

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES ATENDIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIO VERDE – GO

Nayara de Oliveira Silva¹

Leidilara Cristina de Moraes²

RESUMO

Nos dias atuais os hábitos alimentares e de vida inadequados, têm causado alterações do estado nutricional, doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e doenças consideradas epidemias mundiais. Mediante este fator, o presente artigo busca a verificação do perfil nutricional de pacientes adultos atendidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Rio Verde - GO. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva que avaliou 50 pacientes, sendo 68% sexo feminino e 32% masculino. O consumo alimentar apresentou irregularidade em relação ao recomendado pela nova pirâmide alimentar, apesar da amostra ter apresentado ingestão de vegetais e frutas de 1 a 3 vezes na semana, o recomendado é o consumo de vegetais abundantemente e frutas de 2 a 3 vezes ao dia. A ingestão de industrializados como hambúrguer, embutidos, bolachas, doces e refrigerantes é menor em relação ao consumo de vegetais e leguminosa como o feijão, sendo àqueles, muito prejudiciais à saúde. A população apresentou a incidência de diversas DCNT como hipertensão arterial, dislipidemias, doenças articulares, entre outras, e 42% dos pacientes apresentam sobrepeso, e 62% apresentam risco ao desenvolvimento de DCNT por apresentarem circunferência cintura alterada. Segundo estudos, hábitos alimentares e estado nutricional inadequados têm contribuído para desencadear tais patologias. Conclui-se que o consumo alimentar deste grupo social é rico em gorduras, sódio, açúcar, possuindo menos nutrientes para um bom funcionamento do organismo. A alimentação incorreta, somadas a não prática de exercícios físicos pode estar contribuindo para maior incidência de sobrepeso apresentada, podendo ser um dos motivos do surgimento de DCNT.

Palavras-chave: 1. Estado Nutricional. 2. Doenças Crônicas. 3. Estilo de Vida. 4. Alimentação.

¹ Graduanda em Nutrição pela Universidade de Rio Verde, UniRV - Rio Verde, Go.

² Orientadora, Prof^a. Especialista Leidilara Cristina de Moraes.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a obesidade, o sobrepeso e as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas, expandiram progressivamente em todas as faixas etárias e se tornaram uma das principais causas de morte e incapacidade na região das américas, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS-2015). O problema crescente das DCNT está ocorrendo em conjunto com várias carências nutricionais, como a baixa ingestão de ferro, zinco, vitamina A, folato e outros micronutrientes, os quais são consequências da pobreza e de dietas monótonas que continuam significativas nas sub-regiões Andina, da América Central e do Caribe (BRASIL-2012).

Ao analisarem o modelo alimentar da sociedade atual, alguns estudos apontam a ocorrência do processo de transição nutricional, caracterizada pelo declínio da prevalência de desnutrição energética proteica com o aumento na prevalência de sobrepeso, em uma parcela significativa da população mundial (BRASIL, 2012). Os principais fatores causadores deste mal que vem acometendo o ser humano é a mudança de hábitos saudáveis para costumes alimentares inadequados e estilo de vida sedentário (SILVA; ZAFFARI, 2009).

Os pacientes de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) consistem em um dos grupos-alvo para elaboração de estratégias de prevenção e tratamento do estado nutricional, como sobrepeso, obesidade e também baixo peso. Este fator é correspondente às características deste grupo social para tratar sua saúde e estado nutricional, além de ser uma das possibilidades de êxito das ações a serem implementadas, como uma ação direta para melhoria desta amplitude pública (FAPESP, 2012).

Em UBS ter cuidados referentes ao estado nutricional, alimentação e nutrição de paciente em tratamento são elementares para a promoção e proteção a saúde da população, quando em recuperação de uma patologia que está sendo tratada no âmbito público. Através desta razão vemos que é de fundamental importância à inserção do nutricionista em uma UBS (CERVATO, A. M. et al. 2012).

