

## **Perfil alimentar e nutricional de pacientes obesos atendidos em postos de saúde e suas comorbidades associadas**

*Ana Elisa Silva Araújo*

*Juliana Stabile*

Graduandos do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Patos de Minas

*Karyna Maria de Mello Locatelli*

*Keli Cristina Oliveira Gomes*

Docentes do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Patos de Minas.

**Resumo:** A transição nutricional ocorrida neste século, para uma dieta mais ocidentalizada, relacionada à diminuição progressiva da atividade física, tende para o crescimento no número de casos de obesidade em todo o mundo. Isso demonstra um grande aumento na morbimortalidade associada à obesidade, já que esta é fator de risco para várias doenças como diabetes tipo II, hipertensão, doenças cardiovasculares e dislipidemias. Para analisar o ímpeto da obesidade e da distribuição de gordura corporal sobre os riscos que estes indivíduos apresentam, foi avaliado um grupo com sobrepeso e obesos atendidos em dois postos de saúde da cidade de Patos de Minas. Foram avaliadas as medidas do índice de massa corporal (IMC), circunferência abdominal e frequência alimentar de cada indivíduo. Participaram do estudo 80 indivíduos, sendo 77,5% do sexo feminino e 22,5% do sexo masculino. A prevalência de pré-obesidade foi de 22,22%, obesidade nível I 27,78%, obesidade nível II 22,22% e obesidade classe III 27,78%. Quando consideramos a prática de atividade física identificamos que 40% dos avaliados são sedentários e 60% realizam algum tipo de atividade física. Foi analisada a presença de co-morbidades relacionadas à obesidade: 21,25% dos indivíduos apresentam diabetes mellitus tipo II, 93,75% possuem hipertensão arterial e 33,75% apresentam dislipidemia. A obesidade favorece a manifestação de inúmeras co-morbidades, fazendo-se necessária a orientação do profissional nutricionista, incentivando a melhorar os hábitos alimentares, para que possa aperfeiçoar o estilo de vida.

**Palavras-chave:** Obesidade, co-morbidades, dieta, índice de massa corporal.

**Abstract:** The nutrition transition occurring in this century to a more Western-like diet, related to a decrease in physical activity, tends to in the number of cases of obesity in the world. This shows a large increase in morbidity and mortality associated with obesity, since this is a risk factor for several diseases, such as type II diabetes, hypertension, cardiovascular disease and dyslipidemia. To analyze the momentum of obesity and body fat distribution on the risks that these individuals, we have evaluated a group of overweight and obese patients treated in two clinics in the city of Patos de Minas. We considered measures of body mass index (BMI), waist

circumference and feeding rates of each individual. The study included 80 subjects, 77.5% female and 22.5% male. The prevalence of overweight was 22.22%, obesity level I 27.78%, level II obesity and obesity 22.22% 27.78% Class III. When we consider physical activity, we identified that 40% of the individuals are sedentary and 60% practice some kind of physical activity. We analyzed the presence of co-morbidities related to obesity: 21.25% of people have diabetes mellitus type II, 93.75% have hypertension and 33, 75% had dyslipidemia. Obesity causes the expression of numerous co-morbidities, thus requiring the guidance of professional nutritionist, who will encourage better eating habits, so as to improve lifestyle.

**Keywords:** obesity. Co-morbidity. Diet. Body mass index.

## **Introdução**

A obesidade pode ser definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal em extensão, de modo a ocasionar prejuízos à saúde dos indivíduos, como dificuldades respiratórias, problemas dermatológicos e distúrbios do aparelho locomotor, bem como favorecer o surgimento de doenças potencialmente letais como as dislipidemias, doenças cardiovasculares, Diabetes Tipo II e alguns tipos de câncer. Entretanto, o grau da redundância de gordura, sua distribuição pelo corpo e as implicações para a saúde apresentam variação entre os obesos (PINHEIRO, *et al*, 2004).

Segundo Sousa *et al* (2007), a obesidade é considerada um dos distúrbios mais remotos que acomete a população humana. Uma patologia crônica que se alastra a todas as faixas etárias e grupos socioeconômicos e que aparece como um problema mais ocorrente e mais grave que a desnutrição, de tal modo que se conquista a erradicação da miséria entre as camadas menos favorecidas da população. A ampliação da predominância da obesidade relatada na região das Américas nos últimos anos está sendo atribuída especialmente às transformações nos hábitos alimentares da população, com elevado consumo de alimentos de alta densidade energética, alto consumo de carboidratos refinados, gorduras saturadas, colesterol, ácidos graxos *trans*, bebidas alcoólicas e alimentos tipo *fast-food*; diminuição na carga de atividade física, devido às melhorias tecnológicas no trabalho, ao uso de veículos automotores, elevadores, escadas rolantes e aumento do tempo gasto em atividades sedentárias (jogos eletrônicos, televisão, computador); e a outros fatores de caráter sociocultural, como por exemplo, a valorização da obesidade como sinônimo de saúde e prosperidade.

