

**ESTADO NUTRICIONAL E PERFIL ALIMENTAR DOS PACIENTES
ATENDIDOS EM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO**Letícia de Rossi Rodrigues¹, Carolina Tarcinalli Souza¹, Débora Tarcinalli Souza¹
Artur Junio Togneri Ferron², Fabiane Valentini Francisqueti-Ferron¹**RESUMO**

Introdução: A presença das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) tem se notado frequente na população atual, sendo as principais encontradas hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia e doenças cardiovasculares. Além da obesidade como fator de risco para o desenvolvimento dessas doenças os hábitos alimentares errôneos também estão relacionados. Sendo assim, conhecer o perfil nutricional do paciente possibilita o diagnóstico nutricional e a adequada intervenção nutricional. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional e perfil alimentar dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição das Faculdades Integradas de Bauru. **Materiais e métodos:** Foram incluídos todos que aceitaram participar da pesquisa nos meses de agosto e setembro de 2018. Foram feitas medidas antropométricas e análise do padrão alimentar pelo Recordatório de 24 horas (R24h) e Questionário de Frequência Alimentar (QFA). **Resultados:** Os resultados mostraram que a população estudada se encontra em sobrepeso, com valores de Circunferência Abdominal (CA) considerados risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, possuem algumas DCNT, apresentaram consumo alimentar diário de alimentos considerados saudáveis e raro de alimentos obesogênicos segundo QFA, além de carências nutricionais segundo R24h. **Conclusão:** Os dados apontam para a necessidade de um acompanhamento maior destes pacientes afim de poder rastrear se os hábitos alimentares relatados se mantém a longo prazo já que não foram condizentes com os resultados encontrados.

Palavras-chave: Estado nutricional. Doenças crônicas. Hábito alimentar.

1-Faculdades Integradas de Bauru (FIB), Bauru-SP, Brasil.

2-Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista (UNESP) Botucatu-SP, Brasil.

ABSTRACT

Nutritional status and food profile of patients served in a nutrition ambulatory

Background: The presence of chronic diseases has been frequent in the population, among them: obesity, hypertension, type 2 diabetes mellitus, dyslipidemia and cardiovascular diseases. In addition to obesity as a risk factor for the development of these diseases erroneous eating habits are also related. Therefore, knowing the nutritional profile of the patient makes possible the nutritional diagnosis and the appropriate nutritional intervention. **Aim:** To evaluate the nutritional status and food profile of the patients attended at the Faculdades Integradas de Bauru nutrition ambulatory. **Materials and methods:** It was included all those who agreed to participate between August and September, 2018. It was analyzed anthropometric measurements and food pattern analysis were made by a 24-hour Reminder (R24h and Food Frequency Questionnaire (FFQ)). **Results:** The results showed that the studied population is overweight, with abdominal circumference (CA) values considered to be a risk for the development of cardiovascular diseases, have some DCNT, have daily food consumption of foods considered healthy and rare of obesogenic foods according to FFQ, in addition to nutritional deficiencies according to R24h. **Conclusion:** The data point to the need for a greater follow-up of these patients in order to be able to track if the reported eating habits are maintained in the long term since they were not consistent with the results found.

Key words: Nutritional status. Chronic diseases. Food behavior.

E-mails dos autores:

leticiaiderossi@hotmail.com

caroltar@msn.com

deboratarcinalli@hotmail.com

artur.ferron@gmail.com

fabiane_vf@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Atualmente a obesidade é considerada um dos maiores problemas de Saúde Pública no mundo (ABESO, 2018).

Kobyliak, Virchenko e Falalyeyeva (2016) afirmam que no mundo 1,7 bilhões de pessoas apresentam excesso de peso.

No Brasil, entre os anos de 2008 e 2009, mais de 50% de sua população se encontrava acima do peso, sendo que as estimativas mostram que em 2025 a população mundial terá em torno de 2,3 bilhões de adultos sobrepesos e mais de 700 milhões de adultos obesos (ABESO, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os indivíduos obesos são aqueles que apresentam acúmulo excessivo de gordura corporal.

O critério mais utilizado em adultos para o diagnóstico da obesidade é o Índice de Massa Corporal (IMC), expresso pela razão da massa corporal dividida pela estatura ao quadrado, sendo classificados como obesos os que apresentam IMC igual ou superior a 30 kg/m² e como sobrepesos os que obtiverem os resultados entre 25 kg/m² e 29,9 kg/m² (ABESO, 2018).

