

CORRELAÇÃO ENTRE OS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS DE PACIENTES EM CUIDADO PALIATIVO E A RELAÇÃO COM DOENÇAS CARDIOMETABÓLICAS E OUTRAS COMORBIDADES

Luana Dias Campani¹, Nátili Fonseca Moraes¹, Larissa Amaral de Matos²
Alessandra Doumid Borges Pretto³

RESUMO

Introdução e objetivo: A alta exposição da população a fatores de risco como a obesidade, dieta inadequada, sedentarismo e tabagismo, desempenham um papel crucial na origem e na persistência das doenças cardiometabólicas e de outras comorbidades. Nesse sentido, este estudo objetiva verificar se há uma correlação entre os índices antropométricos de pacientes em cuidado paliativo e a relação com doenças cardiometabólicas e outras comorbidades. **Materiais e métodos:** Estudo transversal e descritivo, com base na análise de prontuários de pacientes adultos e idosos atendidos na Unidade Cuidativa da Universidade Federal de Pelotas, no período de janeiro de 2022 a outubro de 2023. Foram analisados características de perfil, sociodemográficas, medidas antropométricas, hábitos de vida, comorbidades e motivo do atendimento. **Resultados e Discussão:** Houve um predomínio de idosos, mulheres, brancos, sem ocupação profissional, obesos, sedentários, que não fumam ou consomem bebidas alcoólicas. Observa-se que o excesso de peso tem se tornado cada vez mais prevalente, estando associado a um risco elevado de desenvolvimento de doenças cardiometabólicas e outras comorbidades. **Conclusão:** Neste estudo evidenciou que existe uma correlação entre os índices antropométricos (circunferência de cintura, circunferência do pescoço e índice de massa corporal), bem como uma relação entre o estado nutricional, sexo feminino e as comorbidades HAS e câncer. Isso reforça a importância de uma avaliação nutricional abrangente e individualizada, pois o acompanhamento nutricional adequado é crucial para pacientes em cuidados paliativos, sendo a alimentação equilibrada um componente fundamental para um bom prognóstico.

Palavras-chave: Monitoramento ambulatorial. Estado nutricional. Perfil de saúde. Ingestão de líquidos.

ABSTRACT

Correlation between anthropometric indices of patients in palliative care and the relationship with cardiometabolic diseases and other comorbidities

Introduction and objective: The high exposure of the population to risk factors such as obesity, inadequate diet, sedentary lifestyle and smoking play a crucial role in the origin and persistence of cardiometabolic diseases and other comorbidities. In this sense, this study aims to verify whether there is a correlation between the anthropometric indices of patients in palliative care and the relationship with cardiometabolic diseases and other comorbidities. **Materials and methods:** Cross-sectional and descriptive study, based on the analysis of medical records of adult and elderly patients treated at the Care Unit of the Federal University of Pelotas, from January 2022 to October 2023. Profile characteristics, sociodemographic characteristics, anthropometric measurements, lifestyle habits, comorbidities and reason for care were analyzed. **Results and Discussion:** There was a predominance of elderly, female, white, unemployed, obese, sedentary, who do not smoke or consume alcoholic beverages. It has been observed that excess weight has become increasingly prevalent, being associated with a high risk of developing cardiometabolic diseases and other comorbidities. **Conclusion:** This study showed that there is a correlation between anthropometric indices (waist circumference, neck circumference and body mass index), as well as a relationship between nutritional status, female gender and the comorbidities hypertension and cancer. This reinforces the importance of a comprehensive and individualized nutritional assessment, since adequate nutritional monitoring is crucial for patients in palliative care, with a balanced diet being a fundamental component for good prognosis.

Key words: Monitoring Ambulatory. Nutritional Status. Health Profile. Drinking.

INTRODUÇÃO

As doenças ameaçadoras da vida, sejam agudas ou crônicas, com ou sem possibilidade de reversão ou tratamentos curativos, trazem a necessidade de um olhar para o cuidado amplo e complexo focado na totalidade da vida do paciente, com respeito ao seu sofrimento e de seus familiares (D'Alessandro e colaboradores, 2020). Este tipo de cuidado foi definido em 2007 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como Cuidados Paliativos (CPA).

Os CPA são aconselhados nos quadros de enfermidade avançada, progressiva e incurável, na falta de resposta ao tratamento específico, na presença de diversos sinais e sintomas multifatoriais ou na presença de grande impacto emocional no doente, na família e na equipe de cuidadores (Alves e colaboradores, 2019).

Estes cuidados são fundamentais para a saúde e o bem-estar geral, sua implementação desde o início da doença pode contribuir para melhores resultados (Braun e colaboradores, 2016).