O desequilíbrio entre o peso e a estatura apresenta consequências como sobrepeso e obesidade, que causam comprometimento da função imune, o aumento das taxas de infecções e o prejuízo de certas funções corporais e uma menor recuperação em seu estado de saúde. Esses desequilíbrios nutricionais podem causar anormalidades metabólicas em longo prazo,

tornando os pacientes mais vulneráveis a doenças decorrentes da alimentação inadequada, como o surgimento de DCNT (GOULART, F. A. A. 2011).

Nos dias atuais a alimentação tem sido baseada no maior consumo de gorduras saturadas, açúcar e alimentos refinados, ocorrendo uma redução do consumo de carboidratos complexos, vegetais e fibras. Este fator tem ocasionando um desequilíbrio entre a energia consumida e o gasto energético basal diário, pois a prática da atividade física se encontra reduzida, ocasionando um desequilíbrio do perfil nutricional causando a obesidade que desencadeia diversos agravos patológicos à saúde (RODRIGUES, A. J. 2013).

A obesidade é uma manifestação de um perfil nutricional inadequado, e além do mais é considerada uma das causas de risco mais importantes para o desenvolvimento de DCNT. As patologias que está mais incidente em um ser humano obeso, segundo estudos, são as cardiovasculares e o diabetes. Outros fatores que colaboram para a ocorrência das DCNT são: a modificação dos hábitos de vida saudável, a restrição de uma dieta rica em fibra que protege contra a obesidade, doenças cardiovasculares, diabetes, alguns tipos de câncer e outras situações clínicas indesejáveis (SILVA; ZAFFARI, 2009).

O presente estudo teve por objetivo verificar o perfil nutricional de pacientes adultos atendidos em uma unidade básica de saúde do município de Rio Verde – GO. Conhecer o perfil socioeconômico dos pacientes atendidos para identificar o estado nutricional, hábitos alimentares e de vida destes pacientes, e assim constatar a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, relacionando-as com os aspectos alimentares e de vida.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Na execução desta pesquisa, foram convidados pacientes usuários da Unidade Básica de Saúde Anhanguera situada na Estratégia da Saúde da Família V (ESF-V), na cidade de Rio Verde – Goiás, de modo aleatório, para participarem da pesquisa realizada no mês de setembro de 2016.

A pesquisa foi desenvolvida após aprovação pelo comitê de ética, totalizando a ocorrência da mesma em 20 dias úteis. Os pacientes foram abordados e convidados a participarem da pesquisa no momento da triagem ambulatorial. Posteriormente, eram conduzidos até a pesquisadora, antes ou após a consulta com o clínico geral, tanto no período

matutino quanto vespertino. O local da coleta dos dados foi em sala privada, a qual deu mais privacidade aos pacientes.

Foram incluídos pacientes do sexo masculino e feminino, na idade de 20 a 60 anos, capazes de responderem verbalmente e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Após a obtenção de concessão verbal dos participantes que concordarem em participar do estudo, tiveram que se assinar o termo de consentimento livre e esclarecido- TCLE conforme recomendações da Resolução nº. 466, de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Excluiu-se pacientes menores de vinte anos e acima de sessenta anos completos, pois nestas faixas etárias eles podem apresentar dificuldade de responder ao questionário, e também excluiu gestantes, indivíduos incapazes de responderem verbalmente e que não concordarem em participar do estudo ao recusar a assinar TCLE.

Na execução desta pesquisa foram avaliados 50 pacientes, e todos responderam a um questionário padronizado, para a avaliação de dados Sociodemográficos, hábitos alimentares e de vida, realizando-se também, a avaliação antropométrica e diagnóstica de doenças crônicas não transmissíveis. Para a avaliação dos hábitos alimentares foi aplicado um formulário de consumo alimentar para adultos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), no qual foi relatado os hábitos alimentares dos pacientes nos últimos sete dias. Fez parte também do estudo questões quanto aos hábitos de vida, em relação à prática de atividade física, etilismo e tabagismo. Realizou-se a avaliação antropométrica com os que aceitaram participar do estudo, considerando peso, estatura e circunferência da cintura (CC).