A obesidade é considerada fator de risco para o desenvolvimento de comorbidades como hipertensão arterial sistêmica, doenças cardiovasculares, resistência à insulina, diabetes mellitus tipo 2, doença hepática gordurosa não alcoólica, cânceres (colorretal, renal, esofágico, mamário, ovariano e prostático), dislipidemia, colelitíase, refluxo gastroesofágico, podendo também influenciar sobre a osteoartrite, dificuldades para respirar sendo comum a apneia obstrutiva do sono, infertilidade masculina, alterações no ciclo menstrual, transtornos psicológicos e morte prematura (Wannmacher, 2016).

As causas são multifatoriais, estando relacionadas à interação genética, histórico familiar, desequilíbrio metabólico, sedentarismo e elevado consumo calórico (Ministério da Saúde, 2016).

Além da obesidade como fator de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis os hábitos alimentares errôneos também estão relacionados (Barroso, Martins e Alves, 2017).

Dessa forma, o papel da nutrição se apresenta de forma preventiva e corretiva em relação à obesidade e às doenças crônicas não-transmissíveis. O consumo de hortaliças,

frutas, fibras, grãos, alimentos com baixo teor de gorduras saturadas, preparações que evitam o processo de fritura do alimento como as preparações assadas, grelhadas, refogadas e cozidas são opções que devem entrar no cardápio de pacientes que não são portadores de nenhuma doença crônica-não transmissível e também no dos que apresentarem alguma dessas doenças, a limitação do sal, álcool e carboidratos simples podem fazer parte da prevenção e do tratamento dietético desses pacientes (Pasa e colaboradores, 2016).

Segundo Ferreira, Maccione e Costa (2017) os hábitos alimentares e o excesso de gordura corporal estão diretamente relacionados ao desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis.

Sendo assim, conhecer o perfil nutricional do paciente possibilita o diagnóstico nutricional e a adequada intervenção nutricional que compreendem medidas necessárias para melhorar a qualidade de vida desses pacientes.

Dessa forma, o objetivo do trabalho foi avaliar o estado nutricional e perfil alimentar dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição das Faculdades Integradas de Bauru.

MATERIAIS E MÉTODOS

Delineamento e amostra do estudo

Estudo transversal, realizado com pacientes atendidos no ambulatório das Faculdades Integradas de Bauru nos meses de agosto e setembro de 2018, através de um único atendimento pelo entrevistador.

Foram incluídos todos os pacientes que aceitaram participar do projeto e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando 50 indivíduos.

O trabalho teve aprovação do Comitê de Ética das Faculdades Integradas de Bauru (parecer 2.740.912).

Anamnese nutricional

Neste estudo foi realizada a identificação dos indivíduos por meio da Anamnese Nutricional baseada em Guimarães e Galante (2015), análise antropométrica e perfil alimentar, como descrito abaixo:

Identificação dos indivíduos

Os indivíduos participantes do estudo foram identificados por meio de dados

personais: gênero, nome completo, data de nascimento, endereço residencial, telefone, e-mail e número de prontuário.

Análise antropométrica

A análise antropométrica englobou a avaliação dos seguintes parâmetros:

Peso corporal

A aferição do peso (em quilos), incluiu os participantes vestindo o mínimo de roupas possível e sem sapatos, utilizando balança calibrada com tolerância máxima de 180 kg Plenna Acqua com precisão de 100 gramas, sendo apoiada em um terreno totalmente nivelado.

Estatura

Foi realizada com os participantes em pé e sem sapatos. Foi utilizado um estadiômetro Sanny (modelo ES2060) com capacidade de medição de 115 cm a 210 cm com haste removível e graduado em milímetros, afixando-a na parte mais alta da cabeça, formando um ângulo de 90° com a haste.

Índice de Massa Corporal (IMC)

O cálculo do IMC foi realizado a partir da divisão do peso (em Kg) pela estatura (em metros) elevada ao quadrado. Os resultados foram baseados nas Diretrizes Brasileiras de Obesidade (2016).

Prega cutânea do tríceps (PCT)

Foi utilizada como estimativa do percentual de gordura. A aferição foi feita por meio de um adipômetro (NeoPrime), com campo de medição de 0mm a 60mm sendo sua precisão de 1mm.

Durante a medida os pacientes permaneceram em pé, com os braços livres sobre a lateral do corpo. A medida foi feita no ponto médio entre o acrômio e o olécrano, na região posterior do braço não dominante. Os resultados foram baseados em Kamimura e colaboradores (2014).

Circunferência abdominal (CA)

Foi utilizada uma fita métrica inextensível com aproximação de 1mm. O

ponto de referência para a obtenção desta medida foi o maior perímetro da região abdominal, segundo técnicas padronizadas por Nacif e Viebig (2011).

