



ARTIGOS COMPLETOS	878
RESUMOS	943
RELATOS DE EXPERIÊNCIA	958



ARTIGOS COMPLETOS

CONSUMO DE FIBRAS E HÁBITO INTESTINAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER COLORRETAL	879
DIABETES: UMA ANÁLISE SOBRE O FATOR EMOCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E AUTOCUIDADO EM ADULTOS DIABÉTICOS	889
ESTADO NUTRICIONAL, COMPORTAMENTO ALIMENTAR E TRANSTORNOS DE HUMOR EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA	903
ESTADO NUTRICIONAL, FRAGILIDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS QUE RESIDEM SOZINHOS	913
IMPACTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO NO ESTADO NUTRICIONAL, QUALIDADE E COMPULSÃO ALIMENTAR DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.....	924
QUALIDADE ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO À PREVALÊNCIA DE LITÍASE BILIAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR PAULISTA	933

CONSUMO DE FIBRAS E HÁBITO INTESTINAL DE PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER COLORRETAL

Kímberlyn Reis da Silva, Maria Luiza da Silva Negri, Karianne Delalibera Hinokuma, Sandra Cristina Genaro

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: kim_reis_silva@hotmail.com

RESUMO

Objetivo do estudo foi avaliar o consumo de fibras e hábito intestinal de 20 pacientes acima de 19 anos, com diagnóstico de câncer colorretal. A amostra contou com 50% de pacientes do sexo masculino com média de idade de 62 anos. A consistência fecal dos pacientes apresentou-se diversificada anterior ao diagnóstico da doença. 60% dos pacientes apresentaram consumo inadequado de fibras, assim como em 85% de ingestão de água pura e 40% na ingestão de líquidos diversos. Conclui-se que o CCR é a neoplasia maligna que mais cresce atualmente e um dos principais fatores de risco é a alimentação inadequada. Investir na atenção primária à saúde é a melhor estratégia para redução de casos, além de orientar a população, principalmente aquela cujos fatores de risco estão presentes, observar mudanças no hábito intestinal para que se possa procurar orientação médica o mais precoce possível, dessa forma aumentar a sobrevida dos pacientes.

Palavras-chave: Câncer, fibras alimentares, educação nutricional, alimentação, hidratação.

FIBER CONSUMPTION AND BOWEL HABITS OF PATIENTS DIAGNOSED WITH COLORECTAL CANCER

ABSTRACT

The aim of the study was to evaluate fiber consumption and bowel habits in 20 patients over 19 years old, diagnosed with colorectal cancer. The sample consisted of 50% male patients with a mean age of 62 years. The fecal consistency of the patients was diversified prior to the diagnosis of the disease. 60% of patients had inadequate fiber intake, as well as 85% of pure water intake and 40% of various fluid intake. It is concluded that RCC is currently the fastest growing malignant neoplasm and one of the main risk factors is inadequate nutrition. Investing in primary care is the best strategy to reduce cases, in addition to guiding the population, especially those whose risk factors are present, observing changes in bowel habits so that medical advice can be sought as early as possible, thus increasing survival of patients.

Keywords: Cancer, dietary fiber, nutrition education, nutrition, hydration.

INTRODUÇÃO

Atualmente as características das doenças observadas, principalmente em países desenvolvidos, encontram-se diferentes daquelas de décadas atrás, onde as doenças infecciosas eram frequentes. Observa-se nos dias de hoje, um alto número de doenças autoimunes, alérgicas, inflamatórias, e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), acontecimento causado por modificações de hábitos da sociedade ocidental.¹

Entre as doenças causadas por essas modificações está o câncer, enfermidade na qual há o crescimento descontrolado de células, que acometem órgãos e tecidos, podendo se alastrar para outras regiões do corpo.¹

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer, a mais atual estimativa mundial no ano de 2018, mostra que surgiram 18 milhões de casos novos de câncer e 9,6 milhões de óbitos. Para o Brasil, a estimativa para cada ano, de 2020 até 2022, 625 mil novos casos de câncer surgirão.²

O câncer colorretal (CCR) é a terceira neoplasia maligna no mundo mais frequente em homens e a segunda mais frequente em mulheres.³ A estimativa no Brasil para cada um dos anos do triênio 2020-2022 é de 20.520 mil novos casos de câncer colorretal em homens e 20.470 em mulheres. Este tipo de câncer engloba tumores que se iniciam no intestino grosso (cólon) e no reto (no final do intestino, anteriormente ao ânus). A maioria se inicia a partir de pólipos que crescem na parede do intestino grosso.⁴

Os pólipos visíveis ou adenomas sofrem alterações adquirindo o fenótipo de um carcinoma colorretal, com capacidade em ultrapassar a barreira da lâmina própria e atingir a mucosa. Através de alterações genéticas⁵ e moleculares as quais ocorrem no processo de carcinogênese, se destacam as hipermetilações e as mutações.⁶ Dessa forma, as alterações teciduais ultrapassam a mucosa e envolve a parede colônica, apresentando capacidade de proliferação (metástase) em linfonodos locais ou órgãos distantes.⁵

As causas são multifatoriais, sendo a alimentação contendo substâncias carcinogênicas um dos fatores de risco para o desenvolvimento do CCR.⁷ O elevado consumo de gorduras, carnes vermelhas, álcool e a presença de obesidade também estão relacionados ao aumento do risco do CCR. Entretanto, frutas, verduras e fibras relacionam-se a um risco diminuído.⁸

A dieta rica em fibras ajuda na modulação da microbiota intestinal, pois indivíduos afetados com doenças intestinais podem apresentar desequilíbrio na microbiota, tanto em relação ao aumento total de microrganismos quanto na diminuição de sua diversidade. Esse desequilíbrio causa danos (lesões) ao intestino, que são responsáveis pelo aparecimento de sintomas como diarreia, constipação, dores abdominais, edema, flatulência. Assim, as fibras alimentares possuem a capacidade de favorecer o trânsito intestinal, aumentar a saciedade, diminuir a fermentação bacteriana, aumentar a imunidade da mucosa, aprimorar a função da barreira intestinal, preservar a microbiota intestinal adequada, além de possuir propriedades anti-inflamatórias. Dessa forma, ajudam a prevenir doenças intestinais, melhoram sintomas gastrointestinais, facilitam evacuações e mantêm a integridade do intestino.⁹

Fibras alimentares são encontradas nos alimentos de origem vegetal como frutas, verduras, sementes e grãos integrais, exercendo inúmeras funções no organismo como promoção da saciedade, retardo no esvaziamento gástrico, normalização dos níveis de glicose no sangue, melhora no controle do LDL colesterol, auxílio no tratamento de doenças intestinais, bem como atua na prevenção de câncer de cólon e reto.¹⁰ São classificadas de acordo com a solubilidade em água, o que as diferencia entre como fibras solúveis e insolúveis. As fibras solúveis são, por exemplo, as pectinas, beta-glicanas, gomas e algumas hemiceluloses, já as fibras insolúveis são a celulose, lignina, hemiceluloses e pectinas insolúveis.¹¹

As fibras solúveis são geralmente encontradas em frutas, farelo de aveia, cevada e leguminosas como o feijão, lentilha, grão de bico, ervilha. Essas fibras têm como função, aumento do tempo do trânsito intestinal, diminuição do esvaziamento gástrico, retardo na absorção de glicose e diminuição da glicemia pós-prandial, além da diminuição do colesterol sanguíneo, devido a viscosidade luminal proporcionada. São fermentadas no cólon, produzindo ácidos graxos de cadeia curta (ácido acético, butírico e propiônico). Estes, auxiliam na regulação do meio interno, diminuindo o pH do colón, equilibrando a microbiota intestinal, aumentando fluxo sanguíneo e a produção de muco, causando efeitos positivos sobre metabolismos lipídico e glicídico, como também no estímulo da secreção pancreática e outros hormônios.¹¹

Em relação às fibras insolúveis, geralmente são as mais abundantes e incluem celulose, lignina, algumas hemiceluloses e mucilagens. Possuem papel importante no aumento do bolo fecal, na diminuição do trânsito intestinal, atraso na absorção de glicose e hidrólise do amido. Não ocorre frequente fermentação, porém, quando esta acontece, é de forma lenta.¹²

De acordo com as recomendações nutricionais, indica-se a ingestão de 20g a 35g de fibras alimentares por dia ou 10g a 13g de fibra alimentar por 1000kcal para adultos.¹³

O mecanismo das fibras no papel protetor do CCR vem sendo estudado cada vez mais e apontam para os efeitos fisiológicos e locais das fibras. Ou seja, o aumento do volume das fezes ou diminuição do tempo do trânsito intestinal, facilita a remoção dos carcinógenos diminuindo o tempo de contato desses agentes, que estão no conteúdo fecal, com a mucosa do intestino. Além disso, a capacidade físico-química das fibras de se ligarem a diferentes componentes tem sido considerada outro mecanismo de ação, a partir de sua ligação com os ácidos biliares, promovendo o retardo na absorção de lipídeos, os quais representam fator de risco para CCR quando ingeridos em excesso.¹⁴

Outro fator benéfico para saúde, inclusive para reduzir os riscos de CCR está relacionado à correta ingestão hídrica aliada ao consumo de fibras, pois favorece um bom funcionamento intestinal diário. Uma hidratação adequada aliada à ingestão de fibras auxilia no amolecimento das fezes, estimula o peristaltismo, levando a um aumento e facilidade de evacuações diárias.¹⁵ Torna-se imprescindível à manutenção da saúde, pois participa de diversas funções no organismo a fim de manter o volume vascular, eliminar substâncias indesejadas, controlar a temperatura corporal, além de contribuir para melhora do peso e a densidade das fezes.¹⁶

De acordo com a *Dietary Reference Intakes (DRI)* a recomendação diária de água para indivíduos adultos e idosos deve ser de no mínimo 30 mL/kg de massa corporal ou 1 mL/Kcal¹⁷, quantidade indispensável para evitar a desidratação.¹⁸ A baixa ingestão hídrica com aumento do consumo de fibras causa retardo na motilidade intestinal, redução na frequência de evacuações e produção de fezes com maior consistência promovendo ainda, sintomas como constipação, desconforto abdominal, distensão e urgência evacuatória.¹⁹

A presente pesquisa se fundamenta no aumento exponencial da prevalência de câncer colorretal, o qual se tornou o segundo tipo mais prevalente tanto em homens como em mulheres. Acredita-se que devido a uma alimentação inadequada, ou seja, pobre em frutas, legumes e verduras, além de outros alimentos fontes de fibras, juntamente com o alto consumo de carnes processadas e carne vermelha, muito comum em nossa região, homens e mulheres tendem a desenvolver câncer colorretal. Neste sentido, é fundamental avaliar o impacto dos fatores de risco alimentares para o CCR, pois a partir disto será possível traçar novas estratégias nutricionais para auxiliar na prevenção desta doença.

Sendo assim, o objetivo deste trabalho foi de avaliar o consumo de fibras e hábito intestinal de pacientes com diagnóstico de câncer colorretal que estejam ou não em tratamento de câncer.

METODOLOGIA

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu as normas da Resolução CNS 466/2012 do CONEP, pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), a qual foi aprovada recebendo o protocolo do CAAE 47037421.4.0000.5515.

Trata-se de um estudo observacional, descritivo com delineamento transversal de análise quantitativa e qualitativa, realizado em um hospital de alta complexidade de uma cidade do interior paulista. A amostra constituiu de 20 pacientes de ambos os sexos, acima de 19 anos, com diagnóstico de câncer colorretal que estivessem ou não em tratamento oncológico e que estivessem aptos para responderem aos questionários. Os pacientes que aceitaram o convite, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido para este fim, nos quais foram informados sobre os objetivos do trabalho e os procedimentos aos quais seriam expostos.

Foi aplicado um questionário, elaborado pelas próprias pesquisadoras, para a obtenção de dados sociodemográficos como etnia, idade atual, escolaridade, estado civil. E realizado uma avaliação da frequência do consumo de fibras em todos os pacientes do estudo, utilizando um recordatório habitual retroativo à doença. Para tanto, utilizou-se o questionário *Block Screening Questionnaire for Fat and Fruit/Vegetable/Fiber Intake*, validado por Block *et al.*²⁰, composto por nove itens, que objetiva avaliar a ingestão de alimentos ricos em fibras, no qual foi atribuído determinado número de pontos a cada frequência de consumo de fibras.

Em seguida, foi caracterizado a adequação de fibras através de escores, sendo uma pontuação maior que 30, o consumo encontrava-se adequado; pontuação entre 29-20, o consumo era classificado como moderadamente adequado; consumo menor que 20 era considerado inadequado.²⁰ Os alimentos considerados fontes de fibras receberam pontuação positiva quando consumidos. A pontuação variou apenas em função da frequência de consumo e não do maior ou menor teor de fibras de cada um dos alimentos. Aqueles pacientes que obtiveram pontuação <30, foram orientados a aumentar o consumo diário de fibras e aumento da hidratação, recebendo também um material explicativo através de um folder elaborado pelo Ministério da Saúde (2020).²

Foi investigado o consumo de água pura na população do estudo, através de um questionário elaborado pelos próprios pesquisadores, utilizando um recordatório habitual retroativo à doença e comparado com as recomendações prescritas para adultos, de acordo com *Dietary Reference Intakes (DRI)*¹⁸, além de observar em qual momento os entrevistados consumiam água pura.

Além disso, foi utilizada a escala de Bristol ou escala de fezes de Bistol²¹, cuja escala é destinada a classificar a forma das fezes humanas em sete categorias, baseada na forma e na consistência das fezes, as quais dependem do tempo de sua permanência no cólon.

Para a análise dos dados foi criado um banco de dados e apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos de setores.

A principal limitação em relação à pesquisa está relacionada à fidedignidade dos dados coletados, pois o trabalho com indivíduos depende da veracidade de suas respostas.

RESULTADOS

Ao serem analisados os dados sociodemográficos, verificou-se que 50% dos participantes do sexo feminino e 50% do sexo masculino, o que vai de encontro com os dados apresentados pelo Instituto Nacional de Câncer²².

Com relação à escolaridade, 40% possuíam o ensino fundamental completo, 20% ensino fundamental incompleto, 30% ensino médio completo, 5% possuíam o ensino médio incompleto e 5% possuíam ensino superior completo. A respeito da ocupação, 60% eram aposentados, 20% “do lar”, 13% eram motoristas e 7% eram trabalhadores rurais. A maioria (86%) dos entrevistados possuíam renda familiar mensal de 2 a 4 salários-mínimos, 7% recebiam de 4 a 10 salários-mínimos e 7% recebiam menos do que 1 salário-mínimo por mês.

A figura 1 representa a escala de fezes de Bristol²¹ a qual classifica a forma das fezes humanas em sete categorias, baseada na forma e na consistência das fezes, as quais dependem do tempo de sua permanência no cólon, ou seja, quanto maior o tempo das fezes no cólon, mais duras elas se apresentam.

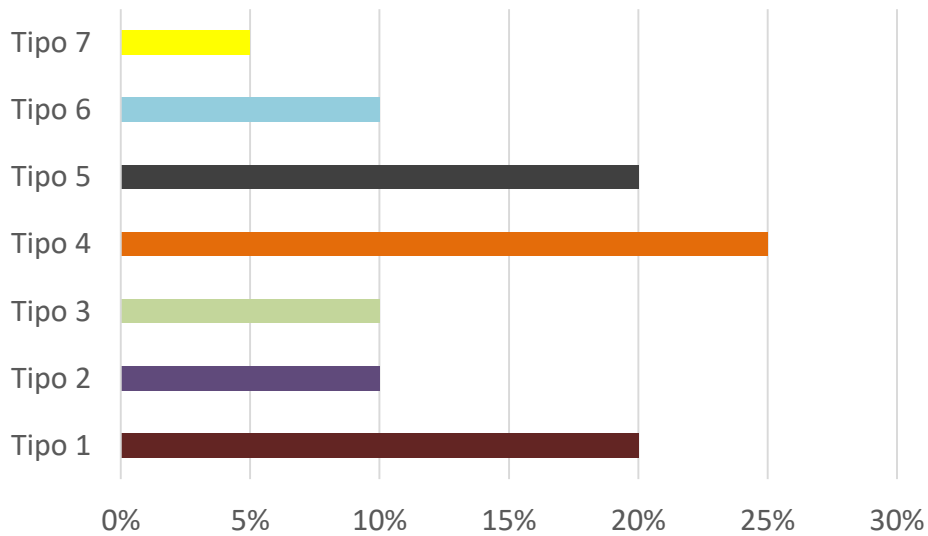


Figura 1. Escala de Fezes de Bristol.²¹

A frequência do consumo de fibras dos pacientes com diagnóstico de câncer colorretal antes do desenvolvimento da doença está ilustrada na figura 2, no qual nenhum paciente apresentou um consumo adequado de fibras.

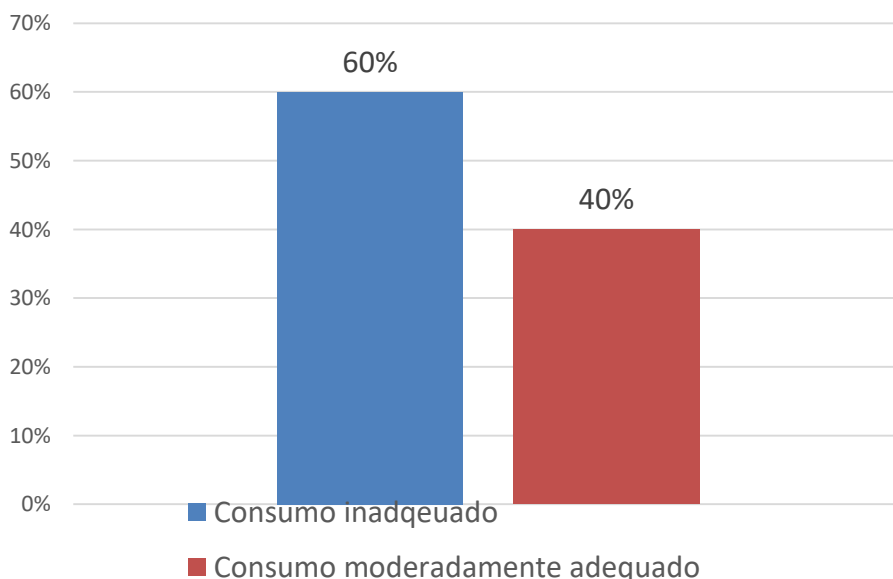


Figura 2. Frequência do consumo de fibras.

A figura 3 representa a ingestão diária de água pura pelos pacientes antes do desenvolvimento do CCR.

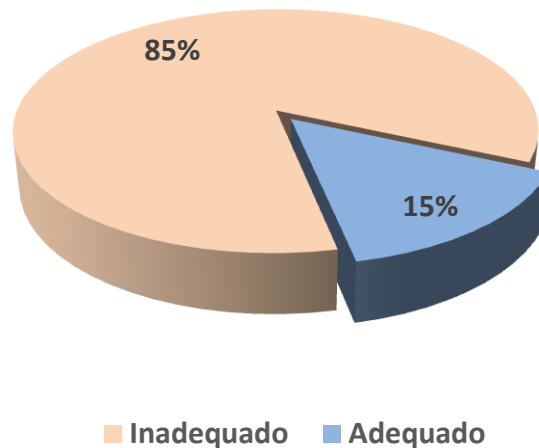


Figura 3. Ingestão diária de água pura, em porcentagem.

Além da água pura, os pacientes relataram que ingeriam diariamente, em quantidades variadas, outros tipos de líquidos como bebidas alcoólicas, café, leite, chá com adoçante ou com açúcar, suco natural com ou sem açúcar, refrigerante com açúcar. Mesmo assim, somando a ingestão de água pura com a ingestão dessas outras bebidas, mesmo assim se observa uma inadequação na ingestão diária de líquidos, como demonstrado na figura 4.

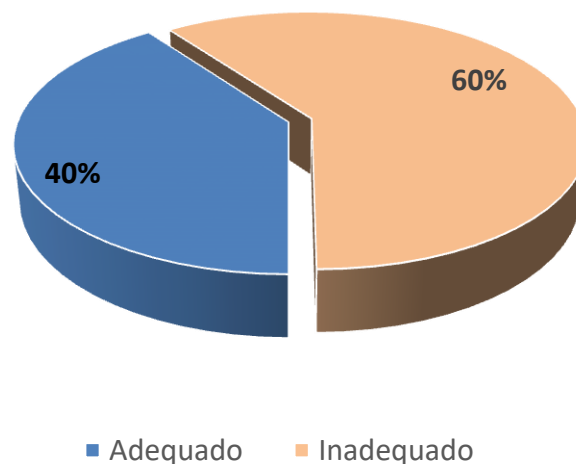


Figura 4. Ingestão diária de líquidos, incluindo água pura

DISCUSSÃO

O CCR vem aumentando vertiginosamente no Brasil, como tem demonstrado os dados de estimativa de câncer pelo Instituto Nacional de Câncer²³ e um dos principais fatores de risco para seu desenvolvimento é a idade superior a 50 anos²⁴, corroborando com o presente estudo, cuja média de idade foi de 62 anos. O mesmo resultado foi encontrado em um trabalho realizado por Maciel *et al.*²⁵, no qual avaliou o perfil sociodemográfico de pacientes com câncer colorretal, os quais consideraram que conforme o aumento da idade, maior é a prevalência de câncer colorretal.

Valle *et al.*²⁶ afirmaram que o nível de escolaridade e a ocupação/renda familiar, também podem estar relacionados ao desenvolvimento de vários tipos de doenças, inclusive o câncer, pois podem contribuir para dificultar o acesso à alimentação saudável, o contato com a saúde e seus serviços e à falta

de informações. Esse resultado também foi observado em um trabalho de Silva *et al.*²⁷ corroborando com o presente estudo, em que o ensino fundamental completo foi presente na maioria dos participantes.

A mudança do hábito intestinal é um dos sintomas mais comuns do CCR em que os sinais e sintomas geralmente estão relacionados com a localização do tumor²⁸. E embora a maior parte dos pacientes entrevistados tenham relatado normalidade na consistência das fezes, outras consistências também foram encontradas, como constipação e diarreia, concordando com a literatura.^{25,28,29}

O aumento na incidência de CCR pode estar associado às mudanças de padrões alimentares como consequência do desenvolvimento econômico do país, logo, a dieta passou a ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento do CCR. A alimentação rica em carne vermelha, gordura e na maioria das vezes pobre em cereais não refinados e fibras alimentares, acaba sendo um fator de risco para o desenvolvimento da doença. Esses hábitos alimentares inadequados acarretou o aumento da obesidade, antecedendo o aumento na incidência de CCR.³⁰ No presente estudo, a maior parte dos pacientes entrevistados possuíam um consumo inadequado de fibras no tocante às recomendações, as quais indicam um consumo diário de pelo menos 25g de fibras, incluindo frutas, verduras, legumes, tubérculos, cereais e leguminosas.³¹ Este modelo de alimentação além de estimular o bom funcionamento do intestino, auxilia também no controle do peso corporal.³²

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, o papel das fibras na alimentação associa-se a mecanismos de ações antioxidantes, encontrados em alimentos ricos em vitaminas A, C, E, carotenoides e antioxidantes como selênio, folato, tocoferóis, flavonoides e ácido fólico.³³ Desses mecanismos, destacam-se a inibição e a diminuição da carcinogênese, prevenindo a ação dos carcinógenos e reduzindo seus efeitos.³⁴ A fibra é um macronutriente de alta importância que possui indicativos de diminuição do risco de desenvolver o CCR, e supostamente, isso acontece devido diversas singularidades, já que além de esse macronutriente diminuir o tempo do trânsito oro fecal, auxiliando na saúde intestinal, também produz ácidos graxos de cadeia curta (AGCC), os quais favorecem a redução da inflamação intestinal.³⁵ As frutas, legumes e vegetais, além de serem excelentes fontes de vitaminas e minerais, apresentam propriedades em reduzir o tempo de trânsito intestinal, pois também são fontes de fibras, facilitando a remoção dos carcinógenos e promotores tumorais, além de reduzir o tempo de contato entre esses compostos presentes na massa fecal e mucosa intestinal.³⁶

O aumento da prevalência do CCR é considerado um dos mais visíveis registros da transição nutricional e epidemiológica subsequente a mudanças sociais e econômicas que levaram a incorporar o estilo de vida dos países desenvolvidos em países com alta prevalência de câncer.³⁴ Dietas ricas em açúcares estão associadas a um maior risco de desenvolvimento de obesidade³⁷ e câncer³⁸ e essas duas doenças se relacionam³⁹ devido ao aumento da resistência à insulina, hiperinsulinemia, inflamação e alteração nos níveis dos fatores de crescimento⁴⁰, os quais também são considerados fatores de risco para diversos tipos de câncer.

A ingestão hídrica é de extrema importância para manter o bom funcionamento do organismo, mantendo o volume vascular, regulando a temperatura corporal, eliminando toxinas, melhorando o peso e a consistência das fezes e lubrificando o intestino. Uma ingestão de líquidos que não seja feita através de água pura, poderá evidenciar riscos de desidratação, bem como alterações nutricionais causadas pelo aumento do consumo de bebidas com excesso de açúcar ou sódio, álcool, taninos, cafeína, dentre outros, levando ao aparecimento ou agravamento de diversas doenças, dentre elas a obesidade.¹⁶ Ainda observando os resultados em relação ao consumo de bebidas, os pacientes do presente estudo ingeriam grandes quantidades de bebidas açucaradas como refrigerantes e chás com açúcar. Estudos indicam que as bebidas açucaradas ingeridas regularmente foram relacionadas ao aumento de uma glicoproteína, a fetuína-A, a qual auxilia na síntese de citocinas pró-inflamatórias, aumentando os níveis de triglicerídeos, insulina e proteína C reativa, além do colesterol total, ampliando o risco de desenvolvimento tanto de obesidade como de câncer.^{37,41}

O consumo de bebida alcoólica também esteve presente diariamente em alguns pacientes. Esse tipo de bebida também é considerado fator de risco para o CCR, pois o acetaldeído, primeiro composto originário do metabolismo do etanol possui ação mutagênica e carcinogênica. Ademais, o consumo de bebida alcoólica frequente está ligado à diminuição da absorção de vitaminas do complexo B e aumento da exposição ao estresse oxidativo, podendo desencadear o CCR.⁴²

O CCR é a neoplasia maligna que mais cresce atualmente e um dos principais fatores de risco é a alimentação inadequada, incluindo a baixa ingestão de fibras, observada nos pacientes do presente estudo

e investir na atenção primária à saúde é a melhor estratégia para redução de casos. Sugere-se orientar e estimular a população frente a escolhas alimentares saudáveis como maior ingestão de alimentos integrais, frutas, legumes e verduras e redução de alimentos carcinogênicos e obesogênicos.

Além do mais a população também deve ser orientada a observar mudanças no hábito intestinal para que se possa procurar cuidados médicos o mais precoce possível, para que dessa forma se possa aumentar a sobrevida dos pacientes.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos pacientes do Hospital Regional de Presidente Prudente/SP e a todos que contribuíram com esta pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Maia PL, Fiorio BC, Silva FR. A influência da microbiota intestinal na prevenção do câncer de cólon. Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina. 2018; v. 1, n. 47, p.182-197.
2. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do Câncer, ABC do Câncer. 2019; n. 5, p. 1-111, 11 jun. 2020. Disponível em: <https://inca.gov.br>. Acesso em: 05 dez. 2020.
3. Rêgo AGS, Borges ICV, Valença RJV, Teles JBM, Pinto LSS. Câncer Colorretal em Pacientes Jovens. Rev bras cancerol. 2012; 2: 173-180. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n2.616>
4. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. ABC do Câncer, ABC do Câncer. 2019. Disponível em: <https://inca.gov.br>. Acesso em: 05 dez. 2020.
5. Cotti GCC, Santos FPS, Sebastianes FM, Gama AH, Seid VE, Martino RB. Genetics of colorectal câncer. Rev Med. 2000; 79(2/4):45-64.
6. Novaes RD, Sequeto PL, Gonçalves RV, Cupertino MC, Santos EC, Mello VJ, et al. Depletion of enteroendocrine and mucus-secreting cells is associated with colorectal carcinogenesis severity and impaired intestinal motility in rats. Microscopy Research & Technique. 2016; v. 79, ed. 1, p. 1-58. DOI 10.1002/jemt.22534. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26208280/>. Acesso em: 14 dez. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/jemt.22534>
7. Terry P, Hu FB, Hansen H, Wolk A. Prospective Study of Major Dietary Patterns and Colorectal Cancer Risk in Women. Am J Epidemiol., Estados Unidos. 2001; v. 154, n. 12, p. 43-49. Acesso em: 05 dez. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/154.12.1143>
8. Dray X, Boutron-Ruault MC, Bertrais S, Sapinho D, Benhaniche-Bouvier AM, Faivre J. Influence of dietary factors on colorectal câncer survival. Gut Paris. 2003; v. 52, p. 868-873. Acesso em: 22 nov. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/gut.52.6.868>
9. Carneiro, CIO. Convergências entre a ingestão de fibra alimentar, composição da microbiota intestinal e prevenção de doenças. UniCEUB. 2020; p. 1-24.

10. Sousa VBB, Vasconcelos LPF, Araújo DGS, Lemos JOM, Medeiros LSM, Nogueira RBSS, et al. Constipação intestinal em crianças e a importância das fibras alimentares: uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2019; 21(561):1-9. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e561.2019>.
11. Gutkoski LC, Trombetta C. Avaliação dos teores de Fibra Alimentar e de Beta-glicanas em cultivares de aveia. *Food Science and Technology*. 1999; v. 19, n. 3. Disponível em: Scielo. Acesso em: 21 nov. 2020. Disponível em: Scielo. Acesso em: 21 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-20611999000300016>
12. Maffei HVL. Chronic functional constipation. Which supplementary fiber to choose. *Jornal de Pediatria*. 2004; v. 80, n. 3, p. 167-168. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/67727>. Acesso em: 25 nov. 2020. <https://doi.org/10.2223/JPED.1177>
13. Bernaud, FSR; Rodrigues, TC. Fibra alimentar – ingestão adequada e efeitos sobre a saúde do metabolismo. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*. 2013; v. 57, n. 6, p. 397-405. Disponível em: Scielo. Acesso em: 20 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302013000600001>
14. Haas P, Anton AA, Sartori AS, Francisco A. Possíveis mecanismos de ação dos Grãos Integrais na prevenção do Câncer Colorretal. *Revista Estudos de Biologia*. 2006; v. 28, n. 65, p. 113-119, 31 ago. 2006. Acesso em: 20 nov. 2020. DOI: <https://doi.org/10.7213/reb.v28i65.22745>
15. Lacerda FV, Pacheco MTT. A ação das Fibras Alimentares na prevenção da Constipação Intestinal. X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2006; p. 2466-2469. Acesso em: 20 nov. 2020.
16. Genaro SC, Marques GFH, Kaori IK. Análise do Consumo de Água em uma População de Idosos. Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente. 2015; vol. 7, n. 2, p.1-12. 9p, ago. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/304420685_analise_do_consumo_de_agua_em_uma_populacao_de_idosos Acesso em: 03 fev. 2021. DOI: 10.5747/cv.2015.v07.n2.v132 <https://doi.org/10.5747/cv.2015.v07.n2.v132>
17. Washington, DC. Institute of Medicine. Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate. National Academy Press, 2004. Disponível em: <http://www.nap.edu/books/0309091691/html>. Acesso em: 03 fev. 2021.
18. Salgado JM, Brunetti RF, Montenegro FLB. Nutrição na 3ª idade. *Odontogeriatrics: noções de interesse clínico*. São Paulo: Artes Médicas. 2002. p. 61-70. Acesso em: 03 fev. 2021.
19. Golçalves GVR, FORMARI, F., et al. Para seu intestino funcionar melhor, coma mais fibras e tome 2 litros de água por dia: o que há de verdadeiro nesta recomendação? Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Faculdade de Medicina, jun.2016. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/148837>. Acesso em: 03 fev. 2021.
20. Block G, Gillespie C, Rosenbaum E, Jenson C. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. *American Journal of Preventive Medicine* [Internet]. 2000 May 01; 18:284-288. DOI [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00119-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00119-7)

21. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol.* 1997; v.32, n.9, p.920–924. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00365529709011203>>. Acesso em 28 jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.3109/00365529709011203>
22. Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de câncer. [Internet] 2019.
23. Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de câncer. [Internet] 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.
24. Maciel DBV, Santos MISC, Oliveira NVD, Fuly PSC, Camacho ACLF, Coutinho FH, et al. Perfil sociodemográfico de pacientes com estomia definitiva por câncer colorretal: Interferência na qualidade de vida. *Revista Nursing.* 2019; v. 22, ed. 258. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/425/401>. Acesso em: 27 nov. 2021. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i258p3325-3330>
25. Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas de câncer. [Internet] 2020. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>.
26. Valle TD, Turrini RNT, Poveda VB. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. *Rev. Latinoam. Enferm.* 2017. 25, 01-09. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1493>. Acesso em 27 nov 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1493.2879>
27. Silva GM, Durante EB, Assumpção D, Barros MBA, Corona LP. Elevada Prevalência de Inadequação do Consumo de Fibras Alimentares em Idosos e Fatores Associados: Um estudo de base populacional. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2019; v. 22, p. 1-13. Disponível em: Scielo. Acesso em: 4 abr. 2021. DOI <https://doi.org/10.1590/1980-549720190044>
28. Mallmann GDP, Ceccon L, Felix RP, Dargél VA, Filmann LS. Câncer colorretal. *Acta méd.* 2017; 38(7): 1-7.
29. Ballester, V; Rashtak, S; Boardman, L. Clinical and molecular features of young-onset colorectal cancer. *World J Gastroenterol.* 2015; n. 22, v. 5, p.1736-1744. DOI: 10.3748/wjg.v22.i5.1736. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i5.1736>
30. Bishehsari, F; Mahdavinia, M; Vacca, M; Malekzadeh, R; Costantini, R. M. Epidemiological transition of colorectal cancer in developing countries: Environmental factors, molecular pathways, and opportunities for prevention. *World J Gastroenterol.* 2014; v. 28, n. 20, p. 6055-6072. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4033445/pdf/WJG-20-6055.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021. DOI <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i20.6055>. Disponível <https://doi.org/10.3748/wjg.v20.i20.6055>
31. Ministério da Saúde (Brasil). Guia alimentar para a população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2014; Acesso em: 22 nov. 2020. <https://doi.org/10.36489/nursing.2019v22i254p3026>
32. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Tipos de câncer. [Brasília, DF]: Instituto Nacional do Câncer. 2010. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/>. Acesso em: 24 nov. 2021.

