



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
CAMPUS REITOR EDGAR SANTOS
CURSO DE NUTRIÇÃO

RAFAELA DE OLIVEIRA MORAES SOUZA

**Perfil antropométrico, sociodemográfico e de saúde de pacientes atendidos
em uma Clínica Escola de Nutrição no Oeste da Bahia**

BARREIRAS - BAHIA
2018

RAFAELA DE OLIVEIRA MORAES SOUZA

**Perfil antropométrico, sociodemográfico e de saúde de pacientes atendidos
em uma Clínica Escola de Nutrição no Oeste da Bahia**

Artigo apresentado ao Curso de
Nutrição da Universidade
Federal do Oeste da Bahia,
como requisito para aprovação
no componente curricular
CBS2037 – Trabalho de
Conclusão de Curso II.

Orientador: Prof.^a Dra. Adna Luciana de Souza

RAFAELA DE OLIVEIRA MORAES SOUZA

**Perfil antropométrico, sociodemográfico e de saúde de pacientes atendidos
em uma Clínica Escola de Nutrição no Oeste da Bahia**

Artigo apresentado ao Curso de
Nutrição da Universidade
Federal do Oeste da Bahia,
como requisito para aprovação
no componente curricular
CBS2037 – Trabalho de
Conclusão de Curso II.

Data da aprovação: 06/09/2018

Banca examinadora:

Adna Luciana de Souza

Marcela de Sá Barreto da Cunha

Mônica Amaral Ribeiro

BARREIRAS - BAHIA
2018

RESUMO

Introdução: O atual cenário epidemiológico caracteriza-se pela elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que possuem como causas fatores de risco modificáveis, como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada e excesso de peso. A investigação desse cenário é importante para o delineamento de estratégias de promoção de saúde eficazes e efetivas. **Objetivo:** Identificar o perfil sociodemográfico, antropométrico e de saúde de pacientes atendidos em uma Clínica Escola de Nutrição. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, realizado com dados secundários obtidos das fichas de anamnese nutricional de pacientes adultos atendidos na Clínica Escola de Nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia, entre setembro de 2017 e junho de 2018. **Resultados:** Foram avaliados 76 indivíduos, com média de $40,87 \pm 11,57$ anos e predominância de mulheres (90,8%). A maioria se autodeclarou parda (59,5%), casada ou em união estável (53,9%), com moradia própria (85,1%), segundo grau completo (51,3%) e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (47,3%). Metade dos participantes é sedentária, 93,4% é não tabagista e 64,5% não etilista. A dislipidemia foi a comorbidade referida mais prevalente (35,5%), seguida de hipertensão arterial sistêmica (23,7%), doenças respiratórias (10,5%), diabetes mellitus tipo 2 (6,6%) e cardiopatias (6,6%). A maioria foi diagnosticada com excesso de peso, sendo sobrepeso 34,2 % e obesidade 40,8%. **Conclusão:** O perfil encontrado no estudo se caracteriza por elevada prevalência de excesso de peso e comorbidades associadas como dislipidemias e hipertensão. Esse cenário reforça a importância de ações de prevenção e promoção da saúde voltados para a atenção nutricional.

Palavras-chave: Doenças crônicas, excesso de peso, estado nutricional, adultos.

Agradecimentos

Á Deus, pelo dom da vida, por todas as vezes que caí e me levantei, por todas as conquistas, lições e por tudo que aprendi. Meu coração se enche de alegria por saber que não estou só, que uma força maior me assiste na minha jornada evolutiva.

A toda minha família e Bruno que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Aos meus amigos e companheiros de sala, que foram essenciais, meu alicerce em toda caminhada. Aprendi amar cada um de vocês.

À Universidade, seu corpo docente, em especial a minha orientadora, por me proporcionar conhecimento e dedicação.

“Ainda acho que precisamos conhecer o inverno para compreender o verão, assim como é necessário passar por momentos de tristeza profunda para conseguir identificar e valorizar a felicidade quando ela chegar. E não devemos, nunca, nos esquecer das pessoas que amamos.”

(A cabana)

**Perfil antropométrico, sociodemográfico e de saúde de pacientes atendidos em
uma Clínica Escola de Nutrição no Oeste da Bahia**

Rafaela de Oliveira Moraes Souza^{1,*}, Adna Luciana de Souza²

1. Graduanda do curso de nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia
2. Professora adjunta do Centro das Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade
Federal do Oeste da Bahia

* Autor para correspondência

Rafaela de Oliveira Moraes Souza

Rua Dudú Coité, nº448, Bairro Jardim Ouro Branco, Barreiras, Bahia, Brasil.