Essa medida foi utilizada de forma isolada para poder identificar a presença de risco cardiovascular. Como padrão de referência foi utilizada a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose (SBC, 2013).

Análise do padrão alimentar

Para a avaliação dos hábitos alimentares foi utilizado um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) baseado em Guimarães e Galante (2015), um método que permite quantificar a frequência de consumo de determinados alimentos.

Além disso, foi aplicado também um Recordatório de 24 horas (R24h), um método que permite quantificar todos os alimentos consumidos no dia anterior à entrevista. Para a quantificação de calorias, macronutrientes (carboidratos, proteínas e gorduras) e micronutrientes (vitaminas e minerais) consumidos pelos participantes. Os R24h foram calculados por meio do Dietbox Software On-line 2018 e comparados com os valores da Ingestão Dietética Recomendada (RDA) de 2018 (The National Academies of Sciences Engineering Medicine, 2018).

Análise dos dados

Os resultados estão apresentados em média e desvio padrão ou distribuição percentual. As variáveis foram analisadas no SigmaStat 3.5.

RESULTADOS

A população do estudo foi composta por 50 indivíduos, dos quais 36 (72%) eram do sexo feminino com média de idade de $43,8 \pm 15,8$ anos. Já os homens ($n=14$) tinham idade média de $33,1 \pm 10,9$ anos.

Na tabela 1 estão apresentados os parâmetros antropométricos, onde é possível observar que os indivíduos estavam na classificação de sobrepeso segundo o IMC.

Com relação à CA, chama atenção o fato de que as mulheres apresentavam valores acima do limite (risco elevado >80cm e muito elevado >88cm) para não ocorrência de doenças cardiovasculares, bem como os homens apresentaram valores acima do limite

(risco elevado >94cm e muito elevado >102cm). Já em relação à PCT, a adequação mostra uma leve desnutrição (80-90%). Ressalta-se que por medida protocolar do ambulatório, a medida da PCT não é realizada em indivíduos obesos.

A respeito das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), 12 pacientes eram hipertensos, 9 apresentavam dislipidemia e 9 eram diabéticos do tipo 2. O consumo de

bebidas alcoólicas foi relatado por 2 homens e 5 mulheres como sendo aos finais-de-semana enquanto o consumo casual foi relatado por 1 homem e 4 mulheres. Os demais participantes negam consumir. Com relação à prática de atividades físicas (frequência igual ou maior que 3 vezes na semana com o tempo mínimo de 30 minutos) 11 homens e 15 mulheres disseram ser adeptos.

Tabela 1 - Dados antropométricos da população do estudo.

	Mulheres (n=36)	Homens (n=14)	Total (n=50)
Peso (kg)	74,7 ± 17,3	85,5 ± 14,5	77,7 ± 17,1
Estatura (m)	1,6 ± 0,1	1,7 ± 0,1	1,6 ± 0,1
IMC (kg/m ²)	29,6 ± 6,7	28,4 ± 4,5	29,2 ± 6,2
CA (cm)	94,3 ± 15,8	95,6 ± 12,6	94,7 ± 14,8
Adequação da PCT (%)	81,7 ± 22,2	85,9 ± 39,4	83,8 ± 29,3

Legenda: IMC: índice de massa corporal; CA: circunferência abdominal; PCT: prega cutânea do tríceps.

Tabela 2 - Dados do Recordatório de 24 horas referentes a macro e micronutrientes.

