. **Plos one**. v. 9, p. 1-25, feb. 2014.

FARO, A.C.M. Enfermagem em Reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 40, p. 128-33, 2006.

FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION OF THE UNITED NATIONS (US). Statistics. Roma: FAO, 2015. Disponível em < <http://www.fao.org/3/a-i4691e.pdf>>

FORD, E.S; MOKDAD, A.H; GILES, W.H; BROWN, D.W. The metabolic syndrome and antioxidant concentrations: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. **Diabetes**. v. 52, p. 2346-352, 2003.

GOMES, A.C. **Perfil de crianças e adolescentes atendidos por uma clínica universitária de fisioterapia em situação de inclusão escolar e social** [dissertação]. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie; 2005.

GUALANO, B; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Rev. bras. educ. fis. esporte**, São Paulo, v. 25, n. spe, p. 37-43, dec. 2011.

HARRISON, T. Health promotion for persons with disabilities: what does the literature reveal? **Fam Community Health**. v 29, p. 12-19, 2006.

IBGE(a) - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2015**: Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=420820/>. Acesso em: 16 out. 2015.

IBGE(b) – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares – 1987, 1996, 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>>

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. **Censo demográfico 2010: Características da população e dos domicílios**: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde – 2013**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.

LAWTHERS, A.G; PRANSKY G.S; PETERSON L.E; HIMMELSTEIN J.H. Rethinking quality in the context of persons with disability. **Int J Qual Health Care**. v.15, p.289-99, 2003.

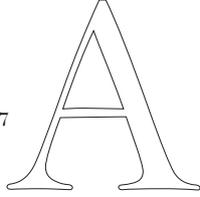
MACIEL, C.T. A modernidade e o mito da deficiência. **Revista em Tese**. v. 5, p. 32-48, 2008.

MARMOT, M; ALLEN, J; BELL, R; BLOOMER, E; GLODBLATT, P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. **The Lancet**. 2012.

MARQUES, C.A. Implicações políticas da institucionalização da deficiência. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 19, n. 62, p. 105-122, abr. 1998 .

MIOTO, A; OLIVEIRA, A. A influência da mídia nos hábitos alimentares de crianças de baixa renda do Projeto Nutrir. **Rev Paul Pediatría**, v.24, p.115-20, 2006.

NOGUEIRA, IC. Relatório sobre acidentes de trânsito, ano 2003. São José dos Campos: Departamento de Serviços de Trânsito, Secretaria de Transportes, Prefeitura Municipal de São José dos Campos; 2003.



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS): **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: OMS, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS): **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: OMS; 2012. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf.

RODRIGUES, J.B; ROQUE, F.S; DRUMOND, D.A.F; BORDONI, L.S; OLIVEIRA, A.C.M.B. Perfil das vítimas fatais de trânsito atendidas no HPS João XXIII. **Acta Cir Bras**. v.17, p.22-24, 2006.

ROGERS, M.A.M; SIMON, D.G; ZUCKER, L.B; MACKESSY, J.S; NEWMAN-PALMER, N.B. Indicators of poor dietary habits in a high risk population. **J Am Coll Nutr**. v. 14, p.159-64, 1995.

SANTOS, A.C; LESSA, I. Prevalência de incapacidades em dois diferentes grupos sociais em Salvador, Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**. v.106, p. 304-13, 1989.

SBME – Sociedade Brasileira de Medicina no Esporte. Diretriz. Modificações dietéticas, reposição hídrica, suplementos alimentares e drogas: comprovação de ação ergogênica e potenciais riscos para a saúde. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 15, n. 3, supl. p. 2-12, apr. 2009.

SHEA, M. Dynamics of economic well-being: Poverty, 1991-1993. **Washington, DC**: US Bureau of the Census, Current population reports, US Government Printing Office, 1995.

SILVA, O.F; WANDER, A.E. **O feijão comum no Brasil passado, presente e futuro**. Santo Antônio de Goiás-GO: Embrapa Arroz e Feijão, 2013.

TOMEY, K.M; CHEN, D.M; WANG, X; BRAUNSCHWEIG, C.L. Dietary intake and nutritional status of urban community-dwelling men with paraplegia. **Arch Phys Med Rehabil**. v. 86, p. 664-71, 2005.

WELLS, C.L; HOOKER S.P. The spinal injured athlete. **Adapted Physical Activity Quarterly**. v. 7, p. 265-85, 1990.

WORLD CANCER RESEARCH FUND/AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective**. Washington DC, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (US). **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva: WHO, 2003. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf.