

# AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS ATENDIDOS EM UM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO

## PATIENTS NUTRITIONAL EVALUATION WITH CHRONIC DISEASES TRANSMITTED NOT SERVED IN A NURSING CLINIC

Damaris Helfenstein Pretto Binsfeld<sup>1</sup>  
Dionara Simone Hermes Volkweis<sup>2</sup>  
Thais da Luz Fontoura Pinheiro<sup>3</sup>  
Fábia Benetti<sup>4</sup>

Recebido em: 29 jan. 2017  
Aceito em: 10 jun. 2018

**RESUMO:** **Fundamento:** As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) vêm substituindo gradativamente a desnutrição e as doenças infecciosas, destacando-se as doenças cardíacas, cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e câncer. As DCNT foram a principal causa de morte prematura em todo mundo no ano de 2012. **Objetivos:** Avaliar pacientes com DCNT que realizaram atendimento nutricional na URI-FW de 2012 a 2014. **Métodos:** Para a coleta de dados foi utilizado prontuários clínicos do Ambulatório de Nutrição da URI- FW, com pacientes que apresentavam DCNT no período de 2012 a 2014. Avaliaram-se dados antropométricos e o consumo alimentar desses pacientes. **Resultados:** Foram avaliados 204 pacientes, sendo a maioria adultos jovens. A maior procura foi pelo gênero feminino e quanto ao retorno aos atendimentos, 70% dos pacientes com DCNT não retornaram. Verificou-se que a maioria dos participantes encontravam-se em sobrepeso e apresentaram elevado consumo de sódio, gorduras e carboidratos. Entretanto, a ingestão de vitamina D, cálcio e fibras foi inferior ao recomendado. **Conclusão:** Os hábitos alimentares estão modificados e a adoção de um novo estilo de vida não saudável tem causado um elevado índice de DCNT na população. Salienta-se a importância da reeducação alimentar para redução de peso e modificação dos hábitos alimentares inadequados. **Palavras-chave:** Doenças Crônicas não Transmissíveis. Hábitos alimentares. Excesso de peso. Transição nutricional.

**ABSTRACT: Background:** Non-communicable chronic diseases (DCNT) have gradually replaced malnutrition and infectious diseases, especially cardiac,

---

<sup>1</sup> Acadêmica do curso de Graduação em Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Rio Grande do Sul. E-mail: [dadahpb@gmail.com](mailto:dadahpb@gmail.com).

<sup>2</sup> Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano. Coordenadora e Docente do curso de Nutrição da Universidade Regional e Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor de Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: [dshermes@uri.edu.br](mailto:dshermes@uri.edu.br).

<sup>3</sup> Nutricionista. Mestre em Engenharia de Alimentos. Docente do curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: [thaispinheiro@uri.edu.br](mailto:thaispinheiro@uri.edu.br).

<sup>4</sup> Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano. Docente do curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), campus Frederico Westphalen, Departamento de Ciências da Saúde, Setor Nutrição, Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul. E-mail: [benetti@uri.edu.br](mailto:benetti@uri.edu.br).

cerebrovascular, diabetes mellitus, systemic arterial hypertension and cancer. NCDs were the main cause of premature death worldwide in the year 2012. **Objectives:** To evaluate patients with CNCD that performed nutritional care at the URI-FW from 2012 to 2014. **Methods:** Data collection was performed using clinical records from the URI-FW Nutrition Outpatient Clinic, with patients presenting CNCDs between 2012 and 2014. Anthropometric data and food consumption of these patients were evaluated. **Results:** A total of 204 patients were evaluated, most of them young adults. The highest demand was for the female gender and regarding the return to care, 70% of the patients with CNCD did not return. It was verified that the majority of the participants were overweight and presented high consumption of sodium, fats and carbohydrates. However, intake of vitamin D, calcium and fiber was lower than recommended. **Conclusion:** Eating habits are modified and adopting a new unhealthy lifestyle has caused a high rate of NCD in the population. The importance of food re-education for weight reduction and modification of inadequate eating habits is highlighted. **Keywords:** Chronic Diseases. Eating Habits. Overweight. Nutritional Transition.

## INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são patologias que surgem de múltiplos fatores, ou seja, multifatoriais, desenvolvendo-se no decorrer da vida e sendo de longa duração, configurando assim uma mudança na carga de doenças. (BRASIL, 2011).

As DCNT vêm substituindo de forma gradativa a incidência da desnutrição e doenças infecciosas que acometiam a população. Desde a década de 1940 a mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias vem declinando e em contrapartida as DCNT vêm se destacando como as principais causas de morbidade e mortalidade. (FRANCISCO et al., 2015, p.8). Em 2013 as DCNT foram a principal causa de mortalidade no Brasil (aproximadamente 72% de mortes), o que constitui um dos grandes desafios para a gestão de saúde pública do século XXI. (BRASIL, 2011).

As modificações no estilo de vida da população podem ser consideradas grandes responsáveis pela epidemia mundial das DCNT, destacando-se as doenças cardíacas, cerebrovasculares, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e câncer, caracterizando altos índices de morbimortalidade com carácter insidioso. (MÁSSIMO; FREITAS, 2014, p.5).