33. Diretrizes de tratamentos oncológicos. Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica. 2021.
34. Silva CP, Oliveira OD, Araújo FF, Silva RP. A importância da Alimentação na Prevenção do Câncer Colorretal. Revista de Trabalhos Acadêmicos Universo Recife. 2014.
35. Watson H, Mitra S, Croden FC, Taylor M, Madeira HM, Perry SL, et al. A randomised trial of the effect of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplements on the human intestinal microbiota. 2018; 67: 1974-1983. DOI: <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2017-314968>
36. Oliveira TR, Fortes RC. Hábitos alimentares de pacientes com câncer colorretal. J Health Sci Inst. 2013; 31(1):59-64.
37. Morenga LT, Mallard S, Mann J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. 2012. BMJ, v. 346. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.e7492>
38. Miles FL, Neuhauser ML, Zhang Z. Concentrated sugars and incidence of prostate cancer in a prospective cohort. British Journal of Nutrition. 2018; v. 120, n. 6, p. 703- 710. DOI: DOI: <https://doi.org/10.1017/S0007114518001812>
39. Freitas B, Loth C, Swarowsky G, Lourenço G, Fillmann L; Fillmann H, et al. Obesidade E Desenvolvimento de Adenoma estão associados como Precusores so Câncer Colorretal. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2020; v. 33, n. 1. Disponível em: Scielo. Acesso em: 28 nov. 2021. Disponível em: Scielo. Acesso em: 28 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-672020190001e1500>
40. Kwon JH, Ko HJ, Youn CH, Choi HI. Obesity Markers as Predictors for Colorectal Neoplasia. JournalofObesity&MetabolicSyndrome, 2017. 28-35. DOI: <https://doi.org/10.7570/jomes.2017.26.1.28>
41. Santos NR, Rolim ACP, Silva GF, Oliveira LV, Araújo LC, Coura AGL, et al. O consumo de bebidas açucaradas associado ao risco de câncer e à ocorrência de obesidade: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review. 2021; v. 4, n. 4. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/34359/pdf>. Acesso em: 27 nov. 2021. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-221>
42. Baena R; Salinas P. Diet and colorectal cancer. Maturitas. 2015; 80(3):258- 64. DOI <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.12.017>

DIABETES: UMA ANÁLISE SOBRE O FATOR EMOCIONAL, QUALIDADE DE VIDA E AUTOCUIDADO EM ADULTOS DIABÉTICOS

Gabriela Franke Milkem, Marcela da Silva Cabral, Marcela Fagiani, Grace Francéli Quintana Facholli Garcia

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: gabrielamilkem@outlook.com

RESUMO

Objetivou-se esclarecer a relação entre o aspecto psicológico alterado e a sua interferência na rotina e qualidade de vida do diabético. Tratou-se de um estudo de campo, prospectivo, transversal, quantitativo e qualitativo realizado em uma clínica-escola de uma universidade privada, com a participação de 24 diabéticos. Identificou-se muita preocupação com a saúde (62,5%), reconhecem que as alterações emocionais geram descontrole na glicemia (66,66%), relatam seguir as recomendações nutricionais na maioria dos dias da semana (58,33%) e que realizaram avaliação dos pés nos últimos 7 dias (83,33%). Nas últimas 4 semanas foi mencionado quadro de dor, que interferiu um pouco em suas atividades diárias (41,66%) mas que mesmo assim se sentem com força de vontade em uma boa parte do tempo (41,66%). O fator emocional pode interferir no controle da doença e mesmo com as alterações emocionais os pacientes mantiveram suas atividades rotineiras contínuas.

Palavras-chave: diabetes, emocional, qualidade de vida, autocuidado, controle glicêmico.

DIABETES: AN ANALYSIS ABOUT THE EMOTIONAL FACTOR, QUALITY OF LIFE AND SELF-CARE IN DIABETIC ADULTS.

ABSTRACT

The study aimed to clarify the relation between the altered psychological aspect and its interference in the diabetic patient's routine and quality of life. This was a prospective, cross-sectional, quantitative and qualitative field study carried out in a teaching clinic of a private university, with 24 diabetics. It was identified worry about the health (62,5%), they recognize that the emotional alterations can turn into an uncontrolled blood glucose (66,6%), reported following the nutritional recommendations most of the weekdays (58,33%) and performed the evaluation of the feet in the last 7 days (83,33%). Over the last 4 weeks, it was mentioned pain which interfered a little in their daily activities (41,66%) but most part of the time they still have the willpower (41,66%). Dealing with diabetes involves much aspects and the emotional factor can interfere in the control of the disease and even with the emotional change the patients kept their continuous routine activities.

Keywords: diabetes, emotional, quality of life, self-care, glycemic control.

INTRODUÇÃO

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica, caracterizada por elevados níveis de glicose na corrente sanguínea, também conhecida como hiperglicemia, que ocorre devido a resistência insulínica, deficiência na produção desse hormônio ou ambas situações¹.

As principais classificações da doença são o DM tipo I e o DM tipo II. No primeiro caso, a doença ocorre normalmente em crianças e adolescentes, necessitando da administração da insulina, visto que nessa situação as células β -pancreáticas que produzem insulina sofrem uma destruição autoimune. Já o Diabetes Mellitus Tipo II, é a forma mais comum da doença onde a grande maioria desses pacientes apresentam sobrepeso, obesidade ou algum tipo de comorbidade. Os Diabéticos Tipo II que não controlam adequadamente seus níveis de glicose, promovem uma falência progressiva das células β -pancreáticas, podendo adquirir um quadro de insulino dependência¹.

A hiperglicemia é um dos primeiros indícios de um inadequado controle glicêmico. O aumento dos níveis de glicose na corrente sanguínea é um dos maiores causadores de complicações em pacientes diabéticos. À curto prazo, esse quadro de glicose elevada pode causar no paciente alterações como: visão

turva, polidipsia, poliúria, enfraquecimento dos músculos, prurido íntimo, perda de peso e dependendo do nível da hiperglicemia, cetoacidose e até coma diabético. A situação se torna mais crítica quando isso ocorre de forma contínua, podendo levar a complicações crônicas como angiopatias, retinopatia, insuficiência renal, neuropatia sensitiva e motora, quadros isquêmicos coronários, cerebrovasculares e de vasos, principalmente dos membros inferiores, podendo ter como consequência uma amputação. Todas essas complicações alteram irreversivelmente o estilo de vida do paciente, afetando na sua qualidade física e mental².

Diante da sua cronicidade e complexidade, o DM requer cuidados específicos a fim de reduzir riscos e aumentar a expectativa de vida do indivíduo diabético. Pacientes diabéticos estão mais propensos à quadros depressivos do que os pacientes não diabéticos, o que acaba agravando o controle da doença, que é decisivo para uma maior expectativa de vida³.

O diabetes e a depressão são doenças causadoras de incapacidade funcional. Quando associadas, podem limitar a vida do paciente de forma significativa. O estado depressivo torna o cotidiano do paciente diabético mais difícil. Isso pode ser atribuído ao fato de causar uma má adesão ao tratamento o que, conseqüentemente, leva a um descontrole da glicemia³.

Nos últimos anos a incidência de doenças relacionadas à problemas emocionais têm aumentado gradativamente. Essas doenças alteram não só a mente das pessoas, mas também o seu convívio social, seu estado nutricional e conseqüentemente sua qualidade de vida, podendo ocasionar disfunções, incapacidades e algumas deficiências no paciente que comprometem seu estado de saúde⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que a qualidade de vida *“é um conceito de alcance abrangente, afetado de forma complexa por sua saúde física, estado psicológico e nível de independência, por suas relações sociais e relações com as características do seu meio ambiente”*. Nas últimas décadas, a qualidade de vida do indivíduo tem se mostrado fator crucial e determinante para a saúde física e mental do paciente^{4,5}.

As modificações na rotina de vida, nas condições físicas e emocionais dos pacientes diabéticos, durante a adaptação ao tratamento, levam a situações e sentimentos que além de não favorecer a aceitação da doença, limitam a prática de hábitos saudáveis para lidar com as situações características do diabetes. Quando o indivíduo não se encontra preparado para conviver com as limitações da doença, pode sofrer alterações significativas no seu aspecto emocional que interferem no seu autocuidado. Todas essas alterações e mudanças nos sentimentos do diabético resultam em uma negação da condição de doente. Esses conflitos internos, se não tratados com a devida atenção, geram reações emocionais intensas que estão diretamente relacionadas com o descuido da doença e as conseqüências decorrentes da diabetes descompensada⁶.

Por ser uma doença crônica que necessita de alguns cuidados a fim de evitar complicações a curto e a longo prazo, os pacientes necessitam de um olhar amplo e atencioso tanto dos profissionais como dos familiares para que o tratamento seja alcançado com sucesso².

Ao relacionar o DM tipo II com a depressão, é extremamente delicado determinar a íntima ligação entre as duas doenças. Isso porque nos últimos anos vários estudos têm sido realizados para explicar essa associação. Da mesma forma que a depressão pode ser uma conseqüência do diabetes, estudos apontam que ela pode ser um fator de risco para a doença. Uma explicação coesa para essa relação seria pelo fato das duas doenças possuírem os mesmos fatores de riscos e mecanismos fisiopatológicos. Provavelmente, existe uma associação bidirecional, onde DM Tipo II e Depressão se influenciam. Já nos diabéticos tipo I, normalmente são encontrados os sintomas de ansiedade leve, sentimentos de menos valia inferioridade e depressão que estão presentes em crianças e adolescentes^{7,8}.

Para o paciente diabético deprimido, é muito mais difícil seguir o tratamento dietético e a rotina diária para manter seus níveis glicêmicos adequados. A depressão traz consigo sentimentos relacionados ao corpo, aos pensamentos. Em indivíduos com DM Tipo I, podem ocorrer alguns transtornos alimentares conseqüentes à doença. Tanto diabéticos Tipo I e Tipo II na fase adulta, apresentam uma diminuição na adesão do tratamento alimentar, da prática de atividade física e da conduta quanto aos medicamentos antidepressivos⁹.

Como já foi mencionado, o DM é uma doença crônica e pode se tornar degenerativa se não tratada de uma forma adequada. É necessário determinar estratégias e metas que melhor se adequem à situação de cada paciente, ou seja, cada tratamento deve ser individualizado para alcançar sempre o

melhor resultado. Essa importância no tratamento está cada vez mais relacionada com o sucesso na qualidade de vida do paciente, e isso inclui saúde mental, alimentar e física¹⁰.

Junto com a família, a equipe multiprofissional deve fazer parte da rotina do paciente. São esses profissionais que estarão à frente de procurar o melhor caminho a seguir, buscando sempre a melhora e a qualidade de vida do diabético. Isso envolve saúde mental, dieta equilibrada e exercícios físicos, fatores esses que promovem bem-estar no cotidiano do diabético. Sendo assim, se todos os fatores de risco para o paciente portador da doença, são erradicados e tratados de forma coerente, ocorre evidentemente a melhora dos níveis glicêmicos e, proporcional a isso, o aumento da qualidade e expectativa de vida do diabético¹¹.

Várias patologias podem ser agravadas devido à presença de fatores psicológicos como depressão, ansiedade e algumas síndromes. Uma dessas patologias é o Diabetes Mellitus. Por si só, o diabetes é uma doença que na maioria das vezes gera uma certa dificuldade e resistência no momento da adesão ao tratamento. Quando associada às alterações psicológicas, a doença pode se tornar ainda mais difícil de ser controlada. Pouco se discute sobre a relação entre saúde mental, ingestão alimentar e diabetes e como isso pode repercutir no estado nutricional do paciente e conseqüentemente na sua qualidade de vida.

Portanto, o objetivo do estudo foi esclarecer a relação entre o aspecto psicológico alterado e a interferência desse fator na rotina do diabético e determinar como o emocional pode afetar a sua qualidade de vida.

MÉTODOS

A coleta de dados teve início em maio de 2021. Todos os procedimentos foram realizados somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE) (CAAE: 44762521.3.0000.5515) e no Comitê Assessor de Pesquisa Institucional (CAPI) sob protocolo no Sistema Gestor de Pesquisa (SGP): 6768 e obedeceram aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a resolução nº 466/ 12, do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisa teve como característica ser um estudo de campo, prospectivo, transversal, quantitativo e qualitativo e foi realizada na clínica de nutrição de uma Universidade privada do interior paulista. Participaram do estudo 24 pacientes portadores de diabetes, com idade ≥ 18 anos, de ambos os sexos, que concordaram em participar do estudo e que tinham capacidade cognitiva para responder aos questionários.

Os participantes responderam a três questionários que envolvem o assunto abordado no estudo. O primeiro questionário aplicado foi o Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes” (QAD) que possui seis dimensões e 15 itens de avaliação do autocuidado com o diabetes: “alimentação geral” (com dois itens), “alimentação específica” (três itens), “atividade física” (dois itens), “monitorização da glicemia” (dois itens), “cuidado com os pés” (três itens), “uso da medicação” (três itens) e possui outros três itens para a avaliação sobre tabagismo. Ao responder ao questionário os pacientes relatam com que frequência eles realizam as atividades relacionadas ao questionário ou aos comportamentos nos sete dias anteriores ao dia da aplicação do QAD.¹²

O segundo questionário aplicado aos participantes foi a 2ª Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (SF-36 v2). O questionário SF-36 é dividido em domínios, sendo eles: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental.¹³

Para a identificação da influência do estado emocional sobre o fato de ser portador de diabetes, foi considerada a resposta aos itens 5 (Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional - como se sentir deprimido ou ansioso?) e 6 (Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupo?) do SF-36 v2. Além das perguntas aqui citadas do SF-36 v2, o participante respondeu dependendo da questão entre sim com alguns graus de afirmação (pouco, regular ou muito) e não, ao questionário despadronizado elaborado pelas próprias pesquisadoras sobre preocupar-se com a saúde pelo fato de possuir o diagnóstico de diabetes. Para as questões que não houveram respostas, foram excluídos os dados dos resultados.

Para a avaliação nutricional, coletou-se o peso (Kg), altura (m), calculou-se o IMC (Kg/m²) e determinou-se a sua classificação. Para isso, eles foram posicionados na balança com capacidade de até 300 Kg (Welmy®) com estadiômetro acoplado com capacidade de até 2,10 m em pé, braços ao longo do corpo, em posição ereta sem calçados.¹⁴ Utilizando os valores encontrados de peso e altura, foi calculado o IMC (Kg/m²), obtido pelo resultado da razão entre o peso corporal em quilogramas e a altura em metros elevada ao quadrado (IMC= peso/altura²), a classificação do IMC foi realizada de acordo com a OMS.^{15,16}

As informações coletadas foram incluídas em planilhas do Software Excel® para realização de análise descritiva e as medidas numéricas foram expressas por meio de tabelas, gráficos e figuras incluindo porcentagens, média e desvio-padrão.

RESULTADOS

O estudo foi composto por 24 participantes que possuíam idade média de 59,46±14,48 anos, sendo que 58,33% (n= 14) eram do sexo feminino e 41,66% (n= 10) eram do sexo masculino.

O peso médio foi de 77,75±18,51Kg, a altura média foi de 1,63±0,09m e o IMC foi de 29,25±6,07 Kg/m² e por meio da classificação do IMC verificou-se que 25% (n=6) possuíam Obesidade Grau II; 16,66% (n=4) possuíam Obesidade Grau I; 25% (n=6) possuíam Sobrepeso; 29,16% (n=7) possuíam Eutrofia e 4,16% (n=1) possuíam Desnutrição Grau II.

Após realizar a breve caracterização dos participantes, aplicou-se um questionário despadronizado contendo oito perguntas a respeito dos sentimentos relacionados ao diabetes de forma que a análise sobre as respostas a esse questionário encontra-se na Tabela 1.

Tabela 1. Questões emocionais relacionadas ao portador de diabetes

Questões	Respostas	n	%
1. Você se preocupa com a sua saúde pelo fato de possuir diabetes?	Não	2	8,33%
	Pouco	2	8,33%
	Regular	5	20,83%
	Muito	15	62,5%
2. Você se sente triste pelo fato de possuir diabetes?	Não	7	29,16%
	Pouco	6	25%
	Regular	5	20,83%
3. A preocupação sobre o diabetes te leva a ter insônia?	Muito	6	25%
	Não	8	33,33%
	Pouco	6	25%
4. O fato de você ter diabetes te deixa nervoso ou ansioso?	Regular	5	20,83%
	Muito	5	20,83%
	Não	7	29,16%
5. Você já possuía alguma alteração no estado emocional (depressão ou ansiedade) diagnosticada por um profissional (psicólogo, médico ou psiquiatra) antes de desenvolver o diabetes?	Pouco	7	29,16%
	Regular	7	29,16%
	Muito	3	12,5%
	Sim	9	37,5%
6. Você já notou alterações na sua glicemia (hiperglicemia ou hipoglicemia) quando fica nervoso ou passa por alguma situação de estresse?	Não	15	62,5%
	Sim	16	66,66%
	Não	8	33,33%

7. A preocupação com o diabetes te leva a desistir do tratamento adequado (ex: não aplicar insulina corretamente ou não tomar os remédios adequadamente)?	Sim	3	12,5%
	Não	21	87,5%
8. Você se sente desestimulado a realizar os cuidados com a glicemia (comparecimento às consultas, aferição da glicemia, controle sobre o consumo de alimentos que aumentam a glicemia mais rapidamente)?	Sim	5	20,83%
	Não	19	79,16%

Dados expressos em porcentagens e números absolutos.

Na Tabela 2 foram expressos os dados referentes às respostas ao questionário de atividades de autocuidado com o diabetes (QAD).

Tabela 2. Respostas ao questionário de atividades de autocuidado com o diabetes de uma amostra populacional do interior de São Paulo

Questões	Respostas em número de dias	n	%
1. Em quantos dos últimos 7 dias seguiu uma dieta saudável?	3	1	4,16%
	4	2	8,33%
	5	2	8,33%
	6	4	16,66%
	7	15	62,5%
2. Durante o ultimo mês, quantos dias por semana, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde?	3	1	4,16%
	4	1	4,16%
	5	5	20,83%
	6	3	12,5%
	7	14	58,33%
3. Em quantos dos últimos 7 dias você comeu cinco ou mais porções de frutas e/ou vegetais?	0	2	8,33%
	4	3	12,5%
	5	2	8,33%
	6	2	8,33%
	7	15	62,5%
4. Em quantos dos últimos 7 dias você comeu alimentos ricos em gorduras, como carnes vermelhas ou alimentos com leite integral ou derivados?	0	5	20,83%
	1	2	8,33%
	2	4	16,66%
	3	2	8,33%
	4	6	25%
	5	2	8,33%
	6	1	4,16%
7	2	8,33%	
5. Em quantos dos últimos 7 dias você comeu doces?	0	4	16,66%
	1	3	12,5%
	2	6	25%
	3	3	12,5%
	4	3	12,5%
	5	3	12,5%
	7	2	8,33%

6. Em quantos dos últimos 7 dias realizou atividade física durante pelo menos 30 minutos?	0	11	45,83%
	2	2	8,33%
	3	6	25%
	4	2	8,33%
	7	3	12,5%
7. Em quantos dos últimos 7 dias praticou algum tipo de exercício físico específico (nadar, caminhar, andar de bicicleta) sem incluir suas atividades em casa ou em seu trabalho?	0	10	41,66%
	1	1	4,16%
	2	3	12,5%
	3	5	20,83%
	4	1	4,16%
	6	1	4,16%
8. Em quantos dos últimos 7 dias avaliou o açúcar no sangue?	0	2	8,33%
	1	1	4,16%
	3	3	12,5%
	4	2	8,33%
	7	16	66,66%
9. Em quantos dos últimos 7 dias avaliou o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0	6	25%
	3	1	4,16%
	4	2	8,33%
	7	15	62,5%
10. Em quantos dos últimos 7 dias examinou os seus pés?	0	3	12,5%
	4	1	4,16%
	7	20	83,33%
11. Em quantos dos últimos 7 dias examinou dentro dos sapatos antes de calçá-los?	0	5	20,83%
	1	1	4,16%
	3	2	8,33%
	6	3	12,5%
	7	13	54,16%
12. Durante o ultimo mês, quantos dias por semana, em média, seguiu a orientação alimentar, dada por um profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0	2	8,33%
	7	22	91,66%
	1	1	4,16%
	4	1	4,16%
	7	22	91,66%
13. Em quantos dos últimos 7 dias tomou suas injeções de insulina, conforme foi recomendado?	0	10	41,67%
	7	14	58,33%
14. Em quantos dos últimos 7 dias tomou o número indicado de comprimidos do diabetes?	0	1	4,16%
	1	1	4,16%
	4	1	4,16%
	6	1	4,16%
	7	20	83,33%
15. Você fumou um cigarro – ainda que só uma tragada – durante os últimos 7 dias?	Sim	0	0%
	Não	24	100%
16. Quando fumou seu último cigarro?	Nunca fumou	15	62,5%

Há mais de dois anos atrás	8	33,33%
Um a dois anos atrás	1	4,16%

Dados expressos em porcentagens e números absolutos.

E depois, os participantes responderam a 2ª Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida SF-36 (SF-36 v2), e suas respostas encontram-se na Tabela 3.

Tabela 3. Respostas de diabéticos ao questionário de qualidade de vida

Questões	Respostas	n	%
1. Em geral você diria que sua saúde é:	Excelente	0	0%
	Muito Boa	3	12,5%
	Boa	16	66,66%
	Ruim	4	16,66%
	Muito Ruim	1	4,16%
2. Comparada há um ano atrás, como você classificaria sua idade em geral, agora?	Muito Melhor	2	8,33%
	Um Pouco Melhor	7	29,16%
	Quase a Mesma	8	33,33%
	Um Pouco Pior	5	20,83%
	Muito Pior	2	8,33%
3. Sente dificuldade em realizar atividades Rigorosas que exigem muitos esforços.	Sim	19	79,16%
	Não	5	20,83%
4. Sente dificuldade em realizar atividades moderadas ou leves (subir vários lances de escadas, carregar mantimentos, curvar-se, ajoelhar, andar um quarteirão, vestir-se sozinho).	Sim	14	58,33
	Não	10	41,66
5. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou com alguma atividade regular, como consequência de sua saúde física?	Sim	10	41,66%
	Não	14	58,33%
6. Durante as últimas 4 semanas, você teve algum dos seguintes problemas com seu trabalho ou outra atividade regular diária, como consequência de algum problema emocional (como se sentir deprimido ou ansioso)?	Sim	9	37,5%
	Não	15	62,5%
7. Durante as últimas 4 semanas, de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais normais, em relação à família, amigos ou em grupos?	De forma alguma	10	41,66%
	Moderadamente	9	37,5%
	Bastante	4	16,66%
	Extremamente	1	4,16%
8. Quanta dor no corpo você teve durante as últimas 4 semanas?	Nenhuma	2	8,33%
	Muito Leve	2	8,33%
	Leve	5	20,83%
	Moderada	7	29,16%

	Grave	6	25%
	Muito Grave	2	8,33%
9. Durante as últimas 4 semanas, quanto a dor interferiu com seu trabalho normal (incluindo o trabalho dentro de casa)?	De maneira alguma	6	25%
	Um Pouco	10	41,66%
	Moderadamente	4	16,66%
	Bastante	4	16,66%
	Todo Tempo	2	8,33%
10. Quanto tempo você tem se sentido cheio de vigor, de vontade, de força?	A maior parte do tempo	6	25%
	Uma boa parte do tempo	10	41,66%
	Alguma parte do tempo	4	16,66%
	Uma pequena parte do tempo	2	8,33%
	Todo Tempo	1	4,16%
11. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa muito nervosa?	A maior parte do tempo	3	12,5%
	Uma boa parte do tempo	2	8,33%
	Alguma parte do tempo	7	29,16%
	Uma pequena parte do tempo	8	33,33%
	Nunca	3	12,5%
	Todo Tempo	2	8,33%
12. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	A maior parte do tempo	5	20,83%
	Uma boa parte do tempo	6	25%
	Alguma parte do tempo	3	12,5%
	Uma pequena parte do tempo	7	29,16%
	Nunca	1	4,16%
	Todo Tempo	2	8,33%
13. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	A maior parte do tempo	2	8,33%
	Uma boa parte do tempo	8	33,33%
	Alguma parte do tempo	6	25%
	Uma pequena parte do tempo	4	16,66%
	Nunca	2	8,33%
	Todo Tempo	2	8,33%
14. Quanto tempo você tem se sentido desanimado ou abatido?	Uma boa parte do tempo	3	12,5%
	Alguma parte do tempo	3	12,5%
	Uma pequena parte do tempo	9	37,5%
	Nunca	9	37,5%
15. Quanto tempo você tem se sentido esgotado?	A maior parte do tempo	1	4,16%
	Uma boa parte do tempo	5	20,83%
	Alguma parte do tempo	3	12,5%
	Uma pequena parte do tempo	11	45,83%
	Nunca	4	16,66%
16. Quanto tempo você tem se sentido uma pessoa feliz?	Todo Tempo	4	16,66%
	A maior parte do tempo	5	20,83%

	Uma boa parte do tempo	10	41,66%
	Alguma parte do tempo	4	16,66%
	Uma pequena parte do tempo	1	4,16%
17. Quanto tempo você tem se sentido cansado?	A maior parte do tempo	1	4,16%
	Uma boa parte do tempo	5	20,83%
	Alguma parte do tempo	6	25%
	Uma pequena parte do tempo	8	33,33%
	Nunca	4	16,66%
18. Você se sente tão saudável quanto qualquer pessoa que você conhece?	Definitivamente Verdadeiro	3	12,5%
	A maioria das vezes verdadeiro	3	12,5%
	Não Sei	3	12,5%
	A maioria das vezes falso	8	33,33%
	Definitivamente Falso	7	29,16%
19. Você acha que a sua saúde vai piorar?	Definitivamente Verdadeiro	2	8,33%
	A maioria das vezes verdadeiro	4	16,66%
	Não Sei	6	25%
	A maioria das vezes falso	5	20,83%
	Definitivamente Falso	7	29,16%
20. Você acha que a sua saúde é excelente?	Definitivamente Verdadeiro	2	8,33%
	A maioria das vezes verdadeiro	8	33,33%
	Não Sei	4	16,66%
	A maioria das vezes falso	6	25%
	Definitivamente Falso	4	16,66%

Dados expressos em porcentagens e números absolutos.

DISCUSSÃO

O estudo demonstrou que os diabéticos se preocupam com a sua saúde e que o fato de serem diabéticos os deixam tristes em variados graus podendo influenciar na situação emocional em diferentes graduações principalmente em relação a ansiedade ou nervosismo. Segundo Corrêa et al.,¹⁷ ainda são escassos os estudos que relacionem os fatores envolvidos na qualidade de vida, tais como os fatores psicológicos, idade, etnias e conhecimento sobre a doença com o fato de possuir diabetes.

Sabe-se que a prevalência de diabetes demonstra-se em ascensão sobre indivíduos de todas as faixas etárias e já há informações de que até o ano de 2030 a prevalência dessa doença no grupo de indivíduos com idade entre 45 a 64 anos estará triplicada,¹⁵ fato que corrobora com o presente estudo, tendo em vista a faixa etária apresentada pelos participantes diabéticos. Outro fato que corrobora com o estudo de Corrêa et al.,¹⁷ foi a prevalência de diabetes nas mulheres.

De forma rotineira, tanto em homens quanto em mulheres diabéticas, são realizadas algumas medidas antropométricas a fim de classificar a situação nutricional, uma dessas medidas é o IMC. Conforme o estudo de Oliveira, Oliveira e Costa,¹⁸ houve prevalência de sobrepeso e obesidade nos diabéticos avaliados, o que corrobora com o presente estudo.

O avançar da idade e as condições de sobrepeso e obesidade são fatores que podem agravar o quadro de saúde dos diabéticos, principalmente se o indivíduo não apresenta um bom estado emocional.^{19,20}

Existem diversas comorbidades que cercam o paciente diabético, dentre elas, destaca-se a depressão e já há destaque na literatura para a depressão nesse público, tendo em vista que ela pode influenciar no autocuidado e favorecer as futuras complicações de saúde.²¹ Cabe ressaltar que nesse estudo somente foram avaliados sintomas que sugerem um estado depressivo e que não foi dado aos participantes diagnósticos de depressão, tendo em vista que essas são atribuições de outro profissional da área da saúde.

Ao avaliar o fator emocional relacionado aos portadores de diabetes, foi possível constatar que a maior parte dos pacientes se preocupam muito por possuírem a doença e que apesar de ser uma patologia totalmente controlável, os participantes manifestam em sua maioria, um sentimento de tristeza por terem que conviver com o diabetes. Além da tristeza, foi possível observar que esses pacientes relataram insônia, nervosismo e ansiedade por precisarem lidar com a doença, fator esse que pode interferir diretamente na adesão ao tratamento e na percepção da importância de ter um cuidado minucioso em todos os aspectos que necessitam de uma atenção redobrada.²²

No questionamento quanto à presença de possíveis mudanças psicológicas e emocionais antes de descobrirem o diabetes, a maioria dos pacientes nunca haviam sido diagnosticados com tais alterações. Em contrapartida, após a doença ser identificada, é notório alterações glicêmicas nos momentos que os pacientes são submetidos a situações de estresse. Apesar de todos os fatores mencionados acima, os participantes relataram que tais circunstâncias não levam a desistência do tratamento do diabetes e que não se sentem desestimulados a realizar os cuidados necessários para controlar a doença.

Apesar de ser elucidado na literatura de que o fator emocional em pacientes diabéticos é relevante, algumas respostas obtidas neste estudo nos induzem a pensar que possa haver uma contradição no relato dos participantes, hipótese essa sugestiva de que os pacientes não possuem uma percepção coerente sobre a doença e conseqüentemente apresentam uma postura inadequada relacionada ao autocuidado.³

Ao observarmos sobre a rotina diária e de trabalho, verificou-se que fatores emocionais, como sentir-se deprimido e ansioso afetou a maioria, impedindo-os de realizar as tarefas planejadas além de realizá-las com menos intensidade com a qual fazem regularmente. Assim, foi considerado pela maioria que, os fatores emocionais influenciam nas atividades sociais típicas da rotina.

Foram realizadas pesquisas em pacientes diabéticos, onde eles responderam ao questionário de qualidade de vida, sobre o fato de haver influência do fator emocional dentre as últimas quatro semanas, e de que maneira sua saúde física ou problemas emocionais interferiam nas suas atividades sociais normais, em relação a famílias, amigos ou em grupos. Dentre os pesquisados, uma boa parte no geral diria que sua saúde é muito boa agora, quando comparada há um ano atrás, mesmo com as dificuldades enfrentadas nesse ano com a Pandemia COVID-19.^{17, 23,24}

No que se refere ao autocuidado nesse público, segundo a *American Diabetes Association*, há a união de vários fatores, desde o compromisso com alimentação, atividade física, monitoramento de glicemia e exames até a maneira com que se lida com a doença em si, tendo em vista que conviver com o diabetes de uma forma positiva garante total diferença no sucesso do tratamento.²⁵

No segundo questionário, foi analisado o autocuidado dos pacientes em relação ao diabetes e suas atividades rotineiras com a presença da doença. Como mencionado anteriormente, o compromisso com a alimentação, atividade física e monitoramento podem interferir nos cuidados necessários para um bom controle glicêmico, um dos mais relevantes é a alimentação adequada.²⁶

Diante dos dados coletados, os pacientes relatam seguir uma dieta adequada, assim como realizar refeições saudáveis contendo frutas e verduras todos os dias porém, pode-se notar uma contradição nas respostas obtidas pois os mesmos entrevistados relataram uma alta ingestão de doces e alimentos gordurosos, o que nos leva a acreditar que as refeições saudáveis que foram alegadas são respostas divergentes da realidade.

Há uma união de fatores que podem contribuir com a síndrome metabólica em diabéticos, que incluem o não controle da doença, não preocupação com a alimentação e a não realização de atividade física, tendo em vista que movimentar-se constantemente possui o efeito de diminuição e controle nos níveis glicêmicos de qualquer paciente diabético.²⁷ Os pacientes que participaram da pesquisa relataram, em sua maioria, realizar atividades físicas básicas diárias o que é um fator positivo para o controle do diabetes.

Dentre os cuidados importantes para se realizar ao ser diagnosticado com diabetes, ressalta a avaliação dos níveis de açúcar no sangue a fim de evitar complicações decorrentes da doença.^{28,29} Foi

possível observar que apesar de uma maioria alegar que efetua o controle glicêmico todos os dias, um pequeno grupo dos entrevistados relatou não realizar as medições ou até mesmo realizar esporadicamente, o que dificulta um controle adequado da doença.

Uma das consequências que mais afetam os pacientes que apresentam níveis elevados de glicose na corrente sanguínea são as alterações microvasculares que acarretam feridas nos pés que geralmente não cicatrizam rapidamente. Estudos mostram que pacientes diabéticos tendem a não apresentar certo cuidado com os pés, porém, nos nossos resultados os dados foram divergentes dos encontrados na literatura, apresentando um alto índice de pacientes que alegam além de examinar seus pés, observar também o interior de seus sapatos.^{1,30}

Vários aspectos foram abordados durante a pesquisa e um deles foi relacionado às orientações alimentares dadas por um profissional e o quanto esse quesito estava sendo seguido pelos pacientes. Os participantes avaliados relataram fazer o acompanhamento profissional de forma adequada porém a orientação alimentar nem sempre era dada por um profissional especializado na área de nutrição. A grande maioria recebe essas orientações superficialmente por profissionais como cardiologistas, endocrinologistas ou clínicos gerais, o que nem sempre é adequado para os casos de pacientes diabéticos.

Em relação ao uso das medicações prescritas pelos médicos, os resultados nos mostraram que o maior percentual dos pacientes fazem o uso exclusivo de medicamentos orais e que aproximadamente metade destes pacientes utiliza insulina como complemento medicamentoso.

Um resultado positivo nas entrevistas realizadas foi relacionado ao hábito de fumar dos participantes. Uma pequena parte relatou ter parado o uso do cigarro a mais de dois anos, o que é extremamente positivo, e nenhum dos pacientes fumam atualmente, minimizando o risco para outras possíveis doenças.

Com a aplicação dos questionários, foram observadas que a maioria dos diabéticos em uma boa parte do tempo sentiram-se com dificuldade para realizar atividades rigorosas que exija muitos esforços, ou até mesmo atividades moderadas. Os entrevistados em sua maioria mesmo com algumas limitações são dependentes, o que constata a influência das complicações do diabetes, contudo esses indivíduos se mostraram resilientes perante as adversidades, de forma que observou-se que não sentiam dificuldades em se levantar ou carregar mantimentos.

Os entrevistados relatam que teriam poucas dificuldades em realizar algumas atividades durante um dia comum tais como subir um ou vários lances de escadas, andar vários quarteirões, ao curvar-se, dobrar os joelhos ou ajoelhar. Em geral, boa parte dos entrevistados não tem dificuldades de modo algum, mesmo com algumas limitações em tomar banho ou vestir-se.

Dentre as questões realizadas, nas últimas quatro semanas uma boa parte dos entrevistados relataram não ter problemas em realizar seu trabalho ou outras atividades, e estavam sempre realizando suas tarefas de modo como gostariam, não necessitando de esforços extras.

Os entrevistados relataram que nas últimas quatro semanas que antecederam a entrevista, sentiram dores no corpo, sendo que esta, interferiu na realização de suas tarefas em todos os âmbitos sociais em que estejam inseridos. Assim sendo, é verificado que a saúde física tem sido afetada pelos problemas emocionais, gerando implicações nas relações sociais, como família, amigos ou em grupos em uma boa parte dos pesquisados. É demonstrado na literatura que os indivíduos com diabetes, ao serem expostos em situações adversas, têm dificuldades em manter o seu tratamento e o cuidado com sua qualidade de vida.³¹

Dentre as questões realizadas, foram feitas sobre as emoções dos entrevistados em relação às últimas quatro semanas, assim sendo, podemos observar que, uma boa parte do tempo, sentiram com vigor, vontade e força, sentindo nervoso em um tempo relativamente pequeno, e que às vezes que se sentiram deprimidos, que nada poderia animá-los alguma parte do tempo.

Estudos demonstram que os sentimentos que acompanham o adoecer são negativos, pois as pessoas ao depararem com algo diferente e invasivo, demonstram sentimentos de menos valia, inferioridade, medo, raiva, ansiedade e até depressão.³² Apesar disso, os indivíduos não sentiram esgotamento emocional e que na maioria se sentem pessoas felizes.