Neste sentido, o papel da nutrição é identificar e colaborar para minimizar os desconfortos que podem estar associados à alimentação, além de contribuir para a preservação do peso e composição corporal e para a ressignificação do alimento (Caro, Laviano, Pichard, 2007).

Ademais, os pacientes em fase final de vida, costumam perder o interesse pela comida, apresentam náuseas, vômitos, alterações no paladar, diarreia, constipação e obstrução intestinal, que comprometem o estado nutricional e a qualidade de vida dos indivíduos (Gillespie, Raftery, 2014).

As doenças cardiometabólicas (DCM) representam a principal causa de morte e invalidez mundialmente (Nascimento e colaboradores, 2018).

O aumento na prevalência de DCM, pode ser atribuído à transição epidemiológica e nutricional, bem como à alta exposição da população à fatores de risco cardiovascular, como o sedentarismo, obesidade, tabagismo e consumo de dieta inadequada (Santos e colaboradores, 2018).

O novo padrão alimentar caracterizado pelo aumento do consumo de dietas ricas em gordura saturada, sódio e açúcares, além da redução no consumo de carboidratos

complexos e fibras, contribui para o aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade.

O ganho de peso e as mudanças no padrão alimentar tem se associado ao aumento do risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Sievert e colaboradores, 2019).

Dessa forma, reconhece-se que o excesso de peso e o aumento das medidas antropométricas, como de cintura e pescoço, desempenham um papel crucial na origem e na persistência das DCM e outras comorbidades.

Assim, a prestação de assistência aos pacientes em busca de acompanhamento nutricional deve ser personalizada e fundamentada em uma avaliação abrangente, considerando aspectos físicos, mentais e sociais, garantindo um tratamento dietético individualizado e um acompanhamento contínuo (Oliveira, Pereira, 2014).

Sabendo-se que o aumento dos índices antropométricos impacta significativamente o estado nutricional, a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, verifica-se a importância de analisar a correlação entre os índices antropométricos, bem como a relação com doenças cardiometabólicas e outras comorbidades, uma vez que compreender esse processo possibilita minimizar os índices de mortalidade.

O estado nutricional desempenha um papel crucial, especialmente em pacientes em cuidados paliativos, que frequentemente apresentam múltiplas comorbidades e condições crônicas que podem ser agravadas ou amenizadas pelo estado nutricional, impactando diretamente o manejo e a evolução de suas doenças.

Portanto, este estudo objetivou verificar se há uma correlação entre os índices antropométricos de pacientes em cuidado paliativo e a relação com doenças cardiometabólicas e outras comorbidades.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com base na análise de prontuários de pacientes adultos e idosos atendidos na Unidade Cuidativa da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na cidade de Pelotas-RS, no período de janeiro de 2022 a outubro de 2023. Foram inseridos no estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos e que tenham sido atendidos pelo serviço de nutrição em pelo menos uma vez nesse período.

O encaminhamento destes pacientes para acompanhamento nutricional é feito pelos médicos do próprio local, bem como de unidades básicas de saúde, desde que seja indicado tratamento nutricional para paciente em CPA. Os pacientes foram atendidos em salas reservadas e neste mesmo local é onde foi aplicado o questionário.

As informações referentes ao perfil foram obtidas através da análise de dados dos prontuários dos pacientes e do questionário elaborado para a pesquisa. As variáveis avaliadas são: sexo (masculino ou feminino), grupo etário (adulto ou idoso), altura (metros), peso (kg), cor da pele (branco ou não branco), ocupação (sim ou não), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo/pós graduação), estado civil (casado/união estável e solteiro/divorciado/separado/viúvo), comorbidades (diabetes, hipertensão, câncer e outras), atividade física (sim ou não), função intestinal (normal, constipado ou diarreia), ingestão hídrica (menos de 1 litro, 1 litro a 2 litros e mais de 2 litros), fumo (sim ou não), consumo bebidas alcoólicas (sim ou não), reside com familiares (sim ou não) e motivo do atendimento (deficiência de vitaminas e minerais, problemas gastrointestinais, ganho de peso, baixo peso/perda de peso, transtornos alimentares, controle pressórico, dislipidemia, controle glicêmico, problemas pulmonares, reeducação alimentar, outros). Com relação as comorbidades o paciente poderia marcar mais de uma alternativa.

As medidas antropométricas avaliadas foram peso, altura, circunferência (CC) e circunferência do pescoço (CP). A massa corporal foi aferida por balança digital (Toledo®) com capacidade máxima de 200kg e precisão de 100 g, com o paciente descalço, com vestimenta leve e a medida foi registrada em quilogramas (kg). Já a estatura foi medida através de estadiômetro, com o paciente sem calçado, em posição ortostática, e foi registrada em metros (m). As medidas de CC e CP foram medidas com fita métrica inextensível, com graduação de 1 mm e foi registrada em centímetros (cm).