O peso e estatura foram aferidos utilizando uma balança com estadiômetro acoplado da marca Welmy, modelo R-110, ano de fabricação 2010 com capacidade até 150 kg e 2 metros de altura. O peso foi aferido com o pesquisado de pé, ereto, com cabeça e olhos voltados para frente, com o mínimo de roupas possível, sem adornos e descalço. Para medição da estatura o avaliado, ficou descalço, com mínimo de roupa possível, em posição ortostática, com a cabeça e olhos voltados para frente, braços soltos ao longo do tronco, com as palmas voltadas para as coxas, calcanhares unidos (SISVAN, 2011).

A avaliação do estado nutricional foi realizada por meio do método de índice de massa corporal (IMC), calculando e dividindo o peso em quilogramas (Kg) pela altura ao quadrado em metros (m) e o resultado nomeado em quilogramas por metros ao quadrado (kg/m^2). A classificação foi conforme recomendação da OMS-1995 em: baixo peso ($\text{IMC} < 18,5 \text{ Kg}/\text{m}^2$),

eutrófico (IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m²), sobrepeso (IMC entre 25 e 29,9 kg/m²) e obesos (IMC \geq 30kg/m²).

Promoveu-se a medida da circunferência da cintura por meio de uma fita métrica inelástica, a qual foi posicionada acima da cicatriz umbilical independente se o indivíduo era obeso ou eutrófico para não obter-se medidas tão distintas em relação à posição (LIMA. et al., 2011). Classificou-se segundo os critérios da National Institutes of Health (2002), onde para mulheres o valor da circunferência acima de 80 cm, já é considerado risco e para os homens acima de 94 cm.

A presença ou ausência de DCNT foram referidas pelos pacientes, de acordo com as patologias indagadas no questionário e estas eram respondidas segundo diagnóstico médico em consultas passadas. Foram questionadas as patologias classificadas pela OMS como DCNT: Doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, arritmias cardíacas e tumores no coração), diabete mellitus, colesterol (LDL) e triglicérides elevados segundo os últimos exames realizados, osteoporose, artrite/artrose e insuficiência renal crônica. A obesidade, também foi levada em consideração, pois é conceituada pela OMS como uma DCNT.

Os resultados foram analisados pelo método de análise quantitativa, e descrito pelo critério estatístico de porcentagem para apuração dos dados do questionário do perfil nutricional dos pacientes. E através dos dados obtidos pelo questionário fez-se uma análise descritiva dos resultados. Foram delineados os dados de forma precisa e clara para a padronização dos resultados. Esta pesquisa científica configura-se como um estudo descritivo e transversal que descreve características e designa a situação de saúde da população em estudo. E, além disso, o mesmo foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Rio Verde CEP/UniRV, aprovado sob o n°. 1.758.920.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na execução da avaliação pode-se observar que 68% eram do sexo feminino e 32% do sexo masculino. Considerando-se ambos os sexos, houve prevalência 30% de pacientes na idade de 20 a 30 anos, também de 31 a 40 anos, 28% na idade de 41 a 50 anos e 12% entre a faixa etária de 51 a 60 anos. A maior incidência foi de pacientes casados 52%, sendo o restante distribuído em 36% de solteiro, 10% de divorciados e 2% de viúvo. Em relação à etnia a amostra era composta por 56% de pardos, 32% brancos e 12% negros. Referente ao

grau de instrução verificou-se maior participação de pessoas que tinham o ensino fundamental incompleto 32%, apresentando 4% de analfabetos. De acordo com os dados do faturamento mensal dos participantes da pesquisa, percebeu-se que a grande maioria dos indivíduos possuía uma renda mensal de até um salário mínimo 54%. Pode-se observar todos estes dados na Tabela 1, que expõe os dados Sociodemográficos do grupo social em questão.

TABELA 1 - Dados sociodemográficos de pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Rio Verde - GO, 2016

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	16	32
Feminino	34	68
Idade		
20 a 30	15	30
31 a 40	15	30
41 a 50	14	28
51 a 60	6	12
Estado Civil		
Solteiro	18	36
Casado/União estável	26	52
Divorciado	5	10
Viúvo	1	2
Etnia		
Branco	16	32
Negro	6	12
Pardo	28	56
Outros	0	0
Escolaridade		
Analfabeto	2	4
Ensino Fundamental completo	6	12
Ensino Fundamental incompleto	16	32
Ensino Médio completo	13	26
Ensino Médio incompleto	5	10
Nível Superior	8	16
Renda		
Até 1 salário mínimo	27	54
1 a 2 salários mínimos	21	42
2 a 5 salários mínimos	2	4
Mais que 5 salários mínimos	0	0

Fonte: Silva, N. O., 2016.