A incidência de complicações da obesidade não está sujeita apenas ao excesso de peso, mas também à repartição da gordura corporal, a qual pode estar situada na região central ou abdominal (conhecida como obesidade em forma de maçã ou androide), ou na região inferior ou do quadril (conhecida como em forma de pêra ou ginoide). O aparecimento de tecido adiposo intra-abdominal é um fator de risco para complicações metabólicas e pode ser causada pela relação entre as circunferências da cintura e do quadril (FRANCISCHI *et al*, 2000).

A obesidade pode ser estabelecida como o acúmulo excessivo de gordura corporal, procede de um desequilíbrio crônico entre a energia ingerida e a energia gasta. Este desequilíbrio pode ser resultado de diversos fatores relacionados com o estilo de

vida (dieta e exercício físico), alterações neuroendócrinas, paralelamente com um componente hereditário (LOPES *et al.*, 2004).

De acordo com Silva *et al.* (2008), a técnica da transição nutricional tem sido observada em pessoas que residem em metrópoles desde os anos de 1970, porém são poucas as evidências que tais transformações tenham ocorrido também em pessoas de áreas rurais do Brasil. O modelo de composição e distribuição corporal, bem como o perfil de gorduras, podem ser importantes referências dessas alterações.

A obesidade é uma doença metabólica crônica diferenciada pelo excesso de gordura corporal (GC). Existem muitos métodos empregados para se diagnosticar este excesso, sendo mais empregado o Índice de Massa Corpórea (IMC). Indivíduos obesos são definidos como IMC igual ou maior a 30 kg/m<sup>2</sup>, e caracterizam-se pelo acúmulo de GC em relação à massa magra. Mas, como em certas ocasiões o IMC pode não refletir a GC, sua medida específica torna-se importante. E é por isso que associamos a circunferência da cintura, braquial, do quadril e outros. É necessário conhecer os hábitos alimentares para se realizar uma intervenção em cada caso (CORRÊA *et al.*, 2003).

De acordo com SANTOS e SICHIERI (2005), em idosos, a aplicação do IMC apresenta obstáculos em função do decréscimo de estatura, acúmulo de tecido adiposo, diminuição da massa corporal magra e diminuição da quantidade de hidratação no organismo. Adicionalmente, o emprego do IMC em idosos é dificultado pela presença frequente de patologias e a ausência de pontos de corte específicos para essa faixa etária. Assim, vem sendo muito discutido o uso do IMC e dos limites de normalidade adotados para análise do sobrepeso e da obesidade em idosos.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar os hábitos alimentares e as co-morbidades associadas à obesidade de pacientes acompanhados em duas Unidades de Saúde da Família (USF), ambas localizados na cidade de Patos de Minas, MG.

## **Metodologia**

O presente trabalho tratou de um estudo transversal de grande importância, que foi realizado com um grupo de pacientes obesos, atendidos em duas USF da cidade de Patos de Minas -MG.

Foram avaliados indivíduos que fazem o acompanhamento nas USF mencionadas. As variáveis analisadas durante a pesquisa foram peso, estatura, circunferência abdominal, sexo, idade e questionário de frequência alimentar. Outro questionário, previamente elaborado, abordou questões sobre a presença de co-morbidades associadas à obesidade e o estilo de vida destas pessoas.

Para estimar o grau de obesidade foi utilizado Índice de Massa Corporal (IMC), peso em quilograma dividido pela altura ao quadrado, desenvolvido por Lambert Adolphe Jacques Quetelet, e Circunferência Abdominal (C.A.), em centímetros. A classificação da obesidade abdominal baseada na circunferência abdominal foi utilizada os pontos de corte recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para avaliação do risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, que considera para homens, risco aumentado valores de circunferência da cintura entre 94 e 102 cm, e

substancialmente aumentado valores de circunferência da cintura iguais ou superiores a 102 cm; e para as mulheres, risco aumentado se a circunferência da cintura for entre 80 e 88 cm, e muito aumentado para valores iguais ou superiores a 88 cm (OMS, 2004).

O IMC para pessoas obesas foi categorizado pela classificação da Organização Mundial de Saúde: sobrepeso (IMC de 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup>), obesidade nível I (IMC 30 a 34,9 kg/m<sup>2</sup>), obesidade nível II (IMC de 35 a 39,9 kg/m<sup>2</sup>), e obesidade nível III (IMC >40 kg/m<sup>2</sup>) (OMS, 2004).