Em relação ao cansaço, observou-se que em uma pequena parte do tempo os diabéticos apresentaram esta sensação e que as emoções e saúde física tem interferido em atividades sociais e relações com o outro, como visitas a amigos e parentes. De maneira geral, os participantes consideraram sua saúde excelente.

Conclui-se então que as alterações emocionais influenciam na qualidade de vida alguns pacientes diabéticos, isso porque a presença de sintomas como insônia, preocupação, tristeza, nervosismo e ansiedade que são decorrentes de alterações emocionais, interferem diretamente na percepção e adesão ao tratamento do paciente. Apesar dos participantes relatarem seguir uma dieta saudável e as orientações médicas, foi possível observar algumas contradições quando comparamos questões específicas sobre a ingestão de determinados alimentos que podem prejudicar o controle da doença, nos levando a acreditar que em alguns casos os participantes não possuem a real noção sobre o fato de possuir diabetes e a necessidade de um acompanhamento adequado. Por fim, foi possível analisar que algumas condições como capacidade funcional, dores, saúde e determinados sentimentos podem sofrer interferência de fatores emocionais, idade, outras patologias associadas e a adesão inadequada do tratamento necessário.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os participantes da pesquisa e à Universidade do Oeste Paulista por permitir e viabilizar a realização dessa pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Fráguas R, Soares SMSR, Bronstein MD. Depressão e diabetes mellitus. Rev. Psiquiatr Clín. 2009;36:93-99. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832009000900005>
2. Ministério da Saúde (Brasil). Cadernos de atenção básica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF. Acesso em 27 nov. 2021.
3. Braga DC, Francielle KFC, Lucas PN, Bonamigo EL, Bortolini SM. Fatores associados à depressão em indivíduos com diabetes mellitus. Arq. Catarin. Med. 2017;46(3):118-128. Disponível em: <http://www.acm.org.br/acm/seer/index.php/arquivos/article/view/313>. Acesso em 27 nov. 2021.
4. Jansen K, *et al.* Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2011;27: 440-448. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300005>
5. Pereira EF, Teixeira CS, Santos A. Qualidade de vida: abordagens, conceitos e avaliação. Rev. Bras. Educ. Fís. Esporte. 2012;26(2):241-250. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092012000200007>
6. Oliveira JSA, Soares AL, Araújo TD. Revisão integrativa de literatura sobre a desistência ao tratamento de diabetes mellitus. CATUSSABA. 2014;3(2):87-95. Disponível em: <https://repositorio.unp.br/index.php/catussaba/article/view/391>. Acesso em 27 nov. 2021.
7. Felisberto V, Saavedra T, Santos M, Nunes M. Depressão na diabetes mellitus tipo 2 ou diabetes tipo 2 na depressão? – uma revisão. Rev. Portuguesa Diabetes. 2017;12(3):112-117. Disponível em: <http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2017/11/RPD-Vol-12-n%C2%BA-3-Setembro-2017-Artigo-de-Revis%C3%A3o-p%C3%A1gs-112-117.pdf>. Acesso em 27 nov. 2021.
8. Greco-Soares JP, Dell'Aglio DD. Adesão ao tratamento em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. Psicol. Saúde & Doenças. 2017;18(2):322-334, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180204>
9. Bădescu SV. *et al.* The association between diabetes mellitus and depression. J. Med. Life. 2016;9(2):120-125. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27453739/>. Acesso em 27 nov. 2021.

10. Cruz RS, Leitão CE, Ferreira PL. Determinantes do estado de saúde dos diabéticos. RPEDM. 2016;11(2):188-196. DOI: 10.1016/j.rpedm.2016.05.001. <https://doi.org/10.1016/j.rpedm.2016.05.001>
11. Salles-Peres SHC. *et al.* Estilo de vida em pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 1: uma revisão sistemática. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016;21(4):1197-1206. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.20242015>
12. Michels MJ, Coral MHC, Sakae TM, Damas TB, Furlanetto LM. Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. Arq. Bras. Endocrinol. Metab. 2010;54(7):644-651. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0004-27302010000700009>
13. Campolina AG, Bortoluzzo AB, Ferraz MB, Ciconelli RM. Validação da versão brasileira do questionário genérico de qualidade de vida short-form 6 dimensions (SF-6D Brasil). Ciênc. Saúde Coletiva. 2011;16(7):3103-3110. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800010>
14. LACERDA, A. C. M. W.; SILVA, L. M. C. Avaliação do perfil antropométrico dos atletas de um time de futebol Americano de Belém do Pará. RBNE, São Paulo, v.12, n.72, 2018. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6603201> Acesso em: 01. Mai. 2020
15. World Health Organization (WHO). (2000) Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva, Switzerland. Disponível em: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/. Acesso em: 22 out. 2020.
16. PEREIRA, I. F. S.; SPRYDES, M. H. C.; ANDRADE, L. M. B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.32, n.05, jun.2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500709&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 26 abr. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178814>
17. Corrêa K. *et al.* Qualidade de vida e características dos pacientes diabéticos. Ciênc. Saúde Coletiva. 2017;22(3):921-930. DOI: 10.1590/1413-81232017223.24452015. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.24452015>
18. Oliveira NMC, Oliveira JAMG, Costa AFP. Índice de massa corpórea e circunferência abdominal como preditores de risco cardiovascular em pacientes diabéticos. Res. Soc. Dev. 2021;10(14):1-5. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i14.21906>
19. Nakahara KR, Pescador MVB, Pangussat JV, Gai JD. Avaliação do risco para diabetes mellitus tipo 2 em uma clínica do oeste do Paraná. Res. Soc. Dev. 2021;10(9):1-9. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i9.18249>
20. Magalhães EMA. *et al.* Emotional changes in the elderly with diabetes. O mundo da saúde. 2019;43(1):265-278. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1000242>. Acesso em 27 nov. 2021. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20194301265278>
21. Bellini LC. *et al.* Prevalência e fatores relacionados a sintomas depressivos em pessoas com diabetes mellitus tipo 2. Rev. Eletr. Enferm. 2019;21(55083);1-6. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v21.55083>
22. Marques MB. *et al.* Intervenção educativa para a promoção do autocuidado de idosos com diabetes mellitus. Rev. Esc. Enferm. USP. 2019;53(e-03517):1-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018026703517>
23. Bernini LS. *et al.* O impacto do diabetes mellitus na qualidade de vida de pacientes atendidos da unidade básica de saúde. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2017;25(3):533-541. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO0899>

24. Monteiro AR. *et al.* Diabetes mellitus, obesidade e maus hábitos de vida: sua relação com a COVID-19. *Rev. Cient. FMC.* 2020;15(2):56-68. DOI: 10.29184/1980-7813.rcfmc.377.vol.15.n2.2020 <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.377.vol.15.n2.2020>
25. Kirkwood M, Cefalo W, Barkins G, Boulton A. American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care.* 2017;40:1. Disponível em: "https://professional.diabetes.org/files/media/dc_40_s1_final.pdf", acesso em: 30 de novembro de 2021. <https://doi.org/10.2337/dc17-0299>
26. Gonçalves MS. *et al.* Construção e validação de cartilha educativa para promoção da alimentação saudável entre pacientes diabéticos. *Rev. Bras. Prom. Saúde.* 2019;32(7781):1-9. DOI: 10.5020/18061230.2019.7781 <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.7781>
27. Abre DHV, Costa SS. Educação alimentar: promoção da saúde através da didatização nutricional associada à atividade física para diabéticos, hipertensos e obesos. *Rev. Cam. Ed.* 2019;1(3):149-165. DOI: <https://doi.org/10.26694/caedu.v1i3.10149>
28. Amaral LM. *et al.* Avaliação entre o controle glicêmico em pacientes diabéticos e a redução do risco de demência: uma revisão de literatura. *Braz. J. Health. Review.* 2020;3(3):6252-6259. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-178 <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-178>
29. Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília – DF; 2003. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-9484>. Acesso em 30 nov. 2021.
30. Rezende DS, Silva ARV da, Silva GRF da. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. *Revista Brasileira de Enfermagem.* 2015;68:111–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680115p>
31. Maia FF, Araújo LR. Aspectos psicológicos e controle glicêmico de um grupo de pacientes com diabetes mellitus tipo 1 em Minas Gerais. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia.* 2004;48:261–6. Disponível em: "<https://www.scielo.br/j/abem/a/FGbdPfxgvtVv47GvgdfMbnw/?format=pdf&lang=pt>", acesso em: 30 de novembro de 2021. <https://doi.org/10.1590/S0004-27302004000200009>
32. Nogueira LGF, Nóbrega MML da. Construção e validação de diagnósticos de enfermagem para pessoas com diabetes na atenção especializada. *Revista da Escola de Enfermagem da USP.* 2015;49:54–60. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100007>

ESTADO NUTRICIONAL, COMPORTAMENTO ALIMENTAR E TRANSTORNOS DE HUMOR EM PACIENTES COM FIBROMIALGIA

Thais Aparecida Egea de Souza, Michaele Dolores da Silva Rodrigues, Valeria Cavalcanti Martiliano, Sabrina Alves Lenquiste, Rayana Loch Gomes

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: rayana.loch@hotmail.com

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi verificar o estado nutricional, comportamento alimentar e estados de humor em pacientes com fibromialgia. Foram recrutadas e convidadas a participar do estudo pacientes diagnosticadas com FM, de uma clínica escola de fisioterapia. Foi realizada avaliação antropométrica (peso, altura e cálculo do IMC), seguida da aplicação da Escala de Compulsão Alimentar Periódica, Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton e Inventário de Depressão Beck. Participaram do estudo 9 pacientes, sendo que 8 delas apresentavam excesso de peso e obesidade. A maioria (66,67%) não apresentava compulsão alimentar periódica, 77,78% possuíam ansiedade grave e 66,66% sintomas depressivos leves e moderados. Não sendo encontrada correlações entre estado nutricional e as escalas aplicadas ($p < 0,05$). Conclui-se que as pacientes estavam acima do peso, não apresentavam episódios de compulsão alimentar periódica, no entanto seus estados de humor estavam alterados, possuindo sintomas depressivos leves a moderados e ansiedade grave.

Palavras-chave: Transtorno da compulsão alimentar, ansiedade, depressão, obesidade.

NUTRITIONAL STATUS, EATING BEHAVIOR AND MOOD DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA

ABSTRACT

The aim of the present study was to verify the nutritional status, eating behavior and mood states in patients with fibromyalgia. Patients diagnosed with FM from a school physical therapy clinic were recruited and invited to participate in the study. An anthropometric assessment (weight, height and BMI calculation) was performed, followed by the application of the Binge Eating Scale, Hamilton Anxiety Assessment Scale and Beck Depression Inventory. Nine patients participated in the study, and 8 of them were overweight and obese. The majority (66.67%) did not have binge eating, 77.78% had severe anxiety and 66.66% had mild and moderate depressive symptoms. No correlations were found between nutritional status and the scales applied ($p < 0.05$). It is concluded that the patients were overweight, did not have episodes of binge eating, however their moods were altered, having mild to moderate depressive symptoms and severe anxiety.

Keywords: Binge eating disorder, anxiety, depression, obesity.

INTRODUÇÃO

A fibromialgia (FM) é uma síndrome crônica reumatológica caracterizada por dor crônica generalizada.¹ Sua etiologia parece ser multifatorial, sendo que alguns pesquisadores acreditam que possa ser um problema de origem nervosa que envolve diversos aspectos neuroquímicos, neuroendócrinos, imunológicos.^{1,2}

A prevalência na população mundial é estimada em torno de 2,5%, embora estudos recentes tenham demonstrado um incremento nessa prevalência para 5% nas mulheres nos

Estados Unidos e 4,7% na população de alguns países da Europa. Em relação ao sexo, as mulheres são mais afetadas do que os homens, numa proporção de 9:1, sendo mais frequente na faixa de idade entre 40 e 55 anos. O Brasil acompanha essa taxa de prevalência.²

Dentre os primeiros critérios de diagnóstico da FM estão a presença de dor crônica e músculo esquelética generalizada associada a presença de pelo menos 11 pontos anatômicos bilaterais ao toque. Em 2011 foram inseridos novos critérios de diagnóstico da síndrome da FM estabelecidos pelo *American Collage of Rheumatology*. Com isso, a dor generalizada e crônica precisa estar associada a outros sintomas como distúrbio do sono, fadiga e sintomas cognitivos.³

O quadro clínico geral consiste em dores musculares espalhadas por todo o corpo, com duração de mais de três meses, acompanhadas por sintomas como irritabilidade, sono irregular, fadiga, cefaleia, alterações da memória¹ e presença de sintomas psiquiátricos.⁴ Esses fatores aumentam o sofrimento, refletem na diminuição da qualidade de vida e das atividades instrumentais e básicas da vida diária das pacientes.⁵

A ciência psíquica tem pesquisado essa síndrome, em especial descrevendo a situação psicológica da pessoa diagnosticada com FM. Geralmente o indivíduo é caracterizado como alguém ansioso e deprimido, perfeccionista, esquecido, sensível às mudanças e com capacidade diminuída para adaptarem-se a elas, conseqüentemente apresentando também problemas para se correlacionar com outras pessoas.⁶ A literatura descreve que a prevalência de transtornos psíquicos, principalmente depressão, em pacientes com FM varia de 49 a 80%.⁷

A dor crônica sentida por esses pacientes pode aumentar o risco de depressão e transtorno de ansiedade.⁸ E como consequência da associação entre fatores psicológicos e dores musculares, podem ocorrer imobilidade levando a inatividade física e sedentarismo. Também pode ocorrer alteração na ingestão alimentar, visto que, a depressão associada à limitação funcional pode levar a busca por alimentos de alto valor calórico, promovendo uma ideia de alimentação emocional, como forma de conforto, a qual pode levar a um aumento de peso nas pacientes, e piorar o quadro clínico.⁹ Todos esses fatores aumentam as chances do paciente se tornar um indivíduo obeso, sabe-se que a obesidade atinge em torno de 40% dos pacientes com fibromialgia.¹⁰

Ademais, as características da personalidade, como o comportamento catastrófico podem ser um importante gerente entre dor crônica, eternidade de estresse e nutrição emocional. Ou seja, todos esses fatores colaboram também de maneira negativa para a percepção de autoimagem dessas pacientes, o que pode resultar em transformações ainda maiores na composição corporal.⁷

Há dificuldade em se determinar com convicção o que são sintomas e o que é fator desencadeante da doença, por exemplo, não é possível assegurar se a depressão e a adiposidade seriam motivos ou consequências na fisiopatologia da doença.⁴ O que é possível constatar é que pacientes com FM apresentam maior percentual de gordura e menor índice de massa de livre de gordura quando comparados a população em geral, essa circunstância parece agravar a sensibilidade à dor e conseqüentemente a qualidade de vida destes indivíduos.^{10,4}

Nesse sentido, entende-se que há a necessidade de se avaliar o estado nutricional, comportamento alimentar e transtornos de humor nessas pacientes, uma vez que se considera que devido as alterações psicoemocionais, as pacientes com fibromialgia podem apresentar comportamento alimentar inadequado, com episódios de compulsão alimentar e que essa situação associada ao sedentarismo poderá afetar o estado nutricional delas, levando assim a maior dor e pior qualidade de vida. Parecendo existir um ciclo vicioso na vida do paciente quando se considera todas essas alterações e comportamentos.

Ao verificar esses dados, pode-se futuramente elaborar estratégias para orientar melhor essas pacientes levando a adoção de novos hábitos alimentares, com controle de episódios de compulsão alimentar, caso esses estejam presentes e conseqüentemente levar a melhora de seu

estado nutricional. Contribuindo junto a fisioterapia e psicologia para as melhoras de dores e consequentemente melhor qualidade de vida.

Assim, o objetivo do presente estudo foi verificar o estado nutricional, comportamento alimentar e transtornos de humor em pacientes com fibromialgia.

METODOLOGIA

NATUREZA DA PESQUISA

O estudo teve como característica ser descritivo de caráter transversal. O projeto foi devidamente cadastrado e aprovado na Plataforma Brasil (CAEE: 48607921.9.0000.5515) e no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNOESTE. Todos os procedimentos adotados obedeceram aos critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme a resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

PARTICIPANTES

Para compor esse estudo, foram recrutadas mulheres diagnosticadas com fibromialgia, que são pacientes da Clínica de Fisioterapia da Universidade do Oeste Paulista (Unoeste) de Presidente Prudente, interior de São Paulo.

Os critérios de inclusão foram possuir idade acima de 18 anos, com capacidade em deambular e cognitiva para respostas do questionário. Não foram incluídas no estudo pacientes que possuíssem neoplasias, insuficiência hepática, infecção aguda ou crônica ou demais patologias que possam alterar de maneira significativa o estado nutricional do paciente.

PROCEDIMENTO EXPERIMENTAL

Primeiramente os pesquisadores fizeram um levantamento das pacientes com de fibromialgia atendidos pela clínica de fisioterapia da Unoeste. Em seguida entraram em contato com as pacientes para explicar sobre os procedimentos do estudo, e convidaram para participação do mesmo. Posteriormente foi marcado um horário na clínica de nutrição para coletar os dados dessas participantes. Todas as coletas foram realizadas na clínica de nutrição da Unoeste.

As pacientes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE. Posteriormente, as pesquisadoras aplicaram uma anamnese que diz respeito à identificação do paciente, como idade, sexo, estado civil, medicamentos e comorbidades. Em seguida, as pacientes foram submetidas a uma avaliação que incluiu antropometria, cujos resultados foram anotados na mesma ficha da anamnese. E por fim, as pacientes responderam os questionários propostos no estudo: Escala de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP) para avaliação do consumo alimentar para assim estabelecer uma relação da doença com a compulsão alimentar; Escala de Avaliação de Ansiedade de Hamilton a qual verificou o nível de ansiedade do paciente e Inventário de Depressão Beck que correspondem a uma investigação de como a pessoa sentiu-se na última semana.

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Os indicadores antropométricos utilizados para a pesquisa foram: peso, altura de acordo com os critérios de execução apresentados pelo Ministério da Saúde (2011) e a partir da coleta dos dados antropométricos foi estabelecido o índice de massa corporal (IMC) de acordo com a recomendação da OMS (1995).¹¹ Para a aferição de antropometria, os participantes foram pesados utilizando uma balança tipo plataforma, digital, portátil (G-tech). A altura foi medida utilizando um estadiômetro portátil (AVANUTRI).

ESCALA DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (ECAP)

O ECAP trata-se de uma adaptação feita por Freitas *et al.*, (2001)¹² partindo como base o questionário elaborado por Gormally *et al.*¹² Trata-se de um instrumento rápido e de baixo custo,

sendo composto por uma escala com 16 itens e 62 questões para afirmação, deve ser selecionada em cada item a resposta que melhor representa o indivíduo. Cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, sendo a ausência (“0”) até a gravidade máxima (“3”) da Compulsão alimentar periódica. Os indivíduos que apresentam um escore menor ou igual a 17 são considerados sem compulsão; com escore entre 18 e 26 são considerados com compulsão moderada; e os com escore maior ou igual a 27, com um estado grave.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Essa escala possui 14 itens, com questões relacionadas a 14 grupos de sintomas, subdivididos em dois grupos, sete relacionados a sintomas de humor ansioso e sete relacionados a sintomas físicos de ansiedade. Cada item é avaliado segundo uma escala que varia de 0 a 4 de intensidade (0= ausente; 2= leve; 3 = média; 4 = máxima). A soma dos escores obtidos em cada item resulta em um escore total, que varia de 0 a 56. Quanto mais grave for a manifestação de uma patologia, maior será o número de sintomas característicos que se apresentam¹³.

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO BECK

É um questionário autoaplicável que apresenta 21 itens com quatro afirmativas em cada, esses itens correspondem a uma investigação de como a pessoa sentiu-se na última semana. Cada uma das alternativas recebeu uma pontuação que varia de 0 para nenhum a 4 sendo o máximo, quando o escore final das alternativas é igual ou superior a 13, este é classificado com indícios de depressão. Os pontos de corte para avaliação da intensidade dos sintomas depressivos, são 14-19 leve, 20-28 moderado e >29 grave¹⁴.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A caracterização da amostra foi realizada por meio de estatística descritiva e os resultados foram apresentados em valores de média, desvio padrão, e/ou frequências. Para a associação entre dados primeiramente foi verificada normalidade dos dados por meio do teste de Shapiro-wilk seguido de teste de correlação de Pearson para dados paramétricos. Todas as análises estatísticas foram realizadas utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0 e a significância estatística adotada será de 5%.

RESULTADOS

A caracterização da amostra total (n = 09), por meio de valores médios com seus respectivos desvios padrões e/ou porcentagens para idade, variáveis antropométricas, classificação do IMC, utilização de medicamentos e comorbidades associadas, esta descrita na tabela 1.

Tabela 1. Caracterização da amostra total ($n = 09$).

Variáveis	
Idade (anos) média \pm DP (mín - máx)	55,44 \pm 6,44 (44 – 65)
Peso (Kg) média \pm DP (mín - máx)	79,98 \pm 8,64 (64,4 – 88,1)
Altura (m) média \pm DP (mín - máx)	1,58 \pm 0,05 (1,51 – 1,64)
ÍMC (Kg/m²) média \pm DP (mín - máx)	32,25 \pm 3,94 (23,94 – 38,38)
Classificação do IMC	
Eutrofia, n (%)	1
sobrepeso, n (%)	1
Obesidade grau I, n (%)	3
Obesidade grau II, n (%)	1
Acima do peso (idoso), n (%)	3
Medicamentos	
Sim, n (%)	7 (77,78)
Não, n (%)	2 (22,22)
Presença de comorbidades	
Hipertensão arterial, n (%)	5
Diabetes mellitus, n (%)	4
Doenças ósseas e/ou reumáticas, n (%)	5
Outras (dislipidemias, esteatose hepática, asma, lúpus), n (%)	4
Legenda: IMC = índice de massa corporal; Kg = quilos; m = metros; Mín = mínimo; Máx = máximo.	

Na Tabela 2, está apresentada a frequência dos sintomas depressivos, ansiosos e de compulsão alimentar periódica nas voluntárias do estudo. A média do escore para a Escala de ansiedade de Hamilton foi de 30,44 pontos, para o Inventário de depressão de Beck 19,56 pontos e para a Escala de compulsão periódica 12,89 pontos.

Tabela 2. Escores das escalas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica ($n = 09$).

Escore das escalas	n (%)
Escala de Ansiedade de Hamilton	
Ansiedade ligeira	1 (11,11)
Ansiedade moderada	1 (11,11)
Ansiedade grave	7 (77,78)
Inventário de Depressão de Beck	
Sem depressão	2 (22,22)
Sintomas depressivos leves	3 (33,33)
Depressão moderada	3 (33,33)
Depressão severa	1 (11,11)
Escala de compulsão alimentar periódica	
Sem compulsão	6 (66,67)
Compulsão moderada	1 (11,11)
Compulsão grave	2 (22,22)

Na figura 1 observam-se as correlações entre o estado nutricional por meio do IMC em kg/m^2 e as escalas de ansiedade (figura 1A), depressão (figura 1B) e compulsão alimentar periódica (figura 1C). Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes ($P > 0,05$).

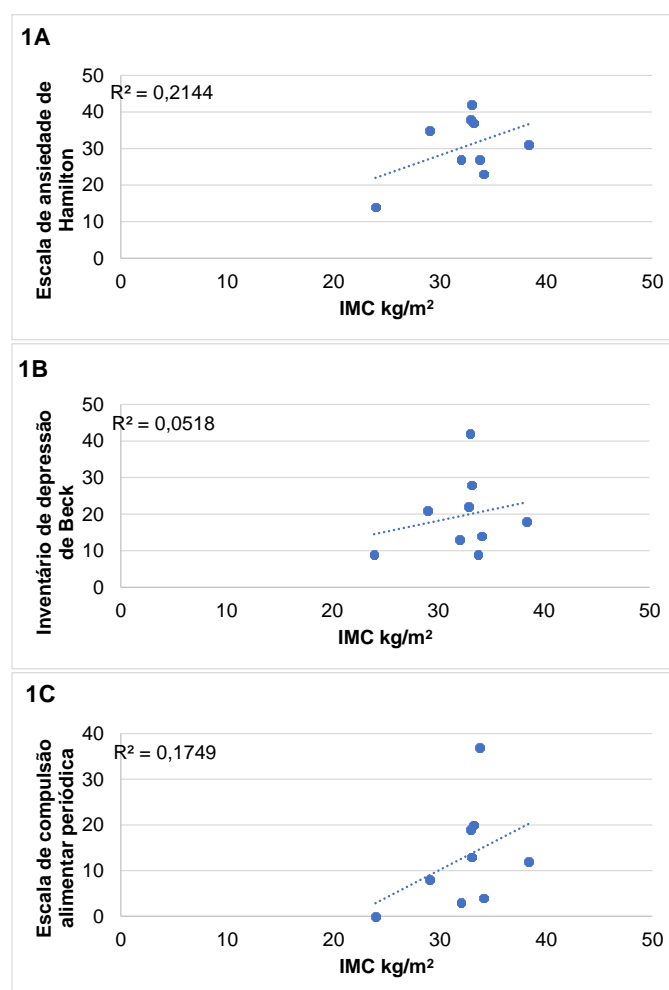


Figura 1. Correlação entre estado nutricional e as escalas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar periódica. Correlação de Pearson = $p > 0,05$.

DISCUSSÃO

O objetivo do presente estudo foi verificar o estado nutricional, comportamento alimentar e transtornos de humor em pacientes com fibromialgia. Observou-se que as pacientes em sua maioria se apresentavam com excesso de peso, sem episódios de compulsão alimentar periódica, com ansiedade grave e com sintomas depressivos leves e moderados.

Todas as pacientes entrevistadas eram do sexo feminino, com uma média de idade de 55 anos. A prevalência de FM em mulheres parece ser maior do que em homens segundo a literatura. Estudo realizado por Martí et al., (2017)¹⁵ observaram que 97,8% de uma amostra de 235 pessoas portadoras de FM foi do sexo feminino, com média de idade de 54 a 57 anos. Alves et al., (2021)¹⁶ aplicaram questionários de sintomas de FM e 70% dos participantes estavam na faixa de idade de 29-39 anos, porém também com indivíduos de 18-28 anos e acima de 40.

Em relação ao estado nutricional, observa-se que a maioria das pacientes estavam acima do peso e obesas, e possuíam doenças como hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, dislipidemias e doenças ósseas, as quais podem possuir relação com o estado nutricional. Araújo et al., (2014)¹⁷ também encontraram em seu estudo, a prevalência de obesidade em portadores de FM.

Atualmente, a literatura tem evidências suficientes para mostrar a correlação entre FM e obesidade. No entanto, ainda não é possível determinar o que leva a esse ganho de peso, o qual pode estar associado a doença e seus baixos níveis de atividade física¹⁸, ou estar associado a fatores como distúrbios cognitivos, depressão e comorbidades psíquicas.¹⁷ Ademais, são poucos estudos que investigaram a relação das mudanças nas características fisiopatológicas encontradas na doença com mecanismos homeostáticos e comportamento alimentar.¹⁹

No presente estudo, quando avaliado o comportamento alimentar pela ECAP, foi possível observar que as pacientes em sua maioria não apresentavam compulsão alimentar periódica, que poderia levar ao aumento de peso. No entanto, foi encontrada ansiedade grave e sintomas de leves a moderados para depressão, o que pode explicar em partes o estado nutricional, uma vez que se entende que pode ocorrer alimentação de caráter emocional nessa população.¹²

Estudos anteriores confirmam prevalência de sintomas depressivos e ansiedade. Santos et al., (2012)²⁰, verificaram que mais da metade dos indivíduos apresentaram sintomas depressivos e ansiedade. Monteiro et al., (2021)²¹, identificaram que pacientes com fibromialgia são mais ansiosos que a população em geral e que essa ansiedade pode estar associada aos sintomas mais severos da patologia. Ainda, Kale et al., (2015)²² observaram relação entre a depressão e FM quando comparados a grupos sem doenças crônicas, pontuando assim escores mais altos em diversos instrumentos psicológicos.

Segundo Ramiro et al., (2014)²³ as mulheres portadoras de fibromialgia têm evidenciado em sua rotina mudanças negativas em relação à qualidade de vida, isso leva a níveis muito altos de estresse, podendo ocorrer em parte por conta do papel histórico da mulher na sociedade, como cuidados domésticos e com a família, e a fatores biológicos característicos do sexo feminino como desregulação hormonal e período pré-menstrual.

E apesar de existir uma possível relação entre a obesidade e os fatores psicológicos descritos acima, no presente estudo não foram encontradas correlações estatisticamente significantes entre o estado nutricional e as escalas de ansiedade, depressão e compulsão alimentar. O número de pacientes que aceitou participar do estudo foi pequeno, o que pode justificar esse achado.

Embora a causalidade não possa ser estabelecida, é sabido que a obesidade é um fator de risco para dor crônica e que está relacionada à deterioração da qualidade de vida e ao aumento dos *trigger points* da FM.¹⁹ Arranz et al., (2010)¹⁸ mostraram que pacientes com FM obesos apresentaram maior sensibilidade a dor e níveis mais baixos em qualidade de vida. Da mesma

forma, Lorente et al., (2019)²⁴ observaram que pacientes com FM obesos relataram pior equilíbrio dinâmico e capacidade funcional prejudicada.

Nesse sentido, sabendo que a obesidade contribui de forma negativa na FM, a redução de peso se torna uma ferramenta importante na melhora da função e qualidade de vida dessas pacientes. Alguns estudos como o de Arranz et al., (2010)¹⁸ sugerem que algumas orientações nutricionais como as voltadas para a manutenção de peso dentro dos limites normais, pode ajudar nos sintomas de FM. Batista et al., (2016)²⁵ identificaram que as mulheres com FM de seu estudo apresentaram ingestão qualitativamente e quantitativamente inferior em relação ao grupo saudável, ressaltando a importância de uma alimentação adequada para melhoria dos sintomas.

Cabello et al.(2017)²⁶, apresentaram dados descritivos sobre hábitos alimentares em uma amostra de mulheres com FM. Os resultados desse estudo indicaram que o consumo diário ou quase diário de frutas é associado positivamente há uma melhor saúde mental e o menor risco de depressão severa. Da mesma forma o consumo de vegetais e consumo moderado de peixe também foram associados a uma saúde mental positiva e diminuição dos níveis de depressão. E isso possivelmente se deve devido aos nutrientes contidos nas frutas e vegetais como complexo de vitamina B, folato, antioxidantes, minerais e outros que influenciam na saúde mental.

Por fim, López-Rodríguez MM, et al., (2017)²⁷ descreveram que a dieta influencia os sintomas da doença, fazendo com que as pacientes adotem padrões dietéticos que combinados com informações não científicas acabam levando a realização de restrições alimentares, que como consequência afetam seu comportamento alimentar. E nesse sentido, se faz importante observar que dentro desta população há também aparecimento de alguns transtornos alimentares (TAs)¹⁸. No entanto como já descrito, não foram observados sintomas de compulsão alimentar nessa população, e não foi avaliado restrição alimentar e outros comportamentos alimentares disfuncionais, o que poderia nos trazer mais respostas sobre esse aspecto.

Esse trabalho é importante pois busca relacionar transtornos de humor e comportamento alimentar com estado nutricional das pacientes com FM, em busca de respostas a fim de melhorar sua qualidade de vida e saúde. Sabe-se que a ciência da nutrição obteve grandes avanços nos últimos 100 anos, e embora a nutrição seja considerada terapia complementar no tratamento de diversas doenças, no tratamento da fibromialgia ainda não existem recomendações nutricionais específicas. O que se sabe é que esse grupo de pacientes deve adotar os princípios da alimentação saudável, visto que a redução da obesidade pode contribuir para diminuir a dor e melhorar a capacidade funcional, além de reduzir os marcadores inflamatórios e melhorar a qualidade de vida.²⁸

Dessa forma, conclui-se que as pacientes estavam acima do peso, não apresentavam episódios de compulsão alimentar periódica, no entanto seus estados de humor estavam alterados, possuindo sintomas depressivos de leves a moderados e ansiedade grave.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todas as pacientes que aceitaram participara do estudo e a Unoeste por proporcionar a execução deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Couto LA, Yuan SLY, Souza IMBD, Santo ADSDE, Marques AP. Avaliação do agenciamento de autocuidados e sua associação com sintomas e qualidade de vida em indivíduos com fibromialgia. *Fisioter Pesqui.* 2020; 27(2): 140-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19009927022020>.

2. Souza JBD, Perissinotti DMN. A prevalência da fibromialgia no Brasil – estudo de base populacional com dados secundários da pesquisa de prevalência de dor crônica brasileira. BrJP. 2018; 1(4): 345-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180065>.
3. Heymann R, Paiva E.S, Martinez JM, Helfenstein MJ, Rezende MC, Provenza JR, et al. Novas diretrizes para o diagnóstico da fibromialgia. Rev Bras Reumatol. 2017; 57: 467-76. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2017.07.002>
4. Helfenstein MJ, Goldenfum MA, Siena CAF. Fibromialgia: aspectos clínicos e ocupacionais. Rev Assoc Med Bras. 2012; 58(3): 358-365. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-42302012000300018>
5. Melo G, Madruga M, Torro N. Análise das comorbidades associadas à fibromialgia: uma revisão bibliométrica Psicol saúde doenças. 2020; 21(2): 395-403.
6. Castillo ARGL, Recondo R, Asbahrc FR, Manfro GG. Transtornos de ansiedade. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(2):20-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600006>
7. Berber JSS, Kupek E, Berber SC. Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. Rev Bras Reumatol 2005; 45:47-54. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0482-50042005000200002>
8. Brasil ISPS, Ponde MP. Sintomas ansiosos e depressivos e sua correlação com intensidade da dor em pacientes com neuropatia periférica. Rev Psiquiatr. 2009; 31(1):24-31. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082009000100007>
9. Okifuji A, Hare BD. The association between chronic pain and obesity. J Pain Res. 2015, 8: 399-408. Disponível em: <https://doi.org/10.2147/JPR.S55598/>
10. Elkfury, JL. Mecanismos homeostáticos e hedonistas do comportamento alimentar em fibromiálgicas e controles saudáveis e sua associação combiomarcadores. 2017. 64f. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179005/001064298.pdf?sequence=1>.
11. Gomes FS, Anjos LA, Vasconcellos MTL. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. Rev Nutr. 2010; 23(4): 591-605. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-52732010000400010>
12. Freitas S, Lopes CS, Coutinho W, Appolinario JC. Tradução e adaptação para o português da escala de compulsão alimentar periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001; 23(4):215-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000400008>.
13. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959; 32(1):50-5. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x>.
14. Freitas RPDA, Andrade SC, Spyrides MHC, Micussi MTABC, Sousa MBC. Impacts of social support on symptoms in Brazilian women with fibromyalgia. Rev Bras Reumatol. 2017; 57 (3): 197-203. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2016.07.001>
15. Martí TM, Llordés ML, Jordà MC, Juan LG, Pardo SM, .Perfil de pacientes com fibromialgia em tratamento no Centro de atenção primaria e Terrassa, uma cidade no nordeste da Espanha. Jornal Reumatología Clínica. 2017, 13(5): 252-257. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2016.05.008>.