CEP: 47.802.213

Telefone: 77 9.99304008

rafaela.qci@gmail.com

Resumo:

Introdução: O atual cenário epidemiológico caracteriza-se pela elevada prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, que possuem como causas fatores de risco modificáveis, como tabagismo, inatividade física, alimentação inadequada e excesso de peso. A investigação desse cenário é importante para o delineamento de estratégias de promoção de saúde eficazes e efetivas. **Objetivo:** Identificar o perfil sociodemográfico, antropométrico e de saúde de pacientes atendidos em uma Clínica Escola de Nutrição. **Metodologia:** Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, realizado com dados secundários obtidos das fichas de anamnese nutricional de pacientes adultos atendidos na Clínica Escola de Nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia, entre setembro de 2017 e junho de 2018. **Resultados:** Foram avaliados 76 indivíduos, com média de $40,87 \pm 11,57$ anos e predominância de mulheres (90,8%). A maioria se autodeclarou parda (59,5%), casada ou em união estável (53,9%), com moradia própria (85,1%), segundo grau completo (51,3%) e renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (47,3%). Metade dos participantes é sedentária, 93,4% é não tabagista e 64,5% não etilista. A dislipidemia foi a comorbidade referida mais prevalente (35,5%), seguida de hipertensão arterial sistêmica (23,7%), doenças respiratórias (10,5%), diabetes mellitus tipo 2 (6,6%) e cardiopatias (6,6%). A maioria foi diagnosticada com excesso de peso, sendo sobrepeso 34,2 % e obesidade 40,8%. **Conclusão:** O perfil encontrado no estudo se caracteriza por elevada prevalência de excesso de peso e comorbidades associadas como dislipidemias e hipertensão. Esse cenário reforça a importância de ações de prevenção e promoção da saúde voltados para a atenção nutricional.

Palavras-chave: Doenças crônicas, excesso de peso, estado nutricional, adultos.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a população brasileira experimentou grandes transformações em seu perfil de saúde, cenário caracterizado pelo processo de transição epidemiológica (OMRAN, 1971). Esse processo resultou das mudanças no perfil demográfico e nutricional da população e vêm promovendo profundas alterações no padrão de morbimortalidade em todas as faixas etárias (ASSIS et al, 2002).

O atual cenário epidemiológico caracteriza-se por um número cada vez maior de pessoas acometidas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre elas as doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus* tipo 2, câncer e doenças respiratórias (WHO, 2010). As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo excessivo de bebida alcoólica, inatividade física, alimentação inadequada e excesso de peso (MASSIMO, SOUZA e FREITAS, 2015). Dentre estes, o padrão alimentar representa um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas (MALTA et al, 2011).

Estudos sobre a tendência de mudanças no padrão alimentar da população brasileira nas últimas décadas destacaram a elevação do consumo de carnes e alimentos industrializados, além da redução do consumo de leguminosas, raízes e tubérculos, frutas e hortaliças (LEVY et al, 2012). Essas evidências reforçaram os resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, em que se observou um maior consumo de açúcares e calorias oriundas de gorduras saturadas e totais (IBGE, 2010). Embora dados recentes do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), divulgados em 2016, demonstrem uma melhora no padrão alimentar da população, como a redução do consumo de refrigerantes e sucos artificiais, os hábitos inadequados, representados pelo consumo de carnes com excesso de gordura, ainda é elevado. Além disso, apesar do consumo regular de frutas e hortaliças ter aumentado em comparação com os dados da pesquisa anterior em 2008, apenas 1 entre 3 adultos consomem frutas em 5 dias da semana. Esse padrão alimentar, além de ser fator de risco para o desenvolvimento de obesidade e de diversas DCNT, interfere negativamente no controle dessas doenças. Atualmente mais da metade da população apresenta excesso de peso e a obesidade atinge 18,9% da população (BRASIL, 2017).

Além do padrão alimentar e do estado nutricional, os determinantes socioeconômicos se caracterizam como fatores de risco para as DCNT, visto que interferem na escolha dos alimentos e o acesso aos serviços de saúde e informações (ESTIMA, PHILIPPI e ALVARENGA, 2009).

A concepção da promoção da saúde representa uma estratégia para o enfrentamento das DCNT, uma vez que possibilita sua detecção precoce e redução dos seus fatores risco (GREGG et al, 2005; SANTOS, 2005). Diante desse cenário, as investigações no campo da saúde, principalmente da alimentação e nutrição, tornam-se ainda mais evidentes, visto que, para o delineamento de estratégias de promoção da saúde eficazes e efetivas, é necessário conhecer a realidade na qual a população está inserida.

As Clínicas Escolas são caracterizadas como serviços universitários de atendimento à comunidade que possibilitam, simultaneamente, a geração de conhecimento científico, a formação profissional do aluno e o atendimento às necessidades da população na prevenção de doenças e promoção da saúde. A Clínica Escola de Nutrição (CENUT) da Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB) integra atividades de pesquisa, ensino e extensão, com atendimento gratuito à população residente na cidade de Barreiras e municípios vizinhos.

Nesse sentido, este trabalho teve por objetivo identificar o perfil sociodemográfico, antropométrico e de saúde de pacientes atendidos na Clínica Escola de Nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo está inserido no projeto de pesquisa *Avaliação e acompanhamento do estado nutricional e de saúde de pacientes atendidos na Clínica Escola de Nutrição da Universidade Federal do Oeste da Bahia*, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Oeste da Bahia, sob parecer nº 2.509.303 (CAAE 82217817.5.0000.8060), dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais presentes na Resolução N.º 466 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Trata-se de um estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, de cunho quantitativo, realizado com dados secundários obtidos através da ficha de anamnese

nutricional de pacientes adultos atendidos na Clínica Escola de Nutrição da UFOB, localizada na cidade de Barreiras, Bahia.