O peso corporal foi aferido em balança digital, marca G-Tech, com capacidade de aferição de peso de 150 kg, com graduação de 100g. Em relação à estatura, o indivíduo avaliado ficou na posição ortostática (PO): em pé, posição ereta, braços estendidos ao longo do corpo, pés unidos, procurando pôr em contato com o instrumento de medida as superfícies posteriores do calcanhar, cintura pélvica, cintura escapular e região occipital. A medida foi feita com o avaliado em apneia inspiratória, de modo a diminuir possíveis variações sobre esta variável antropométrica. A cabeça ficou orientada segundo o plano de Frankfurt, paralela ao solo. A medida foi feita com o cursor em ângulo de 90 graus em relação à escala juntamente com a circunferência abdominal que foi coletada por meio de fita métrica inelástica, em centímetros. A determinação de peso, altura e circunferência da cintura foram realizadas com os indivíduos descalços, usando roupas leves e sem acessórios que possam interferir nas medidas (DUARTE, 2007).

Para a análise e interpretação dos dados, utilizou-se o teste qui-quadrado, ao nível de 0,05, para verificar se o sexo e a idade dos pacientes apresentavam alguma relação com IMC. Os voluntários foram esclarecidos sobre a pesquisa, e instruídos de como procederem para responder ao questionário, e também assinaram um termo de consentimento autorizando a publicação dos dados obtidos na pesquisa. É necessário ainda esclarecer que todas as informações foram e serão mantidas em caráter confidencial, e que este trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIPAM.

## Resultados

O trabalho foi realizado em 2 Unidades de Saúde Familiar (USF) do município de Patos de Minas, totalizando 80 pessoas, com média de idade  $53,8 \pm 13,0$  anos, sendo 77,5% do sexo feminino e 22,5% do sexo masculino (Figura 1).

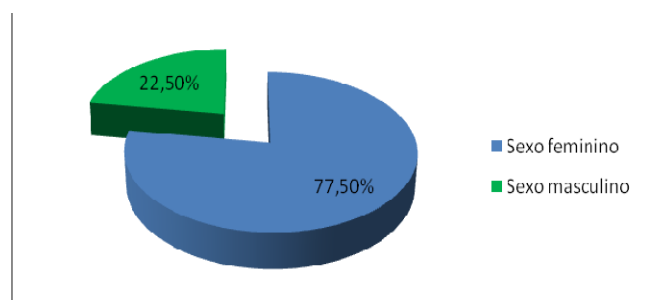
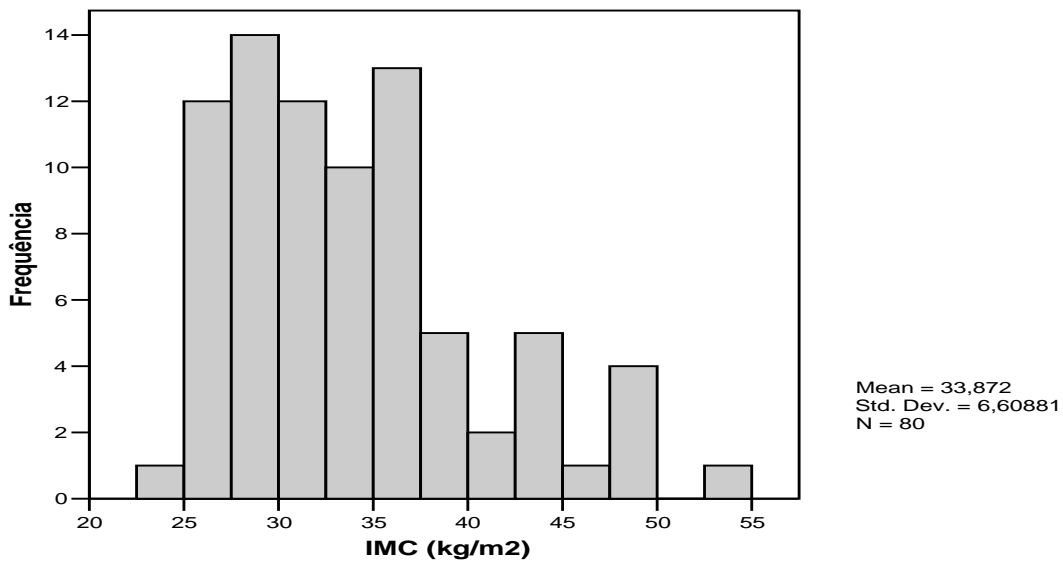


Figura 1: Distribuição dos participantes de acordo com o sexo.

O Índice de Massa Corporal (IMC), de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é utilizado para classificar o estado nutricional do indivíduo adulto. Na presente amostra a maioria dos entrevistados (67,5%) eram adultos e os valores de IMC mínimo e máximo foram de 24,91 e 54,60 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente, e média de 33,87 kg/m<sup>2</sup> (Figura 2).



**Figura 2:** Histograma do IMC, em kg/m<sup>2</sup>, de 80 pacientes obesos.

O histograma se refere à quantidade de indivíduos participantes do trabalho, e o IMC maior que 25 kg/m<sup>2</sup> que irá relatar o grau de obesidade encontrada em cada um deles.

