

## ATENDIMENTO DIETÉTICO, PREVALÊNCIA DE SEDENTARISMO E INGESTÃO HÍDRICA DE PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA UFPEL

Lucas de Alvarenga Furtado<sup>1</sup>; Nathalia Alves Specht<sup>2</sup>; Larissa Sander Magalhães<sup>3</sup>; Debora Simone Kilpp<sup>4</sup>; Angela Moreira Nunes<sup>5</sup>; Alessandra Doumid Borges<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Universidade Federal de Pelotas.Faculdade de Nutrição – [lucas.alvarenga9@hotmail.com](mailto:lucas.alvarenga9@hotmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal de Pelotas.Faculdade de Nutrição – [nathaliaaspecht@gmail.com](mailto:nathaliaaspecht@gmail.com)

<sup>3</sup> Universidade Federal de Pelotas.Faculdade de Nutrição – [larissama@hotmail.com](mailto:larissama@hotmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Federal de Pelotas.Hospital Escola EBSERH – [dekilpp@gmail.com](mailto:dekilpp@gmail.com)

<sup>5</sup> Universidade Federal de Pelotas.Faculdade de Nutrição - [angelanmoreira@yahoo.com](mailto:angelanmoreira@yahoo.com)

<sup>6</sup> Universidade Federal de Pelotas.Faculdade de Nutrição – [alidoumid@yahoo.com](mailto:alidoumid@yahoo.com)

### INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) sejam responsáveis por cerca de 38 milhões de mortes anuais, sendo que 16 milhões corresponderiam às mortes prematuras, antes dos 70 anos de idade, constituindo o maior problema de saúde em todo o mundo (WHO, 2014). Essas doenças atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os de baixa escolaridade e renda. Aproximadamente 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa e média renda. No Brasil, as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. Em 2007, a taxa de mortalidade por DCNT no Brasil foi de 540 óbitos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2016). Nas ultimas décadas, o tipo de dieta da população brasileira vem apresentando alterações, onde foi observado aumento do consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcares, pobres em fibras e industrializados em geral, que são fatores de risco para DCNT (CARVALHO, 2014).

A inatividade física e o excesso de peso são responsáveis, respectivamente, por 3,2 e 2,8 milhões de mortes/ano. Ao tabagismo e ao consumo abusivo de álcool são atribuídas 2,3 e 6 milhões de mortes ao ano (MALTA DC, et al., 2015). Pessoas pouco ativas têm entre 20% a 30% mais risco de morte quando comparadas com aquelas que praticam pelo menos 30 minutos de atividade física moderada na maioria dos dias da semana. A inatividade física é o quarto principal fator de risco de mortalidade global e provoca 6% de todas as mortes, de acordo com dados da folha informativa sobre atividade física da OMS fornecida em 2014. O balanço hídrico é essencial para a vida, ela constitui a maior parte do peso do corpo humano, podendo variar de 45 a 75% deste peso, a depender da idade e sexo, em média 60% de água para adultos. É o componente fundamental para a formação dos líquidos corporais, contudo, estima-se que a necessidade do total de água para sedentários é de aproximadamente 2L por dia, podendo aumentar até 6,0 L em caso de atividades físicas ou temperaturas quentes. Água é importante para manutenção da temperatura corporal por meio do suor e da absorção do calor produzido pelos processos metabólicos, além de participar da absorção e transporte de nutrientes e outros produtos do metabolismo através do plasma (BENELAM B, 2010 e OTTEN JJ, 2006).

A nutrição tem papel fundamental na promoção e prevenção de doenças, portanto a adesão do paciente e uma reeducação alimentar são processos multifatoriais estabelecidos mediante a parceria entre profissional nutricionista e o próprio paciente, tornando-a fundamental para adquirir resultados (ESTRELA, 2017). Com isso, o objetivo do estudo foi relatar as atividades desenvolvidas no

Ambulatório de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), analisando o percentual de comparecimento às consultas, dados sociodemográficos, prevalência de sedentarismo e a ingestão hídrica diária dos pacientes que retornaram pelo menos 2 vezes ao ambulatório de nutrição.

## METODOLOGIA

O projeto de extensão “Atendimento Dietético a Nível Ambulatorial” ocorre no Ambulatório de Nutrição, que se situa no Centro de Pesquisa em Saúde Amilcar Gigante, da UFPel, situado na Rua Marechal Deodoro, número 1160, no bairro Centro. O projeto conta com professoras nutricionistas vinculadas à Faculdade de Nutrição e uma nutricionista vinculada ao Hospital Escola UFPel/EBSERH, as quais supervisionam os atendimentos. Os atendimentos são realizados de terças-feiras a sextas-feiras, no período da tarde, e nas sextas-feiras também no período da manhã. Os atendimentos são realizados por estudantes da disciplina optativa de Nutrição Clínica, estudantes voluntários que participam do projeto de extensão e bolsistas de extensão, sob supervisão das professoras e nutricionistas.