16. Alves JS, Amorim PB, Santos AGS, Lopes LV, Caldeira MG. Análise do perfil de pacientes com diagnóstico de Fibromialgia atendidos no setor de fisioterapia do município de Montanha –ES. *Rev Cient Multidisciplinar* ISSN 2675-6218.2021; 10(2). <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i10.81>.
17. Araujo TA, Mota MC, Crispim CA. Obesidade e sonolência em mulheres com fibromialgia. *Rheumatology International* .2014;35(2):281-287. <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-014-3091-2>.
18. Arranz, LI, Canela MÁ, Rafecas M. Fibromialgia e nutrição, o que sabemos ?. *Rheumatol Int* 2010;30: 1417–1427. <https://doi.org/10.1007/s00296-010-1443-0>.
19. Lorenzi J E. Mecanismos Homeostáticos e hedonistas do comportamento alimentar em fibromiálgicas e controles saudáveis e sua associação com biomarcadores. [dissertação].Porto Alegre:Universidade Federal do Rio Grande do Sul,2017.
20. Santos EB, Junior LJQ, Fraga BP , Macieira C, Bonjardim LR. Avaliação dos sintomas de ansiedade e depressão em fibromiálgicos. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(3):590-596. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300009>.
21. Monteiro EAB, Oliveira L, Oliveira ML. Aspectos psicológicos da Fibromialgia –Revisão integrativa. *Portal Metdosita de Periodicos científicos e acadêmicos*.2021;29 (1):65-76. <https://doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v29n1p65-76>.
22. Terzi R, Terzi H, Kale A. Avaliação da relação entre síndrome pré-menstrual e dismenorreia primária em mulheres com Fibromialgia. *Rev Bras Reumatol*.2015;55(4):334-339. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.12.009>.
23. Ramiro FS, Junior IL, Silva RCB, Montesano FT, Oliveira NRC, Diniz REAS. Investigação do estresse, ansiedade e depressão em mulheres com Fibromialgia: um estudo comparativo. *Rev Bras Reumatol*. 2014; 54:27-32. <https://doi.org/10.1016/j.rbr.2013.04.006>.
24. Lorente LC, Rios MCG, Ledesma SN, Haro RMT, Barragán AC. Status Funcional e índice de massa corporal em mulheres na pós menopausa com Fibromialgia:um estado de caso-controle. *Int J Environ Res Saude Publica*.2019;16(22)4540. <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph16224540>.
25. Batista ED, Andretta A, Miranda RC , Nehring J,Paiva ES ,Schieferdecker ME M.Avaliação da ingestão alimentar e qualidade de vida de mulheres com Fibromialgia.*Rev Bras Reumatol*.2016;56(2) 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.rbre.2015.08.015>.
26. Cabello PR, Maldonado AS, Fernandes MD,Lopez FE, Moiron DC, Aparicio VA. "Associação de hábitos alimentares com resultados psicossociais em mulheres com fibromialgia: O Projeto al-Ándalus." *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*.2017; 117(3) : 422-432. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.09.02>.
27. Lopez RMM, Molina JG, Medina IMF, Sola CF, Muelle AR .Padroes e comportamentos alimentares em pacientes com Fibromialgia.*Endocrinol Diabetes Nutri*.2017;64(9): 480-490.[DOI: 10.1016 / j.endinu.2017.07.002](https://doi.org/10.1016/j.endinu.2017.07.002).
28. Da silva AF, Schieferdecker MEM. Recomendações nutricionais para o tratamento da fibromialgia. *DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 2018; 12(3):751-765, ago. 2017. ISSN 2238-913X. <https://doi.org/10.12957/demetra.2017.27833>.

ESTADO NUTRICIONAL, FRAGILIDADE E DEPRESSÃO EM IDOSOS QUE RESIDEM SOZINHOS

Rafael Shinya Cianbroni, Simone de Cássia Casadei Buchalla, Mariana Martins, Ludmila Pantaroto Lima Ribeiro, Nayara Kimie Grigollette Kiyomura, Rayana Loch Gomes, Sabrina Alves Lenquiste

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: sabrina.alves@unoeste.br

RESUMO

Estudo retrospectivo e transversal que investigou a fragilidade, depressão geriátrica e estado nutricional de idosos que residem sozinhos. Foi aplicada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG), o Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20) e realizada a avaliação antropométrica pelo Índice de Massa Corporal (IMC), circunferência do braço (CB) e da panturrilha (CP) e a Mini Avaliação Nutricional (MAN). Avaliou-se 65 idosos, maioria mulheres (66,15%), com baixa escolaridade (65,6%), presença de alguma doença crônica (95,09%). 47% apresentou risco de fragilidade e 22% algum sintoma de depressão. A MAN revelou alta prevalência de risco de desnutrição e desnutridos (76,19% em idosos abaixo dos 75 anos e 68,42% acima de 75 anos). O estado nutricional se correlacionou com fragilidade pelo IMC e MAN ($r = -0,3078$ e $r = -0,3441$, respectivamente). Conclui-se que os idosos sozinhos apresentaram risco de desnutrição, o qual se associa com a ocorrência de sintomas depressivos e maior fragilidade.

Palavras-chave: Envelhecimento. Avaliação geriátrica. Avaliação nutricional. Estado nutricional. Solidão.

NUTRITIONAL STATUS, FRAGILITY AND DEPRESSION OF ELDERLY PEOPLE RESIDING ALONE

ABSTRACT

Retrospective and cross-sectional study that investigated the fragility, nutritional status and geriatric depression of elderly people living alone. The Geriatric Depression Rating Scale (GDS), the Functional Clinical Vulnerability Index (IVCF-20) was applied and the anthropometric was performed by the Body Mass Index (BMI), Arm Circumference (AC), Calf Circumference (CC) and the Mini Nutritional Assessment (MAN). 65 elderly people were evaluated, most of them women (66.15%), with low schooling (65.6%), presence of some chronic disease (95.09%). 47% were at risk of fragility and 22% had some symptoms of depression. The MAN revealed a high prevalence of malnutrition and malnourished (76.19% in elderly people under 75 years of age and 68.42% over 75 years of age). Nutritional status correlated with fragility by BMI and MAN ($r = -0.3078$ and $r = -0.3441$, respectively). It is concluded that the alone elderly are at risk of malnutrition, which is associated with the occurrence of depressive symptoms and greater fragility.

Keywords: Aging. Geriatric Assessment. Nutrition Assessment. Nutritional status. Loneliness.

INTRODUÇÃO

Envelhecer é um processo natural, contudo, acarreta em mudanças fisiológicas complexas que comprometem o condicionamento físico, composição corporal e fatores psicossociais¹. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015)² são considerados idosos, nos países em desenvolvimento, pessoas com idade superior a sessenta anos. A OMS prevê que em 2025 existirá 1,2 bilhão de idosos no mundo. Estima-se que no Brasil, a população idosa em 2025 alcance o número de 32 milhões de habitantes, cerca de 13% da população geral.

Os estudos demográficos mostram que a população idosa vem crescendo, principalmente a de idosos longevos, com mais de 80 anos de idade. Concomitantemente ao aumento da longevidade, observa-se o aumento no número de idosos que vivem sozinhos, haja visto que com a maior longevidade também há maior ocorrência de eventos cotidianos como divórcio e viuvez, levando a esta mudança de vida para o idoso³. Além disso, a longevidade traz consigo a maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), as quais afetam diretamente a qualidade de vida e se associam com diferentes determinantes sociais, como renda e escolaridade, tanto em ocorrência quanto em gravidade e presença de complicações⁴.

A vulnerabilidade na velhice, seja ela biológica, social e/ou nutricional, é fator determinante para as condições de saúde do idoso, pois quanto mais vulnerável o idoso se apresenta, observa-se uma piora em sua qualidade de vida, principalmente ao considerarmos fatores dinâmicos de baixa renda, menor compreensão dos eventos sociais e a defasagem nas questões econômicas e políticas que implicariam no bem-estar desses indivíduos e comunidade^{5,6}. A manutenção da autonomia, principalmente, impacta na capacidade funcional do indivíduo afetando o desenvolvimento pleno das habilidades físicas e, não menos importante, as capacidades mentais, visto que, vivenciar a solidão pode indicar uma rede social insatisfatória e tem sido um dos fatores de risco para a depressão^{7,8}.

O desfecho de saúde mais incapacitante para o idoso é a Síndrome da fragilidade, a qual se apresenta como um conjunto de sintomas que incluem perda de peso, fraqueza, fadiga, inatividade e redução da ingestão alimentar, além da presença da sarcopenia, anormalidades no equilíbrio e marcha, descondicionamento e osteopenia⁹. Nesse contexto, a fragilização do idoso requer cuidados que muitas vezes são prestados por familiares, além de adequação do espaço físico. Para tanto é necessário que o idoso possua uma família funcional, ou seja, apta a promover seu cuidado de saúde na fragilização. Estudos recentes apontam que, apesar de biológica, a fragilidade no idoso sofre grande influência do seu contexto ambiental e social^{10,11}.

Fhon et al¹¹ demonstraram em estudo que avaliou os fatores sociodemográficos, de saúde e rede de apoio social do idoso, associados à fragilidade nas avaliações realizadas entre 2007/2008 e 2018, que nos 189 idosos avaliados os fatores que se associaram ao aumento da fragilidade foram idade, sexo feminino e viver sem companheiro.

Neste cenário, o estado nutricional surge como agente de grande importância para a qualidade de vida e de saúde dos idosos, afetando diretamente o grau de vulnerabilidade³. A desnutrição no grupo etário de idosos encontra-se associada ao aumento da incapacidade funcional, aumento no número de internações e seu prolongamento, perda da qualidade de vida, risco maior às infecções e, conseqüentemente, aumento da mortalidade⁹. A relação entre estado nutricional e fragilidade foi evidenciada por Sampaio et al, o qual demonstrou que as medidas antropométricas podem ser usadas como preditores de fragilidade no idoso, se associando com os indicadores de fragilidade e, portanto, avaliar o estado nutricional se torna de grande relevância em idosos potencialmente frágeis¹².

Diante do papel enquanto rede de apoio social do idoso, a atenção primária a saúde (APS) necessita de um olhar diferenciado e direcionado a esta faixa etária, visto que os instrumentos validados para diagnóstico de saúde para a população adulta não são específicos a esta população, tendo pouca sensibilidade para detectar o aumento da vulnerabilidade do idoso⁶. Portanto, faz-se necessário a investigação da saúde do idoso a partir de instrumentos validados para esta população, como o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20) para identificação de fragilidade¹³ e a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA)¹⁴ cujo foco é determinar a funcionalidade do idoso.

Diante do exposto, este trabalho teve como hipótese central que os idosos residentes sozinhos em uma área de vulnerabilidade social apresentar-se-iam com fragilidade, alterações de humor, como a depressão, e prejuízo no estado nutricional. Acredita-se que o morar sozinho potencializa a fragilidade e depressão no idoso e pode ser um fator de complicação da saúde biológica e mental deste indivíduo. Assim, o objetivo do estudo foi avaliar a fragilidade, estado nutricional e depressão geriátrica em idosos que residem sozinhos na área adstrita de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Presidente Prudente-SP.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo retrospectivo, quali-quantitativo não experimental, de natureza descritiva e transversal, desenvolvido na área de abrangência de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Presidente Prudente - SP.

Os critérios de inclusão para participação no estudo corresponderam à idade mínima de 60 anos, residir sozinho e ser adscrito a ESF da área e ter tido aplicação completa dos instrumentos de avaliação que compoem a AGA. A presente pesquisa seguiu os requisitos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, referente ao desenvolvimento de pesquisa com seres humanos, resguardando os princípios éticos da justiça, da beneficência e da não maleficência, com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob número C.A.A.E. 39274520.6.0000.5515.

A avaliação ocorreu por meio de visita domiciliar da equipe de residentes em Saúde do Idoso, em momento agendado via contato telefônico com o idoso. A ocorrência de fragilidade foi mensurada pelo Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20), que classifica os idosos como robustos, em risco de fragilização e frágeis, a partir da avaliação das principais dimensões preditoras: idade, auto percepção da saúde, atividades de vida diária, cognição, humor, mobilidade, comunicação e presença de comorbidades múltiplas¹¹.

Dentre os instrumentos que fazem parte da AGA, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG)⁷ composta de perguntas fáceis de serem entendidas e que possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não), na versão reduzida, com 15 itens elaborados a partir da escala original, considerando-se os itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão nos idosos⁸.

Para avaliação do estado nutricional, foram utilizados os indicadores antropométricos de Índice de Massa Corporal (IMC) para o qual foram aferidos peso e estatura dos idosos utilizando estadiômetro portátil Avanutri[®] com nível, e balança digital da marca Mondial[®], com capacidade de até 150 kg. O IMC foi classificado de acordo com o descrito pela OMS¹³ para a população idosa. As circunferências do braço (CB) e da panturrilha (CP) foram aferidas com fita métrica e classificadas de acordo com os pontos de corte de percentis para a CB¹⁴ e considerando ponto de corte 33 e 34 cm para detecção de depleção muscular pela CP de mulheres e homens, respectivamente¹⁵.

Para avaliação do risco de desnutrição foi utilizada a Mini Avaliação Nutricional (MAN[®]) na sua versão completa que determina o risco nutricional a partir das medidas antropométricas, quadro clínico e alimentação do idoso, as quais geram uma pontuação que classifica o idoso em nutrido, desnutrido ou em risco de desnutrição¹⁶.

Os dados foram tabulados em planilha de Excel[®] e são apresentados como tabelas e gráficos, contendo médias, porcentagens e frequências. Inicialmente, foi feita análise descritiva considerando variáveis sócio-demográficas, variáveis comportamentais, condições clínicas e saúde mental, com a finalidade de apresentar o perfil da população estudada.

Para avaliação da medida de significância estatística de diferença de estado nutricional entre as faixas etárias de idosos avaliados (60 a 75 anos e acima de 76 anos) utilizou-se o teste de Qui-quadrado de Pearson e Teste Exato de Fisher, adotando $\alpha = 5\%$.

Foi verificada a correlação entre as variáveis de estado nutricional, fragilidade, depressão e uso de medicamentos utilizando-se teste de correlação de Pearson para dados normais e de Spearman para dados não normais. Para todos os testes foi considerado como significativo estatisticamente valor de $p < 0,05$. O software utilizado para os testes foi o GraphPad Prism[®], versão 7.0.

RESULTADOS

A tabela 1 traz a caracterização da população do estudo de idosos residentes sozinhos.

Tabela 1. Caracterização dos idosos que residem sozinhos

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	22,00	33,85
Feminino	43,00	66,15
Idade		
De 60 a 65 anos	15,00	23,07
De 66 a 70 anos	17,00	26,15
De 71 a 75 anos	12,00	18,46
De 76 a 90 anos	21,00	32,32
Doenças		
Sem doenças crônicas	3,00	4,91
De 1 a 3 doenças crônicas	41,00	67,21
Acima de 4 doenças crônicas	14,00	22,95
Estado Civil		
Solteiro(a)	15,00	24,60
Casado(a)	NE	NE
Divorciado(a)	20,00	32,78
Viúvo(a)	26,00	42,62
Escolaridade		
Analfabeto	14,00	22,98
Ensino Fundamental Incompleto	26,00	42,62
Ensino Fundamental Completo	19,00	31,14
Ensino Médio Completo	2,00	3,26
Renda Mensal		
Até 1 salário mínimo	53,00	86,88
Entre 1 e 2 salários mínimos	8,00	13,12
Polifarmácia		
Não usa medicamentos	3,00	4,91
De 1 a 3 medicamentos	14,00	22,95
De 4 a 8 medicamentos	33,00	54,09
De 9 a 15 medicamentos	11,00	18,05

*NE = Não encontrado

Ainda que parcela significativa da amostra tenha sido classificada como idoso robusto e a identificação de fragilidade aconteceu em uma pequena parcela do grupo, quando avaliamos o risco de fragilidade observa-se que mais da metade da população está em risco de fragilidade. A figura 1 descreve a prevalência de fragilidade nesta população.

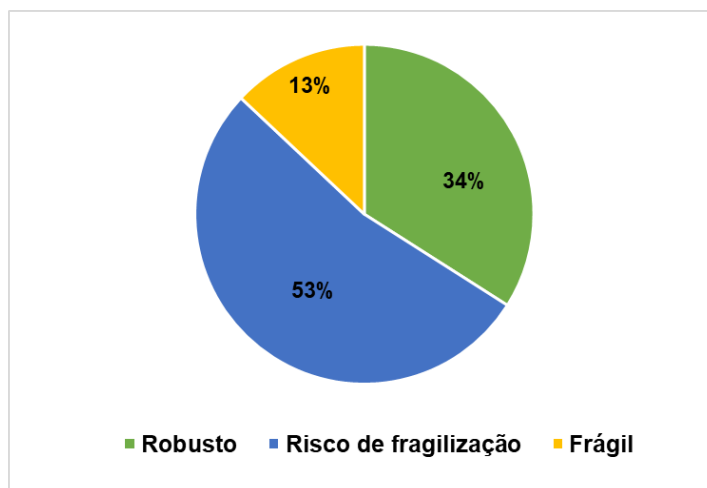


Figura 1. Prevalência de fragilidade em idosos que residem sozinhos.

Na figura 2 observa-se a prevalência de depressão de acordo com a escala de depressão geriátrica aplicada. Somando-se depressão leve e severa há uma prevalência de 22% de depressão na população estudada.

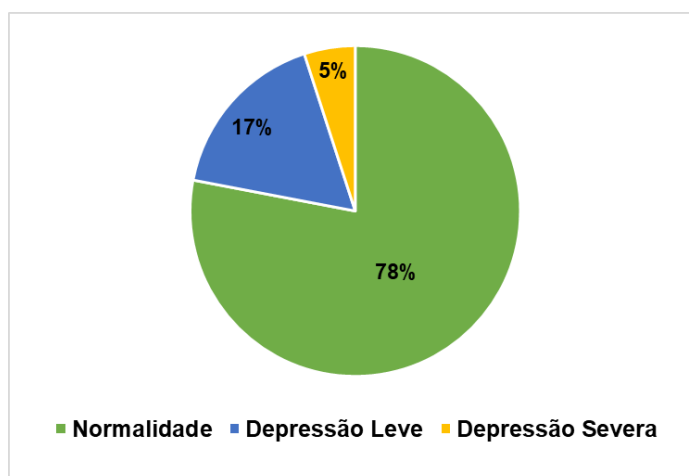


Figura 2. Escala de Depressão Geriátrica em idosos que residem sozinhos.

Na tabela 2 são descritos os indicadores antropométricos e nutricionais utilizados na avaliação da população do estudo. Nota-se a coexistência de excesso de peso e desnutrição nos idosos estudados em ambas faixas de idade. O indicador de circunferência da panturrilha (CP) não estabelece uma classificação de estado nutricional e sim indica se o idoso apresenta declínio em sua massa muscular e consequente sarcopenia. Para este indicador foi encontrada uma prevalência de depleção muscular em 18,46% da população.

Tabela 2. Estado nutricional dos idosos que residem sozinhos

Faixa etária	60 a 75 anos	76 a 90 anos	p-valor ¹
	N (%)	N (%)	
Índice de Massa Corporal (IMC)			
Magreza	5 (11,90)	6 (31,58)	0,1721
Eutrofia	19 (45,24)	6 (31,58)	
Excesso de peso	18 (42,87)	7 (36,84)	
Percentil da Circunferência do Braço (CB)			
Desnutrição	4 (9,52)	NE	0,0034*
Eutrofia	22 (52,38)	3 (15,79)	
Obesidade	16 (38,09)	16 (84,21)	
Mini Avaliação Nutricional (MAN[®])			
Desnutrido	2 (4,76)	1 (5,26)	0,8034
Risco de desnutrição	30 (71,43)	12 (63,16)	
Normalidade	10 (23,81)	6 (31,58)	

¹: p-valor do teste Qui-quadrado para independência entre os indicadores de estado nutricional e a idade.

*: Variável apresentou associação estatística significativa

NE: Não encontrado

Ao avaliar os indicadores de estado nutricional em conjunto, nota-se pela tabela 3 que eles se correlacionaram positivamente. Observa-se uma correlação negativa entre estado nutricional e fragilidade, ou seja, quanto pior o estado nutricional, maior a fragilidade. Não houve correlação entre a depressão e estado nutricional. Houve correlação positiva entre IMC e uso de medicamentos, indicando que o maior peso leva a maior uso de medicação nesta população.

Tabela 3. Correlação entre os indicadores nutricionais e de saúde de idosos que residem sozinhos.

Indicadores correlacionados	r Médio (IC 95%)	p-valor ¹
IMC X CB	0,6374 (0,4593 a 0,7662)	<0,0001*
IMC X CP	0,6015 (0,4121 a 0,7411)	<0,0001*
IMC X MAN	0,3083 (0,06121 a 0,5197)	0,0156*
IVCF-20 X IMC	-0,3078 (-0,5337 a -0,04093)	0,0210*
IVCF-20 X MAN	-0,3441 (-0,5537 a -0,0935)	0,0066*
EDG X IMC	0,1289 (-0,1292 a 0,3707)	0,3261
EDG X MAN	0,08547 (-0,1722 a 0,3322)	0,5161
Medicamentos X IMC	0,2671 (0,01638 a 0,4862)	0,0374*
Medicamentos X MAN	-0,1157 (-0,3571 a 0,1402)	0,3744

IMC: Índice de Massa Corporal; CB: Circunferência do braço; CP: Circunferência da panturrilha; MAN: Mini Avaliação Nutricional; IVCF-20: Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional; EDG: Escala de Depressão Geriátrica; ¹: p-valor do teste de correlação de Pearson para dados normais e de Spearman para dados não normais; *: Variáveis apresentaram correlação estatística significativa.

DISCUSSÃO

O envelhecimento traz consigo inúmeras repercussões, do ponto de vista biológico, social e

comportamental, podendo causar várias modificações fisiológicas, motoras e sociais, afetando as condições de saúde, fragilidade e o estado nutricional do idoso^{3,5,6}. Nesse sentido, o presente estudo teve por objetivo avaliar a ocorrência de fragilidade, depressão e o estado nutricional em idosos que residem sozinhos.

Em relação as características demográficas, condizem com a literatura que pontua que as mulheres apresentam a maior expectativa de vida em relação aos homens¹⁷, e a maior exposição a tratamentos de saúde ao longo da vida. Contudo, o baixo grau de escolaridade apresentado nesta população pode levar à distorções e vulnerabilidade ao autocuidado de saúde¹⁸, refletindo na presença de doenças e aumento no uso de medicação nesta população.

Apesar de a população estudada apresentar baixa prevalência de fragilidade, ao se avaliar o risco de fragilidade, este se encontra com alta prevalência nesta população, fato este descrito na literatura como indicativo de avanço do declínio funcional do idoso^{6,3,19}. A identificação do risco de fragilização é necessária para compreendermos o processo de declínio funcional que leva a mudanças em seu cotidiano e perda de autonomia¹⁷. Sendo caracterizada por várias manifestações fisiológicas, a fragilidade representa fator preditivo de desfechos negativos de saúde, como aumento do risco de mortalidade, diminuição das atividades de rotina do idoso, aumento das internações hospitalares, limitação física, quedas e fraturas, isolamento social e aumento na incidência de depressão^{18,20}.

As situações relacionadas com à fragilidade no idoso ainda são pouco estudadas e conhecidas no Brasil sendo importante investigar seu predomínio e causas associadas nessa população emergente e o impacto na saúde pública. Quando passamos a considerar e a compreender as condições da síndrome da fragilidade, torna-se possível promover ações de promoção, prevenção e o rastreamento nos idosos²¹.

Estudos realizados no Brasil, predominantemente na região norte do país, com idosos residentes na comunidade, apontam para a prevalência de depressão entre 30%²² e 45%²³, índices mais elevados do que os dados encontrados em nossa pesquisa que demonstrou uma prevalência de 22% de depressão leve ou grave na população. Apesar da baixa ocorrência, ressalta-se que a presença de sintomas depressivos associado ao fato de morar sozinho, com fragilização já instalada ou em risco de fragilização e condições sócio demográficas desfavoráveis, são fatores que aumentam ainda mais a vulnerabilidade do idoso^{17,19,24}. Os casos de depressão aumentam a cada ano consideravelmente, sendo uma das causas de sofrimento emocional mais frequente na fase adulta e por conseguinte para os idosos, diminuindo consideravelmente a qualidade de vida²³.

Salienta-se que a depressão se tornando crônica, em situações extremas, aumenta a propensão para suicídios^{25,26}. Destacamos assim, como um importante problema de saúde pública, visto que, conhecer e identificar fatores e causas relacionadas à depressão em idosos possibilita ações e estratégias para a prevenção e combate dessa condição²⁷. Nesse cenário, a literatura científica revela que, independentemente da triagem ou formas de rastreio aplicadas para a identificação da fragilidade e depressão, esses agravos se relacionam estreitamente, sendo a ocorrência de fragilidade maior entre os idosos deprimidos, quando comparados aos livres dessa condição²⁸.

Residir sozinho, traz por vezes a sensação de desamparo, solidão, perda de autonomia, autocuidado e ocasionalmente sinais de depressão como tristeza, desânimo, melancolia e prostração, que são fatores responsáveis pelo desinteresse nas atividades diárias, como o preparo de refeições e hábito alimentar, confusão na posologia e horários das medicações^{10,29}. Além disso, sem orientação e sozinho para suas escolhas, o idoso pode preferir adquirir por comodidade alimentos industrializados ultra processados de fácil preparo, porém ricos em gorduras, sódio, açúcares, conservantes e pobres em fibras, vitaminas e minerais, piorando o estado nutricional, causando tanto a desnutrição, quanto o excesso de peso e piorando o quadro de DCNT²⁹.

Ressalta-se que houve similaridade no estado nutricional independente da faixa etária do idoso, sendo que tanto antes quanto após os 75 anos coexistem os extremos de estado nutricional, excesso de peso e desnutrição, evidenciando que esta população está em risco nutricional. Ao avançar da idade é natural haver uma variação nos indicadores antropométricos, devido à redução de massa muscular e alteração na distribuição de gordura corporal, o que dificulta o uso destes indicadores para a avaliação do estado nutricional em idosos³⁰.

O IMC é apontado como um indicador de baixa sensibilidade às mudanças corporais do envelhecimento, devendo ser associado a outros indicadores antropométricos e clínicos. O uso da CB e CP na população idosa aumenta a acurácia da avaliação antropométrica e, no presente estudo, esses indicadores foram coerentes entre si e mostraram maior risco nutricional após os 75 anos e prevalência de

excesso de peso tanto antes quanto após os 75 anos. Em relação à circunferência da panturrilha foi notada considerável depleção muscular nos idosos avaliados, especialmente após os 75 anos, fato que gera grande preocupação devido às evidências que apontam que a perda de músculo esquelético, independente do peso corporal, pode induzir a problemas de saúde em idosos³¹.

A MAN é considerada padrão ouro para rastreamento de risco nutricional na população idosa e sua aplicação mostrou que os idosos longevos que residem sozinhos estão em maior risco nutricional. Estes achados demonstram a sensibilidade desta ferramenta de avaliação para rastreamento de desnutrição em idosos, o que pode ser justificado pelo fato de englobar não somente indicadores antropométricos, mas também avaliações de dieta, subjetiva global e de autopercepção de saúde, além do estado nutricional¹⁶.

Observou-se uma correlação negativa entre estado nutricional e fragilidade, ou seja, quanto pior o estado nutricional, maior a fragilidade nesta população. Isso ressalta a importância da manutenção do estado nutricional saudável deste grupo, pois as condições nutricionais impactam sensivelmente na ocorrência e progressão da fragilidade em idosos³².

Por mais que haja evidências de que o excesso de peso possa apresentar mais benefício que pesos abaixo do normal em idosos³¹, no presente estudo maior valor de IMC apresentou correlação com maior uso de medicamentos. A obesidade é considerada uma doença e está associada ao aumento do risco de desenvolver diversas outras doenças³³, e conseqüentemente o aumento do uso de medicamentos, o que pode explicar a correlação observada. Já a ausência de correlação entre o estado nutricional e medicamentos pode ser explicada por especificidade da MAN em avaliar o risco nutricional, o que não está necessariamente ligado a associação com as DCNT.

Por fim, é importante salientar que o estudo apresentado é de caráter transversal, o que não permite identificar fatores de causas e conseqüências. Outra limitação está no número amostral reduzido, resultante da disponibilidade de idosos que residem sozinhos na área estudada. Nesse sentido, faz-se necessário novos estudos prospectivos, como maior amostra populacional, a fim de investigar fatores que influenciam diretamente no estado nutricional, depressão e fragilidade de idosos que residem sozinhos.

Conclui-se que os idosos que residem sozinhos avaliados neste trabalho apresentaram, em sua maioria, risco de desnutrição, ausência de depressão geriátrica e alto risco de fragilização. Assim, é necessário que haja intervenções a nível de Atenção Primária à Saúde para manutenção do estado funcional dos idosos e recuperação daqueles que já estão em declínio funcional.

CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Ferreira LF, Silva CM, Paiva AC. Importância da avaliação do estado nutricional de idosos. Braz. J. of H. R. [internet]. 2020 out [acesso em 2022 fev 28]; 3(5):14712-14720. DOI:10.34119/bjhrv3n5-265. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-265>
2. Organização Mundial da Saúde. Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Brasil. 2015. [Acesso em fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>.
3. Santos FC. Qualidade de vida e fatores associados segundo os determinantes sociais da saúde em idosos: estudo transversal de base populacional [dissertação]. Universidade Federal de Minas Gerais; 2018. [acesso em 2022 fev 28]. Disponível em https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/ENFC-B4JGNY/1/francielle_carolina_santos.pdf
4. Duque AM. Determinantes sociais da saúde e envelhecimento: uma abordagem espacial e temporal da realidade do Brasil e de Sergipe [tese]. Universidade Federal de Sergipe; 2019. [acesso em 2022 fev 28]. Disponível em https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/13078/2/ANDREZZA_MARQUES_DUQUE.pdf.
5. Pereira AMVB, Rosa ACDS. Linha guia da saúde do idoso. Paraná: Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, 2018. [acesso em 2022 fev 28]. Disponível em

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/linhaguiasaudeidoso_2018_atualiz.pdf.

6. Cruz RR, Beltrame V, Dallacosta FM. Envelhecimento e vulnerabilidade: análise de 1.062 idosos. R. Bras. de Ger. e Geron. [internet]. 2019. [acesso em 2022 fev 28]; 22(3). <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.180212>
7. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982. [acesso em 2022 fev 28]; 17(1):37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
8. Freire HSS, Oliveira AKS, Nascimento MRF, Conceição MS, Nascimento CEM, Araújo PF et al. Aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage em instituições de longa permanência. R. Nursing [internet]. 2018. [acesso em 2022 fev 28]; 21(237):2030-2035. Disponível em http://www.revistanursing.com.br/revistas/237-evereiro2018/aplicacao_da_escala_de_depressao_geriatica.pdf.
9. Remor CB, Bós AJG, Werlang MC. Características relacionadas ao perfil de fragilidade no idoso. Scientia Medica (Porto Alegre) 2011;21(3):107-112.
10. Ramos, G et al. Fragilidade e funcionalidade familiar de idosos da Atenção Domiciliar: estudo transversal analítico. Acta Paulista de Enfermagem [online] 2022;35. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO009234>
11. Neves, AQ et al. Prevalence of and factors associated with frailty in elderly users of the Family Health Strategy. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia [online] 2018;21(06):680-690. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.180043>
12. Fhon, JRS et al. Frailty and sociodemographic and health factors, and social support network in the brazilian elderly: A longitudinal study. Revista da Escola de Enfermagem da USP [online] 2022;56. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0192>
13. Sampaio LS, Carneiro JAO, Coqueiro RS, Fernandes MH. Indicadores antropométricos como preditores na determinação da fragilidade em idosos. Ciência & Saúde Coletiva,2017;22(12):4115-4123. DOI: 10.1590/1413-812320172212.05522016 <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.05522016>
14. Moraes EN, Carmo JA, Moraes FL, Azevedo RS, Machado CJ, Montilla DER. Clinical-Functional Vulnerability Index-20 (IVCF-20): rapid recognition of frail older adults. Rev Saude Publica [internet]. 2016. [acesso em 2022 fev 28]; 50:81. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006963>
12. Guedes ACB, Gama CR, Tiussi ACR. Avaliação nutricional do idoso: Avaliação Subjetiva Global (ASG) versus Mini Avaliação Nutricional (MAN). Comun. Ciênc. Saúde [internet]. 2008. [acesso em 2022 fev 8]; 19(4): 375-384. Disponível em http://dominioprovisorio.tempsite.ws/pesquisa/revista/2008Vol19_4art03avaliacaonutricional.pdf
13. World Health Organization Expert Committee. Physical status : the use of and interpretation of anthropometry, report of a WHO expert committee. 1995; Geneva: World Health Organization.
14. Heyward VH, Stolarczyk LM. Método antropométrico. Avaliação da composição corporal aplicada. São Paulo: Editora Manole; 73-95, 2000.
15. Pagotto V, dos Santos KF, Malaquias SG, Bachion MM, Silveira EA. Calf circumference: clinical validation for evaluation of muscle mass in the elderly. Rev Bras Enferm [internet]. 2018. [acesso em 2022 fev 28]; 71(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0121>

16. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature-What Does It Tell Us. *J Nutr Health Aging* [internet]. 2005. [acesso em 2022 fev 28]; 10(6): 466-485. Disponível em <https://www.mna-elderly.com/sites/default/files/2021-10/06-GUIGOZ-c.pdf> .
17. Mello AC, Engstrom EM, Alves LC. Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2014. [acesso em 2022 fev 28]; 30(6), 1143-1168. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00148213> .
18. Pegorari MS, Tavares DMS. Factors associated with the frailty syndrome in elderly individuals living in the urban area. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2014. [acesso em 2022 fev 28]; 22(5): 874-882. DOI: 10.1590/0104-1169.0213.2493 <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0213.2493> .
19. Santos PHS, Fernandes MH, Casotti CA, Coqueiro RS, Carneiro JAO. Perfil de fragilidade e fatores associados em idosos cadastrados em uma Unidade de Saúde da Família. *Cien. Saude Colet* [internet]. 2015. [acesso em 2022 fev 28]; 20(6): 1917-1924. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.17232014> .
20. Carneiro JA, Ramos GCF, Barbosa ATF, de Mendonça JMG, da Costa FM, Caldeira AP. Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos não institucionalizados. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2016. [acesso em 2022 fev 28]; 69(3): 435-442. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690304j> .
21. Silva CRDT, Carvalho KM, Figueiredo MLF, Silva-Júnior FL, Andrade EMLR, Nogueira L. Health promotion of frail elderly individuals and at risk of frailty. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2019. [acesso em 2022 fev 28]; 72(2): 319-327. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0575> .
22. Ferreira RDM, Colombo LC, Carneiro TLS, Silva BF, Gimenez GS. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no interior de Rondônia, Brasil. *Repos Inst Facimed*. 2018. [acesso em 2022 fev 28]; 7(1). Disponível em <http://repositorio.facimed.edu.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/77/Colombo.pdf?sequence=1&isAllowed=y> .
23. Teles MEAC. A prevalência de depressão dos idosos que participam do projeto de extensão "Qualidade de Vida na Terceira Idade" no CRAS Vila Nova em Gurupi-TO. *Rev CEREUS* [internet]. 2019 abr. [acesso em 2022 fev 28] 11(1): 39-50. Disponível em: <http://www.ojs.unirg.edu.br/index.php/1/article/view/2368>. <https://doi.org/10.18605/2175-7275/cereus.v11n1p39-50>
24. Tavares DMS, de Almeida EG, Ferreira PCS, Dias FA, Pegorari MS. Status de fragilidade entre idosos com indicativo de depressão segundo o sexo. *J Bras Psiquiatr* [internet]. 2014. [acesso em 2022 fev 28]; 63(4): 347-353. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000044> .
25. World Health Organization WHO. Depression: a global crisis. World Mental Health Day Occoquan, USA: World Federation for Mental Health. 2012.
26. Costa MAO, Cruz ACM. Depressão e suicídio em idosos no Brasil: revisão de literatura. *Rev Eletrônica Acervo Saúde* [internet]. 2020. [acesso em 2022 fev 28]; 12(12). <https://doi.org/10.25248/reas.e4323.2020>
27. Leandro-França C, Giardini Murta S. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão* [internet]. 2014. [acesso em 2022 fev 28]; 34(2): 318-329. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001152013> .
28. Nascimento PPP, Batistoni SST. Depressão e fragilidade na velhice: uma revisão narrativa das publicações de 2008-2018. *Interface (Botucatu)*. 2019. [acesso em 2022 fev 28]; 23. <https://doi.org/10.1590/Interface.180609> .
29. Melo JNS, de Mello AV, Coelho HDS. Consumo de alimentos ultraprocessados por idosos

frequentadores de uma clínica integrada de saúde em São Paulo. Saúde (Santa Maria) [internet]. 2020. [acesso em 2022 fev 28]; 46(1). Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/41656>
<https://doi.org/10.5902/2236583441656>

30. Rocha MS, Santos GM, Silva BBM, Silva BLS, Nascimento LM, Nunes IFOC et al. Metabolic syndrome and nutritional state of elderly residents in capital of northeast Brazil. RSD [internet]. 2020. [acesso em 2022 fev 28]; 9(10):e8029109161. Disponível em <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/9161>.
<https://doi.org/10.33448/rsd-v9i10.9161>

31. Kuzuya M. Nutritional status related to poor health outcomes in older people: Which is better, obese or lean? Geriatr Gerontol Int. 2020. [acesso em 2022 fev 28]; 21(1): 5-13. <https://doi.org/10.1111/ggi.14088>

32. Silva LO, Ramos IOC, Nunes DP, Netto LSS, Osório NB, Rezende FAC. Relação do estado nutricional com capacidade funcional e fragilidade em idosos. Rev Humanidades e Inovações. 2019. [acesso em 2022 fev 28]; 6(11): 139-149. Disponível em <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/1580>.