Segundo a OMS indivíduos que apresentem IMC de 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> possuem pré-obesidade, com baixo o risco de co-morbidades; obesidade classe I com o IMC de 30 a 34,4 kg/m<sup>2</sup>, com moderado o risco de co-morbidades; obesidade classe II com o IMC de 35 a 39,9 kg/m<sup>2</sup>, com alto o risco de co-morbidades; e obesidade classe III (ou obesidade mórbida) com IMC acima de 40 kg/m<sup>2</sup>, com um risco muito alto de co-morbidades.

De acordo com a classificação da OMS/2004, foram identificados 33,75% pré-obesos, 23,75% com obesidade de classe I, 26,25% com obesidade de classe II, e 16,25% com obesidade de nível III (ou obesidade mórbida) (Figura 3). Pelo teste Qui-quadrado não houve relação significativa ( $p > 0,05$ ) entre o sexo e a idade dos pacientes com IMC acima do desejado.

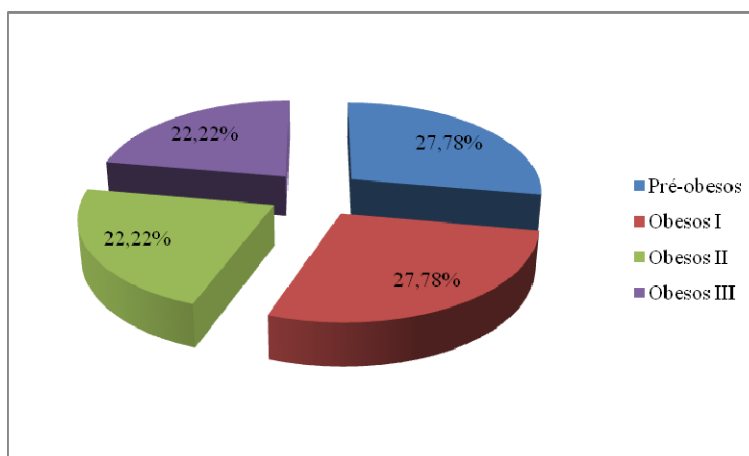


Figura 3: Classificação dos indivíduos, segundo o IMC.

Além da classificação do estado nutricional pela OMS, empregam-se para os idosos pontos de corte sugeridos pela American Academy of Family Physicians (AAFP) (1997). Esse aumento no ponto de corte deve-se à alteração corporal típica do envelhecimento. O ponto de corte usado para detectar se o idoso está acima do peso é obesidade ou excesso de peso com  $IMC > 27 \text{ kg/m}^2$ . Todos os idosos que participaram do trabalho apresentaram-se acima do peso.

A circunferência abdominal avalia o risco de complicações cardiovasculares. A Organização Mundial de Saúde (OMS) relata os pontos de corte da circunferência abdominal (CA), em relação ao risco de complicações metabólicas associadas à obesidade, para os homens, é considerado elevado quando sua CA for maior ou igual a 94 cm, e muito elevado sua CA for maior ou igual a 102 cm. E para as mulheres, o risco é considerado elevado quando sua CA for maior ou igual a 80 cm, e muito elevado quando for maior ou igual a 88 cm. Na aferição da CA observou-se que 5% encontram-se eutróficos, 12,5% encontram-se elevados, e 82,5% muito elevados (figura 4).

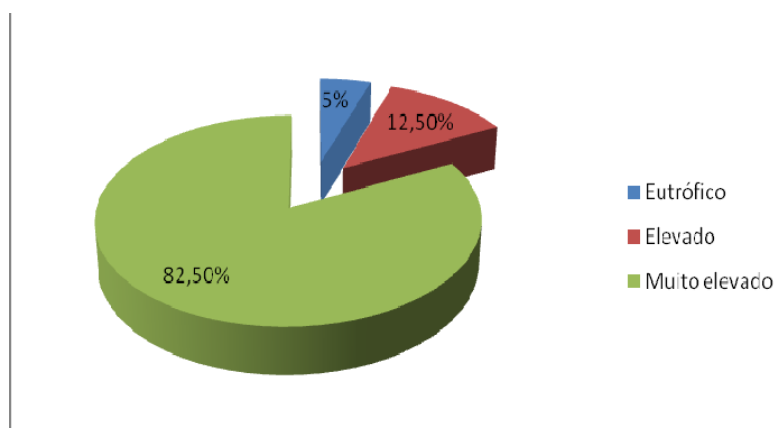


Figura 4: Classificação, segundo a circunferência abdominal.

