

VII JORNADA DE NUTRIÇÃO “PREVENÇÃO E QUALIDADE DE VIDA”,

VI ENCONTRO DE PESQUISA CIENTÍFICA EM NUTRIÇÃO

I MOSTRA DE FOTOGRAFIAS DO CURSO DE NUTRIÇÃO

Perfil nutricional de pacientes em acompanhamento ambulatorial de nutrição

Tais Fátima Gasparetto – GASPARETTO, T. F. (URI – Erechim)¹ tais.gasparetto@gmail.com

Angélica Morgan Anselmini – ANSELMINI, A. M.¹(URI – Erechim)

angelycaanselmini@hotmail.com

Gabriela Pegoraro Zemolin – ZEMOLIN, G. P.²(URI – Erechim) gabiinutri@uricer.edu.br

Vivian Polachini Skzypek Zanardo – ZANARDO, V.P.S.²(URI – Erechim) vzanardo@uricer.edu.br

Resumo: O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil nutricional de pacientes atendidos em um Ambulatório de Especialidades em Nutrição, no Norte do Estado do Rio Grande do Sul. O trabalho foi desenvolvido através da coleta de dados da primeira consulta, extraídos dos prontuários nutricionais. Para isto foram avaliadas as seguintes variáveis: sexo, idade, Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência da cintura (CC), percentual de gordura corporal, ingestão energética e ingestão de macronutrientes. Foram analisados os prontuários de 30 pacientes. Observou-se a ocorrência de sobrepeso e obesidade grau I em 43,3% e 23,2% da população analisada, respectivamente, segundo diagnóstico de IMC. Verificaram-se valores de CC elevados em 56,66% dos pacientes, apresentando risco muito alto para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Observou-se que o risco de doenças associadas à obesidade, segundo percentual de gordura, está presente em 96,42% dos pacientes. Os resultados mostraram que a ingestão energética média foi de 1589,73 kcal/dia, 56% de carboidrato, 16,97% de proteína, 27,03% de lipídios. Sendo assim é de grande importância que esses pacientes mantenham o acompanhamento nutricional para que ocorra a melhoria dos marcadores nutricionais e conseqüentemente uma melhoria na sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade; antropometria; ingestão alimentar.

¹Acadêmicas do Curso de Nutrição da URI Erechim

² Professoras do Curso de Nutrição da URI Erechim

1 INTRODUÇÃO

As mudanças dos hábitos alimentares, convergindo para uma dieta mais ocidentalizada, aliada à diminuição progressiva da atividade física, resultaram no aumento do número de casos de obesidade em todo o mundo (GUIMARÃES, BORTOLOZO e LIMA, 2013). A obesidade é uma doença caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal sendo considerado como fator de risco para o desenvolvimento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), são elas a hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer (TEIXEIRA et al., 2013).

Dados antropométricos levantados pela Pesquisa de Orçamento Familiar (POF) de 2008-2009, estimou-se que cerca de 49% dos indivíduos adultos do País

apresentaram excesso de peso, ou seja, com índice de massa corporal (IMC) igual ou superior a 25 kg/m² (IBGE, 2009).

Segundo Cunha e Albano (2012), para o tratamento dessa doença existem diversas estratégias, entre elas: o tratamento medicamentoso, mudanças no estilo de vida, prática de atividade física, suporte psicológico e mudança no padrão alimentar, sendo esta última uma atividade associada ao aconselhamento dietético e educação nutricional praticado por profissionais nutricionistas.

De um modo geral, a alimentação saudável deve favorecer o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis, respeitando a identidade cultural-alimentar das populações ou comunidades, bem como o hábito construído durante toda a vida do ser humano. Por isso, estratégias de educação nutricional devem ser planejadas e apresentadas aos grupos sujeitos a este tipo de intervenção, objetivando adequação à sua realidade para que assim estes novos hábitos sejam verdadeiramente aderidos (TEIXEIRA et al., 2013).

A promoção de práticas alimentares saudáveis é fundamental para que a população possa, de forma autônoma, selecionar os alimentos que fazem parte de uma alimentação saudável, evitando o aparecimento de doenças, principalmente as doenças crônicas não-transmissíveis (CUNHA e ALBANO, 2012).

O objetivo deste estudo foi conhecer o perfil nutricional de pacientes atendidos pelo Ambulatório de Especialidades em Nutrição, do Norte do Estado do Rio Grande do Sul.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Foram avaliados todos os pacientes atendidos pelo ambulatório de Especialidades em Nutrição, com idade igual ou superior a 18 anos, durante o período de agosto a dezembro de 2013. Os participantes foram convidados a participar do estudo e informados quanto aos objetivos do mesmo. Os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da URI Erechim sob o nº CAAE 15083713.7.0000.5351.