São atendidos pacientes adultos, portanto maiores de 18 anos, agendados a partir do encaminhamento por profissionais de saúde vinculados ou não à UFPel, atendendo, inclusive, cidades nos arredores de Pelotas, que não tenham gestão plena. Os motivos destes encaminhamentos variam de acordo com o profissional, contemplando a perda de peso, reeducação alimentar e o tratamento e controle de patologias específicas. Na primeira consulta realiza-se uma anamnese nutricional, através da qual são coletados dados pessoais, sociodemográficos, história clínica e familiar, dados antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura e do pescoço), e dados relacionados à prática de atividade física, hábitos alimentares (ex. consumo de frutas, vegetais, embutidos, frituras, refrigerantes, ingestão de água por dia, entre outros), história de peso e funcionamento intestinal. Além disso, é aplicado um recordatório alimentar de 24 horas, procurando conhecer a rotina do paciente, visando orientações específicas para seu cotidiano e um plano alimentar eficiente.

O estado nutricional é avaliado com base no índice de massa corporal (IMC), que é a razão entre a medida do peso em quilos e o quadrado da estatura em metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), e classificado conforme os critérios preconizados pela OMS para adultos como baixo peso (IMC menor que  $18,49 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ), eutrofia (IMC entre  $18,5$  e  $24,9 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ), pré-obesidade ou sobre peso (IMC entre  $25$  e  $29,9 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ), obesidade grau I (IMC entre  $30$  e  $34,9 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ), obesidade II (IMC entre  $35$  e  $39,9 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ) ou obesidade grau III (IMC maior ou igual a  $40 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ). Já o estado nutricional de idosos é avaliado e classificado segundo os critérios de Lipschitz como baixo peso (IMC menor que  $22 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ), eutrofia (IMC entre  $22$  e  $27 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ) e sobre peso (IMC maior que  $27 \text{ Kg}/\text{m}^2$ ). Caso o estado nutricional esteja inadequado (não eutrófico), determina-se o peso adequado para o paciente, estima-se o número de calorias necessárias em função do sexo e elabora-se a dieta do paciente. Os tipos de dietas mais utilizados no ambulatório são: Dieta de 100 calorias e Dieta por cotas de carboidratos (para pacientes diabéticos). Juntamente à dieta, o paciente recebe, ao fim da consulta, orientações prescritas, que visam melhora da qualidade alimentar, estímulo à prática de atividade física, caso não contraindicada, aumento no consumo de água, e orientações específicas à sua condição clínica.

As consultas de retorno são marcadas de acordo com a disponibilidade da agenda, geralmente ocorrendo após um mês da consulta anterior. Nesse momento, são revisadas as orientações prescritas na consulta prévia, a fim de se

verificar a adesão do paciente ao que foi proposto anteriormente. No retorno, as medidas antropométricas são refeitas, investiga-se alterações no uso de medicamentos, é realizado o acompanhamento dos exames laboratoriais e de medidas de pressão arterial e glicemia capilar (Hemoglico Teste), quando estes se aplicam às patologias apresentadas pelo paciente (valores informados pelo paciente de acordo com aferições realizadas previamente, em casa ou em Unidades Básicas de Saúde - UBS) e faz-se um novo recordatório alimentar de 24h para reavaliar o paciente. A cada retorno é revisto os pontos que ainda requerem melhorias e o paciente é novamente orientado. Uma vez que o paciente atinge o objetivo, seja redução de peso ou controle dos sintomas de determinada patologia, sendo de comum acordo entre o profissional de saúde e o paciente, o mesmo recebe alta do Serviço de Nutrição.

No presente estudo, optou-se por avaliar a prevalência do sedentarismo e a ingestão hídrica dos pacientes maiores de 18, de ambos os sexos, que tiveram pelo menos três consultas no Serviço de Nutrição (Primeira consulta, e dois retornos), de janeiro de 2014 a agosto de 2019, através da análise dos prontuários dos pacientes. Os dados foram digitados no software Microsoft Excel® e as análises estatísticas realizadas com o pacote estatístico Stata® 15.1, com nível de significância de 5%.

## RESULTADOS

No período entre janeiro de 2018 a agosto de 2019, foram contabilizados o agendamento de 1.201 pacientes. Destes, somente 751 (62,5%) compareceram à consulta. Dos pacientes que compareceram a consulta, 480 (40%) foram retornos e 271 (22,6%) pacientes novos no Serviço de Nutrição.