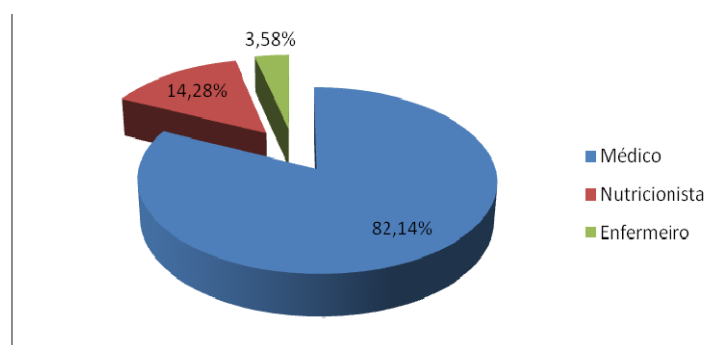
Nesse contexto, a importância da análise da obesidade é comprovada em diversos estudos que atualmente entendem as células adiposas como componentes de um órgão com atividade endócrina e metabólica, e não apenas como integrantes de um tecido de armazenamento de energia e sustentação. Portanto, alguns autores descrevem que a gordura localizada em nível abdominal (ou obesidade visceral) associa-se mais fortemente a distúrbios metabólicos do que à gordura acumulada em outras partes do corpo (SILVA *et al.*, 2008).

Pessoas com obesidade visceral apresentam uma série de distúrbios que levam a alterações no metabolismo de lipídeos, glicose e insulina. Esses indivíduos mostram um estado de hiperlipidemia pós-prandial em virtude de superprodução hepática de lipoproteínas ricas em triglicérides, aumentando a concentração delas na circulação porta hepática, e favorecendo uma espécie de competição com os quilomícrons advindos da dieta. Em vinculação à glicose sanguínea, altos níveis de glicemia não só caracterizam o diabetes como também aumentam os riscos de retino, nefro e neuropatias, além de também representarem fator de risco para o desenvolvimento de arteriosclerose (SILVA, *et al.*, 2008).

Em relação à avaliação quanto à prática de atividades físicas verificamos que 40% disseram ser sedentários, e os 60% restantes relataram realizar algum tipo de atividade física. A prática de atividade física é fundamental para manter a saúde e o peso ideal.

Países como o Brasil têm centralizado esforços na área de Saúde Pública, visando à prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Para tanto, tem-se dado destaque à redução da obesidade, à melhoria do padrão alimentar e à luta contra o sedentarismo. A projeção de ações que estão comprometidas com a educação alimentar e nutricional e prática de exercícios físicos regulares podem ser de grande valia para a redução do contingente de obesos em todo o mundo (SOUSA, *et al.*, 2007).

A obesidade é uma doença crônica que pode levar ao desenvolvimento de diversas patologias correlacionadas. Ao se questionar em relação às co-morbidades associadas à obesidade, constatou-se que 21,25% apresentaram diabetes; 93,75% apresentaram hipertensão arterial; 33,75% apresentaram dislipidemias, tais como colesterol *Low Densit Lipoprotein, Cholesterol* (LDL) e triglicérides aumentadas. Apenas 35% dos participantes possuem algum tipo de acompanhamento, sendo que destes, 82,14% realizam acompanhamento com médico, 14,28% com nutricionista, e 3,58% com enfermeiro (figura 5).



**Figura 5:** Profissionais procurados para realizar acompanhamento.

Os médicos do Brasil geralmente (salvo raras exceções) não dão o valor estimado e merecido aos outros profissionais da área da saúde, fazendo com que a população em geral também não procure outros profissionais, que são inteiramente capacitados para a sua área de atuação. No caso do nutricionista, por exemplo, alguns médicos, prescrevem dietas aos seus pacientes, exercendo uma função que não lhes cabe, desmerecendo uma profissão tão significativa na área da saúde.

No Brasil, as cidades das regiões Sul e Sudeste, que são estimadas por maior desenvolvimento econômico do país, tem as maiores prevalências de diabetes mellitus e também de tolerância à glicose diminuída. Os principais resultados associados à maior predominância do diabetes no Brasil foram a obesidade, o envelhecimento populacional e história familiar de diabetes. No país, tem-se relatado um elevado crescimento no número de hospitalizações causadas por diabetes, em proporções superiores às hospitalizações por todas as causas, o que de certa forma traduz o aumento na sua prevalência (SARTORELLI, 2003).

No que é relativo às doenças cardiovasculares no Brasil, mais especificamente à hipertensão arterial, não é conhecida a prevalência da mesma em âmbito nacional, porque estudos representativos dos habitantes dos locais onde foram realizados não permitem qualquer inferência para o país como um todo. Conforme foi investigado, mais da metade das pessoas portadoras de hipertensão arterial não sabem que o são, pois a doença pode desenvolver-se de forma assintomática. Dentre os fatores ambientais distingui-se a obesidade. Segundo estudos epidemiológicos mundiais, a obesidade e a pressão arterial estão associadas, uma vez que a hipertensão é encontrada com muita frequência em indivíduos obesos, bem como naqueles que ganham peso. Ressaltando esta associação, observa-se geralmente diminuição apreciável da pressão arterial provocada pela redução de peso (SABRY, *et al*, 2002).