Para a avaliação desses pacientes, foram coletados os dados dos prontuários referentes à primeira consulta como: idade, sexo, peso, estatura, Índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC), pregas cutâneas (bicipital, triceptal, supra-ilíaca e subescapular), percentual de gordura corporal, e a ingestão alimentar através do recordatório de 24 horas, calculado a partir do software de nutrição *Dietwin® Profissional 2008*.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população atendida nos meses de agosto a dezembro de 2013 foi composta por 30 pacientes com idades entre 18 e 72 anos, com média de idade de 39 anos e 8 meses, sendo que 77% (n=23) eram pacientes do sexo feminino e 23% (n=7) do sexo masculino. Lopes et al. (2005) também encontraram um número maior de mulheres participantes (55,6%), sendo a média de idade da população 41,4 ± 16,5 anos.

Na Tabela 1, encontram-se os diagnósticos do IMC dos pacientes adultos avaliados.

Tabela 1 - Classificação do estado nutricional dos pacientes adultos, segundo IMC utilizando OMS, 1995 e 1997.

Classificação	N: 25	%
Magreza grau III	01	4
Magreza grau II	-	-
Magreza grau I	-	-
Eutrofia	06	24
Pré-obeso	08	32
Obesidade grau I	07	28
Obesidade grau II	02	8
Obesidade grau III	01	4

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

De acordo com o demonstrado na tabela 1, a maioria dos pacientes 32%, apresenta-se em pré-obesidade (n=8), seguido de 28% dos pacientes em obesidade grau I (n=7) e 24% em eutrofia o que corresponde a 6 pacientes.

No estudo de Mariath et al. (2007) sobre o estado nutricional e principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em um grupo de 1.252 colaboradores de uma indústria de Jaraguá do Sul, no norte do Estado de Santa Catarina, observaram que os percentis de eutrofia, sobrepeso, e obesidade segundo sexo foram, respectivamente, 49,3%, 40,4% e 10,3% para o sexo masculino e 69,7%, 22,5% e 7,8% para o sexo feminino, tendo em ambos os sexos a prevalência de eutrofia, seguida de sobrepeso e obesidade.

Na Tabela 2, encontram-se os diagnósticos do IMC dos pacientes idosos avaliados.

Tabela 2-Classificação do estado nutricional dos pacientes idosos, segundo IMC utilizando LIPSCHITZ (1994).

Classificação	N: 5	%
Eutrófico	01	20
Sobrepeso	04	80

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

De acordo com o demonstrado na Tabela 2, a maioria dos pacientes está em sobrepeso (80%) e apenas um encontra-se em eutrofia (20%).

No estudo de Tavares & Anjos (1989), sobre o Perfil antropométrico da população idosa brasileira, foi realizada a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) com 4.227 indivíduos, aonde as prevalências gerais de magreza (IMC < 18,5) e sobrepeso (IMC ≥ 25) foram, respectivamente, 7,8% e 30,4% em homens e 8,4% e 50,2% em mulheres, mais elevadas que na população adulta jovem.

Para obtermos o diagnóstico da Circunferência da Cintura (CC) foi utilizado o National Cholesterol Education Program (NCEP, 2001). Nota-se que entre o sexo masculino a maioria dos pacientes 71,42% (n=5) apresentou risco muito aumentado para o desenvolvimento de doença cardiovascular (DCV), 14,29% (n=1) não apresentaram riscos e 14,29% (n=1) apresentou risco aumentado para o desenvolvimento de DCV (n=1).

Entre o sexo feminino a maioria dos pacientes 52,17% (n=12) apresentou risco muito aumentado para o desenvolvimento de DCV, 30,44%(n=7) das pacientes não apresentou risco e 17,39% (n=4) apresentaram risco aumentado para o desenvolvimento de DCV.

As doenças cardiovasculares (DCV) contribuem significativamente como grupo causal de mortalidade em todas as regiões brasileiras. De acordo com o Ministério da Saúde a região Sudeste possui o maior coeficiente de mortalidade por

doenças do aparelho circulatório (207 mortes por 100 mil habitantes), enquanto a média brasileira é de 169 mortes/100 mil habitantes (CASTRO et al, 2004).

A partir do estudo de Lima et al. (2011) sobre o estado nutricional da população adulta, foram entrevistados 747 adultos a partir dos 18 anos de idade, de ambos os sexos, residentes nas áreas de abrangência das unidades básicas de saúde do município de Curitiba, PR, beneficiária do Programa Bolsa Família, em relação à circunferência da cintura, foi concluído que 46,2% da população apresentaram risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, este risco foi observado em maior número nas pessoas acima dos 40 anos (63,2%).

Na Tabela 3 encontram-se o diagnóstico do percentual de gordura corporal dos pacientes de acordo com Lohamn et al. (1991).