Alguns riscos são destacados no desenvolvimento ou agravamento das DCNT envolvendo fatores socioeconômicos, culturais, ambientais e hábitos comportamentais como a má-alimentação, sedentarismo, obesidade, excesso do consumo de álcool e tabagismo. Determinantes sociais podem constituir benefícios socioeconômicos, como a prevenção e promoção da saúde, já os grupos vulneráveis podem apresentar maior exposição aos riscos. (FRANCISCO et al., 2015, p.11).

Atualmente o modo de vida da população têm contribuído para o sedentarismo, a modernidade e a praticidade do dia a dia tem favorecido para menores esforços físicos e o mínimo de gasto energético. Entre estes podem ser citados os transportes urbanos, os

aparelhos eletrônicos, os controles remotos, bem como, a opção por atividades leves para realizar no tempo livre, podendo ser acompanhado de ingestão de alimentos com alto aporte calórico. (VITORINO et al., 2014, p.167). A OMS recomenda a modificação no estilo de vida, como prática regular de atividade física, redução de tabagismo e adoção de hábitos alimentares saudáveis para a manutenção da saúde. (OMS, 2005).

A atividade física e a dieta são reconhecidas como importantes fatores no ciclo da vida no que diz respeito a promoção e manutenção da saúde. A dieta pode conter características que podem determinar não apenas a saúde da pessoa no presente, como pode interferir no futuro no processo de desenvolvimento de DCNT. (CUPPARI, 2009, p.23).

Apresenta-se no cenário mundial uma necessidade de adesão ao padrão de alimentação saudável, com objetivo principal da redução do consumo alimentar de alto valor energético que apresenta baixo teor de nutrientes e o elevado teor de sódio, bem como a alta quantidade de carboidrato refinado, gordura trans e gordura saturada. A alimentação saudável é compreendida como um direito humano, apresentado pela disponibilidade de um padrão alimentar adequado, associado às necessidades sociais e biológicas que o indivíduo apresenta, respeitando alguns princípios como a variedade, o equilíbrio, a moderação, o estado socioeconômico e cultural, com vista na segurança alimentar e nutricional. (MARTINEZ, 2013, p. 204).

A avaliação do consumo alimentar apresenta um papel importante, sendo utilizado como um instrumento para análises do estado de saúde da população, bem como do controle das doenças crônicas, compreendendo a relevância da qualidade alimentar interligado a ocorrência de possíveis agravos à saúde. (GOMES et al., 2015, p. 369).

Visando a prevenção de doenças, a promoção e a manutenção da saúde dos indivíduos, o Curso de Nutrição da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen, dispõe de atendimento especializado e individualizado para a população de Frederico Westphalen e região desde o ano de 2012.

O atendimento no Ambulatório de Nutrição da URI-FW é especializado para cada fase da vida, abrangendo todas as idades. As orientações prescritas têm base no Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014), o qual prioriza a alimentação conforme a região e a sazonalidade proporcionando menores custos no consumo dos alimentos.

As consultas realizadas abrangem perda e ganho de peso, reeducação alimentar, prevenção, controle e tratamento das DCNT, tratamento de intolerâncias e alergias alimentares, hipertrofia muscular, dentre outros, sempre com foco específico em promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Nessa perspectiva, o presente estudo objetiva analisar dados antropométricos e dietéticos de pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório de Nutrição da URI-Campus de Frederico Westphalen-RS, no período de 2012 a 2014, bem como, avaliar a prevalência na continuidade do tratamento dietoterápico, tendo em vista possíveis benefícios do acompanhamento nutricional.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, com carácter quantitativo e de natureza descritiva e analítica. Sendo realizado com os prontuários clínicos do Ambulatório de Especialidades em Nutrição da URI- Campus FW/RS do período de 2012 a 2014.

Inicialmente foram separados todos os prontuários de pacientes atendidos no período que compreende o estudo, e posteriormente foram selecionados somente aqueles com diagnóstico prévio de DCNT. Das entrevistas realizadas com os pacientes, utilizou-se dados referente aos indicadores sociodemográficos, antropometria, inquérito dietético (Recordatório alimentar de 24 horas (R24h)), exames clínicos e laboratoriais.

Os dados sociodemográficos incluíram os seguintes indicadores: idade, gênero, motivo da consulta, permanência, ingestão hídrica, consumo de álcool e tabaco, atividade física, presença de patologias. Referente à avaliação antropométrica considerou-se: peso, estatura, circunferência da cintura (CC), circunferência do quadril (CQ), circunferência do pescoço, dobras cutâneas (bicipital, suprailíaca, tricipital e subescapular), percentual de gordura corporal.

Foram considerados neste estudo, valores de taxa de metabolismo basal e valor energético total, o qual foi avaliado pelo R24h através do programa Avanutri®. Também considerou-se na análise os percentuais médios de macronutrientes consumidos, valores de vitamina D, fibras, cálcio, sódio, zinco, selênio, colesterol total, gordura saturada, gordura poliinsaturada e moniinsaturada.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões URI-FW, pelo número de parecer CAEE: 57361916.0.0000.5352, contemplando a resolução 466/2012 que estabelece as normas de pesquisas com seres humanos no Brasil.

Os dados foram tabulados e analisados estatisticamente com o programa Microsoft Excel, sendo expressos em gráficos e tabelas em forma de percentual, média, desvio padrão.