O excesso de peso e as dislipidemias já estão estabelecidos na literatura científica como fatores de risco determinantes para o aparecimento de doenças cardiovasculares. Estudos mostram a relação entre doença arterial coronariana (DAC) com concentrações séricas elevadas de colesterol total (CT) e LDL-colesterol (*low density lipoprotein, cholesterol*), e também tem sido exibida a relação entre DAC e concentrações séricas



reduzidas de HDL-colesterol (*high density lipoprotein, cholesterol*). A participação dos triglicerídeos na aterogênese ainda permanece em debate, mas se prova a dosagem sérica de rotina desse lípido por razão à sua frequente associação à doença cardiovascular aterosclerótica e a outros distúrbios metabólicos (CARVALHO, *et al*, 2007).

Foi questionado aos entrevistados sobre a realização de dietas alimentares em promoção a saúde, e notificamos que 60% relataram fazer atualmente algum tipo de dieta para melhorar a saúde. O nutricionista é o profissional habilitado ao planejamento e acompanhamento de dietas, no entanto, verificou-se no presente trabalho que a procura por este profissional ainda é muito baixa, possivelmente pelo fato de que o profissional foi incluído recentemente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) do município, em julho/2008, a partir da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Contudo, o número de profissionais para atender à grande demanda da população ainda é insuficiente.

De acordo com o questionário de frequência alimentar (figura 6), foi avaliado o grupo carne nos seguintes itens: carnes, ovos, presunto e salsicha. Em relação à carne, 50% (40) consomem carne todos os dias, 38,75% (31) consomem carne quase todos os dias, 10% (8) consomem carne de vez em quando, e 1,25% (1) nunca come carne. É de grande importância o consumo diário de carnes pela alta quantidade de Proteínas de Alto Valor Biológico (AVB), que são essenciais para mantermos a saúde. Algumas pessoas relataram não ter condições financeiras para comer carne todos os dias. Em relação aos ovos, 1,25% (1) consome ovos quase todos os dias, 72,5% (58) consomem ovos de vez em quando e 26,25% (21) nunca comem. Os ovos também são ricos em proteínas, vitaminas A e do complexo B, porém sua gema é composta por colesterol, e deve ser evitada por pessoas que têm os seus níveis lipídêmicos elevados. Em relação ao grupo do presunto, 1,25% (1) consome quase todos os dias, 40% (32) consomem de vez em quando e 58,75% (47) relataram nunca consumir presunto; e de acordo com o grupo da salsicha, 1,25% (1) consome quase todos os dias, 27,5% (22) consomem de vez em quando e 71,25% (57) nunca consomem salsicha. Tanto o grupo do presunto quanto o grupo da salsicha devem ser evitados ao máximo, pois fazem parte do grupo dos alimentos embutidos, e podem ser prejudiciais à saúde, principalmente de indivíduos hipertensos ou propensos à hipertensão arterial.

Em relação ao grupo de leite e derivados, foram avaliados os alimentos leite, iogurte e queijo. De acordo com o leite, 43,75% (35) tomam leite todos os dias, 23,75% (19) consomem quase todos os dias, 22,5% (18) consomem de vez em quando e 10% (8) relataram nunca tomar leite; em relação ao iogurte, 7,5% (6) tomam iogurte todos os dias, 8,75% (8) tomam iogurte quase todos os dias, 38,75% (31) consomem de vez em quando e 45% (36) nunca consomem iogurte; e relacionado ao queijo, 2,5% (2) consomem todos os dias, 35% (28) consomem quase todos os dias, 52,5% (42) consomem de vez em quando e 10% (8) nunca consomem queijo. O leite e seus derivados, assim como as carnes e os ovos, são fontes de proteínas, com abundância em vitaminas e minerais; devem ser ingeridos diariamente, como fonte de cálcio e vitamina D para prevenção de doenças ósseas. Deve-se evitar leite e queijo gordurosos.

No grupo das leguminosas, avaliou-se o feijão e 81,25% (65) relataram consumir feijão todos os dias, 13,75% (11) relataram consumir quase todos os dias, e 5% (4) relataram nunca consumir feijão.

Em relação ao grupo das frutas, em geral, 53,75% (43) consomem frutas todos os dias, 26,25% (21) consomem frutas quase todos os dias, e 20% (16) consomem frutas de vez em quando. As frutas devem ser consumidas todos os dias por serem riquíssimas fontes de fibras, carboidratos, vitaminas e minerais.

De acordo com o grupo das verduras, de modo geral, 71,25% (57) consomem verduras todos os dias, 13,75% (11) consomem quase todos os dias, 13,75% (11) relataram consumir verduras de vez em quando, e 1,25% (1) relatou nunca consumir verduras.

