

## PROJETO DE EXTENSÃO ATENDIMENTO DIETÉTICO A NÍVEL AMBULATORIAL: RISCO AUMENTADO DE CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA EM PACIENTES DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

MARINA MADRUGA DENIS<sup>1</sup>; TAICIANE GONÇALVES DA SILVA<sup>2</sup>;  
ALESSANDRA DOUMID PRETTO<sup>3</sup>; ANNE Y CASTRO MARQUES<sup>4</sup>; ÂNGELA  
NUNES MOREIRA<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal de Pelotas – [marina.denis@hotmail.com](mailto:marina.denis@hotmail.com)

<sup>2</sup>Universidade Federal de Pelotas – [ta.ici@hotmail.com](mailto:ta.ici@hotmail.com)

<sup>3</sup>Universidade Federal de Pelotas – [alidoumid@yahoo.com.br](mailto:alidoumid@yahoo.com.br)

<sup>4</sup>Universidade Federal de pelotas – [annezita@gmail.com](mailto:annezita@gmail.com)

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

### 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) se caracterizam por um conjunto de patologias de múltiplas causas e fatores de risco, longos períodos de latência e curso prolongado. Além disso, têm origem não infecciosa e podem resultar em incapacidades funcionais (BRASIL, 2008). A hipertensão arterial Sistólica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam duas das DCNT mais frequentes, tornando-se um grande problema de saúde pública (SBD, 2019-2020; BARROSO et. al, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que glicemia e pressão arterial aumentadas constituem dois dos fatores mais importantes de causa de mortalidade prematura (OMS, 2009). Em 2017, 8,8% da população mundial na faixa etária entre 20 e 79 anos de idade vivia com DM (IDF, 2017) e, na década (2008 a 2017), foram estimadas 667.184 mortes atribuíveis à HAS no Brasil (BARROSO et al, 2020).

Nesse sentido, estudos indicaram que a circunferência da cintura (CC) pode ser considerada um melhor preditor de risco para DM do que peso e índice de massa corporal (IMC) (LEBOVITZ HE et al., 2005) e que valores de CC >102 cm em homens e >88 cm em mulheres esteve relacionado como uma das principais causas de HAS secundária de causa endócrina (BARROSO et al, 2020). Dessa forma, intervenções no estilo de vida, com ênfase em uma alimentação saudável são de extrema importância na redução da incidência dessas comorbidades, com nível de evidência A (BARROSO et al, 2020; SBD, 2019-2020).

Assim, o objetivo desse estudo foi apresentar o projeto de extensão “Atendimento Dietético a Nível Ambulatorial” avaliando o risco aumentado de circunferência da cintura (CC) em pacientes DM e HAS em tratamento nutricional em um ambulatório de Nutrição na cidade de Pelotas, RS, período de 2013 à agosto de 2019.

### 2. METODOLOGIA

O projeto de extensão “Atendimento Dietético a Nível Ambulatorial” ocorre no Ambulatório de Nutrição, situado no Centro de Epidemiologia da UFPel, Amílcar Gigante. Este conta com cinco professoras, nutricionistas, vinculadas à Faculdade de Nutrição e uma nutricionista vinculada ao Hospital Escola UFPel/EBSERH, as quais supervisionam os atendimentos de bolsistas de extensão, alunos voluntários

no período de férias e alunos da disciplina de Nutrição Clínica. Além disso, atualmente há a participação de alunos em cumprimento de estágio obrigatório.

São atendidos pacientes adultos, agendados a partir do encaminhamento através de Unidades Básicas de Saúde, por profissionais de saúde vinculados ou não à UFPEl, contemplando, inclusive, cidades do entorno de Pelotas, desde que estas não contem com gestão plena. Os motivos destes encaminhamentos variam desde a perda de peso exclusiva até o tratamento e controle de comorbidades específicas. Na primeira consulta com o Serviço de Nutrição realiza-se uma anamnese nutricional, através da qual são coletados dados pessoais e a história clínica do paciente, bem como os dados antropométricos (peso, altura, circunferência da cintura e do pescoço), hábitos alimentares e recordatório alimentar de 24 horas, visando a conhecer a rotina alimentar do paciente.