As fichas de anamnese nutricional foram selecionadas por amostragem não probabilística de conveniência. Os critérios de inclusão do estudo foram indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 59 anos, atendidos entre setembro de 2017 e junho de 2018. Foram excluídos do estudo os pacientes com ficha de anamnese nutricional incompleta e as gestantes.

Para caracterização da amostra, foram coletados dados sociodemográficos, comportamentais, antropométricos e de saúde. Os dados sociodemográfico incluem: idade, sexo, cor da pele, renda familiar, escolaridade, estado civil, tipo de moradia e número de pessoas na moradia. A idade, em anos, foi categorizada em 4 faixas: 18 a 29, 30 a 39, 40 a 49, 50 a 59. O sexo foi categorizado de forma dicotômica. A cor da pele autodeclarada foi categorizada como: preta, branca, parda, amarela, indígena, considerando as opções de classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). A renda familiar, em salários mínimos, foi agrupada em: <1 , ≥ 1 e $2 \leq$, >2 e $3 \leq$, >3 e $4 \leq$, ≥ 5 salários mínimos. Os níveis de escolaridade foram divididos nas seguintes categorias: não alfabetizado, 1º grau incompleto, 1º grau completo, 2º grau incompleto, 2º grau completo, ensino superior completo, pós-graduação. O estado civil foi categorizado em: solteiro, casado/união estável, divorciado, viúvo. O tipo de moradia foi categorizado em própria ou alugada. A variável de número de pessoas na moradia foi agrupada em: 1 a 3, 4 a 5, ≥ 5 moradores.

Os dados comportamentais avaliados foram: prática de atividade física, etilismo e tabagismo. As variáveis prática de atividade física, etilismo e tabagismo foram categorizadas de forma dicotômica. A ingestão de álcool, a prática do tabagismo e a prática de atividade física foram consideradas independente da quantidade e da frequência, assim, o indivíduo que auto relatou o consumo de álcool ou a prática do hábito tabagismo e de atividade física, foi considerado portador desses estilos de vida.

Para classificação do estado nutricional utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros. Foram adotados os pontos de corte proposto pela World Health Organization (2006), com classificação em: baixo peso ($<18,50 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($18,50\text{--}24,99 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($25,00\text{--}29,99 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30,00 \text{ kg/m}^2$).

Os dados de saúde analisados foram: número de medicamentos utilizados, realização de tratamento dietético anteriormente e história médica. O número de medicamentos de uso diário foi agrupado em: 1 a 2, 3 a 4, ≥ 5 . Na história médica, a presença de comorbidades foi auto referida, em que se investigou a presença de diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, doenças respiratórias, hipertensão arterial sistêmica e cardiopatia. A realização de tratamento dietético foi categorizada de forma dicotômica.

A normalidade dos dados foi analisada através do teste de Kolmogorov-Smirnov. As variáveis foram descritas mediante cálculo das distribuições de frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Associação entre excesso de peso e comorbidades foi avaliada através da aplicação do teste do qui-quadrado. As condições de aplicação do teste de independência do qui-quadrado (amostra superior a 20 elementos; frequência esperada superior a 1 e 80% da frequência esperada superior a 5) nem sempre são verificadas e nessas circunstâncias recorreu-se ao teste exato de Fisher. Foi adotado o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Para a análise dos dados, utilizou-se o software IBM SPSS versão 20.

RESULTADOS

As características sociodemográficas e comportamentais da população estudada são apresentadas na Tabela 1. A amostra foi constituída de 76 indivíduos, com idade média de $40,87 \pm 11,57$ anos, sendo 9,2% do sexo masculino ($n=7$) e 90,8% do sexo feminino ($n=69$). As faixas etárias mais frequente foram de adultos entre 40 a 49 anos (28,9%) e 50 a 59 anos (28,9%).

Tabela 1- Distribuição das características sociodemográficas, comportamentais e de saúde de adultos atendidos na Clínica Escola de Nutrição.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	7	(9,2)
Feminino	69	(90,8)
Continuação		
Faixa etária (anos)		
18 a 29	17	(22,4)
30 a 39	15	(19,7)
40 a 49	22	(28,9)

50 a 59	22	(28,9)
Cor da pele*		
Negra	17	(23)
Parda	44	(59,5)
Amarela	1	(1,4)
Branca	12	(16,2)
Renda familiar (salários mínimos)		
< 1	12	(16,2)
≥ 1 e 2≤	35	(47,3)
>2 e 3≤	14	(18,9)
>3 e 4≤	6	(8,1)
>5	2	(2,7)
Escolaridade*		
1º grau incompleto	5	(6,6)
1º grau completo	6	(7,9)
2º grau incompleto	9	(11,8)
2º grau completo	39	(51,3)
Ensino superior completo	13	(17,1)
Pós-graduação	4	(5,3)
Estado civil		
Solteiro	26	(34,2)
Casado/União estável	41	(53,9)
Divorciado	7	(9,2)
Viúvo	2	(2,6)
Tipo de moradia		
Própria	63	(85,1)
Alugada	11	(14,9)
Número de pessoas na moradia		
1 a 3	41	(63,1)
2 a 5	19	(29,2)
>5	5	(7,7)
Número de medicamentos		
1 a 2	31	(60,8)
3 a 4	13	(25,5)
>5	7	(13,7)
Atividade Física		
Sim	38	(50)
Não	38	(50)
Etilismo		
Sim	27	(35,5)
Não	49	(64,5)
Continuação		
Tabagismo		
Sim	5	(6,6)
Não	71	(93,4)
Tratamento dietético		

Sim	35	(46,1)
Não	41	(53,9)

*Não houve na amostra indivíduos autodeclarados indígena ou não alfabetizado.