	Mulheres (n=36)	Homens (n=14)	Total (n=50)	RDA
Calorias (kcal)	1328 ± 405	1777 ± 640	1488 ± 537	
% carboidratos do VCT (%)	51,0 ± 9,7	45,7 ± 13,5	49,6 ± 11,0	45-65 %
% proteínas do VCT (%)	18,8 ± 6,0	26,2 ± 11,2	21,5 ± 9,7	10-35 %
% lipídeos do VCT (%)	30,0 ± 9,2	28,6 ± 9,3	30,2 ± 9,9	20-35 %
% gordura saturada (%)	10,4 ± 4,3	8,1 ± 2,8	9,6 ± 4,0	Até 7 %
% gordura monoinsaturada (%)	8,2 ± 4,4	8,7 ± 3,5	8,4 ± 4,1	Até 13 %
% gordura poli-insaturada (%)	4,1 ± 1,5	6,2 ± 2,9	4,8 ± 2,3	5-10 %
Colesterol (mg)	213 ± 162	437 ± 515	276 ± 315	< 300mg/dia
Fibras (g)	15,9 ± 7,8	16,9 ± 9,5	16,2 ± 8,2	M=21 g/dia; H=30g/dia
Vitamina A (mcg)	411 ± 488	848 ± 1580	536 ± 940	M=700mcg/dia; H=900mcg/dia
Vitamina B1 (mg)	1,0 ± 0,5	1,2 ± 0,8	1,1 ± 0,6	M=1,1mg/dia; H=1,2mg/dia
Vitamina B2 (mg)	1,3 ± 1,5	1,5 ± 1,1	1,4 ± 1,4	M=1,1mg/dia; H=1,3mg/dia
Vitamina B3 (mg)	13,6 ± 7,7	27,7 ± 19,3	17,7 ± 13,6	M=14mg/dia; H=16mg/dia
Vitamina B6 (mg)	1,1 ± 0,5	1,8 ± 1,2	1,3 ± 0,8	1,3mg/dia
Vitamina B9 (mcg)	128 ± 72	156 ± 76	138 ± 73	400mcg/dia
Vitamina B12 (mcg)	3,3 ± 2,2	2,6 ± 1,9	3,1 ± 2,1	2,4mcg/dia
Vitamina D (mcg)	2,0 ± 1,9	2,2 ± 1,7	2,1 ± 1,9	15mcg/dia
Vitamina E (mg)	7,3 ± 8,2	11,3 ± 9,4	8,5 ± 8,7	15mg/dia
Vitamina C (mg)	60,9 ± 59,5	59,8 ± 40,3	60,6 ± 54,3	M=75mg/dia; H=90mg/dia
Sódio (mg)	1520 ± 1049	1816 ± 1240	1604 ± 1102	1500mg/dia
Potássio (mg)	1610 ± 580	1945 ± 752	1706 ± 644	4700mg/dia
Fósforo (mg)	707 ± 302	928 ± 539	776 ± 395	700mg/dia
Selênio (mcg)	53,9 ± 34,1	92,7 ± 83,1	64,9 ± 54,9	55mcg/dia
Ferro (mg)	10,5 ± 4,7	11,3 ± 5,1	10,7 ± 4,8	8mg/dia
Calcio (mg)	445 ± 263	420 ± 182	447 ± 262	1000mg/dia
Manganês (mg)	1,2 ± 0,4	1,8 ± 1,0	1,4 ± 0,7	M=1,8mg/dia; H=2,3mg/dia
Zinco (mg)	7,8 ± 5,0	8,2 ± 4,7	7,9 ± 4,9	M=8mg/dia; H=11mg/dia
Magnésio (mg)	157 ± 55	202 ± 78	170 ± 65	M=320mg/dia; H=420mg/dia
Ingestão hídrica (l)	1,1 ± 0,6	1,6 ± 0,5	1,3 ± 0,7	M=2,7litros/dia; H=3,7litros/dia

Legends: RDA: Recommended Dietary Allowances= Ingestão dietética recomendada, H: indica o valor de RDA para homens, M: indica o valor de RDA para mulheres, n: número de indivíduos.

Na tabela 2 estão apresentados os parâmetros do Recordatório de 24 horas. De acordo com os valores de recomendação diária de ingestão (RDA) de 2018, é possível

notar que não foram atingidos os valores de consumo recomendados, nas mulheres: fibras, gorduras poliinsaturadas, vitamina A, vitamina B1, vitamina B3, vitamina B6, vitamina B9,

vitamina D, vitamina E, vitamina C, potássio, cálcio, zinco, selênio, manganês, magnésio e ingestão hídrica. Já no caso dos homens, não atingiram a recomendação: fibras, vitamina A, vitamina B9, vitamina D, vitamina E, vitamina C, potássio, cálcio, zinco, manganês, magnésio e ingestão hídrica.

A figura 1 apresenta a distribuição do consumo de alimentos de acordo com a frequência alimentar. É possível notar que em relação aos alimentos benéficos à saúde como frutas, legumes, verduras e alimentos integrais

houve uma alta frequência de consumo (7x na semana).

Em contrapartida, os alimentos considerados obesogênicos, como frituras, suco industrializado ou em pó, refrigerante e embutidos apresentaram baixo consumo (raramente). Chama também atenção que os alimentos fonte de cálcio como derivados do leite (requeijão, queijo e iogurte), apresentaram baixo consumo (raramente) pela população do estudo.