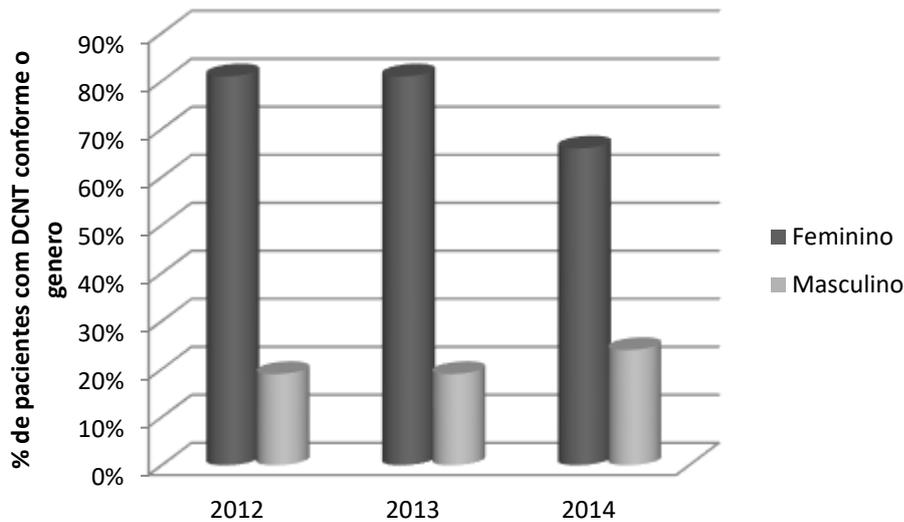
## RESULTADOS

Verificamos que durante o período estudado, 204 pacientes procuraram o atendimento nutricional, sendo portadores de alguma DCNT. Os mesmos apresentaram idade média de  $53,16 \pm 14,10$  anos;  $39,46 \pm 14,29$  anos e  $39,17 \pm 17,34$  anos no período de 2012, 2013 e 2014, respectivamente. Podemos observar que os participantes são pacientes adultos jovens.

A Figura 1 demonstra o percentual de pacientes atendidos conforme o gênero. Observou-se que a prevalência na procura do atendimento nutricional foi de pacientes com DCNT do gênero feminino, em todos os anos considerados no estudo, sendo 81% em 2012,

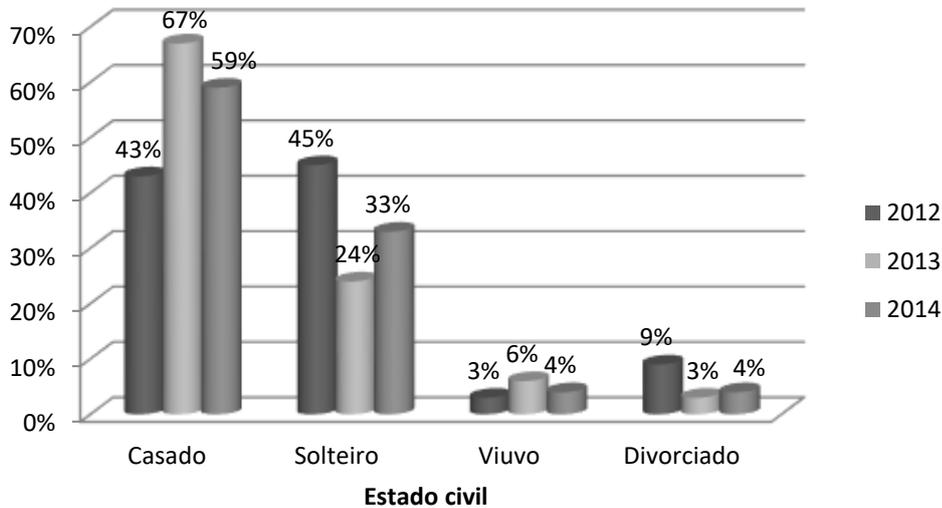
também 81% em 2013 e 66% em 2014, com média dos três anos de 76%.

**Figura 1:** Percentual de pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório de Nutrição



A Figura 2, demonstra a distribuição dos pacientes com DCNT conforme o estado civil. Verificou-se que a maioria dos pacientes eram casados, seguidos pelos maiores percentuais de pacientes solteiros.