Em relação ao grupo dos doces, foram avaliados os seguintes itens: doces (bombons), balas e chicletes. Relacionado aos doces (bombons), 3,75% (3) consomem doces todos os dias, 12,5% (10) consomem doces quase todos os dias, 57,5% (46) consomem doces de vez em quando e 26,25% (21) nunca consomem doces; em relação às balas, 2,5% (2) responderam consumir balas todos os dias, 3,75% (3) responderam consumir balas quase todos os dias, 25% (20) responderam consumir de vez em quando, e 68,75% (55) responderam nunca consumir balas; e relacionado ao chiclete, 1,25% (1) consome chiclete todos os dias, 5% (4) consomem chiclete quase todos os dias, 11,25% (9) consomem chiclete de vez em quando e, 82,5% (66) nunca consomem chiclete. Os açúcares, doces em geral, têm um sabor tentador aos seus admiradores, mas é preciso consumir com moderação, pois esse grupo pode trazer malefícios para quem o ingere com exagero, principalmente para os sobrepesos e obesos do trabalho que deveriam estar seguindo uma dieta (orientada pelo nutricionista encontrado no posto de saúde). Os prejuízos, em princípio, podem ser aumento de peso e sobrecarga de glicose na corrente sanguínea, levando o indivíduo a ter diabetes mellitus tipo II.

Em relação ao grupo das bebidas, foram avaliados os itens: suco natural, suco artificial e refrigerante. Em relação ao suco natural, 3,75% (3) consomem todos os dias, 26,25% (21) consomem quase todos os dias, 52,5% (42) consomem de vez em quando, e 17,5% (14) relataram nunca consumir; em relação ao suco artificial, 5% (4) consomem todos os dias, 18,5% (15) consomem quase todos os dias, 51,25% (41) consomem de vez em quando e, 37,5% (30) nunca consomem; em relação ao refrigerante, 1,25% (1) consome todos os dias, 15% (12) consomem quase todos os dias, 52,5% (42) consomem de vez em quando, e 31,25% (25) nunca consomem refrigerante. Os refrigerantes são considerados como calorias vazias, uma vez que contém "apenas" carboidratos. Devem ser consumidos moderadamente, pelas calorias e também pela quantidade de sódio existente neles, podendo elevar a pressão arterial do indivíduo.

Em relação ao grupo das massas e dos cereais, foram observados os seguintes itens: pão, bolacha recheada, macarrão, arroz e salgados. Em relação ao pão, 38,75% (31) consomem pão todos os dias, 23,75% (19) consomem quase todos os dias, 32,5% (26) consomem pão de vez em quando, e 5% (4) nunca consomem pão. Percebe-se que grande parte dos entrevistados relatou consumir pão diariamente, ou quase diariamente, por ser um alimento barato e fácil de ser encontrado. Mas este deve ser consumido

com moderação, pois por fazer parte do grupo das massas, tem um elevado valor calórico e também tem grande quantidade de açúcares, podendo elevar a glicemia. Com relação à bolacha recheada, 1,25% (1) relatou consumir quase todos os dias, 12,5% (10) relataram consumir de vez em quando, e 86,25% (69) relataram nunca consumir bolacha recheada. Em relação ao macarrão, 21,25% (17) consomem macarrão quase todos os dias, 67,5% (54) consomem macarrão de vez em quando, e 11,25% (9) nunca consomem macarrão; em relação ao arroz, 86,25% (69) consomem arroz todos os dias, 7,5% (6) consomem arroz quase todos os dias, 2,5% (2) consomem arroz de vez em quando, e 3,75% (3) nunca consomem arroz. O arroz deve ser ingerido com prudência, por ter grande quantidade calórica, e é preciso evitar associá-lo a outras fontes de carboidratos, pois essa junção vira gordura no organismo. E em relação aos salgados, 1,25% (1) consome salgados todos os dias, 36,25% (29) consomem de vez em quando, e 62,5% (50) nunca consomem salgados.

Em relação ao grupo dos óleos, investigamos a quantidade de fritura: 6,25% (5) consomem frituras quase todos os dias, 65% (52) consomem frituras de vez em quando, e 28,75% (23) nunca consomem frituras. Os óleos são excelentes fontes de energia, entretanto na sua forma pura. O excesso de fritura traz muitos malefícios à saúde. Esta deve ser consumida cautelosamente, pois faz aumentar o colesterol total e os triglicérides, causando doenças cardiovasculares, entre outras.