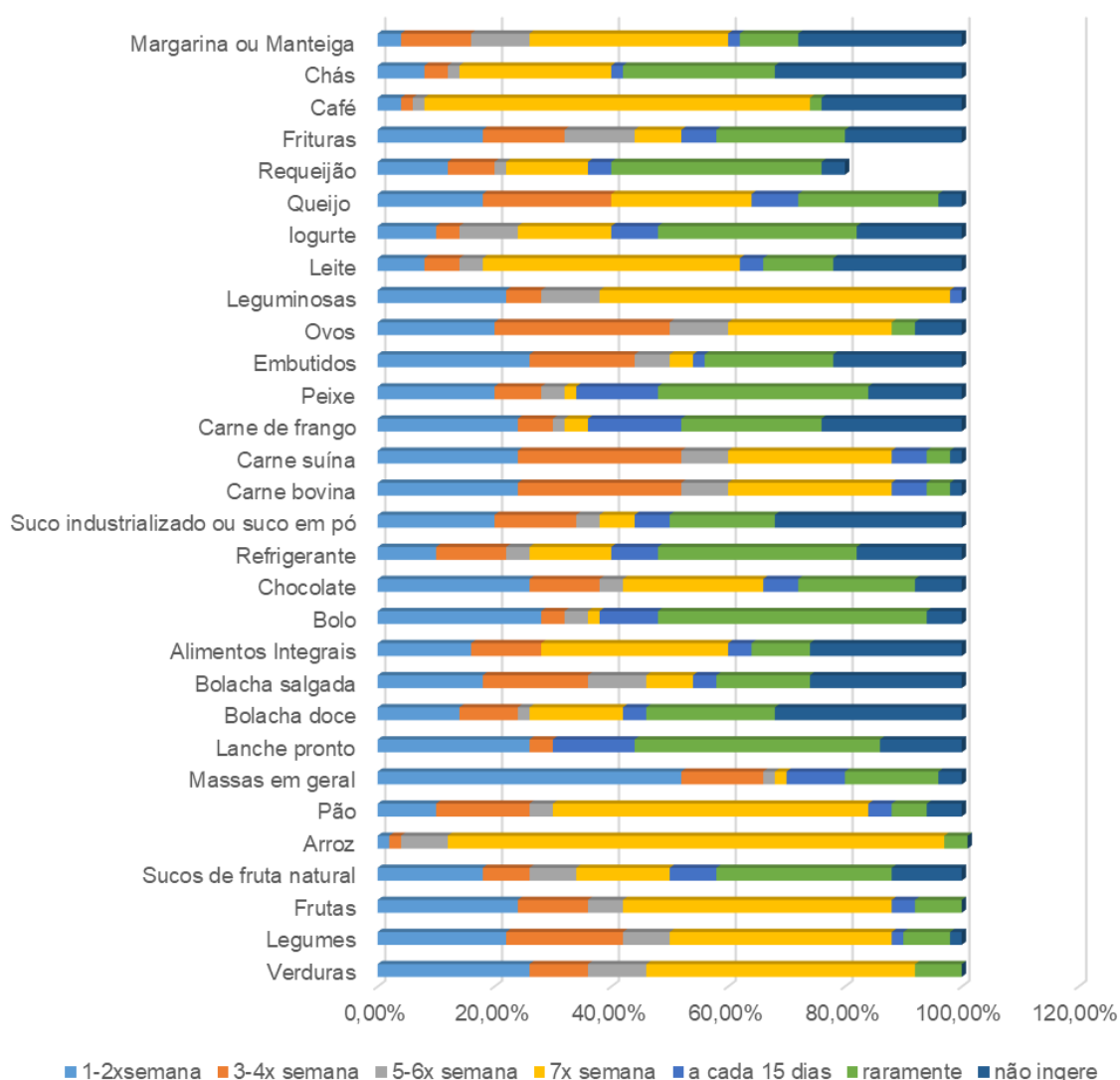


Figura 1 - Distribuição dos alimentos de acordo com a frequência alimentar.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo a avaliação do estado nutricional e do perfil

alimentar dos pacientes atendidos no ambulatório de nutrição das Faculdades Integradas de Bauru, onde o perfil dos pacientes é em sua maioria composto por

adultos e idosos, faixa etária com maior prevalência das DCNT.

Na população do estudo foram encontradas algumas DCNT como hipertensão arterial, dislipidemia e diabetes mellitus tipo 2, resultados similares aos de Pansani, Soares e Cirino (2018) que avaliaram indivíduos de uma clínica de nutrição no interior de São Paulo. O envelhecimento com qualidade de vida, associado a uma maior expectativa de vida deve levar em consideração a mudança no estilo de vida, que compreende também hábitos alimentares saudáveis e intervenções nutricionais. É importante ressaltar que as DCNT podem ser prevenidas e controladas através da alimentação, o que reforça a importância da intervenção nutricional (Scherer e colaboradores, 2013).

Embora a população do estudo esteja na categoria de sobrepeso segundo o IMC, com valores abaixo de 30kg/m², chama atenção o fato de que as mulheres apresentaram obesidade abdominal (>88cm), o que representa risco muito aumentado para doenças cardiovasculares.