Entre janeiro de 2014 e agosto de 2019, 269 pacientes compareceram pelo menos 3 vezes ao Serviço de Nutrição. A média de idade dos pacientes da amostra avaliada foi de  $48,4 \pm 13,6$  anos, sendo 194 (72,3%) do sexo feminino e 234 (89,3%) residentes em Pelotas. A mediana de tempo de intervenção no período foi de 7 meses e a média de consultas ao serviço foi de  $5,6 \pm 3,4$ . Analisando os fatores de risco para DCNT, 67 (25,4%) eram tabagistas ou ex-tabagistas, enquanto 27 (10,3%) eram etilistas ou ex-etilistas, e 82 (82,8%) estavam com excesso de peso. Em relação ao sedentarismo, foi observado que 63,4% (161) dos pacientes era sedentário na consulta inicial, enquanto na última consulta, essa proporção reduziu significativamente para 50% (118), sendo que 39,4% (56) dos pacientes que eram sedentários na primeira consulta, passaram a praticar atividade física ( $p < 0,005$ , Teste Exato de Fischer). Foi observado também um aumento significativo na média do tempo de atividade física, em minutos por semana, de  $45,4 \pm 7,3$  minutos na primeira consulta para  $60,4 \pm 9,3$  minutos na ultima consulta ( $p < 0,005$ , Teste t pareado). Esse aumento no tempo de atividade física é positivo, mas ainda abaixo do recomendado pela OMS, a qual recomenda 150 minutos semanais de atividade física leve ou moderada (cerca de 20 minutos por dia) ou, pelo menos, 75 minutos de atividade física de maior intensidade por semana (cerca de 10 minutos por dia). E, analisando a ingestão hídrica, na consulta inicial somente 46 (17,6%) dos pacientes bebiam mais de oito copos de água por dia. Na ultima consulta foi observado um aumento na proporção de pacientes que referiram ingerir mais de oito copos de água por dia (71 pacientes, 29,5%) e somente 25 pacientes (26,9%) continuaram ingerindo menos de 4 copos de água por dia.

## CONCLUSÃO

Apesar do elevado número de pacientes faltantes, as atividades realizadas no ambulatório trazem resultados positivos aos pacientes que aderem ao programa proposto, ao plano alimentar e às orientações nutricionais, como perda de peso e redução das medidas e do sedentarismo. E a prática de atividade física entra como um complemento facilitador no processo da perda de peso e melhora na prevenção de DCNT. Na amostra avaliada foi observada uma redução significativa do sedentarismo e uma melhora na ingestão hídrica.

A experiência adquirida pelos alunos é imprescindível para formação profissional do nutricionista, uma vez que o aluno tem contato direto com a população e a vivência na prática da teoria discutida ao longo de sua trajetória acadêmica. Além disso, o serviço prestado no Ambulatório de Nutrição ligado a UFPel é no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto é uma maneira de atender as necessidades dos cidadãos, principalmente de baixa renda. Assim, as atividades desempenhadas pelo Serviço de Nutrição são essenciais para a melhora da qualidade de vida e saúde coletiva, contribuindo com cidadãos saudáveis e profissionais mais experientes.

## REFERÊNCIAS

BENELAM B, WYNESS L. Hydration and health: a review. *British Nutrition Foundation Nutr Bull* 2010; 35: 3–25

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2016: Hábitos dos brasileiros impactam no crescimento da obesidade e aumenta prevalência de diabetes e hipertensão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO, C. A; FONSECA, P. C. C; BARBOSA, L. B; et al. Associação entre fatores de risco cardiovascular e indicadores antropométricos de obesidade em universitários de São Luís, Maranhão, Brasil. 2014.

ESTRELA, K.C.A., ALVES, A.C.D.C., GOMES, T.T., ISOSAKI, M. Adesão às orientações nutricionais: uma revisão de literatura. **Demetra: alimentação, nutrição & saúde**, v.12, n.1, p.249-274.

LIPSCHITZ, D.A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v.21, n.1, p.55-67, 1994.

MALTA DC, BERNAL RTI, OLIVEIRA M. Tendências dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis, segundo a posse de planos de saúde, Brasil, 2008 a 2013. Ciênc Saúde coletiva. 2015; 20(4): 1005-16.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE Atividade Física - Folha Informativa N° 385 - Fevereiro de 2014

OTTEN JJ, HELLWIG JP, MEYERS LD. IOM: Dietary Reference Intakes for Water. In: Dietary Reference Intakes: essential guide nutrient requirements. Washington DC: National Academic Press 2006; p.156 – 176

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Genebra: World Health Organization; 2014