



FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM MULHERES ATENDIDAS EM AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DE MARINGÁ-PR

Ana Carolina Caputi Rodolfo Gonçalves¹; Alexia Satiko Kawata²; Isabelle Zanquetta Carvalho³

¹Acadêmica do Curso de Nutrição, Centro Universitário de Maringá – UNICESUMAR. Bolsista PIBIC/UniCesumar.

²Acadêmica do Curso de Nutrição, UNICESUMAR.

³Orientadora, Profa. Ms. do Curso de Nutrição, UNICESUMAR.

RESUMO: O estudo tem como objetivo identificar fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres. Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo com coleta de dados secundários. Foram avaliados prontuários de mulheres com idade igual ou superior a 19 anos, atendidas em um ambulatório escola de Nutrição da cidade de Maringá – PR, no período de 2015 a 2017. Na coleta de dados foram utilizadas informações contidas nos prontuários de atendimento nutricional. O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), após aprovação a coleta de dados foi realizada. Foram estudadas as seguintes variáveis: idade, consumo de bebida alcoólica, hábito de fumar, prática de atividade física, patologias, peso, estatura, circunferência abdominal e consumo alimentar (Dia Alimentar Habitual). As informações de peso e estatura foram utilizadas para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC): peso (kg)/estatura (m)², para então se detectar o estado nutricional das mulheres adultas segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997) e as idosas segundo Organização Pan-Americana (OPAS, 2002). O risco de doenças metabólicas foi avaliado através da circunferência da cintura (WHO, 1998). Foi avaliado o consumo de nutrientes considerados de risco para as DCNT. Para análise estatística as informações obtidas foram tabuladas, através de análise descritiva (média e desvio padrão). Conclusão: A inatividade física e o consumo alimentar inadequado foram fatores determinantes para as DCNT, pois o exercício físico à uma alimentação equilibrada é uma forma de prevenção e controle dessas doenças.

PALAVRAS-CHAVE: estilo de vida, consumo alimentar, antropometria, mulheres.

1 INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares, doença respiratória crônica, câncer e *diabetes mellitus* são as principais causas de óbitos em países subdesenvolvidos, e fazem parte das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). As DCNT causam grande impacto socioeconômico nas nações, ameaçando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio, incluindo a redução da pobreza, equidade e a segurança humana. Para a saúde pública é um grande desafio já que requer investimentos e qualificação para prevenção e tratamento dessas doenças (DUNCAN et al., 2012).

De acordo com ROCHA-BRISCHILIARI et al., (2014), modificações no estilo de vida da população levou ao aumento da prevalência de DCNT. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) os fatores de risco para as DCNT englobam o tabagismo, o uso excessivo de bebidas alcoólicas, a inatividade física, o consumo alimentar inadequado e alguns determinantes sociais como renda mensal e grau de instrução. A OMS prevê o aumento das DCNT em 15% de casos no mundo entre os anos de 2010 a 2020, sendo atualmente responsável por 63% dos óbitos.

O objetivo deste trabalho é identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em mulheres que frequentaram um ambulatório escola de Nutrição da cidade de Maringá-PR.



2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo com coleta de dados secundários. Serão avaliados os prontuários de mulheres com idade igual ou superior a 19 anos, atendidas em um ambulatório escola de Nutrição da cidade de Maringá – PR, no período de 2015 a 2017.

O Projeto de Pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Maringá (UniCesumar), sendo aprovado, e seu número do CAAE é 81972217.2.0000.5539.

Foram estudadas as seguintes variáveis: idade, consumo de bebida alcoólica, hábito de fumar, prática de atividade física, doenças associadas, peso, estatura, circunferência abdominal e consumo alimentar.

As informações de peso e estatura foram utilizadas para o cálculo do IMC: peso (kg)/estatura (m)², para então se detectar o estado nutricional segundo os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997), para as mulheres adultas e as mulheres idosas tiveram o estado nutricional detectado através dos pontos de corte estabelecidos pela Organização Pan-Americana (OPAS, 2002).

O risco de doenças metabólicas e cardiovasculares foi avaliado por meio da circunferência da cintura, no qual os valores $\geq 80,0$ cm apresentam risco elevado e valores $\geq 88,0$ cm em mulheres adultas indicam risco de complicações da obesidade (WHO, 1998). Já as mulheres idosas foram avaliadas de acordo com os percentis: baixo risco ($\leq 75,0$), alto risco ($> 75,0$ a $90,0$) e muito alto risco ($> 90,0$).

