

## INSERÇÃO ACADÊMICA NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO E CARDIOLOGIA

**BETINA FERNANDA DAMBRÓS<sup>1</sup>**; **BETINA FLESCH<sup>2</sup>**; **PRISCILA MOREIRA<sup>3</sup>**;  
**ANGELA NUNES MOREIRA<sup>4</sup>**; **RENATA TORRES ABIB<sup>5</sup>**; **LÚCIA ROTA  
BORGES<sup>6</sup>**

<sup>1</sup>*Universidade Federal de Pelotas – betinadambros@hotmail.com;*

<sup>2</sup>*Universidade Federal de Pelotas - betinaflesch@gmail.com;*

<sup>3</sup>*Universidade Federal de Pelotas - priscila.mvargas@hotmail.com;*

<sup>4</sup>*Universidade Federal de Pelotas - angelanmoreira@yahoo.com.br;*

<sup>5</sup>*Universidade Federal de Pelotas – renata.abib@ymail.com*

<sup>6</sup>*Universidade Federal de Pelotas – luciarotaborges@yahoo.com.br*

### 1. INTRODUÇÃO

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representam a principal causa de morte no mundo e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2011, três em cada dez óbitos foram atribuídos às doenças do aparelho circulatório (CHAVES, 2014; SOARES, 2015). Dentre as principais DCV, destacam-se a Doença Arterial Coronariana (DAC) e o Acidente Vascular Encefálico (AVE), sendo a DAC responsável por 7,3 milhões de mortes e o AVE por 6,2 milhões. A perspectiva é de que as DCV continuem sendo a maior causa de morte no mundo e aumentem em 35% o número de óbitos até 2030 (OMS, 2011). Estima-se que 80% dessas patologias poderiam ser evitadas com a eliminação de fatores de risco, como: alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo e uso abusivo de álcool (OMS, 2011).

Para indivíduos com histórico de DCV, a prevenção secundária é fundamental como fator protetor para a sua recorrência, além de proporcionar melhoria na qualidade e expectativa de vida destes pacientes. Para tanto, é necessário que os fatores de risco, responsáveis pelo surgimento, agravamento ou recidiva destas patologias sejam controlados, ou mesmo, eliminados. Quanto ao aspecto dietético, a adoção de uma dieta saudável é uma aliada em programas de prevenção e tratamento (OMS, 2011; SBC, 2013).

Assim, o projeto foi criado com a finalidade de prestar assistência nutricional ao paciente portador de DCV, criar um ambiente de prática para os alunos e possibilitar o retorno do serviço prestado à comunidade para a qual a Universidade está voltada.

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é descrever o fluxo de atendimentos e as atividades desenvolvidas junto aos pacientes cardiopatas, pela equipe de nutrição do Ambulatório de Nutrição e Cardiologia da UFPel.

### 2. METODOLOGIA

Este projeto teve início em janeiro de 2016. A equipe de nutrição é formada por alunos de graduação da Faculdade de Nutrição (FN) e mestrandos do Programa de Pós Graduação em Nutrição e Alimentos, sob orientação de docentes da FN. Os pacientes são agendados por meio de encaminhamento médico e os atendimentos ocorrem de forma contínua, às terças e quintas-feiras, com retornos mensais.

Na primeira consulta é realizada uma anamnese, onde são coletados dados gerais como: nome, idade, sexo, escolaridade, classe social e dados específicos como tabagismo e diagnóstico clínico. A avaliação antropométrica é realizada com a coleta das medidas de peso, altura e circunferência da cintura (CC). A partir da aferição do peso e altura, é calculado o Índice de massa corporal (IMC) para classificação do estado nutricional (OMS, 2000). Para avaliar o consumo alimentar, é aplicado o recordatório de 24 horas a cada consulta.

Após a realização da anamnese nutricional, o plano alimentar é elaborado com base na avaliação nutricional e objetivo terapêutico específico do paciente, levando em consideração individualidades como idade, sexo, altura, estado fisiológico e metabólico, doenças intercorrentes, atividade física, hábitos socioculturais e situação econômica.