Nesse sentido, ressalta-se a importância da realização dessa medida como indicador precoce de obesidade e de risco de doenças cardiovasculares, mesmo em indivíduos com IMC abaixo do valor de obesidade.

Trabalhos mostram que a obesidade vem aumentando em países desenvolvidos e em desenvolvimento, especialmente entre as mulheres, afetando quase metade das mulheres brasileiras (Cristóvão, Sato e Fujimore, 2011).

Embora uma pequena parcela da população do estudo tenha relatado consumo de bebida alcoólica, segundo Guimarães, Nemer e Fausto (2013), há a possibilidade de que o álcool tenha efeito sobre a obesidade abdominal, principalmente em indivíduos do sexo masculino.

Sendo o álcool a única substância psicotrópica que realiza o fornecimento de calorias (1 grama de álcool corresponde à 7,1 calorias) a adição dessa substância ao consumo alimentar pode favorecer o aumento de peso, gordura e de outras medidas corporais.

Outro fator associado à obesidade e ao desenvolvimento das doenças crônicas não-transmissíveis é o sedentarismo (Wannmacher, 2016).

A prática regular de atividade física auxilia na perda de gordura corporal e no

aumento de massa magra, contribuindo assim para a melhora da qualidade de vida e para a prevenção de DCNT, bem como de doenças cardiovasculares (Carlucci, Gouvêa e Oliveira, 2013).

Na população do estudo a prática de atividade física foi relatada por 11 homens e 15 mulheres (praticamente 50% da amostra), percentual ainda baixo diante dos benefícios da prática de atividade física.

Os nutrientes são responsáveis pela homeostasia do organismo. Os macronutrientes fornecem energia, participam da reconstrução de tecidos, manutenção da temperatura corporal, transporte de vitaminas e síntese hormonal (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

Todos são necessários ao bom funcionamento do organismo e devem seguir a Ingestão Dietética Recomendada (RDA).

A população estudada mostrou consumo adequado desses macronutrientes, exceto para fibras e gorduras poliinsaturadas que ficaram abaixo do recomendado, enquanto gorduras saturadas foram consumidas em excesso. As fibras, pertencentes à classe dos carboidratos podem ser divididas em solúveis e insolúveis, sendo responsáveis pelo controle da glicemia e pelo controle do trânsito intestinal, respectivamente (Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009).

O consumo de gordura saturada e trans se relaciona com a elevação do LDL-c plasmático e aumento de risco cardiovascular, enquanto que a substituição de gordura saturada da dieta por mono e poliinsaturadas é considerada uma estratégia para melhorar o controle da hipercolesterolemia e conseqüentemente reduzir a chance de eventos clínicos (Santos, Gagliardi e Xavier, 2013).

A respeito dos micronutrientes, ficaram inadequados os consumos de vitamina A, D, E, C, algumas vitaminas do complexo B, potássio, cálcio, manganês, magnésio, selênio e zinco. A vitamina A acrescentar é necessária para que haja o funcionamento adequado e a manutenção dos tecidos corporais, participando da síntese e crescimento das células epiteliais (Leão e Santos, 2012).

As vitaminas do complexo B atuam no organismo como coenzimas responsáveis pela degradação dos macronutrientes ingeridos permitindo assim a liberação de energia para o funcionamento das células corporais além da prevenção das doenças cardiovasculares (Rubert, Engel e Rohlfes, 2017).

A vitamina C participa dos processos celulares de oxirredução, previne o escorbuto, é importante na defesa do organismo contra infecções, integridade das paredes dos vasos sanguíneos e para formação das fibras colágenas existentes em praticamente todos os tecidos do corpo humano (derme, cartilagem e ossos) (Manela-Azulay e colaboradores, 2003).

A vitamina E é uma vitamina com importante função antioxidante, prevenindo doenças como câncer, doença cardiovascular e o envelhecimento precoce (Food Ingredients Brasil, 2014).

Bringel, Andrade e Júnior (2014) afirmam que o mineral cálcio e vitamina D apresentam uma ligação já que a vitamina D aumenta a absorção de cálcio pelo intestino, além disso, a vitamina D apresenta outras importantes funções, como melhor reabsorção de cálcio pelos rins, e a maturação dos osteoclastos que são responsáveis pela regeneração óssea; o mineral cálcio é responsável pela mineralização dos ossos e dentes, coagulação sanguínea, regulação de mecanismos intracelulares, controle da contração muscular.