O consumo alimentar através do Dia Alimentar Habitual, uma vez que os nutrientes considerados de risco foram lipídeos totais, lipídeos saturados, lipídeos trans, colesterol, sódio e carboidrato. Para quantificar esses nutrientes foi utilizado o software Nutrilife (Nutrilife - Software de Nutrição, Maringá, Paraná, Brasil). Para análise estatística as informações obtidas foram tabuladas, através de análise descritiva (média e desvio padrão).

3 RESULTADOS

Foram coletadas informações de 50 prontuários, porém seis não foram utilizados devido à falta de dados completos, sendo assim, foram avaliadas 44 mulheres, destas 30 (68,18%) eram adultas e 14 (31,81%) idosas. A média de idade do grupo total foi $53,55 \pm 12,54$ anos, sendo $49,39 \pm 7,78$ anos para adultas e $66,76 \pm 5,78$ anos para idosas (Tabela 1).

Quanto à prática de atividade física este estudo revelou dados desfavoráveis, pois observou-se que somente 15 (34,09%) das mulheres realizavam exercício físico. As idosas foram mais adeptas à atividade física quando comparado às mulheres adultas, 7 (50,00%) e 8 (26,66%), respectivamente. De acordo com MORAES et al., (2015), o exercício físico pode ser uma das principais estratégias não farmacológicas para o tratamento de pacientes com diabetes. De acordo com a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2014), o exercício físico estruturado caracterizando um treinamento individualizado traz benefícios adicionais no tratamento da hipertensão arterial.

Tabela 1. Hábitos de vida e condições crônicas de saúde das mulheres, segundo grupos etários. Maringá/PR, 2018.

VARIÁVEIS	ADULTOS		IDOSOS		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Número de indivíduos	30	68,18	14	31,81	44	100,00%
Etilista	01	03,33	02	14,28	03	06,81%
Tabagista	01	03,33	01	07,14	02	04,54%
Prática de exercício físico	08	26,66	07	50,00	15	34,09%
Diabetes	09	30,00	03	21,42	12	27,27%
Hipertensão	13	43,33	06	42,85	19	43,19%
Diabetes e Hipertensão	08	26,66	05	35,71	13	29,54%

N = número

Fonte: Prontuários de mulheres atendidas em clínica escola de nutrição. Maringá-PR, 2018.



No que se diz respeito às DCNT, notou-se que as mulheres possuíam diabetes e/ou hipertensão, sendo que a hipertensão esteve presente em 19 (43,19%) das mulheres e também predominou nas mulheres adultas 13 (43,33%). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que o diabetes é o terceiro fator em mortalidade prematura, superado apenas pela pressão arterial aumentada e uso de tabaco.

A tabela 2 apresenta o resultado do estado nutricional das mulheres através do indicador IMC.

Tabela 2. Estado nutricional das mulheres adultas e idosas, segundo IMC. Maringá – PR, 2018.

IMC	N	%
ADULTAS		
Baixo peso	00	00,00
Adequado	03	10,00
Pré obesidade	10	33,33
Obesidade I	04	13,33
Obesidade II	06	20,00
Obesidade III	07	23,33
IDOSAS		
Baixo peso	00	00,00
Adequado	07	50,00
Pré Obesidade	01	07,14
Obesidade	06	42,85

N = número.

Fonte: Prontuários de mulheres atendidas em clínica escola de nutrição. Maringá-PR, 2018.

Dentre às 30 mulheres adultas, notou-se que apenas 3 (10%) apresentavam o IMC adequado, em contrapartida 27 (90%) mulheres possuem excesso de peso (pré-obesidade, obesidade I, obesidade II e obesidade III). E em relação as mulheres idosas, observa-se que 7 (50,00%) possuíam o IMC adequado, porém a pré-obesidade e obesidade apresentam o mesmo número de mulheres e percentual igual quando somados. WHITE, (2015) afirma que o sobrepeso e a obesidade são mais prevalentes entre as mulheres, o que pode ser explicado pelo acúmulo de gordura ser maior após a menopausa.

A tabela 3 demonstra o risco de doenças metabólicas e cardiovasculares das mulheres.