Tabela 3- Classificação do percentual de gordura dos pacientes de acordo com Lohamn et al (1991).

Classificação	Feminino		Masculino	
	N: 22	%	N: 6	%
Risco de doenças e desordens associadas à desnutrição	-	-	-	-
Abaixo da média	01	5	-	-
Média	-	-	-	-
Acima da média	-	-	-	-
Risco de doenças associadas à obesidade	21	95	6	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

De acordo com a tabela 3 a maioria dos pacientes do sexo feminino 95% (n=21) e todos os pacientes do sexo masculino 100% (n=06), apresentaram risco de doenças associadas à obesidade. É necessário ressaltar que não houve diagnóstico do percentual de gordura de dois pacientes, sendo que os mesmos não constavam nos prontuários.

Martins et al. (2011), realizou um estudo sobre a comparação de métodos de avaliação da gordura corporal total e sua distribuição, com 62 mulheres residentes na cidade de Goiânia, GO, concluíram que em relação à porcentagem de gordura corporal, identificou-se um valor médio de 36,72% (DP \pm 5,23) avaliada pelo somatório das dobras cutâneas. Já para os valores de gordura corporal total (kg) identificou-se um valor médio de 25,56kg (DP \pm 9,14) através do somatório das dobras cutâneas. Verificou-se, assim, que a média da porcentagem de gordura corporal (%GC) também se encontra aumentada, na classificação de risco de distúrbios associados à obesidade (>32,0%).

Conforme o demonstrado na Tabela 4 foi calculado as médias dos valores de macronutrientes obtidos pelos recordatórios de 24 horas utilizando o software de nutrição *Dietwin*[®].

Tabela 4- Valores médios de macronutrientes dos R24h dos pacientes atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição URI/CEPP.

Nutrientes	Valor da primeira consulta		Valores de referência
	Masculino***	Feminino***	
Kcal	1652,87	1526,59	-
Carboidratos (%)	55,17	56,83	55%-60%**
Fibras (g)	20,28	18,38	25g-38g*
Proteínas (%)	19,07	14,86	15%-20%**
Lipídeos (%)	25,76	28,31	20%-25%**
Colesterol (mg)	233,73	203,49	Até 300mg*
Gordura Saturada (%)	8,42	8,84	7% das gorduras**
Gord. Monoinsaturada (%)	6,19	7,45	13% das gorduras**
Gord. Poliinsaturada (%)	3,92	5,20	10% das gorduras**

Fonte: * INSTITUTE OF MEDICINE/FOOD AND NUTRITION BOARD (2002). ** CUPPARI (2005).

***Dados da pesquisa 2013.

Analisando a tabela e considerando os valores de referência, verifica-se que o consumo de carboidratos ficou dentro do recomendado em ambos os sexos. Os carboidratos são uma das fontes de energia mais econômicas que existem e assegura a utilização eficiente de proteínas e lipídios, os principais alimentos que o contém são: arroz, milho, farinha, pães, verduras, legumes e frutas (CUPPARI, 2005).

Em relação aos lipídios (gordura) foi observado um consumo no sexo masculino e feminino acima do recomendado. As gorduras são fontes alternativas de energia, influem na manutenção da temperatura corpórea, além de transportarem vitaminas lipossolúveis (CUPPARI, 2005).

Quanto ao consumo das proteínas, no sexo feminino está abaixo do recomendado e no sexo masculino ficou dentro do adequado. A proteína foi o primeiro nutriente considerado essencial para o organismo e suas melhores fontes são as de origem animal, no entanto a ingestão de misturas de cereais e leguminosas fornece também as quantidades necessárias de aminoácidos para a síntese protéica (COZZOLINO, 2005).

Souza et al. (2010), no seu estudo que avaliou a ingestão alimentar de adultos de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, através do R24 horas de um dia típico, concluíram que a ingestão energética foi 1570,9 ($\pm 24,1$) kcal/dia e 2.188,8 ($\pm 6,1$) kcal/dia, para mulheres e homens, respectivamente. Em relação à ingestão de macronutrientes a média foi bastante parecida entre o sexo feminino e masculino: 53,2($\pm 0,3\%$) e 51,5($\pm 0,4\%$) de carboidratos; e 28,9($\pm 0,3\%$), 28,5($\pm 0,3\%$) de lipídeos, para mulheres e homens, respectivamente, mas as mulheres ingeriram menos proteína em relação à massa corporal do que os homens (1,07 \pm 0,02g e 1,289 \pm 0,03g, respectivamente).

Em relação às fibras os pacientes não atingiram o valor mínimo recomendado. Sabe-se que o consumo de fibras na dieta tem impacto positivo sobre o peso corpóreo, na normalização das concentrações de lipídios sanguíneos, na redução dos índices glicêmicos, no aumento do bolo fecal, na melhoria do trânsito intestinal, entre outras (CUPPARI, 2005).