A partir da análise foi possível identificar que o sexo feminino é o mais predominante na procura de atendimentos em UBS, semelhantemente, em uma pesquisa realizada por Krebs (2015), que teve como objetivo caracterizar os usuários e suas demandas no acolhimento da área da nutrição de uma unidade básica de saúde detecta-se que indivíduos do sexo feminino buscam mais atendimento em UBS, uma vez que a amostra feminina é de 80,6% assim, a mulher procura mais este atendimento, possivelmente por apresentar maior preocupação com o tratamento da saúde. Pode-se observar que a faixa etária que mais busca tratamento são indivíduos com idade dos 19 aos 45 anos, de forma semelhante que em outras pesquisas, como Krebs (2015) onde a faixa etária foi de 20 a 40 anos.

Analisando o perfil alimentar deste grupo social, segundo exposto na Tabela 2, que demonstra o perfil do consumo alimentar de pacientes atendidos na UBS de Rio Verde/GO, pode verificar-se que os alimentos mais consumidos foram os vegetais 96% e feijão 94%, e chegou a este valor através da base do não consumo total e não considerando a frequência de consumo. O feijão também teve uma maior ingestão diariamente, já os vegetais de 1 a 3 vezes na semana, apesar destes dados demonstrarem um consumo menor, em relação ao estudo de Rizzi, P. (2015), o qual descreve o consumo alimentar de carteiros pedestres de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Nesta pesquisa o consumo de feijão foi de 83,3%, e os vegetais 82,2% todos diariamente, perceber que o consumo é elevado comparado ao consumo diário da Tabela 2.

TABELA 2 - Perfil do consumo alimentar de pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Rio Verde – GO, 2016

Variáveis	Frequência de consumo							
	Não		1 a 3		4 a 6		Diário	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Vegetais	2	4	29	58	16	32	3	6
Frutas	9	18	21	42	8	16	12	24
Feijão	3	6	10	20	5	10	32	64
Leite ou Iogurte	16	32	17	34	3	6	14	28
Batata frita, batata de pacote e salgados fritos	29	58	16	32	4	8	1	2
Hambúrguer e embutidos	22	44	21	42	4	8	3	6
Bolachas/biscoitos salgados	15	30	18	36	6	12	11	22
Bolachas doces ou recheadas, doces, balas e chocolates	17	34	21	42	6	12	6	12
Refrigerantes	10	20	23	46	13	26	4	8

Fonte: Silva, N. O., 2016.

O consumo de vegetais segundo os dados exposto na Tabela 2 são considerados inadequados segundo a nova pirâmide alimentar, pois o consumo tem que ser diário, com variedades em diferentes refeições, e além do mais consumir em abundância. Deve se consumir nesta quantidade pois os vegetais são ricos em vitaminas e fibras, que segundo diversos estudos uma dieta rica nestas substâncias ajuda a proteger e prevenir doenças cardiovasculares, reduzir riscos do surgimento de algum tipo de câncer, auxilia na perda de peso, baixa os níveis de colesterol e ajuda regular o diabete de mellitus e a hipertensão (TATE & LYLE, 2008).

A população pesquisada não apresentou um consumo adequado de frutas, quando comparado com o recomendado pela Organização Mundial de Saúde - OMS e a Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura - FAO que recomenda consumir no mínimo 400g, ou seja, 5 porções de frutas diariamente (WHO, 2002). Entretanto, em pesquisas realizadas pela OMS, o consumo quantitativo de frutas e feijão vem diminuindo muito, e assim a qualidade da alimentação do brasileiro está se mantendo inadequada, sendo um dos fatores que tem desencadeado inúmeros casos de DCNT, devido ao menor acompanhamento alimentar de fibras, diversas vitaminas e substâncias antioxidantes (BRASIL, 2008).