Com esses dados em mãos, calcula-se o IMC e, estando esse inadequado em relação ao padrão eutrófico para a idade do paciente, determina-se o peso adequado e, de acordo com esse peso, estima-se o número de calorias necessárias em função do sexo. Com o número de calorias definido, elabora-se a dieta do paciente. Juntamente à dieta, o paciente recebe orientações específicas à sua condição clínica e, em alguns casos, são apenas prescritas orientações para melhoria da qualidade alimentar, seja por dificuldade de compreensão apresentada pelo paciente, seja por entendimento da equipe de Nutrição de que essa seria a melhor conduta a ser tomada naquele momento.

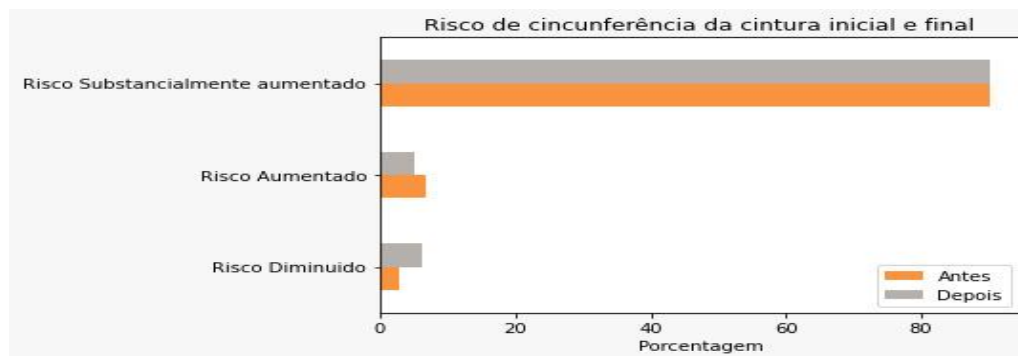
As consultas de retorno são marcadas de acordo com a disponibilidade da agenda, geralmente não ocorrendo em menos de um mês após a consulta anterior. Nesse momento, são revisadas as orientações prescritas na consulta prévia, a fim de se verificar a adesão do paciente ao que foi proposto. No retorno, as medidas antropométricas são refeitas, é realizado o acompanhamento dos exames laboratoriais e de medidas de pressão arterial e glicemia quando estes se aplicam às comorbidades apresentadas pelo paciente (tais valores são informados pelo paciente de acordo com as aferições realizadas, seja em casa ou em UBS), faz-se um novo recordatório alimentar e o paciente é reavaliado. A cada nova consulta são revistos os pontos que ainda requerem melhorias e o paciente é novamente orientado. Quando o paciente atinge o objetivo, seja de peso ou controle de determinada doença ou sintoma, sendo de comum acordo entre o profissional de saúde e o paciente, este recebe alta ambulatorial do Serviço de Nutrição.

Na presente análise, avaliou-se as anamneses e evoluções de pacientes diagnosticados com DM e HAS, com idade entre 18 e 59 anos, atendidos nos períodos de 2013 à 2019. Obtendo dados sobre sexo, escolaridade, estado civil, cor, local de domicílio (Urbano ou rural e de Pelotas ou de outro município). Para avaliar o risco cardiovascular aumentado foi utilizada a medida da CC obtida através da aferição no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca (WHO, 2000) e classificada como: risco diminuído, risco aumentado ( $\geq 80$  cm para mulheres e  $\geq 94$  cm para homens) ou risco substancialmente aumentado ( $\geq 88$  cm para mulheres e  $\geq 102$  cm para homens)(WHO, 2000). As análises estatísticas foram realizadas através do pacote estatístico Stata® 12 com nível de significância de 5%. Para a avaliação de associações entre os desfechos foi utilizado o teste exato de Fischer.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente a amostra foi constituída por 205 participantes sendo que dos pacientes avaliados, 27,80% eram diabéticos e 41,95 % eram hipertensos, já o restante apresentavam outras DCNT e foram excluídos restando 143 indivíduos. Destes a maior prevalência foi do sexo feminino (66,99%), a cor branca (72,63%) e casados (46,15%). Quanto ao nível de escolaridade, a maior parte teve o ensino médio completo (30,77%). Em relação ao local de moradia, 98 indivíduos (95,15%) eram da zona urbana e maioria (87,38%) de Pelotas. Quanto às comorbidades, 37,86% apresentaram dislipidemia e 11,65% possuíam doenças cardiovasculares e 62,75% portavam outras patologias.