33. Panuganti KK, Nguyen M, Kshirsagar RK. Obesity. 2021 Aug 11. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 29083734.

IMPACTO DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, ESTRESSE E DEPRESSÃO NO ESTADO NUTRICIONAL, QUALIDADE E COMPULSÃO ALIMENTAR DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Caroline Novais Dionizio, Maria Eduarda Magrini Alexandre, Giovana Goncalves Fama, Marilda Moreira da Silva, Bianca Depieri Balmant Azevedo

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: biancadepieribalmant@hotmail.com

RESUMO

Este estudo teve como objetivo associar a ocorrência de transtornos de ansiedade, estresse e depressão com estado nutricional, qualidade e compulsão alimentar de estudantes universitários. Para isso, foi aplicado o questionário DASS-21 (do inglês, *Depression, Anxiety and Stress Scale*) para identificar transtornos de ansiedade, estresse e depressão; a Escala Brasileira de Compulsão Alimentar Periódica para identificar transtorno de compulsão alimentar; o Teste de Qualidade da Alimentação para avaliar a qualidade alimentar; e realizado o índice de massa corporal (IMC) em 200 estudantes do nível superior de ensino. Os resultados foram apresentados em valores percentuais e foi realizado a correlação *Pearson* para verificar a correlação entre as variáveis do estudo. Foi observado uma prevalência de eutrofia, seguido de sobrepeso pelo IMC. Em relação aos transtornos mentais, observou-se que 70,2%, 72% e 62,5% dos participantes possuíam algum grau de transtorno de ansiedade, depressão e estresse, respectivamente. Observou-se que a compulsão alimentar possui uma correlação positiva moderada com os transtornos de ansiedade, estresse e depressão. Também foi observado uma correlação positiva moderada entre o estado nutricional avaliado pelo IMC com a compulsão alimentar. Conclui-se que há uma alta prevalência de transtornos de ansiedade, estresse e depressão em estudantes universitários e que esses transtornos estão associados com a compulsão alimentar.

Palavras-chave: Transtornos mentais, consumo alimentar, comportamento alimentar, nutrição, obesidade.

IMPACT OF ANXIETY, STRESS AND DEPRESSION DISORDERS ON THE NUTRITIONAL STATUS, QUALITY AND BINGE EATING OF UNIVERSITY STUDENTS

ABSTRACT

This study aimed to associate the occurrence of anxiety, stress and depression disorders with nutritional status, quality and binge eating in university students. For this, the DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scale) questionnaire was applied to identify anxiety, stress and depression disorders; the Brazilian Periodic Eating Compulsion Scale to identify binge eating disorder; the Food Quality Test to assess food quality; and performed the body mass index (BMI) in 200 students of higher education. The results were presented in percentage values and the Pearson correlation was performed to verify the correlation between the study variables. A prevalence of eutrophy was observed, followed by overweight by BMI. Regarding mental disorders, it was observed that 70.2%, 72% and 62.5% of the participants had some degree of anxiety, depression and stress disorders, respectively. It was observed that binge eating has a moderate positive correlation with anxiety, stress and depression disorders. A moderate positive correlation was also observed between nutritional status assessed by BMI and binge eating. It is concluded that there is a high prevalence of anxiety, stress and depression disorders in university students and that these disorders are associated with binge eating.

Keywords: Mental disorders, food consumption, eating behavior, nutrition, obesity.

INTRODUÇÃO

A juventude é um período de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por intensas mudanças corporais e por impulsos do desenvolvimento emocional, social e mental.¹ É nessa fase que ocorrem mudanças expressivas nos padrões sociais, exigindo do ser humano uma maior capacidade de

adaptação física, mental e social, principalmente para aqueles que ingressam no ensino superior. Neste contexto, a ansiedade pode surgir como mecanismo de fuga.²

A ansiedade, estresse e depressão são problemas mentais cuja alta prevalência tem sido observada no mundo todo, principalmente em jovens e adolescentes. Esses transtornos são caracterizados por sentimentos de preocupação excessiva, cansaço, problemas de concentração, inquietação e dificuldade em dormir. Além disso, é comum nessa situação a sensação desagradável de apreensão, muitas vezes acompanhada de sintomas físicos como transpiração, palpitações, batimentos cardíacos acelerados, leve desconforto no estômago, tensão muscular, boca seca, calafrios, formigamentos, aumento da frequência urinária e dor de cabeça.³

Na graduação é frequente o desenvolvimento de sintomas de estresse, o que propicia muitos universitários a desencadearem os transtornos de ansiedade e depressão.⁴ Isto porque, durante a faculdade, o estudante se depara com problemas antes não vivenciados, para os quais é necessário um processo de adaptação, associado a socialização com novos colegas e professores, regras e conteúdos de aprendizagem que exigem maior autonomia e responsabilidade. Paralelamente, a rotina de estudos aumenta e as dificuldades associadas à conclusão do curso e as expectativas com o mundo do trabalho se apresentam como importante fonte de desgaste e exaustão emocional,⁵ o que pode influenciar no comportamento e desencadear os transtornos de ansiedade e depressão.⁶

Neste contexto, o sentimento negativo de medo e angústia pode motivar o indivíduo a fazer uma ingestão de alimentos quantitativamente e/ou qualitativamente inadequada, interferindo no comportamento alimentar e levando a episódios de compulsão alimentar. Normalmente, essa ingestão alimentar realizada como forma de refúgio é caracterizada por um maior consumo de energia total, com predomínio de carboidratos e gorduras.^{7,8} Portanto, esse padrão alimentar inadequado associado aos quadros de ansiedade e estresse nesta população, tem sido responsável por um desfecho negativo preocupante, que é a obesidade.⁹

A identificação de comportamentos alimentares relacionados à ansiedade, estresse e depressão pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções direcionadas para o combate à obesidade e outros transtornos e problemas de saúde na população.¹⁰ Embora existam exemplos na literatura que relacionam a ansiedade a comportamentos alimentares específicos como alimentação seletiva em crianças,¹¹ comportamentos alimentares desordenados em adolescentes¹² e aumento do consumo de gorduras saturadas e açúcares adicionados,¹³ dados sobre o impacto do comportamento alimentar na ansiedade, estresse e depressão, ou vice-versa, em universitários são escassos e merecem atenção, devido aos efeitos duradouros e potenciais riscos à saúde associados aos hábitos que são formados durante essa fase.

Este estudo teve como objetivo associar a ocorrência de transtornos de ansiedade, estresse e depressão com estado nutricional, qualidade e compulsão alimentar de estudantes universitários.

MÉTODOS

O presente estudo é de caráter observacional, descritivo, quantitativo e transversal, realizado com 200 estudantes do nível superior de ensino da região do Oeste Paulista.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 47262721.4.0000.5515), seguindo as normas da Resolução CNS 466/2012 do CONEP, conduzida em acordo com os princípios éticos de não maleficência, beneficência, justiça e autonomia contidas na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Foram incluídos indivíduos com idade entre 18 e 35 anos, matriculados em qualquer curso de ensino superior e que aceitasse a participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles que não respondessem corretamente aos questionários do estudo.

Os indivíduos foram abordados em locais públicos, em diferentes dias da semana. Para minimização do contato físico com os participantes, foi utilizado um aplicativo de gerenciamento de pesquisas (Google Forms, Google Corp®) para coleta dos dados do estudo. Os questionários foram autoaplicados pelo participante, com auxílio do pesquisador treinado.

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Os participantes foram questionados sobre seu sexo, idade, curso e período letivo da graduação. Identificação de Transtornos de Ansiedade, Estresse e Depressão

Para identificação dos transtornos de ansiedade, estresse e depressão, foi utilizado o questionário DASS-21 (do inglês, *Depression, Anxiety and Stress Scale*).¹⁴ Esta ferramenta mede os níveis desses transtornos a partir de comportamentos e sensações experimentados nos últimos sete dias, por meio de 21 perguntas. Cada pergunta é classificada em uma escala *Likert* de quatro pontos de frequência ou gravidade das experiências dos participantes durante a última semana, com a intenção de enfatizar os estados emocionais.

A DASS-21 tem demonstrado ser uma medida confiável e válida para análise da saúde mental por apresentar qualidades psicométricas favoráveis. A classificação foi realizada a partir do escore obtido na ferramenta.¹⁴

Identificação de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódico

A identificação de transtorno de compulsão alimentar periódico (TCAP) foi realizada por meio da Escala Brasileira de Compulsão Alimentar Periódica (ECAP).¹⁵

A escala é composta por três etapas: na primeira são definidas as características da compulsão alimentar periódica; na segunda é apresentado afirmativas que refletem a gravidade de cada característica; e na terceira, é avaliado a frequência, quantidade de comida e o grau de emoção envolvido num episódio de compulsão alimentar. Cada afirmativa corresponde um número de pontos de 0 a 3, abrangendo desde a ausência (“0”) até a gravidade máxima (“3”). Os indivíduos com pontuação menor ou igual a 17 foram considerados sem TCAP; com pontuação entre 18 e 26 foram considerados com TCAP moderada; e aqueles com pontuação maior ou igual a 27, com TCAP grave.¹⁵

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

O estado nutricional dos participantes foi avaliado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC), que é obtido pela divisão do peso corporal (em Kg) pela estatura (em m) ao quadrado.^{16,17} Os dados de peso e altura foram obtidos pelo relato dos participantes, considerando um tempo de aferição menor que 3 meses.

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE ALIMENTAR

A avaliação do consumo alimentar foi realizada de forma qualitativa, a partir de um instrumento criado pelo Ministério da Saúde denominado Teste de Qualidade da Alimentação.¹⁸ O questionário possui 18 perguntas que envolvem a quantidade de frutas, legumes e hortaliças consumidas, frequência da ingestão de leite e derivados, peixes, carnes vermelhas, quantidade de líquido ingerido por dia, quantidade de refeições realizadas no dia e quantidade de alimentos gordurosos, açucarados e industrializados consumidos no dia.

Os participantes foram classificados em hábitos alimentares muito ruins (até 28 pontos), ruins (29 a 42 pontos) e adequados (43 pontos ou mais).¹⁸

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram organizados em uma planilha no software EXCEL® após a coleta. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística simples e descritiva e os resultados foram apresentados em média \pm desvio padrão e valores percentuais. Para verificar a existência de correlação entre variáveis quantitativas foi aplicado o teste de *Pearson*, por meio do *software* R, sendo considerado significativo um p-valor menor que 0,05.

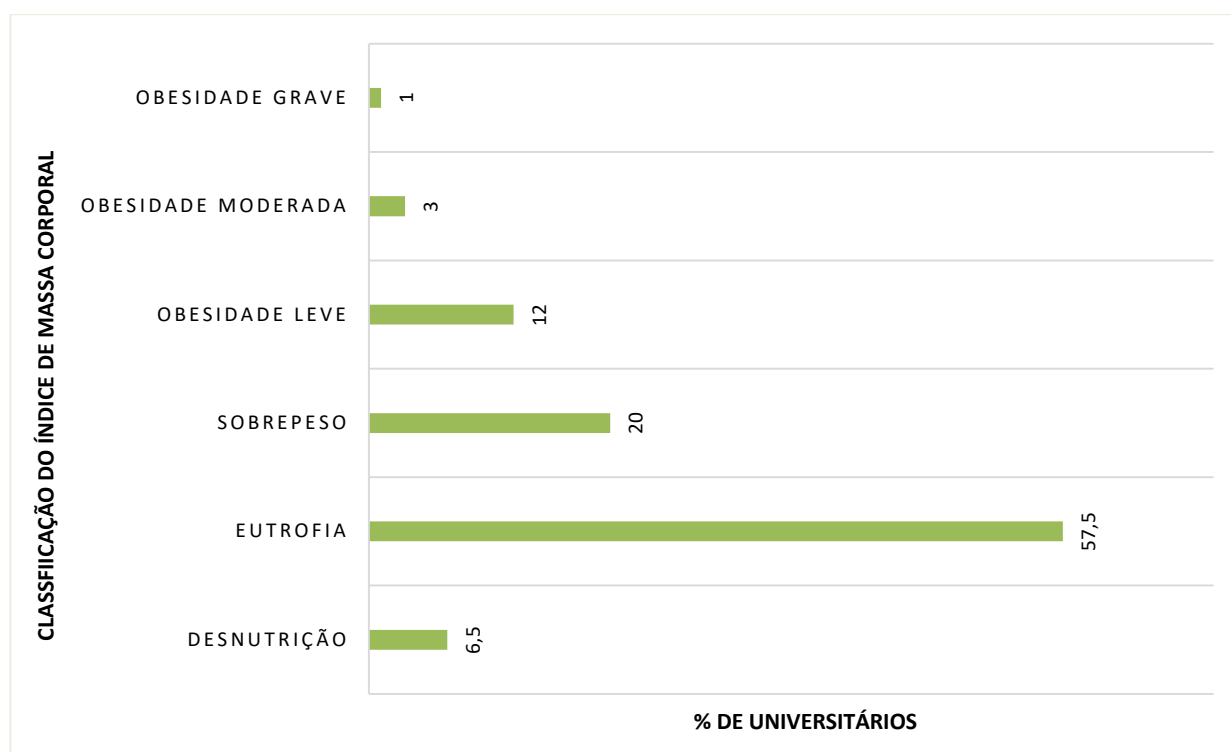
RESULTADOS

Foram incluídos 200 estudantes universitários, com média de idade de 21,34 \pm 03,46 anos. A Tabela 1 apresenta as características gerais dos indivíduos.

Tabela 1. Características gerais de estudantes universitários participantes deste estudo.

Características		n= 200	%
Sexo	Feminino	155	77,50
	Masculino	44	22,50
Área da Graduação	Humanas	20	10,00
	Exatas	40	20,00
	Saúde	136	68,00
	Outras	04	02,00
Período da Graduação	1º ano	58	29,00
	2º ano	50	25,00
	3º ano	41	20,50
	4º ano	30	15,00
	5º ano ou mais	21	10,50

Dentre os participantes, foi observado uma prevalência de eutrofia, seguido de sobrepeso pelo IMC, conforme demonstrado na figura 1.

**Figura 1.** Estado nutricional pelo Índice de Massa Corporal de estudantes universitários (n=200).

Em relação aos transtornos mentais, observou-se que 70,2%, 72% e 62,5% dos participantes possuíam algum grau de transtorno de ansiedade, depressão e estresse, respectivamente (Figura 2).

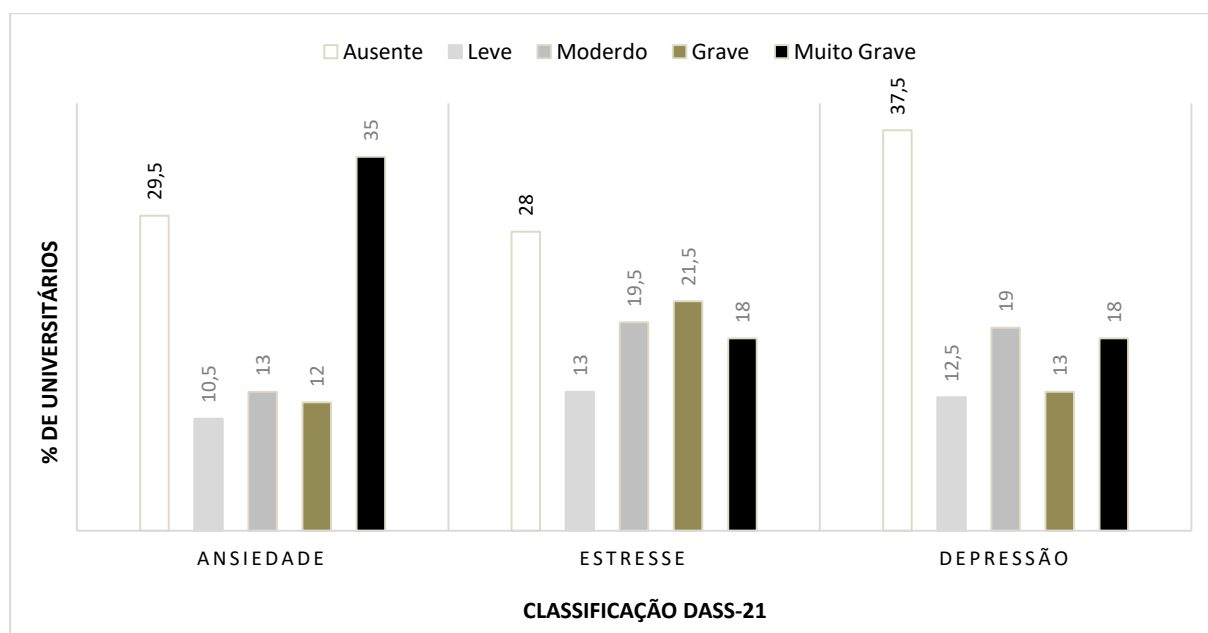


Figura 2. Classificação dos transtornos de ansiedade, estresse e depressão de acordo com o questionário DASS-21 (do inglês, *Depression, Anxiety and Stress Scale*) em estudantes universitários (n=200).

A qualidade da alimentação dos universitários foi classificada como ruim em 67,5%. Entretanto, apenas 24,5% dos participantes apresentou algum grau de compulsão alimentar (Tabela 2).

Tabela 2. Qualidade e compulsão alimentar de estudantes universitários participantes deste estudo.

Variável		n= 200	%
Qualidade Alimentar	Adequada	13	06,50
	Ruim	135	67,50
	Muito ruim	52	26,00
Compulsão Alimentar	Ausente	151	75,50
	Moderada	29	14,50
	Grave	20	10,00

Foi testado se os transtornos de ansiedade, estresse e depressão estão associados com o estado nutricional, qualidade e compulsão alimentar (Tabela 3). Observou-se que a compulsão alimentar possui uma correlação positiva moderada com os transtornos de ansiedade, estresse e depressão.

Tabela 3. Correlação entre os transtornos de ansiedade, estresse e depressão avaliados pelo questionário DASS-21 (do inglês, *Depression, Anxiety and Stress Scale*) com o índice de massa corporal (IMC), qualidade e compulsão alimentar de estudantes universitários participantes deste estudo (n=200)

	ANSIEDADE r (p-valor)*	ESTRESSE r (p-valor)*	DEPRESSÃO r (p-valor)*
IMC	0,11 (0,091)	0,12 (0,071)	0,16 (0,019)
Qualidade Alimentar	-0,09 (0,178)	-0,13 (0,053)	-0,13 (0,054)
Compulsão Alimentar	0,36 (<0,001)	0,42 (<0,001)	0,37 (<0,001)

*= Correlação de Pearson; em negrito=significância estatística

Também foi observado uma correlação positiva moderada entre o estado nutricional avaliado pelo IMC com a compulsão alimentar ($r=0,35$; $p<0,001$), porém, o IMC não apresentou correlação significativa com a qualidade alimentar ($r=0,02$; $p=0,736$). Paralelamente, a qualidade alimentar possui uma correlação negativa fraca, porém significativa, com a compulsão alimentar ($r=-0,14$; $p=0,042$).

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a associação entre transtornos de ansiedade, estresse e depressão com o estado nutricional, qualidade e compulsão alimentar de estudantes universitários e identificou que a variável que mais influencia os transtornos mentais, ou vice versa, é a compulsão alimentar. Além disso, este estudo identificou que quanto maior a gravidade da compulsão alimentar, maior é o índice de massa corporal e pior é a qualidade alimentar.

O comportamento alimentar é influenciado por diversos fatores, como socioeconômicos, culturais, psicológicos e também pelo estado emocional.¹⁰ Estudos indicam que existe uma relação entre a alimentação e o estado emocional dos indivíduos, na qual o estresse elevado, a ansiedade e a depressão podem afetar o comportamento alimentar e levar ao aparecimento de transtornos alimentares.^{7,10,19}

Penaforte et al.²⁰ realizaram uma pesquisa com 30 estudantes da graduação e identificaram que naqueles indivíduos com maior grau de estresse, o comportamento alimentar era modificado. Outro estudo também obteve resultados semelhantes, na qual a maioria dos 222 estudantes dos cursos da área da saúde, apresentaram altos níveis de estresse.²¹ O estresse está associado a alimentação emocional, na qual o indivíduo realiza as refeições em resposta a emoções negativas, buscando o conforto.^{22,23}

Apesar da depressão e da ansiedade poderem ocorrer em indivíduos de qualquer idade, é crescente o número de adolescentes e adultos jovens que apresentam estes transtornos, em especial, os que estão ingressando na universidade, devido as mudanças ocorridas na rotina, exigências do curso, frustrações envolvendo as provas, estágios e o trabalho de conclusão do curso.²⁴⁻²⁶ Além disto, este período é marcado por alterações biológicas e pela transição da adolescência para a fase adulta, o que contribui para essa população ser mais vulnerável aos transtornos mentais.²⁷

Diversos estudos identificaram a presença de ansiedade e depressão em estudantes universitários em diversas localidades do mundo.²⁸⁻³⁰ Um estudo brasileiro realizado com 201 acadêmicos dos cursos de enfermagem, fisioterapia, ciências contábeis, engenharia civil e engenharia de produção identificou 37,5% de universitários com sintomas de ansiedade e 10% com sintomas depressivos.²⁵ Outros estudos identificaram prevalências mais altas de transtornos de ansiedade, como o do presente estudo.^{30,31} Essa prevalência é ainda maior em estudantes da área da saúde, quando comparado com estudantes de outras áreas,³²⁻³⁴ devido a múltiplos fatores como os cuidados despendidos a outras pessoas, o que gera mais sofrimento e pressões diárias.³⁵

Estudos também indicam que existe uma associação entre o período do curso e a gravidade dos transtornos mentais.^{36,37} Araújo e Machado³⁶ observaram que a maior parte dos alunos que apresentaram sintomas de forma mais evidente de ansiedade, depressão e estresse, estavam no 3º e 5º período do curso de graduação. Marchini et al.³⁷ também observaram que os alunos que estavam cursando os últimos semestres apresentaram níveis mais elevados de estresse em comparação com alunos dos termos iniciais.

Em virtude do estresse, ansiedade e depressão que acometem os universitários, seus hábitos alimentares também podem ser impactados negativamente, na tentativa de gerar sensação de prazer e melhora do humor.²⁰ Diversos estudos encontraram uma correlação positiva entre os níveis de estresse e o consumo de alimentos ricos em carboidratos e gorduras,^{21,38} sendo que as consequências frequentes que acometem esses indivíduos são o sobrepeso e a obesidade.³⁹

Assim como na presente pesquisa, Gonçalves et al.²¹ encontraram em 222 universitários dos cursos de nutrição, enfermagem e farmácia, um número considerável de estudantes que apresentavam sobrepeso. Os índices significativos de sobrepeso e obesidade entre os universitários, que persiste ao longo da graduação, pode ser explicado pela extensa carga horária dos cursos, além da exigência de tempo e dedicação aos estudos que os influencia a fazer escolhas alimentares mais práticas e rápidas como fast-food por exemplo, o que contribui com o peso elevado.⁴⁰

Neste contexto e considerando os resultados obtidos neste estudo, conclui-se que há uma alta prevalência de transtornos de ansiedade, estresse e depressão, além de uma qualidade de alimentação ruim em estudantes universitários. Conclui-se também que esses transtornos estão associados com a compulsão alimentar periódica. Intervenções que ajudem os indivíduos a regular e lidar melhor com a ansiedade, estresse e depressão podem ser um caminho potencial para reduzir os transtornos alimentares e a obesidade na população.

AGRADECIMENTOS

À Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE pelo financiamento desta pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver qualquer potencial de conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Papier K, Ahmed F, Lee P, Wiseman J. Stress and dietary behaviour among first-year university students in Australia: sex differences. *Nutrition*. 2015 Feb;31(2):324-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.08.004>
2. Finan LJ, Ohannessian CM, Gordon MS. Trajectories of depressive symptoms from adolescence to emerging adulthood: The influence of parents, peers, and siblings. *Dev Psychol*. 2018 Aug;54(8):1555-67. DOI: <https://doi.org/10.1037/dev0000543>
3. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021 Mar 6;397(10277):914-27. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7)
4. Medeiros PP, Bittencourt FO. Fatores associados à Ansiedade em Estudantes de uma Faculdade Particular. *Id onLine Rev Multi Psic*. 2017;10(33):42-55. DOI: <https://doi.org/10.14295/online.v10i33.594>
5. Pereira SM, Lourenço LM. O estudo bibliométrico do transtorno de ansiedade social em universitários. *ABP*. 2012;64(1):47-62. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2290/229023819005.pdf>. Acesso em 16 de outubro de 2020.
6. Padovani RC, Neufeld CB, Maltoni J, Babosa LNF, Souza WF, Cavalcanti HAF, et al. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *RBTC*. 2014;10(1):2-10. DOI: <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140002>
7. Fortes L, Almeida S, Ferreira ME. Influência da ansiedade nos comportamentos de risco para os transtornos alimentares em ginastas. *RBAFS*. 2013;18(5):546. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.18n5p546>
8. França CL, Biagini M, Mudesto APL, Alves ED. Contribuições da psicologia e da nutrição para a mudança do comportamento alimentar. *Estud Psico*. 2012;17(2):337-45. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200019>
9. Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatr*. 2019 Jun;33(2):72-89. English. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40211-019-0302-9>
10. Hussenoeder FS, Conrad I, Engel C, Zachariae S, Zeynalova S, Glaesmer H, et al. Analyzing the link between anxiety and eating behavior as a potential pathway to eating-related health outcomes. *Sci Rep*. 2021 Jul 19;11(1):14717. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-021-94279-1>
11. Farrow CV, Coulthard H. Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. *Appetite*. 2012 Jun;58(3):842-6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.017>
12. Lee KS, Vaillancourt T. A Four-Year Prospective Study of Bullying, Anxiety, and Disordered Eating Behavior Across Early Adolescence. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2019 Oct;50(5):815-25. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00884-7>
13. Masana MF, Tyrovolas S, Kolia N, Chrysohoou C, Skoumas J, Haro JM, Tousoulis D, Papageorgiou C, Pitsavos C, Panagiotakos DB. Dietary Patterns and Their Association with Anxiety Symptoms among Older Adults: The ATTICA Study. *Nutrients*. 2019 May 31;11(6):1250. DOI: <https://doi.org/10.3390/nu11061250>

14. Lovibond SH, Lovibond PF. Manual for the Depression, Anxiety, Stress Scales Australia. 1995. Disponível em: <http://www2.psy.unsw.edu.au/dass/>. Acesso em 16 de novembro de 2020. <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
15. Freitas S, Lopesa CS, Coutinho W, Appolinariob JC. Tradução e adaptação para o português da Escala de Compulsão Alimentar Periódica. Rev Bras Psiquiatr. 2001;23(4): 215-20. DOI: <https://doi.org/10.1037/t01004-000>
16. World Health Organization. Press release 46. Obesity epidemic puts millions at risk from related diseases. Disponível em: <http://www.who.int/archives/int-pr-1997//en/pr9/-46.html>. Acesso em 10 de junho de 2022.
17. World Health Organization. Waist Circumference and Waist-hip Ratio: Report of a WHO Expert Consultation; WHO: Geneva, Switzerland, 2011, vi, 39 p.
18. Brasil, Ministério da Saúde (MS). Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Alimentação saudável para todos: siga os 10 passos. [Internet]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosAdultos.pdf>. Acesso em 10 junho de 2022.
19. Zellner DA, Saito S, Gonzalez J. The effect of stress on men's food selection. Appetite. 2007;49(3):696-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.06.013>
20. Penaforte FRO, Motta NC, Japur CC. Associação entre estresse e comportamento alimentar em estudantes universitários. Demetra. 2014;11(1):225-37. DOI: <https://doi.org/10.12957/demetra.2016.18592>
21. Gonçalves RDC. Estado nutricional e do comportamento alimentar dos estudantes dos cursos da saúde do Centro de Educação e Saúde da UFCG – Cuité/PB. [Monografia]. Cuité: Universidade Federal da Paraíba, 2019. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/12384>. Acesso em 10 de junho de 2022.
22. Bettin BPC, Ramos M, Oliveira V. Alimentação emocional: narrativa histórica e o panorama atual. Rev Bras Obes Nutr e Emagrecim. 2019;13(80):674-86.
23. Dalmazo AL, Fetter C, Goldmeier S, Irigoyen MC, Pellanda LC, Barbosa ECD, et al. Estresse e consumo alimentar em pacientes hipertensos. Arq Bras Cardiol. 2018;113(3):374-80. DOI: <https://doi.org/10.5935/abc.20190175>
24. Brito LKF, Ferreira JB. Nível de ansiedade e stress em estudantes universitários: uma revisão integrativa. Rev Mult Psic 2019;13(48):852-61. DOI: DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v13i48.2294>
25. Borges C, Francescato R, Hoefei AL. Fatores associados à presença de sintomas de ansiedade e depressão em acadêmicos de diferentes cursos de um centro universitário no sul do país. Rev Bras Obes Nutr e Emagrecim. 2020;14(84):17-28.
26. Barreto S. Depressão em jovens universitários. Rev Enferm Contemp. 2020;9(1):6-8. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v9i1.2852>
27. Toti TG, Bastos FA, Rodrigues PF. Fatores associados à ansiedade e depressão em estudantes universitários do curso de educação física. Revista Saúde Física e Mental. 2018;6(2):21-30.
28. Coentre R, Faravelli C, Figueira ML. Assessment of depression and suicidal behaviour among medical students in Portugal. Int J of Med Educat. 2016;7:354-63. DOI: <https://doi.org/10.5116/ijme.57f8.c468>

29. Cheung T, Wong SY, Wong KY, Law LY, Ng K, Tong MT, et al. Depression, anxiety and symptoms of stress among baccalaureate nursing students in Hong Kong: a cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(8):779. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph13080779>
30. Mayer BF, Santos IS, Silveira PSP, Lopes MHI, Souza ARND, Campos EP, et al. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study. *BMC Med Educ*. 2016;16(1):282. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0791-1>
31. Barroso SM, Oliveira NR, Andrade VS. Solidão e depressão: relações com características pessoais e hábitos de vida em universitários. *Psi: Teor e Pesq*. 2019;35(e35427):1-12. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0791-1>
32. Fernandes MA, Vieira FER, Silva JS, Avelino FVSD, Santos JDM. Prevalence of anxious and depressive symptoms in college students of a public institution. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl. 5):2298-304. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0752>
33. Victoria MS, Bravo A, Felix AK, Neves BG, Rodrigues CB, Ribeiro CCP, et al. Níveis de ansiedade e depressão em graduandos da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). *Encontro: Revista de Psicologia*. 2013;16(25):163-75.
34. Lantyer AS, Varanda CC, Souza FG, Pafovani RC, Viana MB. Ansiedade e qualidade de vida entre estudantes universitários ingressantes: avaliação e intervenção. *Rev Bras Terap Comportam Cognit*. 2016;18(2):4-19. DOI: <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v18i2.880>
35. Facioli AM, Barros AF, Melo MC, Ogliari ICM, Custódio RJM. Depressão entre estudantes de enfermagem e sua associação com a vida acadêmica. *Rev Bras Enfermag*. 2020;73(1):1-6. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0173>
36. Araujo FM, Machado MP. Ansiedade, estresse e depressão associado ao índice de rendimento acadêmico em estudantes de fisioterapia. [Dissertação]. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2019.
37. Marchini DMF, Cardoso R, Oswaldo Y, Pires SRI. Análise de estresse e qualidade de vida em alunos universitários. *Rev Administ Unimep*. 2019;17(3):141-64.
38. El Ansari W, Adetunji H, Oskrochi R. Food and mental health: relationship between food and perceived stress and depressive symptoms among university students in the United Kingdom. *Cent Eur J Public Health*. 2014;22(2):90-7. DOI: <https://doi.org/10.21101/cejph.a3941>
39. Salazar Blandón DA, et al. Ansiedad, presión y actividad física asociados a sobreeso/obesidade em estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2016;21(2):99-113. DOI: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2016.21.2.8>
40. Jesus AT, Vilas Boas NA, Amaral EC, Pedroso LM, Simon SLF, Santos MB, et al. Prevalência de obesidade e sobrepeso em acadêmicos do 3º e 8º período do curso de odontologia em Rondônia/Brasil. *Rev Elet AcerV Saúde*. 2020;12(12):1-8. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e4897.2020>

QUALIDADE ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL RELACIONADO À PREVALÊNCIA DE LITÍASE BILIAR EM PACIENTES INTERNADOS EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR PAULISTA

Sandra Cristina Genaro, Marina Quartieri Feliciano, Marco Antonio Miranda, Karianne Delalibera Hinokuma

Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE, Presidente Prudente, SP. E-mail: marinaguart@outlook.com

RESUMO

Objetivou-se relacionar a qualidade alimentar e o estado nutricional com a prevalência de litíase biliar em pacientes internados em um hospital público do interior paulista. Participaram 24 pacientes acima de 19 anos com diagnóstico de colelitíase, coledocolitíase, colecistite ou que tivesse feito cirurgia de colecistectomia ou coledocotomia. Aplicou-se um questionário sociodemográfico e uma avaliação da frequência do consumo de fibras, além do questionário de frequência alimentar. Para a análise dos dados foi criado um banco de dados e apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos de setores. A média de idade dos pacientes era de 45 anos e as mulheres foram as mais prevalentes (71%). O sobrepeso foi mais evidente no estudo (37,5%), concordando com o alto consumo de gorduras saturadas e trans e baixo consumo de fibras em 92% dos indivíduos. Concluiu-se que a litíase biliar observada nos pacientes do estudo pode estar relacionada com a qualidade alimentar.

Palavras-chave: Alimentação saudável, avaliação nutricional, colelitíase, colecistectomia, vesícula biliar.