A maioria dos indivíduos se autodeclarou pardo (59,2%) ou negro (23%). Em relação à renda familiar, 47,3% declararam receber entre 1 e 2 salários mínimos, 16,2% recebem até 1 salário mínimo e apenas 2,7% recebem acima de 5 salários mínimos. Nenhum indivíduo avaliado declarou ser analfabeto, a maioria cursou o 2º grau completo (51,3%) e 17,1% concluiu o ensino superior. O percentual de indivíduos que declarou possuir moradia própria foi de 85,1%, com 63,1% das residências com 1 a 3 pessoas.

Foi observada predominância de indivíduos não etilistas (64,5%) e não fumantes (93,4%). Metade da população avaliada declarou praticar atividade física e a maioria (53,9%) nunca realizou tratamento dietético. O uso de 1 a 2 medicamentos diariamente foi relatado por 60,8% dos indivíduos avaliados.

A presença de comorbidades e o estado nutricional são apresentados na Tabela 2. Dos 76 indivíduos avaliados, 63 (82,8%) apresentaram alguma comorbidade, sendo dislipidemia a mais prevalente (35,5%), seguida de hipertensão arterial sistêmica (23,7%), doenças respiratórias (10,5%), diabetes mellitus tipo 2 (6,6%) e cardiopatias (6,6%).

Em relação ao estado nutricional, 75% dos indivíduos foram diagnosticados com excesso de peso, sendo que, entre estes, 34,2 % estavam com sobrepeso e 40,8% com obesidade. A prevalência de desnutrição foi de 3,9%, diagnosticada somente entre as mulheres.

Tabela 2- Estado nutricional e comorbidades auto referidas de adultos atendidos na Clínica Escola de Nutrição.

Total		
Variáveis	n	%
IMC		
Desnutrição	3	(3,9)
Eutrofia	16	(21,1)
Sobrepeso	26	(34,2)
Obesidade	31	(40,8)
Dislipidemia		

Sim	27	(35,5)
Não	49	(64,5)
Hipertensão arterial sistêmica		
Sim	18	(23,7)
Não	58	(76,3)
Doenças respiratórias		
Sim	8	(10,5)
Não	68	(89,5)
Diabetes Mellitus tipo 2		
Sim	5	(6,6)
Não	71	(93,4)
Cardiopatias		
Sim	5	(6,6)
Não	71	(93,4)

IMC: Índice de Massa Corporal

As associações entre o excesso de peso e comorbidades são apresentadas na Tabela 3. Dentre os pacientes com dislipidemia, a maioria (92,59%) apresentou excesso de peso ($p=0,019$). O estado nutricional não foi associado com as demais comorbidades avaliadas.

Tabela 3- Associação entre estado nutricional e comorbidades auto relatadas em adultos atendidos na Clínica Escola de Nutrição.

Variáveis	Excesso de peso				Valor p
	Sim		Não		
	n	%	n	%	%
Dislipidemia	25	(92,59)	2	(7,41)	0,019*
Hipertensão arterial sistêmica	16	(88,8)	2	(11,2)	0,173
Doenças respiratórias	8	(100)	0	(0,0)	0,123
Diabetes mellitus tipo 2	5	(100)	0	(0,0)	0,279
Cardiopatias	4	(80,0)	1	(20,0)	0,700

Fonte: Dados da pesquisa

DISCUSSÃO

Os dados obtidos no presente estudo demonstram que os pacientes que frequentam a Clínica Escola de Nutrição são predominantemente do sexo feminino. Esse perfil também foi encontrado por estudos realizados em Clínica Escola de Nutrição, localizados em Belo Horizonte, Minas Gerais (OLIVEIRA e PEREIRA, 2014) e Porto Alegre, Rio Grande do Sul (ZANELLA et al, 2017). Em um estudo realizado por Pfaffenseller et al (2017), ao avaliarem 424 prontuários de pacientes atendidos na Clínica Escola de Nutrição, na cidade Salvador, Bahia, a maioria dos pacientes (83,7%) também pertencia ao sexo feminino.

Nessa perspectiva, a literatura sugere que a maior procura dos serviços de saúde pelas mulheres poderia estar relacionada com uma melhor adoção do estilo de vida saudável e uma maior preocupação das mulheres com a saúde (GONÇALVES e FARIA, 2016). Reforçando a ideia, Carvalho et al (2013) afirma que os homens são resistentes na procura por serviços de atenção primária à saúde, e que enxergam o autocuidado como prática feminina. O autor sugere também que a procura por atendimentos à saúde se dá só em casos extremos, quando não foi possível tratamento em ambiente domiciliar (CARVALHO et al, 2013).