Nos dados expostos na Tabela 2 demonstra-se uma menor incidência do consumo diário de alimentos como batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.), e também hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.), em relação aos outros alimentos do questionário de frequência alimentar do presente no estudo. Nos dias atuais a população está consumindo raramente hambúrguer e embutidos, pode-se constatar através da pesquisa de Carvalho, Silva & Campos (2011), que apresenta a quantidade de pessoas que têm o consumo deste grupo alimentar diariamente é de 19, 80% e nos dados Tabela 2 o consumo diário é de 6%. Constata-se também, que ocorreu uma diminuição do consumo diário de hambúrguer e embutidos de 10,8% de 2011 para 2016.

Observou-se na população estudada um consumo menor de alimentos industrializados, em relação a pesquisa de Bielemann et al. (2015) que apresentou um consumo diário de 95% de industrializados, e na Tabela 2 apresentou um consumo de 78% alimentos industrializados, como: batata de pacote, salgados fritos, hambúrguer, embutidos, bolachas, biscoitos salgados, bolachas doces ou recheadas, doces, balas, chocolates, iogurtes e refrigerantes. Este modelo de hábito alimentar tem causado o aumento da obesidade que segundo estudos, tem

desencadeado a alta prevalência de DCNT e a diminuição da qualidade de vida da população (FERREIRA, H. S. et al. 2005).

Segundo Bleil (1998), tal situação se deve, ao consumo de alimentos industrializados em menor quantidade de forma irregular e inadequada em relação a pirâmide alimentar, não contribuindo para uma reeducação alimentar, a qual é necessária para diminuição de alimentos ricos em gorduras saturadas, sódio e açúcares por trazerem consequências para a saúde, pois está diretamente relacionado com a maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis da população.

Segundo dados expostos na Tabela 3, que detalha o perfil de saúde, estado nutricional e estilo de vida de pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Rio Verde/GO, 2016, as patologias de maiores incidências são as doenças articulares como artrite e artrose, onde 38% da amostra possui algumas destas duas patologias.

Tabela 3 – Perfil de saúde, estado nutricional e estilo de vida de pacientes atendidos em uma unidade básica de saúde de Rio Verde - GO, 2016

Doenças crônicas não transmissíveis	n	%
Doenças articulares	19	38
Dislipidemias	16	32
Hipertensão arterial	15	30
Doenças renal	12	24
Doenças cardíacas	10	20
Osteoporose	7	14
Diabete mellitus	6	12
Estado nutricional		
Baixo peso	0	0
Eutrófico	18	36
Sobrepeso	21	42
Obeso	11	22
Circunferência da cintura		
Risco	31	62
Não risco	19	38
Estilo de vida		
Fumante	5	10
Atividade física	14	28
Bebida alcoólica	12	24

Fonte: Silva, N. O., 2016.

Na Tabela 3 demonstra que 32% da amostra em questão também apresenta dislipidemias que é o aumento dos lipídios, ou seja, gordura no sangue, principalmente do colesterol e dos triglicerídeos. Podemos perceber que a população atual tem o consumo indisciplinado de gorduras saturadas de origem animal, pois segundo a OMS é uma das causas do surgimento das dislipidemias, e é um fator que determina a morte de 4,4 milhões anualmente, sendo responsáveis por 18% das doenças cerebrovasculares e 56% das doenças isquêmicas do coração (BRASIL, 2009). E de acordo com a tabela 3 a doença a qual se obteve menor incidência, foi o diabetes de mellitus, onde 88% das pessoas não possuíam esta patologia.