**Figura 2:** Distribuição dos pesquisados com DCNT segundo o estado civil.

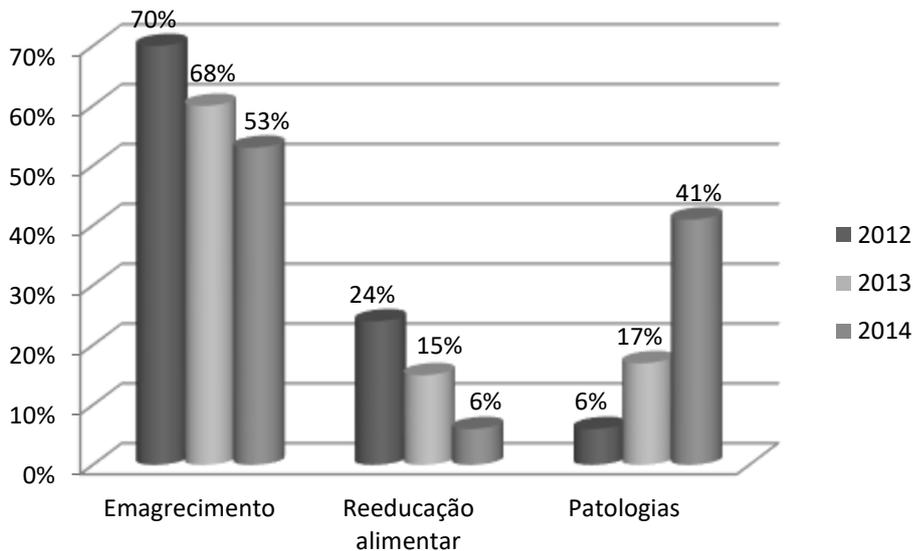


Quanto aos motivos que levaram os entrevistados a procurarem atendimento nutricional (Figura 3), verificamos que no ano de 2012, o motivo mais prevalente foi emagrecimento, indicado por 70% (n=26) dos pacientes com DCNT, 24% (n=9) para reeducação alimentar e 6% (n=2) por apresentar alguma patologia relacionada a alimentação. No ano de 2013, 68% (n=64) buscaram atendimento para emagrecimento, 17% (n=16) devido há alguma patologia e 15% (n=14) buscavam a reeducação alimentar. Em 2014 a procura por atendimento para o emagrecimento foi de 53% (n=39), 41% (n=30) dos pesquisados buscaram ajuda por apresentarem patologias e 6%(n=4) estavam em

busca de reeducação alimentar.

Nos anos de 2012 e 2013 verificou-se que os pacientes com DCNT buscavam o atendimento nutricional com foco inicial no emagrecimento (Figura 3), porém no ano de 2014 a procura pelo atendimento nutricional esteve associada a presença de patologias. Esses dados demonstram aumento significativo no decorrer dos anos de pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório de Nutrição.

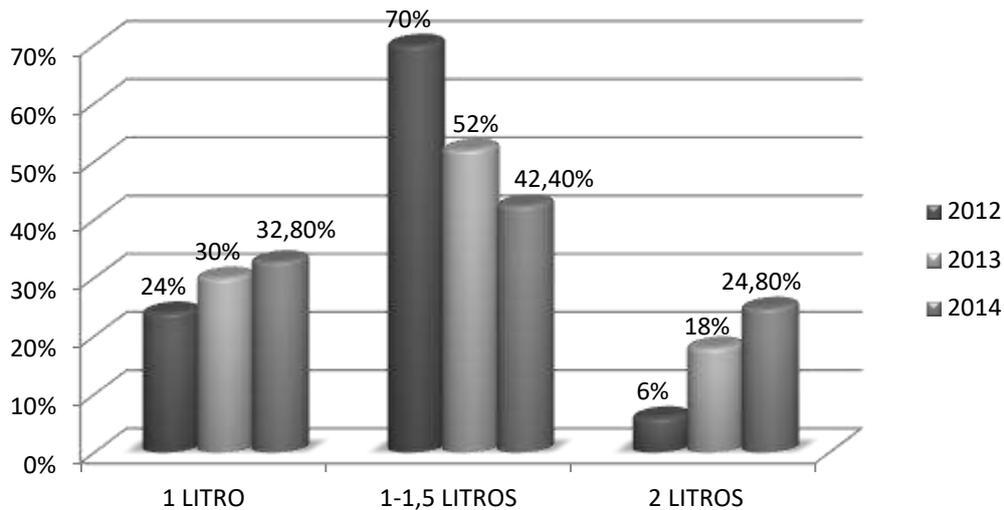
**Figura 3:** Motivo pelo qual os pacientes com DCNT procuraram o atendimento nutricional.



Quanto ao retorno aos atendimentos, verificou-se que no ano de 2012, 78% (n=29) dos pesquisados não retornaram para o acompanhamento nutricional após a entrega do plano alimentar. No ano de 2013, 83% (n=78) não deram continuidade ao acompanhamento nutricional, bem como, no ano de 2014 observou-se que 72% (n=72,6) que não retornaram ao atendimento.

A Figura 4, demonstra a ingestão hídrica dos pacientes com DCNT. Podemos verificar que em todo o período do estudo a maioria dos pacientes relataram consumo médio de 1,5 litros de água por dia. Porém também houve um número expressivo de pacientes que ingeriram menos de 1 litro por dia de água. Esses índices demonstram que a ingestão hídrica dos pacientes com DCNT no período de 2012, 2013 e 2014 são inferiores ao recomendado.

**Figura 4:** Ingestão hídrica dos pacientes com DCNT



Na Tabela I, apresenta resultados relativos aos hábitos de vida dos pacientes com DCNT. Podemos constatar que o percentual de pacientes com DCNT que referiram apresentar algum tipo de alergia foi baixo, sendo que a maioria refere não possuir nenhuma alergia alimentar. Em relação ao consumo de álcool apenas em 2012 os pacientes apresentaram maior consumo, em 2013 e 2014 grande parte dos pacientes relataram não consumir bebidas alcólicas. O percentual de tabagistas foi baixo nos três anos, compreendendo-se que grande parte dos pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório nesse período não eram tabagistas.

A prática de atividade física foi acima da média apenas em 2012, onde 59% dos pacientes relataram praticar algum tipo de atividade física. Nos anos de 2013 e 2014 a maioria dos pacientes referiram sedentarismo. Em relação a sinais e sintomas, grande porcentagem dos pacientes não apresentou nenhuma alteração, as quais poderiam ser alterações na pele, cabelos, unhas, mãos, olhos, dentes ou manchas.