O plano alimentar é calculado a partir da prescrição do valor calórico total (VCT) da dieta. A partir disso, a distribuição de macro-nutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos) é definida, procurando sempre mantê-los dentro dos valores preconizados: 55 a 75% do VCT para carboidratos, 10% a 15% de proteínas e 15% a 30% de lipídeos (OMS, 2003). O paciente recebe um exemplo de cardápio e uma lista de substituições de equivalentes calóricos para facilitar a escolha dos alimentos e evitar a monotonia alimentar. Ao final do atendimento, o retorno do paciente é agendado e, dependendo da necessidade, este pode ocorrer mensalmente ou em um período maior.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram atendidos até o momento 86 pacientes, sendo 66% (n=57) do sexo masculino com média de idade de  $61,2 \pm 9,5$  anos. Entre as mulheres a média de idade foi de  $60,8 \pm 9,3$  anos. Sobre o perfil socioeconômico, 65% (n=49) pertenciam a classe social C, 17% (n=13) a classe B e 17% (n=13) a classe social D. Em relação a escolaridade, a maioria dos pacientes (61%) possuíam ensino fundamental, 27% dos pacientes foram considerados analfabetos, 11% tinham ensino médio e apenas 1% o ensino superior.

Quanto aos hábitos de vida, 46 pacientes (53%) foram considerados como ex-fumantes, enquanto que 14 (16%) ainda mantinham o hábito de fumar.

Quanto à prevalência de DCV, 97% (n=83) possuíam diagnóstico de DAC, 10% (n=9) doença arterial periférica e 5% (n=4) doença cerebrovascular. Dez pacientes apresentam uma combinação de pelo menos duas das DVC citadas. Quando avaliada a presença de comorbidades, 79% (n=68) tinham Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 38% (n=33) diabetes e 58% (n=50) apresentaram dislipidemia.

Quanto à avaliação do estado nutricional, o IMC médio dos pacientes foi de  $28,7 \pm 4,2$  Kg/m<sup>2</sup>, sendo a maioria classificada com sobre peso, e peso médio de  $77,3 \pm 12,1$  Kg e CC de  $99,5 \pm 10,2$  cm. Quando estratificados por sexo, os homens apresentaram médias de peso e CC respectivamente, de  $79,4 \pm 11,4$  Kg e  $100,0 \pm 9,3$  cm, com IMC de  $28,1 \pm 3,4$  Kg/m<sup>2</sup>, enquanto que entre as mulheres estes valores foram  $73,4 \pm 12,8$  Kg para o peso,  $98,8 \pm 12,1$  cm para CC.

### 4. CONCLUSÕES

O projeto de extensão “Inserção acadêmica no ambulatório de nutrição e cardiologia” é de extrema importância para a população contemplada com o serviço, pois oferece uma assistência adequada e de qualidade. Além disso, oportuniza ao aluno de graduação/mestrado a aprendizagem prática necessária para sua melhor formação.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CHAVES, G.; BRITZ, N.; MUNZINGER, J.; UHLMANN, L.; GONZALEZ, G.; OVIEDO, G.; CHAPARRO, V.; ACHON, O.; BRUCKNER, T.; KIESER, M.; KATUS, HA.; MERELES, D. Education for a healthy lifestyle improves symptoms and cardiovascular risk factors – AsuRiesgo Study. *Arq Bras Cardiol*, vol 104, n.5, p. 347-355, 2015.

SOARES, GP.; KLEIN, CH.; SILVA, NAS.; OLIVEIRA, GMM. Evolução da mortalidade por doenças do aparelho circulatório nos municípios do Estado do Rio de Janeiro, de 1979 a 2010. *Arq Bras Cardiol*, vol 104, n.5, p. 356-365, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Cardiovascular Diseases (CVDs). Fact Sheet nº 317; 2011. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. p. 256. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva, 2003. (Technical Report, 916) Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf)>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*, vol 101, n. 6, 2013.