Na Tabela 3, também relata-se o estado nutricional dos pacientes da unidade básica de saúde em questão, que se encontram com uma prevalência 42% de pessoas com sobrepeso. O sobrepeso é um estado de saúde crítico que se não tratado desencadeia a obesidade que é uma patologia a qual desenvolve alterações metabólicas multifatorial de caráter epidêmico. E o sobrepeso tem tido enorme prevalência, tendo um aumento de maneira alarmante em praticamente todos os países, tornando-se um grave problema de saúde pública (LINHARES, et. al. 2012). E na Tabela 3 relata a não incidência de baixo peso. Com relação à circunferência da cintura 62% do grupo apresenta risco muito aumentado ao desenvolvimento de doenças cardiovascular, apresentando as mulheres o valor da circunferência >88 cm e os homens >102 cm, segundo os critérios da National Institutes of Health (2002), observa-se que segundo esta classificação homens com CC acima de 94 e mulheres acima de 80, já apresentam risco, o que demonstra uma população com risco muito aumentado.

Em relação ao estilo de vida dos pacientes atendidos na unidade básica de saúde, a Tabela 3 relata que somente 28% têm a prática da atividade física. Podemos perceber que 72% dos pacientes não dispõem de uma rotina saudável em relação à prática de exercícios físicos. A inatividade física nos dias atuais, conforme diversos estudos realizados encontram-se totalmente relacionada à incidência e a gravidade de inúmeras doenças crônicas. Estudos epidemiológicos que descrevem a propagação de doenças comprovam que a inatividade física aumenta substancialmente a incidência relativa de doença arterial coronariana (45%), infarto agudo do miocárdio (60%), hipertensão arterial (30%), câncer de cólon (41%), câncer de mama (31%), diabetes do tipo II (50%) e osteoporose (59%) (KATZMARZYK & JANSSEN, 2004). As evidências também indicam que a inatividade física é associada à causas de mortalidade, obesidade, maior incidência de queda e debilidade física, dislipidemia,

depressão, demência, ansiedade e alterações do humor em idosos (GUALANO & TINUCCI, 2011).

É possível perceber na Tabela 3 que somente 10% da população em questão tem o hábito de fumar, e 24% se declara etilista. E pode-se observar que estes hábitos têm diminuído significativamente em relação a uma pesquisa realizada no município de São Paulo em 2008, que demonstra que 35,6% tinham o hábito de fumar e 60% tinham o consumo de bebida alcoólica (Brasil, 2008). E estes hábitos têm diminuído pelas inúmeras consequências que trazem a saúde, e hoje já é considerado um problema de saúde pública global. O tabagismo e o consumo de bebida alcoólica, quando ocorrem de maneira concomitantemente associados ou não ao excesso de peso, são fatores de risco modificáveis para o surgimento de DCNT, como as cardiovasculares, diabetes, câncer, hipertensão e também alergia alimentar, alterações na tireoide, doenças pulmonares e a síndrome de má-absorção intestinal de nutrientes (BATISTA, E. S. et al. 2011).

4 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados permitem concluir que o perfil socioeconômico dos pacientes participantes da pesquisa notou-se que quem mais busca tratamento em uma UBS do município de Rio Verde, são pessoas do sexo feminino, tendo uma prevalência na idade de 20 a 30 anos e casado. É nesta fase da vida que os maus hábitos alimentares e estilo de vida inadequado em conjunto com o envelhecimento da população têm contribuído para o crescente aumento na incidência das DCNT no Brasil.

O tratamento dessas doenças é complexo e exige ações conjuntas de vários profissionais da área da saúde, principalmente um nutricionista para explicar a importância da terapia nutricional na prevenção e no tratamento das DCNT, por isto a importância de procurarem uma unidade que tenha equipe multiprofissional.

Pode-se concluir que o estado nutricional que teve maior prevalência nos pacientes participantes da pesquisa foi o sobrepeso que é considerado grave problema de saúde pública.

Quanto a circunferência da cintura apresentou predomínio de risco muito aumentado ao desenvolvimento de doenças cardiovascular, que possivelmente pode estar associado ao fato da prática da atividade física não ser frequente na população estudada.

As DCNT relatadas pela população estudada foram as doenças articulares, dislipidemias, hipertensão arterial, doenças renais e cardíacas. Desta forma, vale ressaltar que

a atuação de nutricionista neste momento é de suma importância para realização de um trabalho de conscientização sobre as complicações causadas pela obesidade na saúde e para que seja estimulado hábitos alimentares e de estilo de vida mais saudável, visando a qualidade de vida desta população.