**Tabela 1:** Demonstra os hábitos de vida de pacientes com DCNT

	2012		2013		2014	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Alergias alimentares	14% (n=5)	86% (n=32)	9% (n=9)	91% (n=85)	9,6% (n=7)	90,4% (n=66)
Consumo de álcool	59% (n=22)	41% (n=15)	33% (n=31)	67% (n=63)	29% (n=21)	71% (n=52)
Tabagismo	3% (n=1)	97% (n=36)	12% (n=11)	88% (n=83)	7% (n=5)	93% (n=68)
Prática de atividade física	59% (n=22)	41% (n=15)	28% (n=26)	72% (n=68)	37% (n=27)	63% (n=46)
Presença de sinais e sintomas	33% (n=12)	67% (n=25)	23% (n=22)	77% (n=72)	15% (n=11)	85% (n=62)

\*Alteração no cabelo, face, olhos, mãos, pele, dentes, unhas, manchas.

A Tabela II demonstra as condições e hábitos de vida dos pacientes com DCNT atendidos no Ambulatório de Especialidades em Nutrição. Verificou-se que a maioria dos pesquisados em todo o período que compreendeu o estudo relataram presença de algumas patologias também classificadas como DCNT, em parentes próximos de primeiro grau. Mesmo compreendendo que as DCNT são influenciadas por fatores externos e hábitos de vida, o fator genético apresenta significância no desenvolvimento dessas doenças.

Em relação aos exames bioquímicos pode-se perceber que grande parte dos pacientes não apresentou os mesmos no momento da consulta nutricional. A presença de refluxo e pirose apresentou um percentual maior em 2014, onde os pacientes relataram a presença destes sintomas, nos anos anteriores não houve presença significativa dos mesmos.

**Tabela 2:** Condições de vida dos pacientes com DCNT atendidos no ambulatório de nutrição

Ano	2012		2013		2014	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Histórico Familiar de DCNT	59% (n=22)	41% (n=15)	52% (n=49)	48% (n=45)	52% (n=38)	48% (n=35)
Exames Bioquímicos	22% (n=8)	78% (n=29)	36% (n=34)	64% (n=60)	35% (n=25)	65% (n=48)
Presença de refluxo e pirose	24% (n=9)	76% (n=28)	19% (n=18)	81% (n=76)	40% (n=29)	60% (n=44)

\*História familiar: Presença de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial e Doenças Cardiovasculares

\*Sim - Apresentaram. \*Não - Não apresentaram.

Quanto as patologias relatadas pelos pacientes com DCNT, destacou-se a obesidade. Dos participantes atendidos em 2012, 51% (n=19) apresentaram obesidade. No ano de 2013 e 2014, o número registrado de obesos foi de 29%.

A Tabela III refere-se as medias e desvio padrão das medidas antropométricas dos pacientes com DCNT. Verificou-se uma estatura média de 165cm, podendo-se constatar que o peso estava acima do ideal conforme a estatura, o que aumenta os riscos para as DCNT. As médias do IMC, CC, CQ e CB confirmam o sobrepeso e a obesidade presente na maioria dos pacientes. A relação cintura/quadril indicou que esses pacientes apresentam sobrepeso, bem como riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

As pregas cutâneas do bíceps, tríceps, subescapular e ilíaca também indicam valores superiores com relação aos valores médios normais indicados, destacando-se mais uma vez a presença do sobrepeso e obesidade. O percentual de gordura corporal indicado seria de 15% para homens e 23% para mulheres, nos pacientes atendidos verificou-se em média, valores muito acima dos preconizados demonstrando nitidamente o excesso de adiposidade corpórea dos pacientes com DCNT, o que traz riscos associados a complicações orgânicas e ao desenvolvimento de comorbidades associadas a obesidade.

**Tabela 3:** Dados da antropometria dos pacientes com DCNT.

Antropometria	Média±DP 2012	Média±DP 2013	Média±DP 2014
Altura	1,64±0,07	1,61±0,12	1,63±0,09
Peso Atual (Kg)	77,56±10,96	86,46±19,50	88,29±19,81
IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	28,74±3,95	32,92±5,76	34,40±12,96
Circunferência Cintura (cm)	90,31±11,54	99,22±14,11	102,27±16,09
Circunferência quadril (cm)	107,91±6,39	113,72±10,90	113,16±13,50
Relação Cintura/Quadril	0,84±0,09	0,82±0,03	0,87±0,10
Circunferência braço (cm)	32±3,46	34,73±4,23	35,85±8,89
Bíceps (mm)	11,34±5	16,57±8,21	15,88±6,7
Tríceps (mm)	18,92±6,81	22,76±8,95	22,62±8,22
Subescapular (mm)	19,37±6,24	25,27±11,19	25,46±9,10
Supra ilíaca (mm)	24,71±8,18	28,32±12,19	26,62±9,56
Percentual gordura (%)	52,73±23,15	41,17±15,93	33,32±7,44

A Tabela IV demonstra o resultado do consumo de macro e alguns micronutrientes dos pacientes com DNCT. Pode-se verificar que a quantidade de proteína ingerida foi superior ao recomendado, pois de acordo com as DRIs 2001 a recomendação de proteínas é de 10% a 35%. Os carboidratos apresentaram percentuais dentro da média indicada conforme as DRIs que utiliza-se de 45% a 65%, porém o que pode ser preocupante é que o consumo na maioria das vezes de carboidratos simples. O consumo excessivo de lipídeos se destaca, visto que estes deveriam ser ingeridos com limite de até 25% ao dia, além da ingestão estar relacionadas a gorduras saturadas. (CUPPARI, 2009, p.27).