FOOD QUALITY AND NUTRITIONAL STATUS RELATED TO THE PREVALENCE OF GALLSTONES IN PATIENTS ADMITTED TO A PUBLIC HOSPITAL IN THE INTERIOR OF SÃO PAULO

ABSTRACT

The objective was to relate food quality and nutritional status with the prevalence of gallstones in patients admitted to a public hospital in the interior of São Paulo. There were 24 patients over 19 years old with a diagnosis of cholelithiasis, choledocholithiasis, cholecystitis or who had undergone cholecystectomy or choledocotomy surgery. A sociodemographic questionnaire and an assessment of the frequency of fiber consumption were applied, in addition to the food frequency questionnaire. For data analysis, a database was created and presented in the form of tables, charts and sector graphs. The mean age of patients was 45 years and women were the most prevalent (71%). Overweight was more evident in the study (37.5%), agreeing with the high consumption of saturated and trans fats and low fiber consumption in 92% of the individuals. It is concluded that the gallstones observed in the study patients may be related to dietary quality.

Keywords: Healthy eating, nutritional assessment, cholelithiasis, cholecystectomy, gallbladder.

INTRODUÇÃO

A vesícula biliar é um órgão cuja função é receber e armazenar a bile produzida no fígado, antes que esta vá para o intestino e cumpra seu papel na digestão, principalmente dos alimentos ricos em gordura. Este composto é formado por várias substâncias, incluindo sais minerais, o qual se mostrou um importante sinalizador da nossa microbiota intestinal em relação à regulação da fisiologia. Com o tempo esses sais podem se armazenar no lúmen do órgão, formando cálculos, condição também conhecida como colelitíase^{1,2}.

A prevalência de colelitíase nos Estados Unidos da América (EUA) é de mais de 25 milhões de casos com pelo menos um milhão de novos casos por ano. Tal enfermidade é muito comum em países ocidentais, notando-se maior incidência em mulheres e idosos³.

No Brasil, embora os estudos ainda sejam escassos e relativamente limitados, Coelho *et al.*⁴ avaliou, em necropsia, 1303 vesículas e encontrou uma ocorrência de 7,8% de cálculo biliar, o qual a maior incidência foi em mulheres (5,3%) e menor em homens (3,9%). Em outro estudo, Torres *et al.*⁵ analisou o resultado de 500 ultrassonografias que buscavam o esclarecimento de sintomas não relacionados à vesícula

ou a via biliar e encontrou cálculos biliares em 92 (18,4%) pacientes, sendo em 16% dos homens e 20,8% das mulheres.

Existem três tipos de cálculos biliares: cálculos de colesterol, cálculos pigmentados e cálculos mistos. Os cálculos de colesterol são responsáveis por 70% dos casos⁶ e sua formação ocorre através do aumento das concentrações de colesterol, as quais podem exceder a capacidade de solubilização da bile, formando cristais monoidratados de colesterol^{7,8,9}.

Os cálculos pigmentados são subdivididos em negros e marrons, contêm quantidades significativas de pigmentos, como a bilirrubina e são formados por sais de cálcio, bilirrubinas e proteínas⁶. Sua formação ocorre através de distúrbios associados a níveis elevados de bilirrubina não conjugada na bile que podem exceder sua capacidade de solubilização^{7,8,9}.

Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento de colelitíase, grande parte deles têm forte relação com doenças relacionadas à nutrição. Neste sentido, a literatura destaca dietas restritivas, jejum prolongado e alimentação parenteral total por aumentarem a estase biliar, cirurgia bariátrica e rápida perda de peso, obesidade, que causa uma maior secreção da enzima que produz o colesterol, ou seja, HmG-CoA redutase hepática, tendo como resultado a formação de bile supersaturada com colesterol. Sobre diabetes e resistência à insulina, a literatura sugere que a hiperinsulinemia e neuropatia diabética induzam à supersaturação de colesterol na bile e além da hipomobilidade da vesícula biliar^{7,10,11,12}.

A dislipidemia, hipertrigliceridemia e baixas concentrações da fração HDL-c são correlacionados à supersaturação da bile com colesterol, aumentando o risco para formação de cálculos de colesterol, bem como de cálculos pigmentados¹³.

Os fatores que protegem contra a lipogênese incluem a prática de exercício físico, associada à diminuição da resistência à insulina e aumento da motilidade intestinal, reduzindo assim a absorção intestinal de colesterol da dieta. Ademais, os fatores de proteção dietéticos incluem a ingestão de uma dieta rica em fibras, que acelera o trânsito intestinal e a ingestão de alguns componentes da alimentação como cálcio, magnésio, vitamina C, consumo moderado de álcool e café^{11,12,14}.

De acordo com Nelson¹⁵ indivíduos que seguem uma dieta vegetariana apresentaram menores riscos para diversas patologias, incluindo hipercolesterolemia, a qual possui fator de risco significativo para o desenvolvimento de litíase biliar. A redução do risco de litíase biliar está relacionada a uma menor ingestão de gorduras saturadas e colesterol, bem como a um aumento do consumo de alimentos antioxidantes com menor índice calórico.

Sabe-se que o alto consumo de gorduras saturadas está associado com alterações no perfil lipídico, e este por sua vez leva ao sobrepeso e obesidade. A condição de excesso de tecido adiposo corporal associa-se ao estresse oxidativo, fazendo com que o indivíduo necessite utilizar mais nutrientes antioxidantes, presentes nos alimentos de origem vegetal¹⁶.

Um estudo realizado em Teresina-PI com pacientes submetidos à colecistectomia encontrou associação de dieta hipercalórica e hiperlipídica, composta predominantemente de gorduras saturadas, com o surgimento de cálculos biliares. Realizou-se também uma importante associação de fatores culturais e sociais com os hábitos alimentares, demonstrando que o grupo de pacientes que possuíam renda de até um salário-mínimo também tinham uma base alimentar composta majoritariamente de carnes, ovos, cereais, óleos e gorduras¹⁷.

Holanda e Lima Júnior¹⁸ analisaram os laudos de 1.278 amostras de vesículas biliares de um laboratório de patologia da Paraíba, no qual o anatomopatológico mais achado foi a colecistite crônica, estando presente em 1.251 dos pacientes (97,8%). Esta condição é uma inflamação na vesícula biliar, correlacionada à litíase, por conta de causas mecânicas e químicas, as quais geram lesões na parede do órgão¹⁹.

Além dos cálculos biliares serem responsáveis pela inflamação da vesícula, quando pequenos, migram do local de origem passando pelo ducto biliar comum e instalando-se na papila duodenal maior, obstruindo-a. Dessa forma há o impedimento da passagem da bile e do suco pancreático para o duodeno. Ainda é plausível de mais estudos, mas a literatura traz como uma das teorias da gênese da pancreatite essa obstrução, sendo ela responsável pelo refluxo de ácidos biliares ao ducto pancreático, aumentando a pressão e, conseqüentemente, gerando inflamação².

A presença de cálculos na vesícula biliar é frequente na população. Cerca de 50% dos casos são assintomáticos e de 20 a 40% podem apresentar complicações¹².

O objetivo deste trabalho foi verificar a qualidade alimentar, o estado nutricional e a prevalência de litíase biliar em pacientes internados em um hospital público do interior paulista.

MÉTODOS

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e seguiu as normas da Resolução CNS 466/2012 do CONEP, pela Universidade do Oeste Paulista (UNOESTE), a qual foi aprovada recebendo o número do protocolo CAE 46934621.1.0000.5515.

Trata-se de um estudo observacional, descritivo com delineamento transversal de análise quantitativa e qualitativa, realizado em um hospital de alta complexidade de uma cidade do interior paulista no período de agosto a dezembro de 2021. A amostra constituiu de 24 pacientes de ambos os sexos, acima de 19 anos, de qualquer etnia, que estivesse deambulando, consciente, responsivo, com diagnóstico de colelitíase, coledocolitíase, colecistite ou que tivesse feito cirurgia de colecistectomia ou coledocotomia. Os pacientes que aceitaram o convite, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) redigido para este fim, nos quais foram informados sobre os objetivos do trabalho e os procedimentos aos quais seriam expostos.

Em uma ficha de anamnese, elaborada pelas pesquisadoras, foi aplicado um questionário para a obtenção de dados sociodemográficos como etnia, idade atual, escolaridade, estado civil. Neste mesmo apêndice foram anotados dados como peso atual, altura e IMC. O cálculo do índice de massa corporal (IMC), que é um indicador simples de estado nutricional, foi calculado pelo peso habitual (Kg) dividido pela estatura em metros ao quadrado (m^2), classificando o estado nutricional de acordo com os critérios da OMS²⁰ para adultos e Lipschitz²¹ para idosos (≥ 60 anos).

O peso atual e altura real foi realizado conforme a metodologia descrita por Duarte e Castellani²², através de balança digital tipo plataforma, da marca Mondial®, com capacidade de 150 Kg e precisão de 100 g. A altura foi aferida utilizando um estadiômetro portátil da marca Sanny®, com capacidade de medição de 210 centímetros (cm) e sensibilidade de 0,1 cm.

Foi realizado uma avaliação da frequência do consumo de fibras, em um único momento, referente ao consumo habitual antes da internação. Para tanto, foi utilizado o questionário *Block Screening Questionnaire for Fat and Fruit/Vegetable/Fiber Intake*, validado por Block et al.²³, composto por nove itens, que objetiva avaliar a ingestão de alimentos ricos em fibras. Foi atribuído determinado número de pontos a cada frequência de consumo de fibras e em seguida, foi caracterizado a adequação de fibras através de escores (Quadro 1), cujos alimentos considerados fontes de fibras receberam pontuação positiva quando consumidos. A pontuação varia apenas em função da frequência de consumo e não do maior ou menor teor de fibras de cada um dos alimentos. Aqueles pacientes que obtiveram pontuação <30 , foram orientados a aumentarem o consumo diário de fibras e aumento da hidratação, recebendo também um material explicativo através de um folder, elaborado pelo Ministério da Saúde²⁴.

Quadro 1. Caracterização dos tipos de consumo de fibras através dos escores

Escores	Adequação de consumo	Metas
>30	Consumo adequado	Muito bem! Continue assim!
29-20	Consumo moderadamente adequado	Inclua mais frutas, legumes, verduras e alimentos integrais;
<20	Consumo inadequado	Dieta deficiente em nutrientes. Aumente o consumo de frutas, legumes, verduras e alimentos integrais diariamente.

Fonte: Block et al.²²

Os pesquisadores ainda utilizaram um questionário de frequência alimentar (QFA), adaptado de Ribeiro et al.²⁵, o qual é o método mais utilizado para mensurar a dieta pregressa, pois têm a capacidade de classificar os indivíduos segundo seus padrões alimentares habituais, além de ser um instrumento de fácil aplicabilidade e baixo custo, o que viabiliza sua utilização em estudos populacionais. E nesse questionário, foi observado o consumo habitual diário dos alimentos, os quais poderiam ter relação com o desenvolvimento da litíase biliar.

Para a análise dos dados foi realizada estatística descritiva para as variáveis, com valores absolutos e percentuais, criando-se então um banco de dados e apresentados em forma de tabelas, quadros e gráficos de setores. Para análise qualitativa, os dados foram agrupados, sintetizados e utilizados em discussão comparativa com a literatura.

A principal limitação em relação à pesquisa está relacionada à fidedignidade dos dados coletados, pois o trabalho com indivíduos depende de sua vontade em realizar a coleta.

RESULTADOS

Participaram do estudo 24 pacientes que tiveram diagnóstico de doença das vias biliares ou da vesícula biliar, internados em um hospital de alta complexidade do interior paulista, os quais 71% eram do sexo feminino e 29% do sexo masculino e, cuja média de idade era 45 anos, variando de 19 a 68 anos de idade. De acordo com a etnia, 75% eram brancos, 17% negros e 8% pardos.

Dos pacientes entrevistados, 17% possuíam o ensino fundamental completo, 8% ensino fundamental incompleto, 50% ensino médio completo, 12,5% possuíam o ensino médio incompleto e 12,5% possuíam ensino superior completo. Com relação ao estado civil, 62,5% eram casados, 29% solteiros e 8,5% eram divorciados.

Verificou-se o estado nutricional, pelo IMC, dos pacientes do estudo e o resultado está ilustrado na Figura 1.

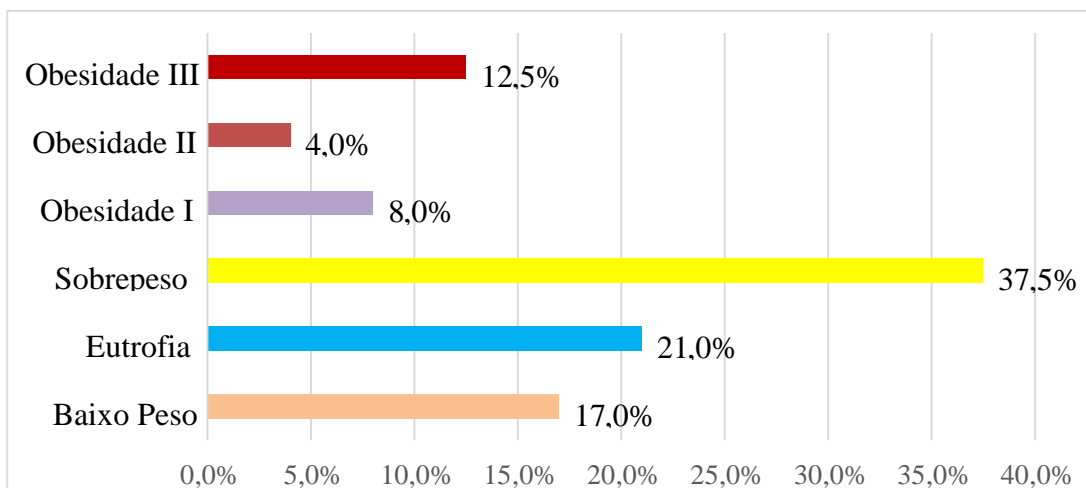


Figura 1. Estado nutricional de acordo com o IMC de adultos e idosos.

A frequência do consumo habitual de fibras, antes da internação, dos pacientes com diagnóstico de doença das vias biliares ou da vesícula biliar está descrito na Figura 2.

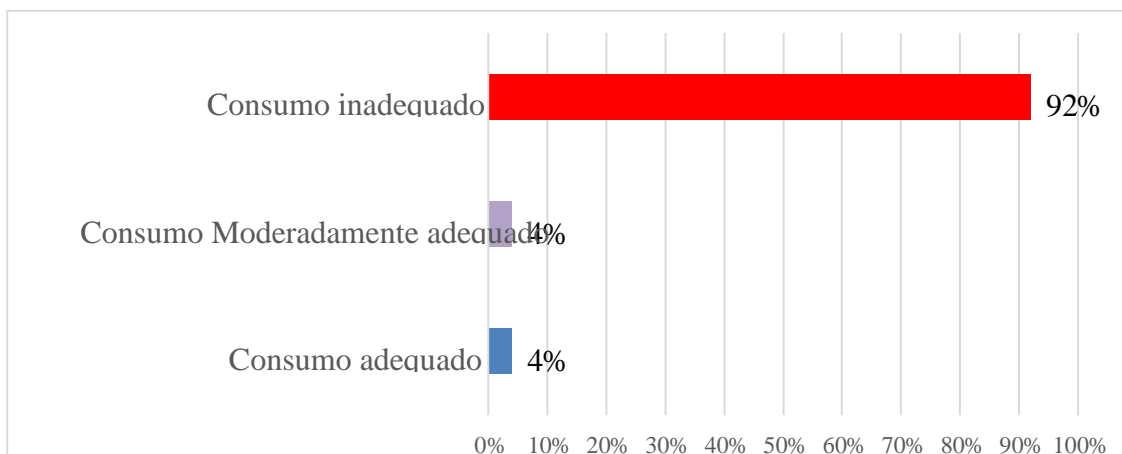


Figura 2. Frequência do consumo de fibras.

Com relação à qualidade alimentar, nota-se um consumo maior de grupos de alimentos ricos em gordura e açúcares, os quais podem contribuir para um aumento da obesidade, resistência periférica à insulina e hipercolesterolemia, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1. Grupo dos alimentos e % de consumo habitual diário.

Grupo dos Alimentos	%
Grupo do Leite, Queijo e Iogurte	
Baixa gordura	8,0%
Integral	92,0%
Grupo das Carnes e Ovos	
Assados, cozidos, grelhados	21,0%
Fritos, embutidos, conservados no sal, com gordura	79,0%
Grupo dos Óleos e Gorduras	
Azeite, abacate, oleaginosas	12,5%
Manteiga, margarina, bacon, maionese	87,5%
Grupo dos Petiscos e Enlatados	
Salgadinhos, sanduiche, pizza	25,0%
Grupo dos Cereais e Leguminosas	
Integral, biscoito salgado, sem recheio	96,0%
Refinado, biscoito doce, com recheio, bolo	4,0%
Grupo das Hortaliças e Frutas	96,0%
Grupo das Sobremesas e Doces	34,0%
Grupo das Bebidas Açucaradas	100,0%
Grupo dos Produtos Diet e Light	17,0%

DISCUSSÃO

Concordando com os dados da presente pesquisa, a literatura mostra que a prevalência da doença do cálculo biliar é mais prevalente em mulheres do que em homens^{26,27,28,29}. O sexo feminino, fator de risco reconhecido para a formação de cálculos biliares³⁰ apresentando causas variadas. Em mulheres em idade reprodutiva, o risco de colelitíase é duas a três vezes maior do que em homens³¹, além da quantidade de gestações também contribuir para a formação de cálculos na vesícula, sendo particularmente comuns em múltiparas (4 ou mais gestações)³².

Isso ocorre devido aos efeitos da progesterona, que diminui a motilidade biliar, risco potencializado se associado à multiparidade, ou seja, risco diretamente proporcional ao número de gestações³³. Sousa *et al.*³⁴ observou que o risco de litíase biliar de 1% em nulíparas para 3,2% em mulheres com 4 ou mais gestações, ou seja, há correlação direta desses fatores. Neste estudo apresentou 26% para mulheres com duas gestações, 22% para três gestações e 34% com quatro ou mais gestações. Sendo assim, este estudo mostrou concordância com a literatura de que a gestação é fator de risco no aparecimento da litíase biliar.

Outro fator de risco associado à formação de litíase biliar está relacionado à idade. A quantidade de colesterol na bile supostamente aumenta com a idade devido à dislipoproteinemia, resultando em um aumento linear na excreção de colesterol pela redução da síntese de ácidos biliares, devido à queda da enzima colesterol 7 α -hidroxilase (CYP7A1)³⁵. Embora no presente estudo, a faixa etária dos pacientes possuía uma grande variação, Bergman *et al.*³⁶, observaram que após os 20 anos de idade, a taxa de formação de cálculos biliares aumentava a cada década. Sendo esses cálculos detectáveis em 7%-11% dos indivíduos com idade inferior a 50 anos, em 11%-30% dos indivíduos entre 60-70 anos e em 33%-50% nas pessoas acima de 90 anos de idade³⁷.

A obesidade também é considerada risco. O acúmulo de gordura corporal, em especial na localização visceral, associa-se ao aumento do desenvolvimento de comorbidades e agrega risco para a gênese de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), dentre elas a dislipidemia³⁸. A alimentação, um item que deve permear a orientação em saúde em todas as idades, exerce importância vital na programação da saúde e da doença do indivíduo³⁹. O hábito alimentar inadequado mostra-se como forte indutor da litogênese. Dentro deste contexto, os pacientes desse estudo apresentaram-se, em sua maioria, com sobrepeso, confirmando a qualidade da alimentação habitual, rica em alimentos açucarados, gorduras saturadas e trans, além de baixa ingestão de fibras, os quais estão diretamente relacionados ao risco de desenvolvimento de cálculos biliares^{10,11,12}. O consumo de fibras é determinante na prevenção da formação dos cálculos biliares, pois as fibras aumentam a concentração dos sais biliares e diminuem a concentração de colesterol na bile, tornando-a menos litogênica⁴⁰.

Entende-se que o grande consumo alimentos com alto teor de gordura e açúcares são fatores importantes induzindo a obesidade e conseqüentemente à dislipidemia e síndrome metabólica, causando supersaturação de colesterol na bile e diminuição da motilidade biliar, que leva à formação de cálculos biliares^{12,41}.

As fibras solúveis formam uma camada revestindo todo o intestino delgado, atrasando assim o metabolismo das gorduras e dos açúcares, isso faz com que ocorra um controle maior da glicemia e das taxas de colesterol⁴². Essas fibras solúveis são encontradas nos alimentos como as frutas, verduras e cereais como a aveia e cevada, e as leguminosas como o feijão, lentilha, ervilha e grão de bico⁴³.

As fibras insolúveis exercem papel importante na fisiologia dos cólons, aumentando o volume do bolo fecal devido sua capacidade hidrofílica, é responsável pelo aumento das bactérias da flora intestinal, oriundas da sua fermentação e melhora da velocidade do transito no intestino grosso. A falta desse tipo de fibra na dieta é responsável pelo aumento da pressão intraluminal, conduzindo à hipertrofia muscular e à formação de divertículos⁴⁴.

A OMS prevê que em 2025 aproximadamente 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso e mais de 700 milhões estarão obesos. Esse fato considera a obesidade como um dos maiores problemas de saúde pública existente no mundo, tão preocupante quanto a desnutrição⁴⁵.

A alimentação saudável aliada à prática de atividade física são fatores capazes de proteger o indivíduo das DCNT, incluindo às doenças da vesícula biliar, pois são capazes de diminuir a resistência à insulina e aumentar a motilidade intestinal, reduzindo assim a absorção intestinal de colesterol da dieta. Os fatores de proteção dietéticos incluem a ingestão de uma dieta rica em fibras, que acelera o trânsito intestinal e a ingestão de alguns componentes da alimentação como cálcio, magnésio, vitamina C⁴.

A educação alimentar e nutricional tem o papel de ajudar nas seleções alimentares mais adequadas, no qual, o profissional nutricionista é considerado de suma importância para o fornecimento de orientações que proporcionem maior saúde e posteriormente conforto na idade adulta⁴⁶.

Deve-se considerar o padrão alimentar atual do paciente e suas possíveis condições de mudança, sendo assim, propiciar um cardápio diversificado e ao mesmo tempo agradável e prático, a fim de que se obtenha observância ao tratamento⁴⁷.

É interessante que as atividades de conscientização sejam adaptadas e orientadas de acordo com o nível intelectual dos pacientes, para o contexto da população atendida, respeitando crenças, valores, limitações e desejo das participantes, com o objetivo de informar e orientar de forma objetiva, e ilustrativa⁴⁸.

Conclui-se que a maioria dos pacientes estudados apresentaram excesso de peso corporal, baixo consumo de fibras e alto consumo de gorduras saturadas e trans, sugerindo que a qualidade alimentar poderia ser um fator de desenvolvimento da doença. Para tanto, sugere-se outros estudos com um número maior de participantes, além da análise da concentração dos cálculos biliares e do nível de colesterol sério.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver qualquer potencial conflito de interesse que possa interferir na imparcialidade deste trabalho científico.

REFERÊNCIAS

1. Peron A, Schiliemann AL, Almeida FA. Entendendo as razões para a recusa da colecistectomia em indivíduos com colelitíase: como ajuda-los em sua decisão?. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2014; 27(2): 114-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-67202014000200007>
2. Hegyi P, Maléth J, Walters JR, Hofmann AF, Keely SJ. Guts and gall: bile acids in regulation of intestinal epithelial function in health and disease. Physiological reviews, 2018; 98(4): 1983-2023. DOI: <https://doi.org/10.1152/physrev.00054.2017>
3. Fauci A, Braunwald E, Kasper D, Hauser S, Longo D, Jameson L, Loscalzo J. Harrison Medicina Interna. 17 ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2008. 2 v.
4. Coelho JCU, Freitas AT, Fontan RS, Campos ACL, Zeni NC, Oliva LV. Incidência de colesterose da vesícula biliar em autopsias. Rev Col Bras Cir.1993; 20:295–7
5. Torres OJM, Barbosa ES, Pantoja PB, Diniz MCS, Silva JRS, Czeczko NG. Prevalência ultrasonográfica de litíase biliar em pacientes ambulatoriais. Rev. Col. Bras. Cir., São Luis MA, 2004; 32(1): 47-49. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912005000100011>
6. Goldman L, Ausiello D. Cecil Medicina. 23 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009, 2v.
7. Robbins SL, Cotran RS. Patologia: Bases patológicas da doença. 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.
8. Fontes PRO, Neectoux M, Eilers RJ. Colelitíase e cirrose hepática. Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgiões, Porto Alegre, 1997; 25(2):129-133. DOI: <https://doi.org/10.1590/S010069911998000200011>
9. Guimiero APS, Brandão MA, Pinto EALC, Anjos AC. Colelitíase no paciente pediátrico portador de doença falciforme. Rev Paul Pediatr, Campinas, 2007; 25(4): 377-381. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822007000400014>
10. Raymond JL, Mahan K, Escott-Stump S. Krause. Alimentos, Nutrição e Dietoterapia. 13ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.
11. Yoo E, Lee S. The prevalence and risk factors for gallstones disease. Clin Chem Lab Med, New York, 2009; 47(7): 795-807. DOI: <https://doi.org/10.1515/CCLM.2009.194>
12. Melo MTPT. Litíase Vesicular. Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. 2012. 21 f. Monografia (Especialização) - Curso de Mestrado Integrado em Medicina, Departamento de Cirurgia Geral, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal, 2012.
13. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto JR, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC et al. V Diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. Arquivos brasileiros de cardiologia, 2013; 101(4): 1-20. <https://doi.org/10.5935/abc.2013S010>
14. Sousa KPQ, Souza PM, Guimarães NG. Fatores antropométricos, bioquímicos e dietéticos envolvidos na litíase biliar. Com. Ciências Saude, 2008; 19(3): 261-270.
15. Pedro N. Dieta vegetariana: fatos e contradições. Medicina Interna, 2010; 17(3): 173-8.
16. Fernandes M, Paes C, Nogueira C, Souza G, Aquino L, Borges F et al. Perfil de consumo de nutrientes antioxidantes em pacientes com síndrome metabólica. Revista de Ciências Médicas, 2002; 16(4/6). ISSN: 2318-0897.

17. Leão JD, Silva LR, Martins LR, Santos AFL. Associação entre cálculos biliares e consumo alimentar. *Revista Interdisciplinar*, 2018; 10(4): 31-38. DOI <https://doi.org/10.21270/archi.v9i4.4749>.
18. Holanda AKG, Lima Júnior ZB. Alterações histológicas da vesícula biliar de doentes submetidos à colecistectomia por colelitíase. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 2019; 46(6). DOI: <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192279>
19. Oliveira MR, Fujimura I, Speranzini MB. Colecistite crônica calculosa. *Revista de Medicina*, 1965; 49(1): 32-38. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v49i1p32-38>.
20. World Health Organization. Obesity Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.
21. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994; 22:55-67. PMID: 8197257. [https://doi.org/10.1016/S0095-4543\(21\)00452-8](https://doi.org/10.1016/S0095-4543(21)00452-8)
22. Duarte AC, Castellani FR. *Semiologia nutricional*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Axcel Books, 2002.
23. Block G, Gillespie C, Rosenbaum EH, Jenson C. A rapid food screener to assess fat and fruit and vegetable intake. *Am J Prev Med*. 1o de maio de 2000;18(4):284–8. DOI: 10.1016 / s0749-3797 (00) 00119-7. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00119-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00119-7)
24. Brasil, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014.
25. Ribeiro AC, Sávio KEO, Rodrigues MLCF, Costa THM, Schmitz BAS. Validação de um questionário de frequência de consumo alimentar para população adulta. *Revista de Nutrição*, Campinas, 2006; 19(5): 553-562. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.v30.9972>. <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.9972>
26. Everhart JE, Yeh F, Lee ET, Hill MC, Fabsitz R, Howard BV et al. Prevalence of gallbladder disease in American Indian populations: findings from the Strong Heart Study. *Hepatology*, Baltimore, 2002; 35(6):1507-1512. DOI: 10.1053 / jhep.2002.33336. <https://doi.org/10.1053/jhep.2002.33336>
27. Fraga JBP, Souza TGS, Nascimento ACR, Moraes EO, Vieira FJ. Íleo Biliar – Relato de Caso. *HU Revista*. 2008; 34(2):141-5. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/270>.
28. Shimabukuro LY, Castro HDP, Neves M, Soares SC. Aspectos nutricionais e antropométricos de portadores de colelitíase. In *Rev. Colloquium Vitae*. 2017; 9:129-135. DOI: 10.5747/cv.2017.v09.nesp.000309. <https://doi.org/10.5747/cv.2017.v09.nesp.000309>
29. Menezes HL, Fireman PA, Wanderley VE, Mendonça AMC, Bispo RKA, Reis MR. Estudo randomizado para avaliação da dieta hipolipídica nos sintomas digestivos no pós-operatório imediato da colecistectomia por videolaparoscopia. *Ver. Col. Bras. Cir.*, Rio de Janeiro, 2013; 40(3): 203-207. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-69912013000300007>
30. Abu Eshy SA, Mahfouz AA, Badr A, El Gamal MN, Al Shehri MY, Salati MI et al. Prevalência e fatores de risco da doença do cálculo biliar em uma população saudita de grande altitude. *EMHJ Eastern Mediterranean Health Journal*, 2007; 13 (4), 794-802.
31. Ko CW. Risk factors for gallstone-related hospitalization during pregnancy and the postpartum. *The American Journal of Gastroenterology*, London, 2006; 101(10): 2263-2268. DOI: 10.1111 / j.1572-0241.2006.00730.x <https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2006.00730.x>

32. Galyani Moghaddam T, Fakheri H, Abdi R, Khosh Bavar Rostami F, Bari Z. The incidence and outcome of pregnancy-related biliary sludge/stones and potential risk factors. *Archives of Iranian Medicine*, Tehran, 2013; 16(1):12-16. DOI: 10.15557 / JoU.2019.0040.
33. Lemos LN, Tavares RMF, Donadelli CAM. Perfil epidemiológico de pacientes com colelitíase atendidos em um Ambulatório de cirurgia. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2019; 28: 947. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e947.2019> <https://doi.org/10.25248/reas.e947.2019>
34. Sousa KPQ, Sousa PM, Guimarães NG. Fatores antropométricos, bioquímicos e dietéticos envolvidos na litíase biliar. *Rev. Ciências Saúde*, 2008; 19(3): 261-270.
35. Grigorieva IN. Major risk factors of cholelithiasis. *Rossiyskiy Zhurnal Gastroenterologii i Koloproktologii*, 2007; 6:17-19. DOI: 10.4254 / wjh.v4.i2.18
36. Bergman S, Sourial N, Vedel I, Hanna WC, Fraser SA, Newman D, et al. Gallstone disease in the elderly: are older patients managed differently? *Surgical Endoscopy*, Berlin, 2011; 25(1): 55-61. DOI: 10.1007 / s00464-010-1128-5. <https://doi.org/10.1007/s00464-010-1128-5>
37. Wang HH, Liu M, Clegg DJ, Portincasa P, Wang DQ. New insights into the molecular mechanisms underlying effects of estrogen on cholesterol gallstone formation. *Biochimica Et Biophysica Acta (bba) – Molecular And Cell Biology Of Lipids*, [s.l.], Elsevier BV. 2009; 1791(11): 1037-1047. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbailip.2009.06.006> <https://doi.org/10.1016/j.bbailip.2009.06.006>
38. Lughetti L, Bruzzi P, Predieri B. Evaluation and management of hyperlipidemia in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2010; 22(4):485-93. DOI: 10.1097 / MOP.0b013e32833ab869. <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e32833ab869>
39. Nogueira-de-Almeida CA, Mello ED. Por que um livro de Nutrologia Pediátrica? In: Nogueira-de-Almeida CA, Mello ED, editors. *Nutrologia Pediátrica - Prática Baseada em Evidências*. 1. 1ed. São Paulo: Manole; 2016.
40. Vahouny GV, Cassidy MM (1985). Fibras dietéticas e absorção de nutrientes. *Proceedings of the society for experimental biology and medicine*, 180 (3), 432-446. DOI: <https://doi.org/10.3181/00379727-180-42200>
41. Tincôco ALA, Cruz MC. Hipertensão arterial e Obesidade: Luta pela Universalização do conhecimento das doenças crônicas não transmissíveis. Agência brasileira do ISBN, v. 12, 2006.
42. Hurtado DC, Calliari CM. Fibras alimentares no controle da obesidade. 2010; 10-25.
43. Figueiredo SM, Dias VARC, Ribeiro LD. Fibras alimentares: combinação de alimentos para atingir meta de consumo de fibra solúvel/dia. e – scientia, 2009; 2(1): 1-18.
44. Dantas W. Fibra e aparelho digestivo. *Ver. Bras. Colo-Proct*, 1989; 9(2): 75-79.
45. Santos RKF. Perfil nutricional de idosos—relação obesidade e circunferência da cintura após sessenta anos. *Saúde.Com*, 2016; 10(3): 56-61.
46. Del Bello CRSA, Bomfim NS. EDUCAÇÃO NUTRICIONAL NO CONTROLE E PREVENÇÃO DA OBESIDADE INFANTIL. X Jornada Científica Faculdades Integradas de Bauru - FIB ISSN 2358-6044 2015
47. Santos JED, Guimarães AC, Diamant J. Consenso Brasileiro Sobre Dislipidemias Detecção, Avaliação e Tratamento. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 1999; 43(4), 287305. <https://doi.org/10.1590/S0004-27301999000400005>

48. Martinez JS. Estratégia para redução e controle da obesidade em mulheres na unidade básica de saúde. 2018.

RESUMOS

ANÁLISE RESTROSPECTIVA DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM PACIENTES ATENDIDOS POR UMA CLÍNICA ESCOLA DE NUTRIÇÃO	944
AS INTERFACES ENTRE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR E AGRICULTURA FAMILIAR: UM ESTUDO SOBRE E INSERÇÃO DE ALIMENTOS ORGÂNICOS NA NOVA ALTA PAULISTA	945
CONHECIMENTO NUTRICIONAL DE UM GRUPO POPULACIONAL.....	946
EFEITO DO EXTRATO AQUOSO DO JUCÁ (CAESALPINIA FERREA MART. EX. TUL. VAR. FERREA) EM RATOS COM RETOCOLITE ULCERATIVA.....	947
ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES CLIMATÉRICAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	948
ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR, COM BASE NA DIETA DO MEDITERRÂNEO, DE PACIENTES PARTICIPANTES DE PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR.....	949
IMPACTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM UMA COMUNIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DE SÃO PAULO DURANTE A PANDEMIA DO COVID - 19	950
INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, IMAGEM CORPORAL E ESTADO NUTRICIONAL DE UNIVERSITÁRIAS	951
INGESTÃO PROTEICA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NÃO DIALÍTICA INTERNADOS EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO OESTE PAULISTA	952
PERFIL DE HIDRATAÇÃO DE UM GRUPO DE CORREDORES DE RUA DE PRESIDENTE PRUDENTE - SP	953
PRÁTICA DE DIETAS DA MODA EM ESTUDANTES DO CURSO DE NUTRIÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PRIVADO DO OESTE PAULISTA.....	954
QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO E OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICO (TCAP) EM MULHERES OBESAS	955
TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM PACIENTES PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA.....	956
UTILIZAÇÃO DE SUPLEMENTOS POR CORREDORES DE RUA AMADORES	957

ANÁLISE RESTROSPECTIVA DOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES EM
PACIENTES ATENDIDOS POR UMA CLÍNICA ESCOLA DE NUTRIÇÃO