Martini, Conde e Adami (2018) realizaram um estudo com pacientes de 20 a 59 anos atendidos no ambulatório de nutrição de um centro universitário localizado no interior do Rio Grande do Sul, onde foram avaliados 1.000 recordatórios alimentares e foi possível notar que o consumo de cálcio e vitamina D se encontravam abaixo dos valores de referência.

Segundo Cuppari e Bazanelli (2010) o potássio realiza importantes funções como transmissão dos impulsos nervosos, correção quando há o desequilíbrio ácido básico, síntese de glicogênio e proteínas, e permite também que as enzimas funcionem de forma adequada.

Portanto, seu consumo inadequado afeta todas estas funções. Cembranel, Halla e Chica (2017) realizaram um estudo com indivíduos de 22 a 63 anos na cidade de Florianópolis, no qual foi avaliado o consumo alimentar de micronutrientes. Os resultados mostraram que o consumo de cálcio, vitamina A, vitamina D, vitamina E e vitamina C se encontraram abaixo do recomendado pela RDA, resultado similar ao encontrado em nosso trabalho.

A ingestão hídrica é de suma importância junto à alimentação equilibrada para o bom funcionamento do organismo,

garantindo a estrutura e funcionamento das células, além de ser componente dos fluidos corporais, permitir que os eletrólitos sejam dissolvidos, contribuir para o transporte de nutrientes e excreção de metabólitos, e manutenção da temperatura corporal (Azevedo, Pereira e Paiva, 2016). Nossos resultados mostraram consumo inadequado de água na população estudada.

Considerando que apenas uma avaliação do consumo alimentar pelo R24h pode não refletir a ingestão habitual do indivíduo, informações provenientes do QFA também foram consideradas (Fisberg, Marchioni e Colucci, 2009).

Os resultados mostraram consumo frequente de alimentos considerados saudáveis como frutas, legumes, verduras e cereais integrais e consumo raro de alimentos obesogênicos o que não corrobora com o estado nutricional da população estudada. É importante ressaltar que muitos pacientes fora do peso adequado referem ingestão alimentar compatível com parâmetros de normalidade.

Alguns, involuntariamente, ocultam parcela significativa do volume energético efetivamente ingerido, o que torna extremamente difícil medir a quantidade de energia consumida (Bernardi, Cicherele e Vitolo, 2005), o que pode explicar os resultados encontrados.

CONCLUSÃO

Diante dos nossos resultados, é possível concluir que a população estudada se encontra em sobrepeso, com valores de CA considerados risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, possuem algumas DCNT, apresentaram consumo alimentar diário de alimentos considerados saudáveis e raro de alimentos obesogênicos segundo QFA, além de carências nutricionais segundo R24h.

Os dados apontam para a necessidade de um acompanhamento maior destes pacientes afim de poder rastrear se os hábitos alimentares relatados se mantêm a longo prazo já que não foram condizentes com os resultados encontrados.

REFERÊNCIAS

1-ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Mapa da Obesidade. São Paulo. 2018.