As calorias apresentaram valores consideradas dentro da normalidade. Constatou-se um consumo muito inferior de vitamina D comparado ao valor recomendado de 5mcg ao dia. O cálcio também apresentou valores abaixo do recomendado, que seria de 1000mg ao dia. O sódio se destaca com um consumo bem superior ao recomendado pela OMS, o qual indica um consumo limítrofe diário de 2.000mg, porém o consumo médio apresentou 2.200mg, sendo verificado o consumo de alguns pacientes de até 6.000mg ao dia. Constatou-se que o consumo do zinco em 2012 foi inferior ao recomendado, já em 2013 e 2014 o consumo girou em torno das 11mg recomendadas. Em relação ao consumo médio de selênio os valores indicam normalidade. (VITOLLO, 2015, p.83)

O consumo de colesterol apresentou um aumento gradativo com o passar dos

anos, sendo maior em 2014 do que a média verificada em 2012 e 2013. As gorduras saturadas também ganham destaque pelo consumo excessivo, principalmente no ano de 2014 o qual apresentou média de 22,13%, sendo que o recomendado é de apenas 7% do VET. Já as gorduras poliinsaturadas e monoinsaturadas apresentaram valores abaixo do recomendado. Com recomendação de 20 a 30g ao dia, as fibras também apresentaram um consumo a baixo do recomendado nos três anos da pesquisa. (VITOLLO, 2015, p. 83)

**Tabela 4:** Dados referentes ao Recordatório 24hs dos pacientes com DCNT com atendimento no Ambulatório de Nutrição.

	2012	2013	2014
	Média±DP	Média±DP	Média±DP
Proteínas%	17,68±40,5	17,08±5,09	18,95±6,43
Carboidratos%	52,90±9,87	52,85±9,36	50,58±12,02
Lipídeos%	29,39±8,84	29,34±7,53	30,47±9,70
Kcal	1703,98±626,8	1948,58±590,11	2137,71±832,10
Vitamina D (mcg)	0,79±0,72	1,31±1,17	1,55±1,94
Cálcio (mg)	387,65±225,03	441,33±289,17	447,45±406,99
Sódio (mg)	2200,43±2334,39	2333,56±1250,03	2712,95±4694,9
Zinco (mg)	7,68±5,15	9,13±6,55	10,00±9,80
Selênio (mcg)	56,55±32,9	58,99±40,89	58,47±48,69
Colesterol (mg)	185,02±113,07	231,88±142,84	268,31±167,98
Gordura saturada (g)	17,10±9,23	17,89±8,98	22,13±15,23
Gordura poliinsaturada (g)	9,22±8,23	10,51±8,69	10,42±8,85
Gordura moniinsaturada (g)	14,12±8,69	14,64±9,40	17,77±14,73
Fibras (g)	13,24±6,25	17,52±8,16	16,53±9,09

\*Valores referenciais: Vit. D = 5mcg; Ca = 1000mg; Na = 2400mg; Zn = 11,0mg; Se = 55,0mcg; Colest. = 200mg; G. Sat. = <7% do VET; G. Poli. = <10% VET; G. Mono. = <20% do VET; Fibras = 20 – 30g.

## DISCUSSÃO

Segundo a OMS, as DCNT podem levar décadas para se instalar completamente na vida de uma pessoa, podendo ter origem na idade jovem. As condições de vida poderão

influenciar na emergência da doença, porém estas não são resultantes unicamente de comportamentos habituais. Caracterizadas por doenças de longa duração apresentam diversas formas para sua prevenção, mas quando se refere ao tratamento é necessário um tempo maior com abordagem sistemática para cada indivíduo. (BRASIL, 2008).

Conforme a pesquisa de Cavalcanti et al. (2009), em uma população de 117 indivíduos, 81,2% da população estudada apresentavam pelo menos um tipo de DCNT, o que indica o significativo aumento de DCNT na população. Considerando o estado nutricional também foram averiguados o IMC e a RCQ dos pesquisados, os quais resultaram IMC com média de  $30,98 \pm 3,32$  kg/m<sup>2</sup> e a RCQ média ficou em  $0,97 \pm 0,10$ , demonstrando o sobrepeso nessa população com DCNT, destacando-se ainda os riscos para doenças cardiovasculares. Resultados que vem ao encontro dos achados no presente estudo, onde verificou-se que em média os participantes apresentaram excesso de peso e obesidade.

Segundo dados da OMS (2004, 2005) o padrão alimentar dos indivíduos é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases da vida. O consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (consumo diário inferior a 400 gramas ou, aproximadamente, cinco porções por pessoa) é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo.

Ainda segundo a OMS, as dislipidemias, causadas majoritariamente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, também aumentam as doenças cerebrovasculares e doenças isquêmicas do coração (OMS, 2004). Assim, a OMS preconizou na Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde a adoção de hábitos saudáveis, incluindo o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras (OMS, 2004).