Tabela 3. Risco para síndrome metabólica e cardiovascular segundo circunferência da cintura em mulheres. Maringá – PR, 2018.

CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA	N	%
ADULTAS		
Normal	04	13,33
Elevado	00	00,00
Muito elevado	26	86,66
IDOSAS		
Baixo	09	64,28
Alto	02	14,28
Muito alto	03	21,42

N = número.

Fonte: Prontuários de mulheres atendidas em clínica escola de nutrição. Maringá-PR, 2018.

O resultado de 26 (86,66%) das mulheres adultas com o risco muito elevado é preocupante, pois o diabetes e a hipertensão são os dois principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, como afirma ALLAMOS, et al (2016). E de acordo com seu estudo as doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade.

Para a população idosa o resultado deste estudo foi satisfatório, pois 9 (64,28%) apresentaram baixo risco para síndrome metabólica e cardiovascular, e KUK el al., (2009), assegura que para a população idosa a circunferência da cintura é o melhor indicador de morbidade e mortalidade.



Tabela 4. Nutrientes consumidos e considerados de risco para as DCNT.

NUTRIENTES	ADULTAS	IDOSAS	TOTAL
	MÉDIA ± DP	MÉDIA ± DP	MÉDIA ± DP
Calorias	1.799,88 ± 832,87	1.452,97 ± 539,5	1.807,43 ± 1.203,79
Lipídeos totais (g)	61,05 ± 38,91	40,58 ± 22,36	61,63 ± 64,54
Lipídeos totais (%)	29,25 ± 8,27	23,85 ± 6,66	27,81 ± 8,37
Lipídeos saturados (g)	22,34 ± 15,71	15,82 ± 10,11	22,81 ± 23,92
Lipídeos saturados (%)	10,55 ± 3,72	9,61 ± 6,01	10,33 ± 4,58
Colesterol (mg)	257,34 ± 237,77	194,56 ± 147,2	237,15 ± 213,48
Gordura trans (g)	0,14 ± 0,47	0,02 ± 0,07	0,09 ± 0,38
Gordura trans (%)	0,06 ± 0,19	0,01 ± 0,06	0,04 ± 0,15
Sódio (mg)	2.152,09 ± 2.206,44	1.870,39 ± 1.897,8	2.222,37 ± 2.110,45
Carboidratos (g)	233,41 ± 124,85	201,31 ± 71,51	229,53 ± 112,03
Carboidratos (%)	52,45 ± 11,05	56,28 ± 7,66	53,41 ± 10,24

DP = desvio padrão.

Fonte: Prontuários de mulheres atendidas em clínica escola de nutrição. Maringá-PR, 2018.

A ingestão dietética recomendada para os indivíduos com diabetes e hipertensão são semelhantes a aquelas definidas para a população geral. As recomendações são de acordo com a *Dietary Reference Intakes* (2002/2005), no qual o percentual de carboidratos deve ser de 45 a 65%, proteínas de 10 a 35% e lipídeos totais de 20 a 35%. Ainda sobre os lipídeos a *American Heart Association* (2001) recomenda que as saturadas seja $\leq 7\%$ do valor energético total (VET) e que o colesterol seja ≤ 200 mg. Sobre a gordura trans, a WHO, (2008) sugere que a ingestão seja inferior a 1% do VET.

Em relação a gordura saturada é possível identificar um percentual elevado no consumo das mulheres, no qual o total é de $10,33 \pm 4,58\%$. LOTTENBERG, (2008) afirma que a gordura saturada eleva o colesterol no plasma, pois induz a diminuição dos receptores hepáticos de lipoproteína de baixa densidade (LDL), desta forma, o excesso no consumo pode levar ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

A ingestão média de colesterol foi $237,15 \text{ mg} \pm 213,48 \text{ mg}$, sendo assim, ultrapassou a recomendação. De acordo com CASTRO, et al., (2004), diversos estudos evidência a relação entre características qualitativas e quantitativas da dieta e ocorrência de enfermidades crônicas, entre elas, as doenças cardiovasculares desta forma, os hábitos alimentares são marcadores de risco na medida em que o consumo elevado de colesterol, lipídios e ácidos graxos saturados somados ao baixo consumo de fibras, participam na etiologia das dislipidemias, obesidade, diabetes e hipertensão.