ISABELA GIRALDES COSTA
BRUNA MARQUES DOS SANTOS
SABRINA ALVES LENQUISTE
RAYANA LOCH GOMES

As doenças cardiovasculares (DCVs) atualmente são as doenças que mais matam no Brasil e no mundo, e estão relacionadas a grande impacto na economia e nos gastos com saúde pública. Diversos são os fatores de risco (FRs) para seu desenvolvimento, dentre eles, obesidade, alcoolismo e tabagismo que são exemplos de FRs modificáveis, enquanto idade, sexo e hereditariedade estão entre os não modificáveis. Verificar a prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em pacientes atendidos em uma clínica escola de nutrição. Foram verificados prontuários de pacientes, de ambos os sexos e acima de 18 anos, atendidos na clínica de nutrição no setor de saúde pública do período de agosto de 2015 a agosto de 2021. As informações coletadas descreveram as características sociodemográficas, peso, altura, circunferência de cintura (CC) e quadril(CQ). Ainda foram coletados diversos FRs para DCVs, e dados sobre o hábito alimentar. Foram realizadas análises descritivas com obtenção das frequências para cada categoria. A associação entre sexo e presença de fatores de risco cardiovasculares foi realizado por meio do teste de Qui quadrado, seguido do cálculo do risco relativo. A significância estatística adotada foi de 5%. CAAE 48615121.2.0000.5515 Foram incluídos 728 prontuários (515 de pacientes do sexo feminino), e dentre esses, 245 apresentavam dados de CC e CQ. A média de idade foi de 44,04 anos, com IMC de 30,93 Kg/m², CC de 100,99 cm e relação cintura-quadril (RCQ) de 0,90. Os FRs mais prevalentes foram sedentarismo (66,21%), hereditariedade (62,91%), seguido de hipertensão arterial sistêmica (37,36%), etilismo (32,97%), dislipidemias (32,55%), diabetes mellitus (19,37%) e tabagismo (8,79%). Ainda, mulheres apresentaram riscos relativos menores do que os homens para DM, dislipidemias, tabagismo e etilismo de 0,708, 0,651, 0,538 e 0,574 vezes menor, respectivamente. A respeito de hábitos alimentares, 78,3% utilizam óleos vegetais, 81,5% consomem alimentos gordurosos, 70,7% doces, 56,5% refrigerantes. A média de ingestão de água no dia é de 1,7 litros e realizam suas refeições na mesa (57,3%. E como esperado foram encontradas associações positivas ($p < 0,05$) entre IMC e CC e RCQ. Conclui-se que todos os pacientes apresentavam ao menos um FR para DCVs e os mais prevalentes foram obesidade, sedentarismo e hereditariedade, com menor prevalência para tabagismo. Órgão de fomento financiador da pesquisa: UNOESTE Protocolo CAAE: 48615121.2.0000.5515

AS INTERFACES ENTRE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR E AGRICULTURA FAMILIAR: UM ESTUDO SOBRE E
INSERÇÃO DE ALIMENTOS ORGÂNICOS NA NOVA ALTA PAULISTA

RAQUEL CLAPIS RIBAS TRIPOLONE

ALBA REGINA AZEVEDO ARANA

MAÍRA RODRIGUES ULIANA

O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) se integra à Agricultura Familiar (AF) de maneira oficial com a publicação da Lei nº11.947/2009, que determina a aplicação mínima de 30% dos recursos transferidos com a aquisição de alimentos produzidos pela AF prioritariamente de forma local estimulando a produção de alimentos, sustentabilidade local, ampliando a oferta de alimentos saudáveis nas escolas. Alimentos produzidos em sistemas orgânicos contribuem para a promoção e a preservação da saúde, sustentabilidade e a segurança alimentar O objetivo do trabalho foi discutir e analisar as interfaces da alimentação escolar na Alta Paulista, enfocando o papel dos alimentos orgânicos advindos da AF. O estudo está pautado no método qualitativo, descritivo. A pesquisa foi aprovada pelo CEP nº do parecer 5.170.179. As informações utilizadas foram obtidas através de questionário com 16 perguntas, respondidas por Nutricionista ou Secretário de Educação do município. As informações sobre o nº de agricultores orgânicos cadastrados na Alta Paulista, foram através de consulta ao site do MAPA. A análise descritiva das variáveis avaliadas considerou valores de frequência absoluta e relativa. A manipulação dos dados foi através do Microsoft Excel 2021. CAAE 53899121.9.0000.5515 Os resultados revelam baixa % de municípios que compram produtos orgânicos da AF na região, dos 30 municípios apenas 6 (20%) realizam a compra. A relação entre os municípios que compram e os alimentos comprados, demonstra pouca variedade de alimentos orgânicos no cardápio do escolar, as dificuldades relatadas pelos municípios em adquirir orgânicos, destaca a certificação dos produtores, e baixa produção em relação a demanda solicitada pela alimentação escolar. Os produtos orgânicos que compõe o cardápio escolar dos 6 (20%) municípios somam um total de 12 produtos. A pesquisa aponta que na região 90% (27) municípios cumprem a obrigatoriedade de utilizar no mínimo 30% do recurso com alimentos da AF. Sobre a produção orgânica na Alta Paulista no site do MAPA, consta 17 produtores, em 5 (16,66%) dos 30 municípios, o município com maior número de produtor é Tupã com 7. Conclui-se que existe a necessidade de ações entre diversos setores para melhorias do processo, como ações de capacitação produtiva dos produtores que desejam produzir orgânicos, e aperfeiçoamento por parte dos municípios sobre a relevância do PNAE e aquisição de orgânicos como impulsionadores de desenvolvimento local e qualidade dos alimentos aos estudantes. Protocolo CAAE: 53899121.9.0000.5515

CONHECIMENTO NUTRICIONAL DE UM GRUPO POPULACIONAL

ISABELLY GIMENES DE CARVALHO
SANDRA CRISTINA GENARO
MARCELA FAGIANI

A importância de uma alimentação saudável, o que e como comer, é o primeiro passo para mudar o comportamento alimentar e o sucesso na prevenção de DCNT. A relação entre o que as pessoas realmente sabem e o que fazem é considerada "muito frágil". Somente o conhecimento não incentiva a mudança, mas quando as pessoas desejam mudanças, ele se torna uma ferramenta importante. Identificar conhecimentos nutricionais relacionados à alimentação saudável e o papel do nutricionista em um grupo populacional. Questionário não validado, através da plataforma online Google Forms, em 52 participantes de grupos aleatórios do WhatsApp, > 18 anos, não nutricionistas ou estudantes de nutrição. O questionário continha questões sobre dados socioeconômicos como sexo, idade, região de residência e renda familiar, questões sobre conhecimentos básicos sobre nutrição, alimentação saudável e o papel do nutricionista. CAAE 50805821.4.0000.5515 71,2% do sexo feminino. Idade prevalente entre 19 a 40 anos (51,9%). 58,6% concentravam-se na região sudeste. 44,2% com renda familiar de 4 a 10 salários-mínimos. Mais de 90% dos concordaram com a importância de realizar uma alimentação saudável e equilibrada mas nem todos (13,5%) julgaram ter conhecimento suficiente e 23,1% referiu não ter uma alimentação saudável, sendo a falta de tempo para o preparo dos alimentos, a principal barreira para 46,2%. 57,7% relataram que precisariam manter o equilíbrio todos os dias para ter uma alimentação saudável e 69,2% demonstraram interesse em conversar com a família sobre esse tema, concordando que os hábitos alimentares possam impactar na vida familiar, inclusive daqueles que possuem filhos. 57,5% referiram pouco conhecimento sobre conhecimento de nutrientes e quantidades que devem ser consumidas de cada grupo alimentar. Porém, na hora de montar um prato de comida, 53,8% consideram incluir vários grupos alimentares e 42,3% incluíam poucos alimentos calóricos. 90,4% associaram com a redução do excesso de peso relacionada à boa alimentação. 59,6% alegaram que a primeira palavra que vem à cabeça quando pensa em nutrição é "Alimentação Saudável" e quando pensa no "nutricionista", seria "Profissional" (38,5%). Dos entrevistados, 55,8% relataram que vão ou já se consultaram com este profissional. Conclui-se que é necessário encorajar ainda mais reflexões e ações do governo, da mídia, da indústria, dos profissionais de saúde e da população em geral em prol de um estilo de vida mais saudável. Órgão de fomento financiador da pesquisa: Financiamento próprio. Protocolo CAAE: 50805821.4.0000.5515

EFEITO DO EXTRATO AQUOSO DO JUCÁ (CAESALPINIA FERREA MART. EX. TUL. VAR. FERREA) EM RATOS COM RETOCOLITE ULCERATIVA

ARTHUR SANTOS ZULLI
BRENO LUCCA GOMES ROSA
MARCELA FAGIANI
SABRINA ALVES LENQUISTE
SANDRA CRISTINA GENARO

A Retocolite Ulcerativa é uma doença inflamatória intestinal crônica capaz de causar sangramento, diarreia e má absorção de nutrientes levando ao estresse oxidativo, anorexia e desnutrição. A planta *Caesalpinia ferrea* Mart. ex Tul. var. férrea (Jucá) é muito comum em várias regiões do Brasil e utilizada para diversas finalidades, inclusive anti-inflamatório. Objetivou-se avaliar o efeito do extrato aquoso do Jucá em ratos com retocolite ulcerativa. Quarenta *Rattus norvegicus* da linhagem Wistar, machos, 8 semanas de idade receberam ração e água ad libitum, divididos aleatoriamente em 4 grupos (n=10): Grupo Controle (GC) sem indução da colite, infundido 20 mL de solução fisiológica a 0,9% via retal para uniformizar o estresse relacionado à indução da colite e 1 mL de água filtrada por gavagem para uniformizar o estresse relacionado à gavagem. Grupo Controle Colite (GCC): indução da colite e 1 mL de água filtrada por gavagem. Controle Colite Droga (CCD): indução da colite, receberam tratamento com sulfassalazina (300 mg kg⁻¹) via oral, por gavagem, até o dia da eutanásia. Grupo Colite Jucá (GCJ): com indução da colite, receberam 1 mL por gavagem de extrato aquoso do Jucá em temperatura ambiente. Houve diferença significativa entre os grupos para a lesão macroscópica do cólon para hiperemia (p=0,001) e aderência dos órgãos (p=0,000). Na avaliação microscópica verificou-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos para a análise da integridade das criptas intestinais (p=0,001) e o GCJ apresentou maior comprimento (245,02±63,52 µm) seguido do GCC (218,33±46,74 µm) se comparado ao GC (147,93±44,16 µm) e ao GCD (181,42±30,17 µm). Houve diferença significativa para inflamação (p=0,005) e para o escore total de danos (p=0,017), porém não houve diferenças significativas para a reepitelização (p=0,246), hemorragia (p=0,442). Na avaliação do Índice de Atividade da Doença houve significância estatística para as lesões e entre os grupos nos dias 1 (p=0,000), 2 (p=0,018), 3 (p=0,044), 4 (p=0,000), 6 (p=0,000) e 7 (p=0,004). Os ratos do GCC consumiram mais ração do que o GC e o consumo de ração no grupo GCJ foi menor do que o consumo dos grupos GCC e GCD (p=0,000). Para o consumo de água, o GCJ consumiu menor quantidade de água do que o GCC e GCD (p=0,001). Conclui-se que nesse estudo, o extrato aquoso do Jucá para tratamento da Colite Ulcerativa em ratos não teve potencial para amenizar a doença, sendo capaz de potencializar o processo inflamatório. Órgão de fomento financiador da pesquisa: UNOESTE Protocolo CEUA: 6525.

Pesquisa (ENAPI)

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE

Ciências da Saúde

Comunicação oral
(presencial)

Nutrição

ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES CLIMATÉRICAS ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE

EDILENE DO VALLE BUENO GOMES

MARIA EDUARDA CAMARNEIRO

SABRINA ALVES LENQUISTE

JULIANA SANTIAGO SANTOS

A OMS define o climatério como um período natural da vida da mulher que corresponde a passagem entre a fase reprodutiva e a não reprodutiva, com decréscimo da produção de hormônios esteróides. A redução de tais hormônios tem sido apontada como a principal causa responsável pela obesidade, por sintomas vasomotores, urogenitais e psicológicos e também pelo atual perfil de morbimortalidade em mulheres após os 50 anos, principalmente por causas cardiovasculares. O objetivo desse trabalho foi avaliar o estado nutricional de mulheres em período de climatério atendidas na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo descritivo e de natureza transversal, com amostragem aleatória de conveniência com 30 mulheres, de 35 a 60 anos, entrevistadas durante atendimento em uma Unidade Básica de Saúde de Presidente Prudente-SP. Foram realizadas as medidas antropométricas de peso e estatura, para cálculo do IMC, e as circunferências da cintura e quadril, para cálculo das razões cintura/quadril e cintura/estatura, a fim de avaliar o risco cardiovascular. Os indicadores foram classificados de acordo com os pontos de corte correspondentes para a faixa etária e sexo. CAAE 56037621.2.0000.5515 A faixa etária prevalente foi de 50 a 55 anos (média de idade $48,06 \pm 8,73$), casadas, e com ensino médio completo. As mulheres foram classificadas com prevalência de sobrepeso pelo IMC ($28,41 \pm 5,81$), além de apresentarem risco de mortalidade, metabólico e cardiovascular aumentados evidenciados pela Circunferência da Cintura ($CC = 92,83 \pm 14,49$), relação Cintura/Quadril ($RCQ = 0,85 \pm 0,12$) e relação Cintura/Estatura ($RCE = 0,56 \pm 0,10$). As mulheres apresentaram estado nutricional de sobrepeso e elevado risco metabólico e cardiovascular, evidenciando a necessidade de intervenções de estilo de vida voltadas para este público, a fim de reduzir a morbimortalidade associada à obesidade em mulheres climatéricas. Protocolo CAAE: 56037621.2.0000.5515

ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR, COM BASE NA DIETA DO MEDITERRÂNEO, DE
PACIENTES PARTICIPANTES DE PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO CARDIOVASCULAR

PAULA POSSEBON TESTA
EDUARDA DE OLIVEIRA GIACOMELLI
ISABELLA JACCOUD DINALLO
TAMIRES MOTA TONI
SABRINA ALVES LENQUISTE
RAYANA LOCH GOMES

As doenças cardiovasculares (DCVs) apresentam-se como principal causa de morte no Brasil e no mundo. Existem diversos fatores de risco (FR) que levam ao desenvolvimento e piora das DCVs, como sedentarismo e obesidade. Dentre as formas de tratamento e prevenção, existem os programas de reabilitação cardiovascular (PRCV) por meio de exercício físico, no entanto, a reabilitação se torna mais eficaz quando aliada a modificação comportamental e dietoterapia. Nesse sentido, a dieta mediterrânea tem ganhado destaque, por ser uma dieta com alto consumo de alimentos ricos em vitaminas, compostos polifenólicos e flavonoides, sendo descrita como uma dieta com alto teor de compostos antioxidantes e anti-inflamatórios. Analisar o estado nutricional e consumo alimentar, com base na dieta do mediterrâneo, de participantes de programa de reabilitação cardiovascular. Foram convidados a participar do estudo participantes de um PRCV do interior paulista. Foram verificados peso, altura, circunferência de cintura (CC), quadril e pescoço (CP) e calculados índice de massa corporal (IMC), relação cintura quadril (RCQ) e índice de conicidade (índice C), seguida da aplicação do questionário de frequência alimentar da dieta do mediterrâneo (QFADM) para avaliar o consumo alimentar. Foi realizada estatística descritiva e as associações entre o QFADM e as variáveis antropométricas foram realizadas por meio do teste de correlação de Pearson, após verificação da normalidade por Shapiro-Wilk, com significância de 0,05. CAAE 48607821.3.0000.5515 Participaram do estudo 17 pacientes com média de idade de 62,76 anos, sendo 10 do sexo feminino e 7 do sexo masculino e 82,35% com diagnóstico de DCVs. A média de IMC foi de 28,93 (Kg/m²), com CC de 97,35cm, RCQ de 0,88, CP de 38,51 e índice C de 1,27, apresentando-se, portanto, acima do peso e com aumento da obesidade central. Para QFADM foi encontrada média de pontuação 30 pontos, portanto com aderência moderada a dieta e um ótimo consumo de cereais não refinados, frutas, verduras e legumes, além de baixo consumo para leite integral. Não foram encontradas correlações estatisticamente significantes ($p < 0,05$) entre QFADM e variáveis antropométricas. Conclui-se que os pacientes apresentavam-se acima do peso e com risco para doenças cardiovasculares pelos demais dados. Ainda, com aderência moderada a dieta do mediterrâneo. Órgão de fomento financiador da pesquisa: UNOESTE. Protocolo CAAE: 48607821.3.0000.5515

IMPACTO DA INSEGURANÇA ALIMENTAR EM UMA COMUNIDADE DO INTERIOR DO ESTADO DE
SÃO PAULO DURANTE A PANDEMIA DO COVID - 19

PATRICIA BERNARDI MIZUNO
THIAGO RODRIGUES DOS SANTOS
LAYLA ANDRESSA RISSATO ALMEIDA

Com origem na China em 2019, o vírus SARS-CoV-2 causador da COVID-19, disseminou em todo mundo e ganhou o status de Pandemia. Junto a grave crise de saúde, a pandemia causou forte impacto na economia do mundo e por consequência na Segurança Alimentar (SA) da população de vários países e em especial do Brasil. Durante o período, estudos demonstraram o agravamento da escassez de alimentos no âmbito intrafamiliar, o que levou o Brasil ao retorno do Mapa da Fome, onde uma parcela significativa da população passou a ter menos acesso à alimentação e mantimentos básicos e assim ingerem menos calorias do que o recomendado, deixando o país em um estado de extrema pobreza. Diante da situação, torna-se imprescindível estudos para a identificação da população em situação de insegurança alimentar para ações específicas nas principais Políticas Públicas de combate à fome. O estudo teve como objetivo identificar a situação de insegurança alimentar em uma comunidade atendida por uma entidade não governamental Metodologia: A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil como Número de Protocolo CAAE 47979021.2.0000.5515 . O público alvo do estudo foram 40 famílias cadastradas e atendidas por uma entidade não governamental de assistência social do município de Presidente Prudente - SP. Como ferramenta de pesquisa, foi escolhida a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que consiste em um questionário validado de 14 perguntas fechadas (sim e não) utilizado para a mensurar situações de insegurança alimentar, classificando em níveis de Segurança ou Insegurança Leve, Moderada e Grave. As entrevistas foram aplicadas em domicílio durante o segundo semestre de 2021 Resultados: Os resultados encontrados foram que das 40 famílias entrevistadas nenhuma foi classificada como em situação de segurança alimentar, 15% se encontravam em situação de insegurança alimentar leve, 45% moderada e 40% grave. Conclusão Diante dos resultados encontrados, é possível afirmar a gravidade da situação de insegurança alimentar da população pesquisada, demonstrando que a pandemia pode ter gerado ou agravado a situação de fome, sendo necessárias ações imediatas para a mitigação das sequelas causadas pela fome. Protocolo CAAE: 47979021.2.0000.5515

INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR, IMAGEM CORPORAL E ESTADO NUTRICIONAL DE UNIVERSITÁRIAS

LORRAYNE GONÇALVES CASTELLAN

LARISSA DE MOURA SOUZA

SABRINA ALVES LENQUISTE

RAYANA LOCH GOMES

As redes sociais têm sido cada vez mais utilizadas como meio de criação de conteúdos e publicidade de produtos, em geral relacionados a beleza e estética. As influenciadoras digitais, em geral mulheres consideradas com biotipo "padrão", divulgam esses produtos e atribuem seu biotipo a utilização deles, mesmo muitas vezes isso não sendo verdade. Assim, influenciando outras mulheres a também comprar o produto. No entanto, essas postagens também levam a grandes comparações e cobranças com o corpo "ideal", o que pode induzir grandes riscos à saúde. Verificar a influência das redes sociais no comportamento alimentar, estado nutricional e imagem corporal de universitárias. Foram recrutadas mulheres universitárias com idade entre 18 a 30 anos, as quais responderam um questionário online composto por instrumentos que avaliaram imagem corporal (Escala de silhuetas), atitudes alimentares (Eating Attitudes Test-26), além de um questionário semiestruturado contendo questões sobre o uso de redes sociais e sua associação com comportamentos alimentares disfuncionais. Foram utilizadas estatística descritiva e associações por meio do teste de qui-quadrado. O trabalho possui CAEE: 48618721.3.0000.5515 e todas as participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Participaram do estudo 74 mulheres com média de idade de 24 anos e IMC de $22,96 \pm 4,00$ Kg/m². Não possuíam risco para transtorno alimentar, porém apresentavam-se insatisfeitas com sua imagem corporal. Utilizam as redes por mais de 3 horas ao dia, principalmente o Instagram. A maioria declara não se basear em orientações e dicas nutricionais vindas da mídia, mas as que se baseiam fazem isso por meio de influenciadoras. Ainda, não foram encontradas associações significativas entre o comportamento alimentar, imagem corporal, estado nutricional e o tempo de uso das redes sociais ($p > 0,05$). Por fim 100% das participantes responderam acreditar que a mídia influencia o comportamento alimentar das pessoas. Conclui-se que não foram encontradas associações significativas entre estado nutricional, comportamento alimentar e imagem corporal com o tempo de uso das redes sociais. No entanto, as redes sociais parecem influenciar em algum grau a imagem corporal das universitárias e algumas seguem dietas/orientações e dicas nutricionais vindas de influenciadoras digitais, resultado que deve ser levado em consideração para futuros trabalhos. Órgão de fomento financiador da pesquisa: UNOESTE Protocolo CAEE: 48618721.3.0000.5515

INGESTÃO PROTEICA DE PACIENTES PORTADORES DE DOENÇA RENAL CRÔNICA NÃO DIALÍTICA
INTERNADOS EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO OESTE PAULISTA

MATHEUS DOS SANTOS FELIPE
GRACE FRANCÉLI QUINTANA FACHOLLI GARCIA
SANDRA CRISTINA GENARO

Segundo dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia, mais de dez milhões de pessoas são portadoras da doença renal crônica (DRC), cujas causas mais prevalentes são glomerulonefrites, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS). A intervenção nutricional é capaz de adiar a necessidade da terapia renal substitutiva, controlando principalmente o acúmulo de metabólitos tóxicos com uma restrição proteica e conseqüentemente diminuindo o risco de morte. Analisar a ingestão proteica de pacientes na fase não-dialítica da doença renal crônica e comparar com as recomendações da literatura. Foi utilizado questionário despadronizado para dados sociodemográfico, antropometria e exames laboratoriais. A análise dietética foi realizada através de um questionário de frequência alimentar e em seguida calculado os valores calóricos e proteicos utilizando um software de nutrição. CAAE: 47049621.0.0000.5515 Participaram 30 pacientes de um hospital público do interior paulista dos quais 60% eram do sexo masculino. A média de idade era de 71 anos, 86% dos pacientes sobreviviam com renda mensal de 2 a 4 salários-mínimos e 40% possuíam ensino fundamental incompleto. Dos fatores de risco avaliado, 44% dos pacientes apresentavam hipertensão e diabetes e 54% apresentavam-se acima do peso, embora todos (100%) apresentaram ingestão calórica abaixo do recomendado. E pela ingestão proteica, 63% ingeriam quantidades inadequadas de proteína comparadas com as recomendações da Braspen de 2021. Pode-se concluir que, em uma população de pacientes com DRC na fase não dialítica, tanto a ingestão calórica como a ingestão proteica não atingiram as recomendações preconizadas pela literatura atual. Para evitar um acelerado declínio da função renal, os pacientes devem receber orientações individualizadas com base no estágio da DRC, estado nutricional e funcionalidade. Órgão de fomento financiador da pesquisa: Próprio pesquisador. Protocolo CAAE: 47049621.0.0000.5515

PERFIL DE HIDRATAÇÃO DE UM GRUPO DE CORREDORES DE RUA DE PRESIDENTE PRUDENTE - SP

LUCIANE DE SOUZA ROMERO
PEDRO HENRIQUE DA CRUZ NOBRE GOMES
LUANA RAQUEL SANTOS CARDOSO
NATHALIA GOES DA SILVA
CRISTINA ATSUMI KUBA

Os benefícios fisiológicos no desempenho de corredores quando estão bem hidratados têm sido bem documentadas no meio científico, sendo que a falta de informações e o uso inadequado de líquidos pode afetar negativamente o desempenho cognitivo-motor, levando à alteração na coordenação motora e na resistência muscular. A hidratação adequada antes, durante e depois da corrida é necessária para evitar a desidratação e alterações orgânicas que comprometam o estado físico e nutricional do indivíduo, contribuindo para o bom desempenho no exercício. Avaliar o hábito de hidratação dos corredores de rua de Presidente Prudente -SP. Foi realizado um estudo analítico quantitativo transversal observacional não probabilístico, com abordagem qualitativa, com 30 corredores de rua de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, residentes da cidade de Presidente Prudente-SP, através de entrevista com aplicação de questionário do tipo autoadministrativo, semiestruturado, contendo 21 perguntas abertas e fechadas abrangendo sua ingestão hídrica e hábitos de hidratação nos dias de corrida. CAAE 48448721.1.0000.5515 Sobre os hábitos de hidratação, verificou-se que a maioria dos corredores da amostra costuma hidratar-se antes (90%) e após a corrida (93%). Quanto ao tempo de ingestão de líquidos antes da corrida, foi predominante entre 10 a 20 min (59,25%) antes da corrida. Já quanto ao tempo de ingestão líquida após a corrida, os corredores preferiram a ingerir líquidos imediatamente após a corrida (73%). A quantidade ingerida pela maioria da amostra foi de 200 a 300 mL (59,25%), antes e durante a corrida. Após o treino, o volume de líquidos que mais predominou foi o de 500 - 1000 mL (46,42%). Quanto ao tipo de bebidas, a maior porcentagem foi de água mineral nos tempos antes, durante e depois da corrida (90%), seguido por água de coco (36,66%) após o treino. A maioria dos corredores já apresentou sinais e sintomas relacionados à má hidratação durante a corrida, sendo que 46,66% já havia apresentado sede intensa e 46,66% apresentaram perda de força. A maioria dos participantes da pesquisa, não teve orientação profissional sobre como realizar a hidratação antes, durante e após a corrida (53,33%). Conclui-se que todos os participantes acreditam na importância da hidratação, porém muitas vezes não a executam de maneira correta, pois não tem orientação de um profissional adequado. Neste contexto o nutricionista é o profissional mais indicado para realizar as orientações nesta prática esportiva. Órgão de fomento financiador da pesquisa: Próprio pesquisador Protocolo CAAE: 48448721.1.0000.5515

PRÁTICA DE DIETAS DA MODA EM ESTUDANTES DO CURSO DE NUTRIÇÃO EM UMA INSTITUIÇÃO DE ENSINO SUPERIOR PRIVADO DO OESTE PAULISTA

GRACE FRANCÉLI QUINTANA FACHOLLI GARCIA

MARCELA FAGIANI

SABRINA ALVES LENQUISTE

SANDRA CRISTINA GENARO

BIANCA CAVALCANTE DOS SANTOS

ELAINE CRISTINA ALVES

ESTEVAN RODRIGUES DOS SANTOS NETO

A obesidade é um problema metabólico que afeta grande parte da população. Neste contexto, o uso de dietas da moda tornou-se algo comum para as pessoas que desejam reduzir peso corporal, entretanto, o uso indiscriminado dessas dietas sem acompanhamento de um profissional qualificado pode trazer sérias consequências para a saúde por muitas vezes não atender as demandas do organismo, prejudicando a qualidade de vida a curto e longo prazo. Avaliar o uso de dietas da moda e seus possíveis impactos na saúde de estudantes universitários do curso de nutrição em uma instituição de ensino superior privado do oeste paulista. Pesquisa de caráter descritiva, observacional, com abordagem quantitativa sob CAAE 53932921.8.0000.5515. Foi aplicado um questionário adaptado para o estudo via Google forms com questões sobre a caracterização dos estudantes (sexo, idade, faixa etária, estado civil, ocupação, renda familiar), estilo de vida (percepção sobre a saúde e peso, realização de exercício físico, ingestão de bebida alcoólica, uso de tabaco) e o uso de dietas da moda (tipo, frequência de uso, a percepção sobre essas dietas e seus impactos na saúde). Participaram 52 estudantes universitários de ambos os sexos sendo a maior parte entre 20 a 30 anos (78,85%). A maioria da amostra era do sexo feminino (84,62%), solteiros (88,46%) e oriundos de escola pública (57,69%). Do total de participantes, 42,31% (n=22) já fizeram uso de alguma dieta da moda sendo as mais prevalentes a Low carb (75%), jejum intermitente (62,5%) e dieta da sopa (16,7%). A frequência de uso das dietas da moda foi entre 1 e 3 meses (68,18%), sendo que, os benefícios associados com o tempo de uso dessas dietas foram classificados como curtos (45,84%) e os sintomas mais frequentes foram dor de cabeça e irritabilidade, fraqueza, tontura e intestino preso. A maioria dos participantes (91,67%) não indicaria o uso de dietas da moda a outras pessoas. Conclui-se que apesar da baixa adesão às dietas da moda apresentadas pelos participantes, ressalta-se a importância no desenvolvimento de mais trabalhos acerca desse assunto que contribuem para o aprofundamento e a efetividade de informações para conscientizar os profissionais de saúde que vão lidar com essa realidade a fim de alertar a população sobre os riscos aos quais está sujeita e, propor medidas conscientes de promoção de saúde e conscientização a respeito de emagrecimento sob o acompanhamento de um nutricionista em caso de busca pela perda de peso. Órgão de fomento financiador da pesquisa: UNOESTE Protocolo CAAE: 53932921.8.0000.5515

Pesquisa (ENAPI)

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE

Comunicação oral
(presencial)

Ciências da Saúde

Nutrição

QUALIDADE DA ALIMENTAÇÃO E OCORRÊNCIA DE TRANSTORNO DE COMPULSÃO ALIMENTAR
PERIÓDICO (TCAP) EM MULHERES OBESAS

LUANA LIMA BARREIRO
CELIO OLIVEIRA FREIRE JUNIOR
RAYANA LOCH GOMES
SABRINA ALVES LENQUISTE

A obesidade está diretamente relacionada aos maus hábitos comportamentais, como a má alimentação caracterizada pela ingestão excessiva de alimentos poucos saudáveis, principalmente alimentos ultra processados de alta densidade calórica, como também o sedentarismo. Além disso, indivíduos obesos podem apresentar episódios de compulsão alimentar que dificultam o tratamento da obesidade e necessitam de abordagens multiprofissionais voltadas para mudança de comportamento. O objetivo desse trabalho foi identificar a qualidade da dieta e a ocorrência de Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) em mulheres obesas. Trata-se de um estudo descritivo e de natureza transversal, com 20 mulheres, de 18 a 59 anos, alfabetizadas, que participaram de um mutirão de saúde da mulher em uma unidade básica de saúde. Aferiu-se peso e estatura para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC). A ocorrência de TCAP foi verificada por meio da Escala Brasileira de Compulsão Alimentar Periódica e a qualidade da alimentação pela aplicação de Questionário de Frequência Alimentar (QFA). A pontuação do QFA foi calculada pela atribuição de escores considerando a frequência de consumo dos alimentos com alta densidade calórica presentes na ferramenta. Realizou-se teste de correlação entre IMC e presença de TCAP e a qualidade da dieta. CAAE 53976521.4.0000.5515 A faixa etária prevalente foi de 50 a 59 anos, casadas, com ensino médio completo e renda mensal de um salário-mínimo. As mulheres foram classificadas, em média, com Obesidade Grau II ($35,60 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,41$). A escala de TCAP mostrou valor médio de $8,35 \pm 7,95$, classificando a população como sem risco de TCAP. Escore médio de consumo mais alto foi encontrado para o arroz branco ($3,50 \pm 1,07$), café adoçado e alimentos gordurosos como frango com pele ($2,40 \pm 1,24$) e banha suína ($3,15 \pm 1,11$) e para doces ($3,40 \pm 1,20$). As mulheres relataram em média 3 refeições no dia, consomem carnes com gordura aparente e não a removem e não utilizam adoçantes ou produtos diet em substituição do açúcar de adição, evidenciando então uma baixa qualidade da dieta. Não houve correlação entre o IMC e o pontuação de consumo de alimentos ($r = 0,1129$ e $p = 0,6356$) e com a ocorrência da TCAP ($p = 0,849$). As mulheres avaliadas não mostraram ocorrência de TCAP, porém tiveram baixa qualidade da dieta, a qual pode se associar ao aumento de peso e complicações da obesidade. Protocolo CAAE: 53976521.4.0000.5515

Pesquisa (ENAPI)

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE

Ciências da Saúde

Comunicação oral (on-line)

Nutrição

TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL EM PACIENTES PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA

GABRIELE RANIERO DA SILVA
MARIA EDUARDA SANABRIA FALCAO
GABRIELLY CAROLINY DE SOUZA GOMES
KÍMBERLYN REIS DA SILVA
ELAINE CRISTINA NEGRI SANTOS
ANA PAULA BRAMBILO MENEGASSO VIEIRA
SANDRA CRISTINA GENARO
MARCELA FAGIANI

Este trabalho teve como objetivo evidenciar e discutir se há alguma conduta mais adequada para a terapia nutricional enteral em pacientes em cuidados paliativos. Para responder a questão da pesquisa, foram selecionados descritores relacionados com os itens da estratégia PICO, sendo utilizados com os Descritores em Ciências da Saúde. A pesquisa foi embasada em oito artigos, todos publicados entre o ano de 2017 à 2021, encontrados nas seguintes bases de dados: PubMed, LILACS e Scielo. A maioria dos estudos provou que há uma grande incerteza de como agir na alimentação do paciente em cuidados paliativos e até onde ir com esse paciente. Sendo assim, o nutricionista é indispensável nesse momento, definindo a melhor conduta nutricional juntamente com a equipe multidisciplinar. Portanto a TNE deve ser individualizada, visando o conforto e a qualidade de vida em primeiro lugar. Órgão de fomento financiador da pesquisa: Hospital Regional de Presidente Prudente e Universidade do Oeste Paulista

UTILIZAÇÃO DE SUPLEMENTOS POR CORREDORES DE RUA AMADORES

LUCIANE DE SOUZA ROMERO

LUCAS MANOEL MARTINS

FERNANDA ORLANDELLI

CRISTINA ATSUMI KUBA

Os corredores de rua têm como principal obstáculo a ingestão energética, pois o consumo adequado de quilocalorias garante que o indivíduo consuma energia suficiente para manter sua função corporal. O planejamento alimentar é indispensável ao fornecimento de nutrientes e consequentemente de energia, facilitando o processo de recuperação e regeneração muscular. A procura por suplementos alimentares tem crescido, principalmente com o objetivo de suprir as necessidades calóricas, lacunas deixadas pela alimentação e melhorar os resultados. A suplementação de carboidratos junto à de proteína sugere a melhora no rendimento de exercícios de longa duração. deve-se ter cautela quanto à utilização de alguns suplementos, pois muitos não possuem comprovação científica sobre seus efeitos, podendo assim ocasionar algum dano à saúde quando utilizados de maneira inadequada e sem a orientação de um profissional nutricionista especializado. Avaliar a utilização de suplementos por corredores de rua amadores. Foi realizado um estudo analítico quantitativo transversal observacional não probabilístico, com abordagem qualitativa, com 30 corredores de rua de ambos os sexos, com idade acima de 18 anos, através de entrevista com aplicação de questionário do tipo autoadministrativo, semiestruturado, como instrumento de coleta, contendo 17 perguntas abertas e fechadas abrangendo a utilização de suplementos. CAAE 54368421.3.0000.5515 Foram avaliados 30 corredores de rua amadores, sendo 50% do gênero masculino (50%) e 50% do gênero feminino com média de idade de 32 anos. Verificou-se que 46,66% dos corredores possuem conhecimento sobre os recursos ergogênicos. Quanto ao uso de suplementos, a maioria dos entrevistados 66,66% utiliza suplementação e dentre os corredores de rua que os utilizam, o gênero masculino é o que mais utiliza, com 55%. Os suplementos mais utilizados foram Whey Protein e Creatina com 85,00%, sendo que o maior motivo para o uso, 75% foi para aumento de massa muscular. A maior parte dos corredores 43,3% não faz acompanhamento nutricional, mas dos que utilizam suplementos, 50% teve indicação de nutricionista. Concluiu-se que o grupo de corredores da pesquisa tinham experiência dentro do esporte e com isso apresentaram conhecimento sobre a suplementação utilizada e sua finalidade mesmo com o acompanhamento nutricional se encontrando em índices baixos no público analisado e a motivação para o uso de suplementos parte do desejo do aumento na massa muscular e do desempenho atlético. Órgão de fomento financiador da pesquisa: Próprio pesquisador Protocolo CAAE: 54368421.3.0000.5515

RELATOS DE EXPERIÊNCIA

AÇÃO DE CONSCIENTIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DO BOM PRATO NO INTERIOR DE SÃO PAULO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	959
ACOLHER E CUIDAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÃO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL.....	960
ADEQUAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NO GRANDE QUEIMADO GRAVE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	961
ATUAÇÃO DA NUTRICIONISTA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.	962
ATUAÇÃO DA NUTRICIONISTA RESIDENTE EM AÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA.....	963
ATUAÇÃO DAS NUTRICIONISTAS RESIDENTES NA CLÍNICA CIRÚRGICA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	964
ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA UTI CORONARIANA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	965
ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA RESIDENTE NO ATENDIMENTO DE IDOSOS NO AMBULÁTORIO DE LESÕES CRÔNICAS DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DA UNOESTE	966
ATUAÇÃO E IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA..	967
CONSCIENTIZAÇÃO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA SOBRE RESTA-INGESTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	968
DETERMINANTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	969
EXPERIÊNCIA DA NUTRICIONISTA RESIDENTE NA ORIENTAÇÃO DE SONDA ENTERAL NO DOMICÍLIO	970
EXPERIÊNCIA DE NUTRICIONISTAS RESIDENTES EM TERAPIA INTENSIVA NA ATUALIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO OPERACIONAL PADRONIZADO SOBRE VERIFICAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO OESTE PAULISTA	971
IMPORTÂNCIA DA TUTORIA NA FORMAÇÃO DA NUTRICIONISTA RESIDENTE - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA	972
PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM UM LAR PARA CRIANÇAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA	973

AÇÃO DE CONSCIENTIZAÇÃO EM UMA UNIDADE DO BOM PRATO NO INTERIOR DE SÃO PAULO:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

CRISTINA ATSUMI KUBA
CAMILA MARQUES CRIVELLI CRESCENCIO
MARILDA MOREIRA DA SILVA

O Programa Bom Prato foi criado nos anos 2000, pelo Governo do Estado de São Paulo, e tem como objetivo oferecer refeições saudáveis e com custo acessível para a população de baixa renda, sendo que esta unidade está presente no interior de São Paulo. Diante deste público, que é mais carente de atenção social, nota-se algumas situações de simples resolução, mas que são de fundamental importância para o bom funcionamento da unidade, como por exemplo a correta separação dos resíduos, que gera melhor aproveitamento dos resíduos orgânicos (compostagem) e dos descartáveis (reciclagem). Por isso, a partir da observação do público frequentador do Bom Prato de Presidente Prudente, foi elaborada uma ação sobre a conscientização da correta separação dos resíduos. O objetivo deste relato de experiência é compartilhar a efetividade de uma simples ação de conscientização realizada em uma unidade do Bom Prato em Presidente Prudente-SP. Houve grande melhoria no processo de separação de lixo por parte dos comensais durante o período das ações, e foi possível observar que o conjunto de pequenas mudanças foi muito mais efetivo do que as de maneira isolada. A partir disso, comensais se conscientizaram sobre a necessidade da separação correta do lixo, sendo capazes de expandir esta prática para suas casas e vivências. O estabelecimento conta, desde sua abertura, com 3 lixos destinados ao uso da clientela, tendo sua finalidade discriminada por cor e a descrição 'Descartáveis' ou 'Orgânicos'. Há no local, placas indicando a finalidade de cada um dos lixos, os quais se encontram acima destes, na parede em que estão alocados, porém, por serem constantemente despercebidas, foram fixados mais papéis sinalizando os tipos de lixos na tampa de cada um, local que fica na altura dos olhos dos comensais, o que gerou discreta melhora. Além disso, sempre que possível, a estagiária da unidade ficava ao lado dos lixos, orientando os comensais, ação esta que se mostrou muito eficaz, porém pontual, pois quando a estagiária se ausentava, a separação deixava de ocorrer de forma efetiva. Também foi desenvolvido um educativo em formato de display para as mesas onde os comensais se alimentam e, no primeiro dia de ação o efeito já foi imediato e satisfatório, sendo perceptível a diferença que os displays de mesa causaram. Por fim, papéis reforçando a diferenciação de cores e finalidade dos lixos foram espalhados pelas paredes da unidade.