Com base em recentes dados divulgados pelo Ministério da Saúde, 52% de homens e 44,7% de mulheres com mais de 18 anos de idade encontram-se em sobrepeso. A OMS considera o excesso de peso responsável pelas principais doenças crônicas, sendo 58% da carga de doenças relacionadas ao diabetes mellitus tipo II, 39% da doença hipertensiva, 21% do infarto do miocárdio, 12% do câncer do cólon e reto e 8% do câncer de mama. (BRASIL, 2014).

No presente estudo também verificou-se que a maioria dos participantes encontram-se com excesso de peso, e possuindo uma série de agravantes associados a essa condição.

Conforme a pesquisa pode-se constatar uma prevalência do gênero feminino com DCNT que buscaram acompanhamento nutricional. Esses resultados podem ser compreendidos por que as mulheres buscam mais os serviços de saúde e desenvolvem uma percepção mais acentuada em relação ao seu estado de saúde. Pesquisas recentes relatam que a expectativa de vida das mulheres é maior do que a dos homens, pois em

caso de doenças crônicas, o diagnóstico é feito precocemente, possibilitando o tratamento eficaz. (CAMARGOS; GONZAGA, 2015, p.1469)

Destaca-se na presente pesquisa os elevados índices de pacientes que não retornaram para a reconsulta após a entrega do plano alimentar, com percentuais superiores a 70% nos três anos da pesquisa. Conforme Busnello et al. (2011, p.218), pacientes que realizam intervenções nutricionais normalmente apresentam baixa adesão ao tratamento, tanto a curto como a longo prazo. Ainda são desconhecidas as razões que levam a esses índices significativos de desistência, mas presume-se algumas causas, como desaparecimento de sintomas que levaram o paciente a buscar o tratamento, o que o faz pensar que não necessita mais de acompanhamento, ou falta de tempo, bem como desinteresse com a proposta ou estratégia prescrita, problemas familiares, entre outros.

Fatores de riscos são considerados em relação a DCNT, os quais também podem ser comportamentais envolvendo a alimentação, exercício físico, tabagismo e consumo excessivo de álcool. Estes fatores de riscos podem ser monitorados através do estilo de vida adotado, os quais se relacionam a decisões sobre atividades de lazer, comportamentos e hábitos alimentares. (MALTA et al., 2015, p.204). O presente estudo relatou um baixo consumo de álcool e tabaco nos três anos, porém, grande parte dos pacientes não realizavam nenhum tipo de atividade física, relatando o presente sedentarismo em pacientes com DCNT. Malta et al. (2015, p.204) concluíram uma prevalência de inatividade física em mulheres e homens adultos com mais de 24 anos (sendo considerando lazer e o deslocamento para o trabalho), destacando-se ainda aqueles com menor instrução e estudo. Os índices mostram que jovens de 18 a 24 anos são os que realizam exercícios físicos regularmente.

Analisando o consumo alimentar (Tabela 4), dos pacientes com DCNT, destacamos o excessivo consumo de lipídeos, sódio, gordura saturada, bem como a pouca ingestão de vitamina D, cálcio e fibras. Souza et al. (2015, p.1596) o padrão alimentar tem apresentado modificações no decorrer das últimas três décadas, sendo que diversos alimentos considerados tradicionais passaram a ser substituídos diariamente por alimentos preparados pela indústria. Pode-se observar a redução na ingestão de fibras, e o aumento significativo do consumo de alimentos com alto valor energético, porém com baixo valor em nutrientes e quantidades excessivas de sódio, gordura trans, gordura saturada e ainda carboidratos refinados. Esses alimentos são considerados fatores de riscos para o desenvolvimento e agravamento das DCNT.

De acordo com os dados encontrados, destacou-se o baixíssimo consumo da vitamina D pelos pacientes com DCNT pesquisados. A hipovitaminose D correlacionada as doenças crônicas estão sendo muito questionadas nos últimos anos, SANTOS et al (2015, p.174) destacaram em sua pesquisa que 87% de pacientes crônicos pesquisados por eles apresentavam déficit de vitamina D, o que demonstra a importante relevância do déficit no consumo alimentar de alguns nutrientes desses pacientes.

Outro valor significativo encontrado foi no consumo excessivo do sódio, o qual indicou que alguns pacientes consumiam uma quantidade de mais de 7000mg ao dia,

destacando-se que o valor limítrofe conforme a recomendação da OMS (2003) é de 2000mg. O atual consumo elevado de alimentos ricos em sódio pela sociedade apresenta um aumento relevante dos riscos de doenças cardiovasculares correlacionados a prevalência de agravos da hipertensão arterial sistêmica. (PIOVESANA et al, 2012, p. 2).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Verifica-se com este estudo alta prevalência de indivíduos com DCNT atendidos no Ambulatório de Nutrição, sendo que a maioria eram mulheres adultas jovens. O motivo mais frequente pelo qual esses pacientes buscaram o acompanhamento nutricional era o emagrecimento, não sendo prioritariamente a patologia.

Com relação aos hábitos de vida dos pesquisados, a grande maioria apresentou baixa ingestão hídrica e referiram sedentarismo. Muitos pacientes relataram doenças hereditárias iguais as que possuem atualmente enfatizando o fator genético associado nesse processo. No que diz respeito aos dados antropométricos, os resultados demonstraram alto percentual de sobrepeso, e risco para doenças cardiovasculares.