A média de idade observada foi de $40,87 \pm 11,57$ anos, sendo mais frequente indivíduos na faixa etária de 40 a 49 anos e 50 a 59 anos. Segundo Freitas e Garcia (2012), a idade representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a prevalência aumenta com o avanço da idade em decorrência das alterações fisiológicas e funcionais, como a redução na taxa metabólica basal que podem auxiliar no acúmulo de gordura corporal.

Foi observada uma frequência de indivíduos autodeclarados pardos de 59,5% e de negros 23%. Em um estudo em que se analisou os fatores de risco e de proteção de DCNT segundo a raça, foi observado entre negros e pardos uma menor prevalência de fumo, maior risco para hipertensão arterial e um consumo alimentar inadequado, com uma alta ingestão de carne com gordura visível, refrigerante em cinco ou mais dias da semana e doces (MALTA, MOURA e BERNAL, 2015). De acordo com a literatura, as disparidades raciais podem ser compreendidas como um importante fator de influência negativa nos indicadores de saúde e desigualdades sociais. Essa associação está diretamente ligada a cargas históricas e culturais, status econômico, genética, acesso à

saúde e preconceito racial. Dessa forma, deve ser entendida como uma variável social, cuja a explicação dessas diferenças ainda é complexa (MALTA, MOURA e BERNAL, 2015; ARAÚJO et al, 2010).

Com relação à renda, 47,3% dos indivíduos avaliados referiram receber entre 1 e 2 salários mínimos. De acordo com a literatura, a renda familiar é considerada um fator determinante na escolha e disponibilidade de alimentos. Os indivíduos com menor nível socioeconômico consomem mais alimentos ricos em gorduras e doces e podem apresentar dificuldades na aquisição de alimentos, podendo interferir no estado nutricional desses indivíduos (ESTIMA; PHILIPPI; ALVARENGA, 2009). Reafirmando essa ideia, Moraes, Freitas e Gimeno (2010) observaram que uma dieta monótona e o baixo consumo de frutas estão associados com uma renda baixa, enquanto uma renda maior permite uma melhor escolha e aquisição dos alimentos e maior frequência no consumo de frutas e hortaliças.

Quanto à escolaridade, a maioria dos pacientes cursou o 2º grau completo (47,3%), seguido de 17,1% com ensino superior completo. Nenhum indivíduo declarou ser analfabeto. Dados semelhantes foram observados por Pfaffenseller et al (2017) em um estudo realizado na Clínica Escola de Nutrição na cidade Salvador, Bahia, e por Oliveira, Lorenzatto e Fatel (2008) na Clínica de Nutrição em Cascavel, Paraná. Já nos dados obtidos por Oliveira e Pereira (2014), em um estudo realizado na Clínica de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Minas, em Belo Horizonte, observou-se uma maior frequência (45,5%) de pacientes que cursaram até o ensino fundamental. Segundo Estima, Philippi e Alvarenga (2009), a escolaridade exerce influência direta nas escolhas alimentares. O alto nível de escolaridade contribui para um maior acesso a informação, o que inclui conhecimento nutricional, proporcionando assim escolhas alimentares variadas e mais saudáveis. Nesse sentido, Rodrigues et al (2012) afirma que o baixo nível de escolaridade é um fator que interfere na adesão aos tratamentos de saúde e autocuidado, e destaca a importância de considerar esta variável no planejamento de ações relacionadas à saúde.

A maioria dos pacientes informou estar casado ou em união estável (53,9%). De acordo com Correia et al (2011), a condição de não possuir um parceiro é um fator de proteção para distúrbios nutricionais, fato relacionado a uma maior preocupação com a

imagem corporal e uma vida social mais ativa quando comparado aos indivíduos casados ou em união estável.

Dentre os pacientes que auto relataram o uso de medicamentos, 60,8% utilizava de 1 a 2 medicamentos por dia. O uso de múltiplos medicamentos constitui-se uma prática comum entre os indivíduos e crescente na prática clínica. Entre alguns fatores que contribuem para o uso de fármacos, as DCNT são as que possuem maior associação. Embora o tratamento farmacológico seja essencial no controle dessas doenças, é importante ressaltar que mudanças no estilo de vida e hábitos alimentares, podem ser aliadas no tratamento não farmacológico (SILVEIRA, DALASTRA e PAGGOTO, 2014). Além disso, os fármacos podem afetar o estado nutricional, uma vez que a droga pode aumentar ou diminuir o apetite, levar a alterações no paladar e na absorção de nutrientes (LOPES, CARVALHO e FREITAS, 2010).

Se tratando das variáveis comportamentais, foi observada a predominância de indivíduos não etilistas e não tabagistas. Resultados semelhantes foram encontrados por Sabóia et al (2016) em um ambulatório de nutrição de uma clínica escola de São Luís, Maranhão. De acordo com dados da VIGITEL, no período de 2006 a 2017, o número de tabagistas adultos nas capitais brasileiras reduziu em 36%, passando de 15,7% para 10,1%. No entanto, nesse mesmo período, o consumo de bebidas alcoólicas aumentou em 11,5% (BRASIL, 2018).