O perfil alimentar dos pacientes que eram atendidos na UBS se generalizou em um maior consumo de feijão, e consumo inadequado de vegetais e frutas com a presença de consumo de alimentos industrializados.

Pode-se concluir que a ação de um profissional nutricionista é de fundamental importância para orientar a população sobre o que é uma alimentação equilibrada, e para um aprendizado de hábitos alimentares saudáveis para que o organismo adquira de forma adequada energia e nutrientes para o bom desenvolvimento de atividades físicas, bem como para a manutenção da saúde.

*NUTRITIONAL PROFILE OF PATIENTS SEEN IN A BASIC HEALTH UNIT
IN THE MUNICIPALITY OF RIO VERDE, GOIÁS.*

SUMMARY

In the current days the alimentary habits and of inadequate life, they have been causing alterations of the nutritional state, chronic diseases no transmissible (DCNT) and diseases considered world epidemics. By this factor, the present article looks for the verification of the adult patients' nutritional profile assisted in Basic Units of Health (UBS) of the municipal district of Green Rio - GO. It is treated of a research traverse, descriptive that evaluated 50 patient, being 68% feminine sex and 32% masculine. The alimentary consumption presented irregularity in relation to the recommended by the new alimentary pyramid, because most of the population feeds of vegetables and fruits from 1 to 3 times in the week, being recommended to consume vegetables abundantly and fruits from 2 to 3 times a day. The ingestion of having industrialized as hamburger, built-in, cookies, sweet and soft drinks, it is smaller in relation to the consumption of vegetables and leguminosa as the bean, and these are very harmful to the health. The population presented the incidence of several DCNT as arterial hypertension, dislipidemias, diseases articulate, among other, and 42% of the patients present overweight, and 62% present risk to the development of DCNT for exporem circumference altered waist. According to studies, inadequate alimentary habits and incorrect life they have been unchaining these pathologies and inadequate nutritional state. It is ended that the alimentary consumption of this social group is rich in fats, sodium, sugar, possessing less nutritious for a good operation of the organism. The quantitative and qualitative supply incorrect, added the practice of physical exercises not caused a higher incidence of overweight, and is one of the reasons for the emergence of DCNT.

Keywords: 1. Nutritional status. 2. Chronic diseases. 3. Lifestyle. 4. food.

REFERÊNCIAS

- BATISTA, E. S. et al. *Impacto do Tabagismo e Álcool sobre a Composição Corporal de Jovens*. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Viçosa, v. 57, p. 55-63, 2011. Disponível em: < http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v03/pdf/09_artigo_impacto_tabagismo_alcool_sobre_com_posicao_corporal_jovens.pdf >. Acesso em: 16 set. 2016.
- BIELEMANN, R. M. et al. *Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens*. *Rev. Saúde Pública*, p. 49:28, 2015. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rsp/v49/pt_0034-8910-rsp-S0034-89102015049005572.pdf >. Acesso em: 30 nov. 2016.
- BLEIL, S. I. *O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil*. *Revista cadernos de debate*, Campinas, VI. 1998. p.1-25.
- BRASIL. Centro de Vigilância Epidemiológica. *Prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e de seus fatores de risco*. Guia Básico Para Agentes de Saúde, 3. ed. São Paulo, SP, 2008. Disponível em: < ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/cronicas/CARTILHA_AGSAUDE08.pdf>. Acesso em: 10 out. 2016.
- BRASIL. Conselho Nacional da Saúde. *Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, n. 12, 13 de junho de 2013 – seção 1, página 59.
- BRASIL. Ministério da Saúde (2012). *Parâmetros de avaliação nutricional e estatísticas de pesquisas, inquéritos e outros Sistemas de Informações em Saúde. Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN, Brasília, 2012*. Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php >. Acesso em: 21 ago. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar*. 3. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: < http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf>. Acesso em: 11 out. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância alimentar e nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde*. Brasília: MS, 2011.121 p.
- BRASIL. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. *Transtornos Mentais Comuns: Tabagismo e o Consumo de Bebida Alcoólica*. Boletim ISA – Capital 2008, São Paulo, 2008. Disponível em: < http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_ISA_5.pdf >. Acesso em: 18 out. 2016.
- CARVALHO, A.M.T.;SILVA, L.G.;CAMPOS, J.M. *Avaliação do consumo de alimentos industrializados no modo de vida urbano: Um estudo transversal*. Graduação em nutrição,

Faculdade do Vale do Ipojuca-FAVIP, Caruaru, Pe, 2011. Disponível em: < <http://repositorio.favip.edu.br:8080/bitstream/123456789/351/1/Artigo+nutri%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 15 de out. 2016.