Em relação à circunferência da cintura, inicialmente 2,97% apresentavam risco diminuído, 6,93% risco aumentado e 90,10% risco substancialmente aumentado. Após a intervenção no ambulatório, 6,12% apresentaram risco diminuído, 5,10% risco aumentado e 88,78% risco substancialmente aumentado havendo então uma diferença significativa entre o início e o final da intervenção ( $p < 0,000$ ). Esses dados estiveram em consonância com o estudo de Klein et al (2007) no qual demonstrou que o risco substancialmente aumentado de CC esteve relacionado como fator de risco para o desenvolvimento de DM e HAS.



Quanto ao risco da CC da entre os sexos analisou-se inicialmente que 97,10% mulheres e 75,00% homens apresentaram risco substancialmente aumentado ( $p=0,001$ ). Ao final da intervenção nutricional esta diferença estatística se manteve onde dados demonstraram que 74,71% mulheres e 25,29% homens ainda apresentavam risco substancialmente aumentado ( $p=0,001$ ). Essa diferença de gênero pode estar associada à modificações hormonais induzidas pelo climatério, período no qual há tendência ao ganho de gordura abdominal devido à mudanças metabólicas que podem ser desfavoráveis em comparação com homens de mesma faixa etária (De Lorenzi et al., 2005; van der Leeuw et al., 2013). Este fator torna-se uma possibilidade no atual estudo devido ao fato de que uma parcela da amostra representada pelo sexo feminino apresentou faixa de idade referente ao período em que ocorre o climatério.

#### 4. CONCLUSÕES

Diante do exposto, percebe-se que a maioria dos indivíduos portadores de DM e HAS atendidos no ambulatório da UFPel entre 2013 e 2019 possuíam um risco substancialmente aumentado da CC. Embora tenha ocorrido diminuição significativa de CC entre o início e o final da intervenção, ainda sim prevaleceu um alto índice de risco substancialmente aumentado, principalmente em mulheres. Dessa forma, conclui-se a importância do acesso ao acompanhamento nutricional

adequado ao público com DM e HAS, assim como a devida atenção e incentivo a novas pesquisas referentes à saúde da mulher.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças crônicas Não-Transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: MS; 2008.

SBD – Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020.** Clannad, 2019. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>. Acesso em: 03 ago. 2021.

BARROSO, W. K. S., RODRIGUES, C. I. S., BORTOLOTTI, L. A., MOTA-GOMES, M. A., Brandão, A. A., FEITOSA, A. D. D. M., ... & NADRUZ W. (2021). Brazilian guidelines of hypertension–2020. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 116, 516-658.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks.** Geneva: World Health Organization; 2009.

International Diabetes Federation. IDF Atlas. 8. ed. Bruxelas: International Diabetes Federation; 2017.

LEBOVITZ H.E., BANERJI, M.A. Point: visceral adiposity is causally related to insulin resistance. *Diabetes Care*. 2005;28(9):2322-5.

WHO, World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, 2000.

KLEIN, S., ALLISON, D. B., HEYMSFIELD, S. B., KELLEY, D. LEIBEL, R. L., NONAS, C., & KAHN, R. (2007). Waist circumference and cardiometabolic risk: a consensus statement from shaping America's health: Association for Weight Management and Obesity Prevention; NAASO, the Obesity Society; the American Society for Nutrition; and the American Diabetes Association. *The American journal of clinical nutrition*, 85(5), 1197-1202..

DE LORENZI, D.R.S.; BASSO, E.; FAGUNDES, P.; SACIOTO, B. "Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério." *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 27 (2005): 479-484.

VAN DER LEEUW J., WASSINK, A.M., VAN DER GRAAF, Y., WESTERVELD, H.E., VISSEREN, F.L. and Second Manifestations of ARterial Disease (SMART) Study Group, 2013. Age-related differences in abdominal fat distribution in premenopausal and postmenopausal women with cardiovascular disease. *Menopause*, 20(4), pp.409-417.