A prática de atividade física foi relatada por metade dos pacientes desse estudo. A prática regular de atividade física reduz substancialmente o risco de DCNT, é considerado parte essencial do tratamento não farmacológico dessas doenças e possui papel fundamental na promoção da saúde, proporcionando benefícios fisiológicos e funcionais (WHO, 2010). Atualmente, cerca de 37% da população brasileira pratica atividades físicas no tempo livre equivalente a pelo menos 150 minutos por semana (BRASIL, 2018).

Além da presença do tabagismo, etilismo e prática de atividade física, é importante investigar outros aspectos como frequência, intensidade, tipo. Porém a utilização de dados secundários, obtidos através da ficha de anamnese nutricional, não possibilitou uma investigação mais aprofundada dessas variáveis.

Dos 76 pacientes avaliados, 82,8% apresentaram alguma comorbidade, sendo dislipidemia a mais prevalente (35,5%), seguida de hipertensão arterial sistêmica

(23,7%), doenças respiratórias (10,5%), diabetes mellitus tipo 2 (6,6%) e cardiopatia (6,6%). No atual cenário epidemiológico as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude mundial e têm configurado como a maior causa de mortalidade e incapacidade no mundo (DUCAN et al, 2012). No Brasil as DCNT são responsáveis por 70% das causas de mortes (IBGE, 2014).

As DCNT são definidas como doenças multifatoriais que apresentam, de uma forma geral, longo período de latência, tempo de evolução prolongado, lesões irreversíveis e complicações que acarretam graus variáveis de incapacidade ou óbito, condições associadas ao comprometimento da qualidade de vida e que geram impactos econômicos para sociedade (MARIATH et al, 2007). No Brasil e em outros países, as DCNT possuem destaque em quatro grupos de causas de morte: cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, câncer e doenças respiratórias, sendo as doenças cardiovasculares a principal causa de morte (WHO, 2010). Desde o último inquérito realizado pela VIGITEL, foi possível observar o aumento de 61,8% do diabetes mellitus tipo 2, passando de 5,5% para 8,9%. A hipertensão também aumentou e atualmente atinge 25,7% da população (BRASIL, 2017).

Em relação ao estado nutricional, a maior parte dos indivíduos foi diagnosticada com excesso de peso (75%), sendo que, entre estes, 34,2 % estavam com sobrepeso e 40,8% com obesidade. O excesso de peso apresenta papel relevante como fator de risco para DCNT, sendo um grande problema de saúde pública. Segundo dados da VIGITEL, a obesidade cresceu 60% em dez anos, atingindo atualmente 18,9% da população, e mais da metade da população está acima do peso, acometendo atualmente 53,8% dos indivíduos (BRASIL, 2017).

A obesidade é uma doença crônica que tem por característica principal o acúmulo de gordura corporal, e está associada a diversas doenças e agravos a saúde, como, resistência a insulina, dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2. Além disso, pode estar associada ao sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, mudanças no padrão alimentar com uma maior ingestão de alimentos de alta densidade energética, o que poderia explicar o aumento da prevalência de indivíduos acometidos pela doença nos últimos anos. A literatura ressalta que quanto maior o grau de obesidade, maiores são as associações às complicações metabólicas (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, PIMENTA e KAC, 2004).

Entre os pacientes com dislipidemia, a maioria apresentou excesso de peso, sendo essa associação amplamente aceita na literatura. O tecido adiposo é metabolicamente ativo e seu acúmulo contribui para o excesso de liberação de ácidos graxos livres e desenvolvimento de dislipidemias (BARROSO et al, 2017). Desse modo, a presença de dislipidemias e o acúmulo de gordura abdominal estão associados a maior risco cardiovascular (PEREIRA et al, 2015). De acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) em 2013, 12,5% da população brasileira possuem diagnóstico médico de alterações lipídicas sanguíneas (IBGE,2014).

A obesidade também está associada a comorbidades como hipertensão e diabetes mellitus tipo 2. A alta prevalência de indivíduos acima do peso acometidos pelo diabetes mellitus tipo 2 vem sendo apontada em diversos estudos, estima-se que 80 a 90% das pessoas que possuem a doença são obesos. O excesso de tecido adiposo, promove mecanismos de ações inflamatórias, que são capazes de induzir alterações intracelulares na via receptora de insulina, levando a resistência insulina, sendo essa a principal causa do diabetes mellitus tipo 2 (SARTORELLI, FRANCO e CARDOSO, 2006; FREITAS, CESCHINI e RAMALLO, 2014). A falta de associação entre excesso de peso e as demais comorbidades avaliadas no presente estudo podem ser explicadas, em parte, pelo número amostral reduzido.

CONCLUSÃO

As características nutricionais, sociodemográficas e de saúde dos pacientes atendidos na Clínica Escola de Nutrição da UFOB foram semelhantes à de outros estudos realizados em ambulatorios e clínica escola. A prevalência elevada do excesso de peso e de comorbidades como dislipidemia, hipertensão arterial sistêmica entre outras encontradas no presente estudo corroboram com o atual cenário de saúde e morbimortalidade da população brasileira. Esse atual padrão de morbidade no Brasil e o crescente aumento da DCNT representam novos desafios a serem enfrentados, principalmente no campo da Alimentação e Nutrição, e exigem protocolos eficientes e cuidado integral aos indivíduos.