CERVATO, A. M. et al. *A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n.12, dezembro. 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n12/14.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2016

FAPESP. Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo. *Pesquisa a serviço da sociedade*. Programa de Pesquisa em Políticas Públicas. 2012. Disponível em: < http://www.fapesp.br/publicacoes/Pesquisa_a_Servico_da_Sociedade_Politicass_Publicas.pdf>. Acesso em: 20 out. 2016.

FERREIRA, H. S. et al. *Hipertensão, obesidade abdominal e baixa estatura: aspectos da transição nutricional em uma população favelada*. Rev. Nutr, Campinas, v.18. p. 209-218, mar./abr., 2005.

GOULART, F. A. A. *Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde*. Ministério da saúde. Brasília – DF. 2011. Disponível em: < http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf>. Acesso em: 21 set. 2016.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. *Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas*. Rev. bras. Educ. Fís. Esporte, São Paulo, v.25, p.37-43, dez, 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbefe/v25nspe/05.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2016.

KATZMARZYK, P.T.; JANSSEN, I. *The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update*. Canadian Journal of Applied Physiology, Champaign, v.29, n.1, p.90-115, 2004.

KREBS, P. Z. *Características e demandas dos usuários atendidos no serviço de acolhimento de nutrição em uma unidade básica de saúde*. Trabalho de conclusão de curso de graduação em nutrição. UFPA. Porto Alegre. 2015.

LIMA, C. G. et al. *Circunferência da cintura ou abdominal? Uma revisão crítica dos referenciais metodológicos*. Revista de Simbio-Logias, v. 4, n.6, 2011. Disponível em: < <http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/CircunferenciadaCinturaouAbdominal.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2016.

LINHARES, R. S. et al. *Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 28, p.1-9, 2012. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300004>>. Acesso em 16 set. 2016.

NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH - NIH. *National Heart, Lung and Blood Institute. National Cholesterol Education Program*. Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). NHI, 2002.

Organização Mundial da Saúde-OMS. *Classificação internacional de funcionamento, deficiência e saúde: ICF*. Genebra: OMS; 2015.

Organização Mundial de Saúde – OMS. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Geneva: WHO, 1995. Disponível em: <http://www.unu.edu/unupress/food/FNBv27n4_sup_pl_2_final.pdf>. Acesso em 16 set. 2016.

RIZZI, P. *Estado nutricional e consumo alimentar de carteiros pedestres de Porto Alegre, RS*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/143746/000997831.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

RODRIGUES, A. J. D. *Os benefícios da prática regular de exercícios físicos como contribuição para qualidade de vida*. 2013. 37 f. Monografia de Graduação em Educação Física (Licenciatura) - Universidade Federal de Rondônia, Porto Velho, 2013. Disponível em: <http://www.def.unir.br/downloads/1930_os_beneficios_da_pratica_regular_de_exercicios_fisicos_como_contribuicao_para_qualidade_de_vida.pdf>. Acesso em: 17 set. 2016.

SILVA, P.C.; ZAFFARI, D. *Prevalência de excesso de peso e associação com outras variáveis em indivíduos adultos atendidos em unidade básica de saúde*. Scientia Medica, Porto Alegre, v. 19. p. 17-26.2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/download/4224/3853>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

TATE, H. C.; LYLE, J. S. *Dossiê: fibras alimentares*. Revista food ingredients Brasil, n° 3, 2008. Disponível em: <<http://www.revista-fi.com/materias/63.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2016.

World Health Organization (WHO). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. Genebra, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/releases/pr84/en/>>. Acesso em: 11 out. 2016.