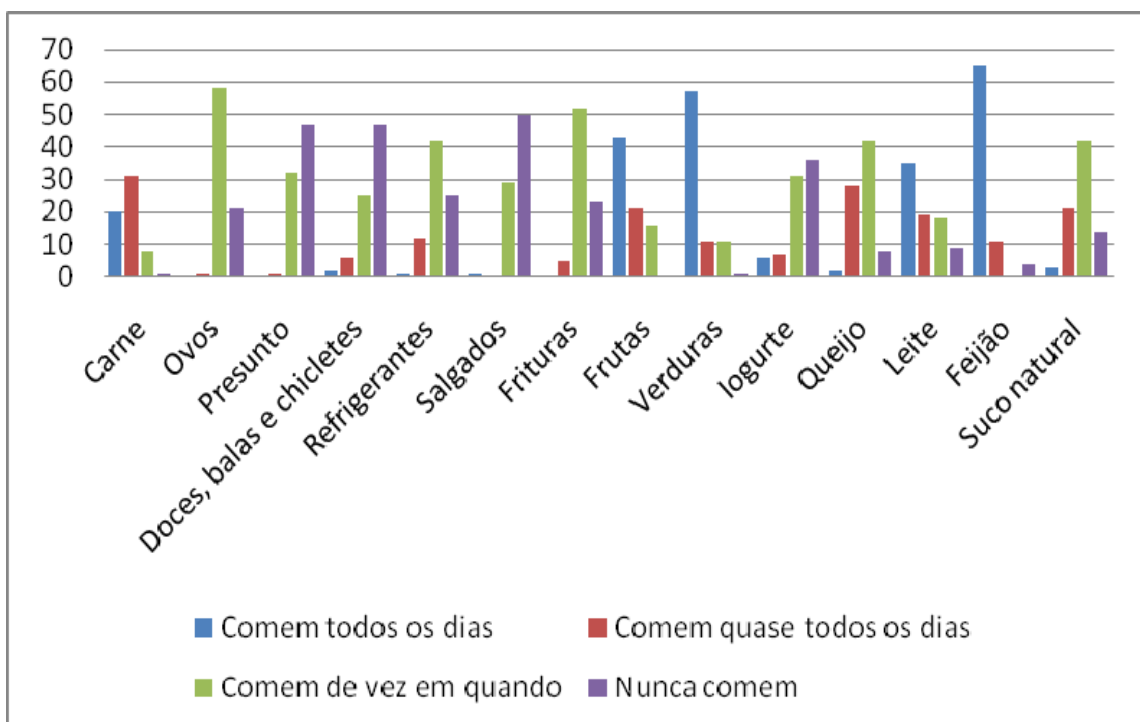


Figura 6: Questionário de frequência alimentar.

## **Conclusão**

Perante os resultados, os dados demonstram a importância do profissional em nutrição fazer parte da equipe de Unidade Básica de Saúde, uma vez que mesmo sendo encontrado nas unidades, deveria ser em número maior; assim, atenderiam melhor às necessidades da população carente que os frequenta. O número reduzido de profissionais é preocupante. Devido ao grande número de pacientes obesos, em especial aqueles de obesidade nível III que é considerada perigosa, aumenta-se o risco de comorbidades associadas, como diabetes Mellitus tipo II, hipertensão arterial e as dislipidemias, que são as principais das inúmeras patologias ligadas a esse mal. Não obstante, há também o problema na prescrição de dietas alimentares a pacientes dos postos que são feitas pelos médicos da unidade. Apenas uma minoria é prescrita pelo nutricionista, que é o profissional indicado para isso.

Diante desta realidade, faz-se necessário o aumento do número de nutricionistas no contexto da APS, visando a estimular mudanças no hábito alimentar da população. Dentre essas mudanças: maior consumo de hortaliças, feijão e frutas, assim como redução do consumo de óleos e gorduras, açúcares e doces, refrigerantes e bebidas alcoólicas, entre outros, associadas à prática regular de atividade física orientada.

## **Referências bibliográficas**

AAFP – American Academy of Family Physicians. The American Dietetic Association. National Council on the Aging Inc. Incorporating Nutrition Screening and Interventions into Medical Practice: A monograph for physicians, 1997.

CARVALHO, D. F. et al. Perfil lipídico e estado nutricional de adolescentes. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. São Paulo, v. 10, n. 4. Dezembro 2007.

CORRÊA, F. H. S. Influência da gordura corporal no controle clínico e metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. São Paulo, v. 47, n. 1. Fevereiro 2003.

DUARTE, A. C. G. *Avaliação Nutricional: Aspectos Clínicos e Laboratoriais*. São Paulo: Atheneu, 2007.

FRANCISCHI, R. P. P. de et al. Obesidade: A atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 1, n. 13, p.17-28, 2000.

LOPES, I. M. et al. Aspectos genéticos da obesidade. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 17, n. 3. jul./set. 2004.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Genebra, 2004.

PINHEIRO, A. R. O. et al. Uma abordagem epidemiológica na obesidade. *Revista de Nutrição*, 2004; 17: 523-533.

SABRY, M. O. D. et al. Hipertensão e obesidade em um grupo populacional no nordeste do Brasil. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 15, n. 2. Maio/ Agosto. 2002.

SANTOS, D. M., SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos em idosos. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 39, n. 2. Abril 2005.

SARTORELLI, D. S.; FRANCO, L. J. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 19, n.1.2003.

SILVA, D. A. et al. Distúrbios metabólicos e adiposidade em uma população da rural. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. São Paulo, v. 52, n. 3. Abril 2008.

SOUSA, R. M. R. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade entre funcionários plantonistas de unidades de saúde de Teresina, Piauí. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 20, n. 5. Setembro/ Outubro 2007.