O conhecimento do perfil dos pacientes e usuários da Clínica Escola de Nutrição pode contribuir para o aprimoramento do serviço prestado e melhor planejamento das ações em saúde, com o objetivo de auxiliar os indivíduos na mudança das práticas

alimentares inadequadas e na adesão ao modo de vida saudável, além de contribuir para a diminuição dos fatores de riscos associados à obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2.

Anthropometric, sociodemographic and health profile of patients attending a School Clinic of Nutrition in western Bahia

Abstract:

Introduction: The current epidemiological scenario is characterized by the high prevalence of noncommunicable chronic diseases, which have modifiable risk factors such as smoking, physical inactivity, inadequate feeding and overweight. Research into this scenario is important for designing effective and effective health promotion strategies. **Objective:** To identify the sociodemographic, anthropometric and health profile of patients attending a Clinical School of Nutrition. **Methodology:** A cross-sectional, descriptive and analytical observational study was carried out with secondary data obtained from the records of anamnesis of adult patients attended at the School of Nutrition Clinic of the Federal University of the West of Bahia between September 2017 and June 2018. **Results:** 76 individuals, with a mean of 40.87 ± 11.57 years and predominance of women (90.8%). The majority self-declared (59.5%), married / stable union (53.9%), with their own residence (85.1%), high school (51.3%) and family income between 1 and 2 wages minimum (47.3%). Half of the participants are sedentary, 93.4% are non-smokers and 64.5% are non-drinking. Dyslipidemia was the most prevalent comorbidity reported (35.5%), followed by systemic arterial hypertension (23.7%), respiratory diseases (10.5%), type 2 diabetes mellitus (6.6%) and heart diseases (6, 6%). The majority were diagnosed with overweight, being overweight 34.2% and obesity 40.8%. **Conclusion:** The profile found in the study is characterized by a high prevalence of overweight and associated comorbidities such as dyslipidemia and hypertension. This scenario reinforces the importance of prevention and health promotion actions focused on nutritional care.

Keywords: Chronic diseases, overweight, nutritional status, adults.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E.M.; COSTA, M.C.N.; NORONHA, C.V.; HOGAN, V.K.; VINES, A.I.; ARAÚJO, T.M. Desigualdades em saúde e raça/cor da pele: revisão da literatura do Brasil e dos Estados Unidos (1996-2005) . **Saúde Coletiva** v.7, p.116-121, 2010.
- ASSIS, A.M.; SANTOS, S.M.C.; FREITAS, M.C.S.; SANTOS, J.M.; SILVA, M.C.M. O Programa Saúde da Família : contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. **Revista de Nutrição**, v. 15, n. 3, p. 255–266, 2002.
- BARROSO, T.A.; MARINS, L.B.; ALVES, R.; GONÇALVES, A.C.S.; BARROSO, S.G.; ROCHA, G.S. Associação Entre a Obesidade Central e a Incidência de Doenças e Fatores de Risco Cardiovascular. **Int J Cardiovasc Sci**. V. 30(5), p. 416-424, set.-out. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CARVALHO, F.P.B.; SILVA, S.K.N.; OLIVEIRA, L.C.; FERNANDES, A.C.L.; SOLANO, L.C.; BARRETO, E.L.F. Conhecimento acerca da política nacional de atenção integral à saúde do homem na estratégia de saúde da família. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 16, n. 4, p. 386-392, 2013.
- CORREIA, L. L.; SILVEIRA, D.M.I.; SILVA, A.C.; CAMPOS, J.S.; MACHADO, M.M.T.; ROCHA, H.A.L.; CUNHA, A.J.L.A.; LINDSAY, A.C. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 133-145, 2011.
- DUNCAN, B.B.; CHOR, D.; AQUINO, E.M.L.; BENSENOR, I.M.; MILL, J.G.; SCHMIDT, M.I.; LOTUFO, P.A.; VIGO, A.; SANDHI, M.B. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012

ESTIMA, C. C. P.; PHILIPPI, S. T.; ALVARENGA, M. S. Fatores determinantes de consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem? **Rev. bras. nutr. clín.**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 263-268, 2009.

FREITAS, M.C.;CESCHINI, F.L.; RAMALLO, B.T. Resistência à insulina associado à obesidade: efeitos anti-inflamatórios do exercício físico. **R Bras Ciên e Mov.** V.22, p. 139–147, 2014.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. **Epidemiol. serv. saúde**, Brasília, v. 21, n. 1, p. 07-19, 2012.

GONÇALVES, F. C.; FARIA, C. C. C. O acesso aos serviços de saúde: uma análise na perspectiva do gênero. **Perquirere**, Patos de Minas, v. 13, n.1, p.135-147, 2016.