Os micronutrientes e macronutrientes apresentaram valores diferenciados, alguns bem inferior ao recomendado como a vitamina D, o cálcio e as fibras, em contrapartida o consumo de sódio, gordura saturada e carboidratos simples demonstraram ser excessivamente consumidos, o que pode ser um dos desencadeantes do sobrepeso e das patologias apresentadas.

Diante do exposto, conclui-se, que há necessidade de se intensificar as atividades de educação nutricional e monitoramento do estado nutricional dessa população. Buscar entender os reais motivos das desistências as consultas e tentar novas formas de motivá-los, uma vez que as modificações do estilo de vida, envolvem também a nutrição, e são partes fundamentais para o sucesso do tratamento não farmacológico dos pacientes.

Assim, entende-se que as DCNT têm aumentado de forma acelerada na população, o que demonstra a necessidade de mudanças nos hábitos alimentares e de vida, nesse sentido a nutrição pode se tornar o principal determinante modificável para a prevenção das DCNT através de dietas saudável e o controle do peso.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf)>. Acesso em: 30 out. 2016.

---

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: [http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas\\_flavio1.pdf](http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf). Acesso em: 06 out. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância à Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes\\_doencas\\_cronicas.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretrizes_doencas_cronicas.pdf)> Acesso em: 09 out. 2016.

BUSNELLO, Fernanda Michielin, et al. Intervenção Nutricional e o impacto da adesão ao tratamento de pacientes. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**. v.97. n.3. p.217-224, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/abc/v97n3/aop07011.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.

CAMARGOS, Mirela Castro Santos; GONZAGA, Marcos Roberto. Viver Mais e Melhor? Estimativas de expectativa de vida saudável para a população brasileira. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro. v.31, n.7, p.1460-1472, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n7/0102-311X-csp-31-7-1460.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2016.

CAVALCANTI, Christiane Leite, et al. Prevalência de Doenças Crônicas e o Estado Nutricional. **Revista de Saúde Pública**. v.11, n.6, p. 865-877, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v11n6/v11n6a03.pdf> . Acesso em: 29 out. 2016.

CUPARRI, Lilian. **Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis**. Ed. 4. São Paulo: Manolé, 2009.

FRANCISO, Priscila Maria Stolses Bergamo et al. **Desigualdades sócio-demográficas nos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis: Inquérito telefônico em Campinas, São Paulo**. Campinas/ São Paulo, 2015. 12 f. Departamento de saúde coletiva. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de ciências médicas. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n1/2237-9622-ress-24-01-00007.pdf> Acesso em: 14 jul. 2016.

GOMES, Adriana de Andrade, et al. Caracterização do consumo alimentar por meio de questionário simplificado: Contribuição para os estudos de vigilância alimentar e nutricional. **Caderno de Saúde**. V.23, n.4, p.368-373, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v23n4/1414-462X-cadsc-23-4-368.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2016

MALTA, Deborah Carvalho et al. **Estilos de vida da população brasileira: Resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013**. Brasília, 2015. 10 f. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde.

MARTINEZ, Sílvia. A nutrição e a alimentação como pilares dos programas de promoção da saúde e qualidade de vida nas organizações. **Revista O mundo da Saúde**. v. 37, n. 7, p.201-207, 2013. Disponível em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/102/9.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/102/9.pdf).

Acesso em: 12 out. 2016.

MÁSSIMO, Erika de Azevedo Leitão; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima. **Riscos para doenças crônicas na ótica de participantes do Vigitel**. São Paulo, 2014. 13 f. Projeto Vigitel. Fundação de amparo a pesquisa do estado de Minas Gerais – Programa pesquisador mineiro. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0651.pdf> > Acesso em: 20 agos.2016.

PIOVESANA, Paula de Moura et al. Revisão: Metodologia para análise da sensibilidade gustativa do sal. **Brazilian Journal of food technology**. v. 15, n. 3, p. 2, 2012. Disponível: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-67232012005000013> > Acessado em: 01 dez. 2016.

SANTOS, Fania Cristina et al. Dor crônica em idosos longevos: prevalência, características, mensurações e correlação com nível sérico de vitamina D. **Revista Dor**. v. 16, n. 3, p. 171 – 175. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt\\_1806-0013-rdor-16-03-0171.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0171.pdf) > Acesso em: 01 dez. 2016.

SOUZA, Danielle Ribeiro; et al. Fontes alimentares de macronutrientes em amostra probabilística de adultos brasileiros. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. v.20, n.3. p.1595-1606, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n5/1413-8123-csc-20-05-01595.pdf>> Acesso em: 30 out. 2016.

World Health Organization. **Preventing chronic diseases: a vital investment**. Geneva: WHO; 2005.

World Health Organization. **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO; 2004.

VITOLLO, Márcia Regina. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. ed.2. Rio de Janeiro: Rúbio, 2015.

VITORINO, Priscila Valverde de Oliveira et al. Prevalência de estilo de vida sedentário entre adolescentes. **Revista Acta Paul Enfermagem**, v.27, n.1, p.166-171, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n2/1982-0194-ape-28-02-0166.pdf>> Acesso em: 28 set. 2016.