No presente estudo pode-se observar um percentual elevado de mulheres com hipertensão, e em relação ao consumo de sódio é possível pontuar que este é elevado. A recomendação da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2014) sugere o consumo de 2,0 gramas/dia, ou seja, 2.000 mg/dia e o encontrado foi de $2.222,37 \text{ mg} \pm 2.110,45 \text{ mg}$, o que novamente aponta uma grande diferença no consumo alimentar das mulheres.

De acordo com MALTA e SILVA (2018), o Brasil possui importantes marcos no seu compromisso com as DCNT, como por exemplo a criação da coordenação geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) e a organização da Vigilância de DANT, para o monitoramento destes agravos.

Conforme DE SOUZA e PEREIRA (2018), identificar e monitorar as DCNT através de estudos epidemiológicos constituem a etapa antecedente para a elaboração de planos estratégicos preventivos. Os autores ainda recomendam a elaboração de estudos similares com uma quantidade maior da população para assim oferecer dados mais significantes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No estudo é possível identificar vários fatores para as DCNT, entre eles o tabagismo, etilismo, inatividade física e consumo alimentar. A falta de exercício e o consumo alimentar inadequado foram fatores determinantes para as DCNT, uma vez que o exercício físico associado com uma alimentação equilibrada é uma forma de prevenção e controle dessas doenças.



É possível também constatar um número elevado de mulheres com excesso de peso, o que é um ponto delicado, uma vez que o diabetes e a hipertensão são doenças que se agravam com a presença da obesidade e essa se não controlada pode ameaçar os avanços no controle das DCNT.

Desta forma, os dados reforçam a importância do nutricionista na sociedade, pois esse é responsável por contribuir para a promoção, manutenção e recuperação da saúde através da alimentação.

REFERÊNCIAS

ALLAMOS, Cindy Ellen Vargas et al. Indicadores de risco: prevalência de diabetes mellitus e hipertensão arterial. **Seminários de Biomedicina do Univag**, v. 1, 2017.

AMERICAN HEART ASSOCIATION et al. 2005 American Heart Association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. **Circulation**, v. 112, p. IV1-IV205, 2005.

CASTRO, L. C. V. et al. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. *Revista de Nutrição*, v.17 n.3, p.369-77, 2004.

DE SOUSA, Diego Sarmiento; PEREIRA, Raylana Picanço. Perfil dos fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em escolares da zona urbana e rural. **RBPFEEX-Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 12, n. 72, p. 38-45, 2018.

Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein and Amino Acids (2002/2005).

DUNCAN BB, Stevens A, Iser BPM, Malta DC, Silva GA, Schmidt MI. Mortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação em 2009 e tendências de 1991 a 2009. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado 2012 jun 17]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cap_5_saude_brasil_2010.pdf

KUK J, Saunders T, Davidson L, Ross R. Age-related changes in total and regional fat distribution. *Ageing Research Reviews*. 2009; 8(4): 339-348.

LOTTENBERG, A. M. P. Características da Dieta nas Diferentes Fases da Evolução do Diabetes Melito Tipo 1. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 52, n. 2, 2008. Disponível em: . Acesso em: 18 out. 2008.

MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arq Bras Cardiol**, v. 107, n. 3, p. 1-103, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA, Marta Maria Alves da. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. 2018.

MORAES, Daniel Umpierre De; SILVA, Flávia Moraes; SCHAAN, Beatriz D'Agord. Nutrição e atividade física do adulto saudável às doenças crônicas: Nutrição e exercício físico no diabetes melito. 1 ed. São Paulo: Atheneu, 2015. 259 p.



OPAS. Organização Pan-Americana, 2002. Reunión del Comitê Asesor de Investigaciones en Salud – Encuesta.

ROCHA-BRISCHILIARI, Sheila Cristina et al. Doenças crônicas não transmissíveis e associação com fatores de risco. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 1, p. 35-42, 2014.

WHITE, Harriet Jane et al. Estado nutricional e de saúde de idosos em Campinas: orientação nutricional e outros fatores associados à hipertensão e diabetes. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: World Health Organization; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 1998. (Report of a WHO Consultation on Obesity).

World Health Organization. Joint FAO/WHO Expert Consultation on Fats and Fatty Acids in Human Nutrition. Geneva, 2008.