GREGG, E. W.; CHENG, Y.J.; CADWELL, B.L.; IMPERATORE, G.; WILLIAMS, D.E.; FLEGA, K.M.; NARAYAN, K.M.; WILLIAMSON, D.F. Secular trends in cardiovascular disease risk factors according to body mass index in us adults. **Jama**, p. 1.868-1.874, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, p. 130, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Características étnico-raciais da população: um estudo das categorias de classificação de cor ou raça 2008. Rio de Janeiro, p. 95, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013; Percepções do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, p.181; 2014. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>> Acesso em: 28 de Agosto 2018

LEVY, R.B.;CLARO,R.M;MONDINI,L.; SICHIERI,R.; MONTEIRO,C.A. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 6–15, 2012.

LOPES, E.M.; CARVALHO, R.B.N.; FREITAS, R.M. Análise das possíveis interações entre medicamentos e alimento/nutrientes em pacientes hospitalizados. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo , v. 8, n. 3, p. 298-302, Set. 2010 .

MALTA,D.C.;MOURA,L.;PRADO,R.R.;ESCALANTE,J.C.;SCHMIDT,M.I.;DUCAN, B.B. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 23, n. 4, p. 599-608, Dez. 2014 .

MALTA, D. C.; MOURA, L. de; BERNAL, R. T. I. Diferenciais dos fatores de risco de

Doenças Crônicas não Transmissíveis na perspectiva de raça/ cor. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 713-725, 2015.

MARIATH, A.B.; GRILLO, L.P.; SILVA, R.O.; SCHMITZ, P.; CAMPOS, I.C.; MEDINA, J.R.P.; KRUGER, R.M. Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, Abr. 2007.

MASSIMO, E.A.L.; SOUZA, H.N.F.; FREITAS, M.I.F. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção da saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 679-688, Mar. 2015.

MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M.; GIMENO, S. G. A. Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. **Rev. saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 686-694, 2010.

OLIVEIRA, A. F.; LORENZATTO, S.; FATEL, E. C. S. Perfil de pacientes que procuram atendimento nutricional. **Rev. Salus**, Guarapuava, v. 2, n. 1, p. 13-21, 2008.

OLIVEIRA, T. R. P. R.; PEREIRA, C. G. Perfil de pacientes que procuram a clínica de nutrição da PUC Minas e satisfação quanto ao atendimento. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 4, n. 8, p. 268-282, 2014.

OMRAN, A.R. The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 49, n. 4, p. 509–538, 1971.

PEREIRA, L.P.; SICHIERI, R.; SEGRI, N.J.; SILVA, R.M.V.G.; FERREIRA, M.G. Dislipidemia autorreferida na região Centro-Oeste do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1815-1824, June 2015.

PFaffensteller, R. F.; LEMAIRE, D.C.; ALMEIDA, V.F.A.; BAHAMONDE, N.M.S.G.. Perfil sociodemográfico, comportamental e nutricional de adultos atendidos em uma Clínica-escola de Nutrição em Salvador, Bahia. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 16, n. 3, p. 380-386, set./dez. 2017.

RODRIGUES, F. F. L.; SANTOS, M.A.; TEIXEIRA, C.R.S.; GONELA, J.T.; ZANETTI, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 284-290, 2012.

SABÓIA, R. S.; ARAÚJO, A.P.; BARBOSA, J.M.A.; GALVÃO, C.E.P.; CRUVEL, J.M.S.; FERREIRA, S.C.N. Obesidade abdominal e fatores associados em adultos atendidos em uma clínica-escola. **Rev. bras. promoç. saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 2, p. 259-267, 2016.

SANTOS, L. A. S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev.Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 5, Set-Out. 2005.

- SANTOS, E.B.N.; PINHO, L.R.; PEREIRA, O.A.V.; COELHO, E.J.B. Perfil socioeconômico e o estado nutricional de adultos atendidos no Laboratório de Avaliação Nutricional de um Centro Universitário. **Nutrir Gerais**, Ipatinga, v. 6 n. 10, p. 883-899, fev./Jul. 2012.
- SARTORELLI, D.S.; FRANCO, L.J.; CARDOSO, M.A. Intervenção nutricional e prevenção primária do diabetes mellitus tipo 2: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 1, p. 7-18, Jan. 2006.
- SILVEIRA, E.A.; DALASTRA, L.; PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo , v. 17, n. 4, p. 818-829, Dec. 2014 .
- VELÁSQUEZ-MELENDÉZ, G.; PIMENTA, A.M.; KAC, G. Epidemiologia do sobrepeso e da obesidade e seus fatores determinantes em Belo Horizonte (MG), Brasil: estudo transversal de base populacional. **Rev Panam Salud Publica**. Pan Am J Public Health v.16, p.308-314, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. BMI classification. Geneva, 2006. Disponível em: <apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>. Acesso em: 12 julho 2018.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global status report on noncommunicable diseases. Global Status Report on Non-Communicable Diseases. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf>. Acesso em: 26 de Agosto 2018.
- ZANELLA, S.; RIBOLDI, B.P; SCHMAEDEK, P.R; ALVES, M.K. Perfil nutricional e epidemiológico de pacientes atendidos em Clínica de Nutrição em Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, São Paulo. Suplementar 2. v.11. n.68. p.677-684. Jan./Dez. 2017.