Extensão (ENAEXT)

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE

Ciências da Saúde

Comunicação oral
(presencial)

Nutrição

ACOLHER E CUIDAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÃO DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E
NUTRICIONAL

ISABELLA JACCOUD DINALLO
ANDRE MARIANO OLIVEIRA DOS SANTOS
MARCELA FERNANDA COSTA GUERREIRO
ISABELI ALCANTUR DA SILVA
LUANA RAQUEL SANTOS CARDOSO
SABRINA ALVES LENQUISTE

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial e no Brasil o cenário não é diferente. A velhice pode trazer consigo limitações funcionais que levam o indivíduo a se tornar dependente e muitas vezes as famílias não podem cuidar desse idoso. As instituições de longa permanência de idosos representam um importante elemento de acolhimento e cuidado para a população idosa. Desenvolver uma ação de promoção à saúde com escuta ativa e conversa empática, focalizada na integração entre os idosos moradores da Vila da Fraternidade, permeado pela temática da alimentação saudável e prática da atividade física. Através desta atividade, percebemos a vulnerabilidade desta população, gestos básicos os deixaram muito contentes e agradecidos. A adesão dos moradores ao nosso projeto foi de 73,52% uma vez que totalizamos 25 idosos atendidos de um total de 34 residentes da Instituição de Longa Permanência. Além disso, houve grande integração dos moradores entre si. Pudemos concluir que foi uma ótima ação de acolhimento e Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças, voltada para a promoção de uma longevidade saudável. Foi realizado um "Circuito da Saúde", onde o circuito se iniciava através da pesagem, aferição da altura, circunferência abdominal e do quadril para avaliação de risco nutricional e risco cardiovascular. Os idosos, ao entrarem no salão, seguiam uma sequência de flechas que os direcionavam para cada local específico onde seria efetivada a avaliação antropométrica. Ao fim desta avaliação, separamos os idosos em pequenos grupos em mesas de trabalho, sendo que para cada mesa um estudante realizou uma breve educação alimentar com figuras que ilustraram alimentos bons e os que não eram recomendados. Os idosos deveriam montar um prato saudável a partir das imagens de alimentos mostradas pelos estudantes e assim discutir a importância da alimentação saudável. Após a dinâmica dos pratos e orientação nutricional, finalizamos com um café da tarde saudável, com lanche natural, salada de frutas, água saborizada e bolo integral de banana. Este momento foi crucial para findar a ação com um momento de muita proximidade, zelo e trocas de experiências entre os idosos e os estudantes.

ADEQUAÇÃO DA TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NO GRANDE QUEIMADO GRAVE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

NATHÁLIA DE JESUS BREDA
GABRIEL APARECIDO ESCOBAR DE LIMA
SANDRA CRISTINA GENARO

A queimadura é definida como uma lesão traumática que acomete a pele e é ocasionada por algum agente externo. Em pacientes queimados, o hipermetabolismo aumenta as necessidades protéico-calóricas, e em adultos com superfície corporal queimada acima de 30%, é indicado terapia nutricional enteral. Sendo assim, o suporte nutricional é parte fundamental no cuidado ao grande queimado grave. Relatar a experiência de nutricionistas residentes em terapia intensiva frente a um paciente grande queimado, bem como a importância e as principais dificuldades na assistência nutricional. Conclui-se que é imprescindível a adequação na terapia nutricional enteral no grande queimado, bem como o acompanhamento nutricional diário, avaliando sinais clínicos de intolerância à dietoterapia, e evidências de déficit nutricional. O paciente grande queimado é um desafio diário para toda equipe multiprofissional. Isso porque é uma condição grave com necessidade de suporte intensivo e monitorização contínua. Do ponto de vista nutricional, o principal objetivo é amenizar a resposta metabólica frente ao trauma, evitando a perda de peso, e melhorando os mecanismos de defesa e cicatrização. Por isso, é de grande importância a terapia nutricional enteral precoce e individualizada, após estabilização hemodinâmica do paciente crítico. Neste caso iniciamos a terapia nutricional enteral dentro de 48 horas após ressuscitação volêmica, e já realizamos a avaliação nutricional para determinação das necessidades nutricionais, com suporte de preceptoria. Para determinar a necessidade calórica do paciente, utilizamos a fórmula de Curreri, e para as necessidades proteicas utilizamos também a meta de 3g/kg/dia, segundo a recomendação de Curreri. E para regulação da função intestinal modulamos cerca de 25g/dia de fibra solúvel, visto que a dieta enteral utilizada era isenta deste nutriente. Além disso, é fundamental estabelecer o aporte hídrico adequado, pois é comum a desidratação nestes pacientes. O principal desafio encontrado na nutrição do grande queimado foi a alta demanda de caloria e proteína. Isso implica em um alto volume prescrito de dieta enteral, havendo mais chances ao risco de intolerância gastrointestinal.

ATUAÇÃO DA NUTRICIONISTA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GABRIELLY CAROLINY DE SOUZA GOMES

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) estão entre os componentes da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), uma das redes temáticas prioritárias do Sistema Único de Saúde. As UPAs funcionam 24h por dia, todos os dias da semana. São unidades de complexidade intermediária, funcionando como elo assistencial, entre a atenção primária e a rede hospitalar. Descrever a atuação da nutricionista no cuidado aos pacientes da UPA. É de suma importância a presença do Nutricionista nas UPAs, uma vez que é atribuição privativa da profissão a atuação na área de assistência nutricional e dietoterápica hospitalar e na área de nutrição em alimentação coletiva. As atribuições relacionadas a nutrição clínica englobam a maior parte das atividades da rotina diária do nutricionista na UPA. Dentre elas estão a visita diária a todos os pacientes internados; orientar a distribuição de dietas orais e enterais (verificando o percentual de aceitação, infusão e tolerância da dieta); adaptações específicas no cardápio aos pacientes com doenças e deficiências associadas à nutrição; orientação nutricional específica para enfermidade no momento da alta, etc. Na UPA ocorre o serviço descentralizado de fornecimento de refeições, através de uma empresa terceirizada. A equipe de nutricionistas, apesar de não acompanhar o preparo das refeições, participa de atividades que vão desde a elaboração de Termo de Referência (TR) que comporá a licitação para seleção de empresa, até a supervisão de distribuição das refeições, para pacientes, acompanhantes e servidores na unidade.

Extensão (ENAEXT)

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE

Comunicação oral
(presencial)

Ciências da Saúde

Nutrição

ATUAÇÃO DA NUTRICIONISTA RESIDENTE EM AÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

ANA CARLA PIRES DOS SANTOS

AMANDA ORLANDELLI MOLINARI

THAÍS DE OLIVEIRA

THALYSSON FELIPE DE SOUZA EMENEGILDO

CRISTOFFER DA SILVA SANTANA

O Programa Saúde na Escola (PSE) é um projeto intersetorial entre Ministério da Saúde e da Educação, que visa a articulação entre educação e saúde, para promoção, prevenção e atenção à saúde das crianças, adolescentes e jovens do ensino público. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) juntamente com os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) são responsáveis por promover ações de educação em saúde nas escolas que estão inseridas no seu território. Devido a pandemia de COVID-19 as escolas permaneceram fechadas por um período, mudando as ações desenvolvidas pelo PSE. Neste ano, com a retomada das aulas presenciais, retornou-se as ações de educação em saúde dentro das escolas. Relatar a experiência da nutricionista residente no desenvolvimento e execução de educação nutricional e promoção de prática de atividade física em escolas do município. Diante disso, é de sua importância adequar as orientações de acordo com o público alvo, com a ação foi possível ganhar a atenção das crianças e conduzir a troca de conhecimentos, promovendo educação em saúde de maneira efetiva. Considerando que os hábitos de vida saudáveis são construídos já na infância, o público alvo da ação foram crianças de 07 a 10 anos (2º a 4º ano do ensino fundamental). Realizou-se uma "caça ao tesouro". Para a ação foi confeccionado um quebra-cabeça com imagens de frutas, hortaliças e uma chave, para que ao montar o quebra-cabeça fosse possível abrir o "tesouro". Uma caixa foi personalizada para representar o baú do tesouro, e foram armazenadas figuras plásticas de alimentos saudáveis (arroz, feijão, frutas, legumes, verduras, carnes), sendo este o tesouro. As peças do quebra-cabeça foram espalhadas pela escola e a missão dos alunos era encontrar essas peças, montar o quebra-cabeça e descobrir o tesouro. Contou-se uma história para aguçar a imaginação das crianças e elas partiram em busca das peças para formar o quebra-cabeça e abrir o baú do tesouro. Após aberto, foi explicado a importância da alimentação saudável e do exercício físico no desenvolvimento das crianças. As crianças ficaram atentas as orientações e compartilharam o que fazem em suas casas, sendo esta troca muito construtiva para o aprendizado.

ATUAÇÃO DAS NUTRICIONISTAS RESIDENTES NA CLÍNICA CIRÚRGICA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GABRIELLY CAROLINY DE SOUZA GOMES

NATHÁLIA DE JESUS BREDA

A resposta ao estresse cirúrgico desencadeia a liberação de mediadores inflamatórios, que promovem o catabolismo proteico, o que pode contribuir para piora do estado nutricional. Diante disso, o trabalho desenvolvido pelo nutricionista neste período contribui para o melhor desfecho clínico do paciente cirúrgico. Relatar a atuação das residentes no tratamento a pacientes candidatos e aos submetidos a cirurgias de pequeno, médio e grande porte. A intervenção nutricional perioperatória é excepcional para otimizar a recuperação dos pacientes e os próprios resultados cirúrgicos. Porém, é essencial a comunicação multiprofissional, afim de garantir a terapia nutricional imunomoduladora pelo período indicado, certificando-se também da ingestão alimentar do paciente. Como parte do rodízio da Residência Multiprofissional em Saúde nos setores hospitalares, está a atuação do profissional nutricionista na Clínica Cirúrgica, onde passamos o período de um mês com suporte de preceptoria. Entendemos que, a nutrição perioperatória é a terapia nutricional instituída durante o pré e pós-operatório. Neste cenário lidando com o manejo do paciente cirúrgico temos como objetivos a avaliação do estado nutricional, o tratamento da desnutrição e a manutenção da função imunológica, com a finalidade de otimizar a recuperação pós-operatória. Nossos cuidados iniciam desde a indicação cirúrgica em discussão multiprofissional, onde realizamos uma triagem e avaliação nutricional para identificar o comprometimento do estado nutricional e indicar a necessidade de intervenção específica através de suplementação oral, nutrição enteral e/ou parenteral. Para pacientes desnutridos e candidatos à cirurgia de grande porte, iniciamos terapia nutricional imunomoduladora por no mínimo 5 dias antes da intervenção cirúrgica, e a quantidade de fórmula oral/enteral prescrita é no mínimo 500 ml por dia, para realmente ser uma terapia efetiva. A mesma conduta se estende para o pós operatório. Pacientes nutridos não necessitam de cuidados especiais para cirurgias de pequeno e médio porte, apenas monitoramos diariamente quanto a ingestão dietética. Muitas vezes, todo trabalho de imunomodulação se inicia no Pronto Socorro e se estende até a Clínica Cirúrgica, e continua até a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Cirúrgica durante o pós operatório, por isso a importância do seguimento do tratamento do paciente cirúrgico durante todas as etapas.

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA NA UTI CORONARIANA - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GABRIELLY CAROLINY DE SOUZA GOMES

KATELEEN DE LIMA ALCANTARA

A Unidade de Terapia Intensiva Coronariana do Hospital Regional possui 10 leitos. Destinam-se para esta unidade, os pacientes com doenças cardiovasculares que necessitam de algum tipo de intervenção, principalmente cirúrgica. Descrever a experiência do profissional nutricionista no cuidado aos pacientes hospitalizados na unidade de terapia intensiva coronariana (UCO). É essencial o acompanhamento nutricional para estes pacientes, visando à melhora do perfil nutricional e qualidade da alimentação, objetivando melhora da qualidade de vida e redução de complicações pós-operatórias. Dentre as doenças cardiovasculares que podem necessitar de intervenção cirúrgica, encontram-se a insuficiência coronariana, comunicação interatrial e interventricular, e comprometimento das válvulas cardíacas. As cirurgias cardíacas são procedimentos que apresentam grande morbidade e têm suas complicações relacionadas com a situação pré-operatória do paciente. A presença de doenças preexistentes e um estado nutricional inadequado podem associar-se às complicações pós-operatórias. A própria cirurgia promove resposta orgânica sistêmica ao trauma, que está diretamente associada à intensidade da lesão e pode evoluir com hipermetabolismo, hipercatabolismo, consumo da massa proteica e conseqüentemente, a desnutrição. O cuidado nutricional ocorre desde a indicação da intervenção cirúrgica, acompanhando a ingesta diária e o estado nutricional do paciente. Após a realização do procedimento, o nutricionista acompanha diariamente a evolução clínica do paciente, ajustando a consistência alimentar de forma progressiva. No momento da alta, o paciente recebe orientações nutricionais, para melhor cuidado com a alimentação em sua residência.

ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA RESIDENTE NO ATENDIMENTO DE IDOSOS NO AMBULATÓRIO DE LESÕES CRÔNICAS DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DA UNOESTE

APARECIDO IGNACIO JUNIOR
FRANCIELE DE SOUZA OLIVEIRA
QUEREM-HAPUQUE SOARES
CRISTOFFER DA SILVA SANTANA

As lesões crônicas são aquelas que ultrapassam cerca de 6 semanas ou mais para cicatrizar, sendo pela não realização do curativo adequado, hábitos de vida inadequados e o não tratamento da etiologia da lesão, causando assim grande impacto psicológico, social e econômico ao paciente, se tornando um problema de saúde pública. Dito isso, o Centro de Especialidades da UNOESTE viu a necessidade da criação de um ambulatório de lesões crônicas com o intuito de tratamento, manutenção e acompanhamento dessas lesões. Após os atendimentos serem realizados pelos enfermeiros, identificaram a necessidade de encaminhá-los para a nutrição, para receberem orientações nutricionais específicas sobre cicatrização. Demonstrar a atuação do nutricionista frente aos atendimentos nutricionais voltados aos pacientes idosos do ambulatório de lesões crônicas da UNOESTE. Conclui-se a importância do nutricionista na orientação da alimentação saudável no tratamento das lesões crônicas. Trazendo ao profissional sentimentos de empatia e sensibilização do cuidado, escuta qualificada e desmistificação de mitos, permitindo condutas terapêuticas eficientes e trocas de saberes junto aos idosos. Foram encaminhados todos os pacientes idosos, sendo realizado anamnese nutricional, antropometria, recordatório dietético e história pregressa da lesão. As principais lesões apresentadas durante os atendimentos foram úlceras diabéticas, lesões venosas e lesões por pressão. A maioria desses pacientes vivem com essas lesões há anos, entrando em um ciclo vicioso de cicatrização e reabertura da lesão. Um motivo que explica isto, é o cuidado individualizado que esse paciente recebe tanto dos familiares, quanto dos profissionais de saúde, trazendo sentimentos de acolhimento e visibilidade. Outro fato plausível apresentado nas consultas foi o alto consumo de alimentos industrializados, açucarados e bebidas gaseificadas, atrapalhando assim o processo de cicatrização da lesão. Um ponto marcante foi o baixo consumo de ovos, carne de porco e peixes, pois, a maioria relatou que ouviu falar que eram alimentos "remeros", que dificultam a cicatrização, mito esse que baseado na literatura é totalmente equivocado. Por fim, outro parâmetro perceptível foi a baixa ingestão hídrica, sendo a hidratação de extrema importância na recuperação muscular. Todos receberam orientações nutricionais específicas para cicatrização, materiais informativos e retorno nutricional, quando necessário.

ATUAÇÃO E IMPORTÂNCIA DA NUTRIÇÃO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

KÍMBERLYN REIS DA SILVA
GABRIELLY CAROLINY DE SOUZA GOMES

Considerando que os pacientes admitidos no serviço de emergência normalmente possuem alto risco nutricional, a atuação do profissional nutricionista dentro deste serviço se faz extremamente importante para a recuperação do seu estado nutricional, visando um prognóstico efetivo no âmbito hospitalar. Relatar a experiência da atuação e importância do profissional nutricionista no serviço de emergência, no Pronto Socorro, em um hospital de nível de atenção terciário, no interior de São Paulo. A atuação nutricional ao paciente da emergência é indispensável para sua recuperação e melhora do prognóstico. Trata-se de um estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, presenciado por nutricionistas da residência multiprofissional em Urgência e Trauma, sobre a assistência nutricional prestada a pacientes no serviço de emergência, internados no Pronto Socorro, de um hospital universitário no interior do estado de São Paulo. No decorrer dos plantões, nutricionistas desempenham diversas atribuições após a admissão do paciente na emergência, sendo ele crítico ou não. Após a identificação do estado e risco nutricional, através da triagem (que possibilita a realização de intervenções precoces), também é realizada a avaliação nutricional objetiva e subjetiva, com o objetivo de obter a conduta mais eficiente de acordo com a individualidade e diagnóstico do paciente. Diante disso, suas necessidades nutricionais (energéticas e proteicas) são estimadas para que possa ser iniciada a terapia nutricional, sendo ela oral ou enteral a depender das condições do indivíduo, levando em consideração a escolha da fórmula ou dieta a ser administrada e necessidade de suplementação.

CONSCIENTIZAÇÃO DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA SOBRE RESTA-
INGESTA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

SARA MARIA DIAS DE ARAUJO
MICHAELE DOLORES DA SILVA RODRIGUES
ANNA LAURA LUCHESI RAMSDORF
JULIANA ANDRADE GUIDO
BIANCA DEPIERI BALMANT AZEVEDO
MARILDA MOREIRA DA SILVA

O resta-ingesta (RI) é um indicador de controle de qualidade em uma Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) e seu controle é fundamental, pois serve como subsídio para implantar medidas de racionalização e redução de desperdício de alimentos. Descrever as atividades desenvolvidas para incentivar os usuários de um serviço de nutrição e dietética (SND) a diminuir o RI através de conscientização. As atividades voltadas para conscientização dos usuários quanto ao desperdício de alimentos deve ser um processo constante nas UANs e pode impactar aspectos econômicos e ambientais cruciais para o serviço e para o mundo. Durante uma semana foram realizadas ações de diagnóstico e conscientização junto aos usuários de um SND de um hospital, o qual apresenta alto índice de resto ingesta. No primeiro e segundo dia foi realizado uma pesquisa de satisfação da refeição com os usuários do refeitório. No terceiro e quarto dia foram expostos cartazes que procurassem conscientizar os usuários a não desperdiçar comida, além de um folder informando o peso dos alimentos desperdiçados no SND no mês anterior a atividade. No quinto e sexto dia foi realizado o sorteio de um brinde entre os comensais que devolvessem a bandeja vazia. O sorteio teve como objetivo motivar os usuários do refeitório a este procedimento. No sétimo dia foram entregues frases motivacionais de combate ao desperdício.

DETERMINANTES SOCIAIS NO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GABRIELLY CAROLINY DE SOUZA GOMES
ANDRESSA FABRI DE SOUZA SANTOS
HILLARY DOS SANTOS AMORIM
PEDRO VICTOR TONICANTE DA SILVA
LARISSA SAPUCAIA FERREIRA ESTEVES

No serviço de emergência, o atendimento aos usuários muitas vezes é falho, quanto a abordagem holística dos determinantes sociais de saúde, uma vez que o fluxo dos pacientes é elevado e normalmente o recurso humano disponível é insuficiente. Além disso, há necessidade de atendimento rápido e resolutivo, fazendo com que a equipe de saúde execute um padrão, distanciando a visualização de todos os aspectos do indivíduo. A equipe de residência em urgência e trauma é formada por profissionais de diferentes áreas, que buscam incluir os determinantes sociais relacionados ao quadro do paciente para a resolutividade efetiva, incentivando os outros colaboradores para focarem no indivíduo e não apenas na doença. Relatar a experiência de residentes na observação dos determinantes sociais em saúde em uma unidade de urgência e emergência. Para que o atendimento ocorra visualizando o usuário de forma ampla, é necessário mudança na cultura organizacional, visando não apenas o componente biológico mas também o social e econômico. As universidades devem se estruturar para formação de profissionais com olhar humanizado e focado em compreender o paciente como um todo, como um ser biopsicossocial que adentra no serviço devido as diversidades fragilidades dos determinantes sociais de saúde deste. Durante a triagem é investigado as condições relacionadas a alguns determinantes sociais em saúde, como moradia. Nas enfermarias é possível investigar de forma mais ampla esses fatores, já nos setores críticos existe um problema de comunicação, tanto com os pacientes, quanto com os familiares. Entretanto, a equipe de residência é multiprofissional e busca entender como melhorar a condição, não só clínica, mas social de cada indivíduo, seja através de intervenções farmacoterapêuticas para melhor adesão, no encaminhamento para clínicas de fisioterapia gratuitas, na adequação de uma dieta, no acompanhamento pela equipe de enfermagem, entre outras. No momento da alta hospitalar qualificada, a compreensão dos fatores que levaram a pessoa a adoecer é necessária para a mesma seja eficaz e resolutiva. Os residentes entendem os determinantes do paciente e realizam as intervenções, orientações e encaminhamento junto a rede de saúde abordando as reais necessidades do mesmo.

EXPERIÊNCIA DA NUTRICIONISTA RESIDENTE NA ORIENTAÇÃO DE SONDA ENTERAL NO DOMICÍLIO

ANA CARLA PIRES DOS SANTOS

AMANDA ORLANDELLI MOLINARI

THAÍS DE OLIVEIRA

THALYSSON FELIPE DE SOUZA EMENEGILDO

CRISTOFFER DA SILVA SANTANA

A nutrição enteral é indicada para pacientes que apresentam alterações no funcionamento do trato gastrointestinal ou ingestão via oral insuficiente. Durante a internação hospitalar o paciente pode necessitar de terapia nutricional enteral e de acordo com o quadro clínico, o mesmo pode receber alta hospitalar em uso desta terapia, e por mais que a família receba orientações no momento da alta, o início do cuidado em casa provoca medo, insegurança e angústia. O hospital precisa realizar a transição de cuidado na alta dos pacientes, para informar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) sobre o paciente, para que a mesma o acompanhe. Relatar a atuação da nutricionista residente na orientação de dieta enteral no domicílio. Diante disso, é extremamente importante durante a visita domiciliar os profissionais estarem atentos as necessidades do paciente e também a realidade da família que fará o cuidado, sendo muitas vezes, necessário personalizar as orientações para possibilitar o adequado manejo com o paciente no domicílio. Ao ser solicitada uma visita domiciliar para um paciente com nutrição enteral é de suma importância estar preparado não só para orientar os processos e recomendações nutricionais, mas também para observar o contexto familiar, as condições financeiras e de moradia. Foi realizada uma visita domiciliar em uma paciente acamada e com sonda nasoenteral, que apresentava diversos cuidadores, em sua maioria vizinhos que não possuíam experiência com o cuidado. Esses cuidadores ficavam em horários diferentes, sendo difícil orientá-los individualmente. Para garantir o cuidado adequado com a paciente em todos os horários, mesmo estando com cuidadores diferentes, foram confeccionadas tabelas com os horários das dietas, medicações e mudança de decúbito, além de tópicos com as orientações mais pertinentes no manuseio da sonda e da dieta enteral, com letras grandes. As tabelas foram pregadas na parede do cômodo em que a paciente estava acomodada, para que todos os cuidadores pudessem seguir sempre as mesmas orientações. Com isso, os cuidadores sentiram mais segurança no cuidado, visto que possuíam materiais para consulta de fácil acesso e entendimento, propiciando à paciente cuidado adequado integralmente.

EXPERIÊNCIA DE NUTRICIONISTAS RESIDENTES EM TERAPIA INTENSIVA NA ATUALIZAÇÃO DE UM PROTOCOLO OPERACIONAL PADRONIZADO SOBRE VERIFICAÇÃO DO VOLUME RESIDUAL GÁSTRICO EM UM HOSPITAL DO INTERIOR DO OESTE PAULISTA

GABRIEL APARECIDO ESCOBAR DE LIMA

BIANCA DEPIERI BALMANT AZEVEDO

NATHÁLIA DE JESUS BREDA

O volume residual gástrico (VRG) é uma das medidas frequentemente utilizadas para a monitorização do suporte nutricional adequado no paciente crítico. O VRG tem como objetivo quantificar e avaliar o conteúdo gástrico aspirado via sonda nasogástrica (SNG), no intuito de avaliar a tolerância do paciente frente a terapia nutricional enteral (TNE). No entanto, o monitoramento da tolerância da TNE não deve ser realizado de forma isolada, levando em consideração uma combinação de parâmetros. Relatar a experiência de nutricionistas residentes em Terapia Intensiva na atualização de um Protocolo Operacional Padronizado (POP) sobre verificação do VRG em um hospital do interior do oeste paulista. Conclui-se que é fundamental o fomento a elaboração e atualização de ferramentas de monitorização do SN no paciente crítico, visto a condição de extrema vulnerabilidade clínica e nutricional que esses pacientes frequentemente apresentam. O nutricionista desempenha papel fundamental nas equipes multiprofissionais quanto a assistência e cuidado ao paciente crítico, papéis esses que vão além da avaliação inicial do seu estado nutricional, empregando-lhes a elaboração de estratégias individualizadas de Suporte Nutricional (SN) e monitorização da resposta do doente crítico à Terapia Nutricional (TN), que vai desde a internação até a alta hospitalar. A elaboração de POPs é uma das competências do nutricionista na monitorização do SN no paciente crítico. Neste contexto, fomos convidados junto à equipe multiprofissional para realizar atualizações no POP sobre verificação do VRG, com o intuito de promover maior efetividade e infusão da TNE. Para isto, aumentamos o ponto de corte da TN frente ao conteúdo gástrico aspirado para um volume > 500ml, concomitantemente a uma melhor compreensão do serviço de enfermagem quanto aos procedimentos. Paralelamente, disponibilizamos um checklist da monitorização da tolerância a TN, com os principais sintomas indicadores de intolerância, direcionando-os nas tomadas de decisões. O POP atualmente encontra-se nas fases finais de aprovação, no qual será institucionalizado primordialmente nas Unidades de Terapia Intensiva, através de treinamentos de capacitação dos profissionais responsáveis por sua aplicação.

IMPORTÂNCIA DA TUTORIA NA FORMAÇÃO DA NUTRICIONISTA RESIDENTE - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

GABRIELLY CAROLINY DE SOUZA GOMES
KÍMBERLYN REIS DA SILVA

A formação através da Residência Multiprofissional em Saúde é composta por carga horária prática, desenvolvida em contato direto com os usuários dos serviços e carga horária teórica, como aulas, seminários e auxílio em aulas da graduação nos cursos da área da saúde. Dentre as atividades que compõem a carga horária teórica, estão a tutoria de núcleo e de campo. Ambas correspondem à orientação acadêmica voltada para a discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo profissional que são desenvolvidas pelos residentes. Descrever a importância das tutorias na formação do nutricionista residente. As tutorias consistem em um momento de atualização e aprimoramento do olhar multiprofissional. Nota-se a importância do fortalecimento destes momentos, permitindo que o profissional em formação reflita sobre sua prática, busque ações passíveis de mudanças e melhorias no campo de atuação. Tutor é o profissional que realiza a supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagem profissional da área da saúde, exercida em campo, tem papel de orientadores de referência para os profissionais em especialização. Nas tutorias de núcleo, há contato com o docente nutricionista, onde há discussão de condutas, aconselhamento profissional, atualizações e trocas de experiências. Já a tutoria de campo, ocorre entre equipe multiprofissional e o tutor/coordenador do programa de residência; contemplando um profissional nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico e enfermeiro. Neste tipo de tutoria, cada profissional residente avalia o caso de um paciente e compartilha com o grupo suas condutas. Além disso, é um momento de suporte as questões trazidas pelos residentes, desenvolvimento da capacidade crítica-reflexiva frente as situações e desafios; auxiliando na construção de novos modos de produção de saúde.

Extensão (ENAEXT)

UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA - UNOESTE

Ciências da Saúde

Nutrição

Comunicação oral
(presencial)

PROMOÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL EM UM LAR PARA CRIANÇAS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ISABELLA JACCOUD DINALLO

ELAINE CRISTINA ALVES

SABRINA ALVES LENQUISTE

A educação nutricional é uma temática relevante que deve ser discutida no ambiente escolar por meio de reflexões sobre hábitos alimentares, escolhas conscientes de alimentos nutritivos e de boa qualidade, bem como a importância da higiene dos alimentos, sua associação com os exercícios físicos, e os distúrbios provocados por uma nutrição inadequada, pois promove a proteção da saúde e o desenvolvimento sustentável, ao considerar que, nos últimos anos, inúmeros problemas foram evidenciados pela alimentação inadequada entre crianças e adolescentes. Atingir o público infanto-juvenil de uma instituição assistencial, orientando de forma leve e divertida sobre a importância da alimentação saudável e os malefícios que uma alimentação incorreta pode trazer no decorrer da vida. Ações dialogadas e lúdicas são capazes de envolver e auxiliar as crianças na assimilação dos conteúdos e tal fato se aplica a Educação Alimentar e Nutricional. Assim, concluímos que a experiência foi válida e as crianças puderam aproveitar o conteúdo e interagir de maneira positiva com o tema alimentação saudável. São necessárias ações rotineiras de EAN nesse público para real promoção de alimentação saudável. A ação foi realizada com as crianças assistidas no Lar Santa Filomena de Presidente Prudente. O público atingido apresentou faixa etária mesclada, porém permanecendo entre os 8 e 16 anos de ambos os sexos. A ação foi iniciada com uma palestra curta sobre a temática: 10 Passos Para Uma Boa Alimentação Infantil, conduzida de maneira dialogada e participativa com as crianças. Sequencialmente foi exibido no telão um vídeo curto sobre obesidade e seus riscos na infância e adolescência, sendo discutido o tema com as crianças após o vídeo. Foi dado seguimento à ação com uma oficina culinária para preparo de um smoothie de banana e cacau no refeitório da instituição. As crianças foram reunidas no refeitório para que os que assim desejassem, ajudassem a preparar o smoothie, havendo grande adesão a essa atividade por parte das crianças. As crianças se envolveram com as ações educativas e gostaram de preparar o smoothie, sendo que ao final entregamos um papel com a receita impressa para cada um presente ali para que pudessem preparar em suas casas e assim finalizamos.