- 2-Azevedo, P. S.; Pereira, F. W. L.; Paiva, S. A. R. Água, Hidratação e Saúde. Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição. p.1-16. 2016
- 3-Barroso, T. A.; Martins, L. B.; Alves, R. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. International Journal of Cardiovascular Sciences. Vol. 30. Num. 5. 2017. p.416-424.
- 4-Bernardi, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M. R. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. Rev. Nutrição. Vol. 18. Num. 1. 2005. p.85-93.
- 5-Bringel, A. L.; Andrade, K. F. S.; Júnior, N. D. S. Suplementação Nutricional de Cálcio e Vitamina D para a Saúde Óssea e Prevenção de Fraturas Osteoporóticas. Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Vol. 18. Num. 4. 2014. p.353-358.
- 6-Carlucci, E. M. S.; Gouvêa, J. A. G.; Oliveira, A. P. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. Com. Ciências Saúde. Vol. 24. Num. 4. 2013. p.375-384.
- 7-Cembranel, F.; Hallal, A. L. C.; Chica, D. A. G. Relação entre consumo alimentar de vitaminas e minerais, índice de massa corporal e circunferência da cintura: um estudo de base populacional com adultos no Sul do Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 33. Num. 12. 2017. p.1-17.
- 8-Cristóvão, M. F.; Sato, A. P. S.; Fujimore, E. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. Vol. 45. Esp. 2. 2011. p. 1667-1672.
- 9-Cuppari, L.; Bazanelli, A. P. Funções Plenamente Reconhecidas de Nutrientes - Potássio. International Life Sciences Institute do Brasil. Vol. 11. 2010.
- 10-Ferreira, F. A. M.; Maccione, B. A. R.; Costa, I. A. S. Consumo alimentar e risco de Doenças Crônicas Não Transmissíveis em funcionários de serviços gerais de uma Universidade de Aracaju-SE. In: CIAFIS: 3º Congresso Internacional de Atividade Física. Nutrição e Saúde. 2017. Aracaju.
- 11-Fisberg, R. M.; Marchioni, D. M. L.; Colucci, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. Arq Bras Endocrinol Metab. Vol. 53. Num.5. 2009. p.617-624.
- 12-Food Ingredients Brasil. Dossiê Vitaminas. Food ingredients Brasil. Num. 29. 2014. p.58-88.
- 13-Guimarães, A. F.; Galante, A. P. Anamnese Nutricional e Inquéritos Dietéticos. In: Rossi, L.; Caruso, L.; Galante, A. P. Avaliação Nutricional: Novas Perspectivas. 2ª edição. Rio de Janeiro. Roca. 2015. p.21-44.
- 14-Guimarães, S. N.; Nemer, S. A.; Fausto, A. M. Influência do consumo de álcool nas alterações antropométricas: uma revisão sistemática. Revista Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. Vol. 33. Num. 3. 2013. p.68-76.
- 15-Kamimura, M. A.; Baxmann, A. C.; Ramos, L. B.; Cuppari, L. Avaliação Nutricional. In: Cuppari, L. Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar da EPM-UNIFESP: Nutrição Clínica no adulto. 3ª edição. Manole. 2014. p.111-149.
- 16-Kobyliak, N.; Vircheko, O.; Falalyeyeva, T. Pathophysiological role of host microbiota in the development of obesity. Nutrition Journal. Vol. 15. Num. 43. 2016.
- 17-Leão, A. L. M.; Santos, L. C. D. Consumo de micronutrientes e excesso de peso: existe relação? Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 15. Num. 1. 2012. p.85-95.
- 18-Manela- Azulay, M.; Lacerda, C. A. M.; Perez, M. A.; Filgueira, A. L.; Cuzzi, T. Vitamina C. An bras Dermatol. Vol. 78. Num. 3. 2003. p.265-274.
- 19-Martini, B. A.; Conde, S. R.; Adami, F. S. Cálcio e vitamina D em adultos atendidos em ambulatório de nutrição. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Vol. 31. Num.1. 2018. p.1-7.
- 20-Ministério da Saúde. Obesidade e sobrepeso: diagnóstico. Diretrizes Brasileiras de Obesidade. 2016.
- 21-Nacif, M. A. L.; Vieibig, R. F. Avaliação antropométrica no ciclo da vida: uma visão prática. 2ª edição. Metha. 2011. p.184.

22-Pansani, M. F.; Soares, E. M.; Cirino, J. L. Resultados do tratamento nutricional de uma clínica universitária aos pacientes com doenças crônicas. Revista Nutrição Clínica y Dietética Hospitalaria. Vol. 38. Num. 2. 2018. p.64-69.

23-Pasa, D.; Chiconatto, P.; Pedroso, K. S.; Schmitt, V. Alimentação e Doenças Crônicas Não Transmissíveis em idosos participantes de um grupo de terceira idade. Revista Uneabeu. Vol. 9. Num. 23. 2016. p.111-125.

24-Rubert, A.; Engel, B.; Rohlfes, A. L. B. Vitaminas do complexo B: uma breve revisão. Revista Jovens Pesquisadores. Vol. 7. Num. 1. 2017. p.30-45.

25-Santos, R. D.; Gagliardi, A. C. M.; Xavier, H. T. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 100. Num. 1. Supl. 3. 2013.

26-Scherer, R.; Scherer, F.; Conde, S. R.; Dal Bosco, S. M. Estado nutricional e prevalência de doenças crônicas em idosos de um município do interior do Rio Grande do Sul. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vol. 16. Num. 4. 2013. p.769-779.

27-Sociedade Brasileira de Cardiologia. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Vol. 101. Num. 4. 2013. p.1-20.

28-Sociedade Brasileira de Diabetes. Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD. Manual de Nutrição Profissional da Saúde, 2009.

29-The National Academies of Sciences Engineering Medicine. Dietary Reference Intakes Tables and Application. 2018.

30-Wannmacher, L. Obesidade como fator de risco para morbidade e mortalidade: evidências sobre o manejo com medidas não medicamentosas. Organização Pan Americana da Saúde. Vol. 1. Num. 7. 2016. p.1-10.

Autor correspondente:
Fabiane Valentini Francisqueti-Ferron
fabiane_vf@yahoo.com.br
R. José Santiago, Vila Ipiranga.
Bauru-SP, Brasil.
CEP: 17056-120.

Recebido para publicação em 11/02/2019
Aceito em 28/03/2019