O consumo médio de colesterol ficou dentro dos limites sugeridos (até 300 mg). O consumo de gordura saturada ficou acima do recomendado no sexo feminino e masculino, enquanto que o consumo de gordura monoinsaturada e poliinsaturada não atingiu as recomendações mínimas em ambos os sexos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos dados obtidos, foi possível verificar o estado nutricional dos pacientes em acompanhamento ambulatorial. Pode-se concluir que houve um número maior de participantes do sexo feminino, que os pacientes avaliados na pesquisa encontram-se, em média, em sobrepeso segundo o IMC e com percentual de gordura corporal com risco de doenças associadas à obesidade. Além disso, os valores médios da circunferência da cintura apontam que, a maioria dos pacientes apresenta risco muito alto para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

O consumo alimentar também é considerado inadequado em relação a alguns nutrientes como, por exemplo, nos lipídios e gorduras saturadas, aonde a ingestão foi acima do recomendado e no consumo de fibras, gorduras poliinsaturadas e monoinsaturadas onde a ingestão esteve abaixo do recomendado.

Sendo assim é de grande importância que esses pacientes mantenham o acompanhamento nutricional para que ocorra a melhoria dos marcadores nutricionais e conseqüentemente uma melhoria na sua qualidade de vida

5 REFERENCIAS

CASTRO, L.C.V.; et al. **Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos**, Revista de Nutrição, n.17, v.3, 369-377p, 2004.

COZZOLINO, S.M.F. **Biodisponibilidade de Nutrientes**. Barueri, SP: Manole, 2005.

CUNHA, D. T., ALBANO, R. D. **Educação nutricional por meio de atividade de grupo: o desempenho de intervenção educativa de curto prazo**. Revista Brasileira Nutrição Clínica, v.27, n.3, p. 170-5, 2012.

CUPPARI, L. **Guia de Nutrição: Nutrição Clínica no adulto**. 2.ed. Barueri, SP: Manole, 2005.

GUIMARÃES, A. A., BORTOLOZO, E. A. F. Q., LIMA, D. F. R. **Prevenção de fatores de risco para doenças cardiovasculares: programa de nutrição e prática de atividade física para servidores de uma universidade pública do estado do Paraná**. Revista Eletrônica. FAFIT/FACIC, v.4, n.1, p.10-18, 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009: análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009.

INSTITUTE OF MEDICINE/FOOD AND NUTRITION BOARB. **Dietary References Intakes**. Energy, carbohydrate, fiber, fat, fattyacids, cholesterol, protein, and amino acids. Partes 1 e 2. Washington, National Academy Press, 2002.

LIMA, F. E. L. de; RABITO, E. I; MESSAGGI, M. R.; DIAS, G. **Estado nutricional de população adulta beneficiária do Programa Bolsa Família no município de Curitiba – PR**. Revista Brasileira Epidemiologia, 2011.

LIPSCHITZ, D.A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Primary care, 21(1): 55-67, 1994.

LOHMAN, T.G, ROCHE. A.F; MARTORELL. R. **Anthropometric standardization reference manual**. Champaign: Abridged Edition, 1991.

LOPES, A. C. S.; CAIAFFA, W. T.; SICHIERI, R.; MINGOTI, S. A.; COSTA, M. F. L. **Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: jul. / ago. 2005.

MARIATH, A. B.; GRILLO, L. P.; SILVA, R. O. da; SCHMITZ, P.; CAMPOS, I. C. de; MEDINA, J. R. P.; KRUGER, R. M. **Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: abr. 2007.

MARTINS, K. A.; MONEGOL, E. T.; PAULINELLI, R. R.; JUNIOR, R. F. **Comparação de métodos de avaliação da gordura corporal total e sua distribuição**. Revista Brasileira Epidemiol, 2011.

NATIONAL CHOLESTEROL EDUCATION PROGRAM (NCEP). **Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Program (NCEP)**. Expert panel on detection, evaluation, treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). *J Am Med Assoc*, n.285, p. 2486-2497, 2001.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Genebra, 1997.

SOUZA, D. R. de; ANJOS, L. A. dos, WAHRLICH, V.; VASCONCELOS, M. T. L. de; MACHADO, J. da M. **Ingestão alimentar e balanço energético da população adulta de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil: resultados da Pesquisa de Nutrição, Atividade Física e Saúde (PNAFS)**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro: mai. 2010.

TAVARES, E.L.; ANJOS, L. A. **Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15(4):759-768, out-dez, 1989.

TEIXEIRA, P. D. S. **Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física.** Ciência&Saúde Coletiva, v.18, n.2, p.347-356, 2013.

WORD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: the use and interpretation.** Genebra: WHO (Technical Report Series n. 854), 1995.