As medidas de peso e altura foram verificadas para averiguação do estado nutricional e este foi calculado através do Índice de Massa Corporal (IMC), o qual foi feito através da divisão do peso pela altura ao

quadrado, sendo os critérios de classificação para adultos: IMC menor que 18,5 kg/m² é classificado como baixo peso, IMC entre 18,5 e 24,9 kg/m² como eutrofia, IMC entre 25 e 29,9 kg/m² como sobrepeso e IMC acima de 30 kg/m² como obesidade (WHO, 1998).

Para idosos, a classificação considera: IMC menor que 23 kg/m² é classificado como baixo peso, IMC entre 23 kg/m² e 27,9 kg/m² como peso adequado, IMC entre 28 kg/m² e 29,9 kg/m² como sobrepeso e IMC acima de 30 kg/m² como obesidade (OPAS, 2002).

A medida de CC avalia a quantidade de gordura visceral, enquanto a CP é utilizada para avaliar o acúmulo de gordura subcutânea da parte superior do corpo, sendo ambas fundamentais na prática clínica para identificar o risco cardiometabólico, auxiliando na intervenção e conduta nutricional.

Para a classificação da CC foram utilizadas as medidas preconizadas pelo WHO. Para os homens, considera-se risco elevado quando a circunferência está entre 94 e 102 cm, e risco muito elevado se superior a 102 cm. Para as mulheres, o risco elevado é indicado por uma circunferência entre 80 e 88 cm ou risco muito elevado por uma medida superior a 88 cm (WHO, 1998).

Em relação a CP, foi utilizada a classificação estabelecida por Frizon, que considera adequada uma medida igual ou inferior a 37 cm para homens e igual ou inferior a 34 cm para mulheres (Frizon, 2013).

Todos os participantes foram convidados a colaborar com a pesquisa de forma voluntária e após o consentimento assinaram duas cópias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo uma entregue ao participante e outra permanecendo aos cuidados do pesquisador.

Conforme descreve o item 2.4 da Resolução 466/12 quanto aos benefícios da pesquisa, em decorrência de sua participação, os integrantes assistiram uma palestra que foi realizada para pacientes e cuidadores, em uma ação de educação nutricional visando reforçar a importância da alimentação e da manutenção do peso adequado (Brasil, 2012).

Os dados foram coletados por nutricionistas e alunos da Faculdade de Nutrição da UFPel, transferidos para um banco de dados no programa Excel® e analisados no software estatístico JAMOV 2.4. A normalidade das variáveis numéricas foi testada por Shapiro-wilk e análise visual do histograma. As variáveis numéricas foram descritas na forma

de média e desvio padrão. As variáveis categóricas foram descritas mediante frequências absolutas (n) e relativas (%), com seu respectivo intervalo de confiança.

Os dados categóricos foram analisados através do teste qui-quadrado de Pearson. Para os dados numéricos foram utilizados teste estatístico anova para dados paramétricos e Kruskal-Willis para dados não paramétricos. Foi realizada correlação de Spearman para avaliar associação dos fatores de risco cardiovascular (IMC, CC, CP, Idade). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPel sob parecer 6.837.968.

RESULTADOS

A amostra foi constituída de 94 pacientes. Com relação as características sociodemográficas houve predomínio de mulheres, brancos, pessoas sem ocupação, com ensino médio completo, solteiro/divorciado/separado/viúvo e que residem com familiares. Quanto a idade, percebe-se uma variância entre 23 a 92 anos (\bar{x} = de 59.65 e $DP \pm 15.14$), sendo que 55,3% eram idosos (Tabela 1).

Tabela 1 - Descrição das características de perfil e sociodemográficas de pacientes em acompanhamento nutricional em uma clínica de cuidados paliativos. Pelotas-RS, 2022-2023 (n=94).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	23	24,5
Feminino	71	75,5
Cor da pele		
Branco	78	83,0
Não branco	16	17,0
Ocupação*		
Sim	25	29,4
Não	60	70,6
Escolaridade*		
Não escolarizado	1	1,2
Ensino fundamental incompleto	19	23,8
Ensino fundamental completo	12	15,0
Ensino médio incompleto	9	11,3
Ensino médio completo	24	30,0
Ensino superior incompleto	5	6,2
Ensino superior completo/pós-graduação	10	12,5
Estado Civil*		
Solteiro/divorciado/separado/viúvo	44	50,6
Casado/união estável	43	49,4
Reside com familiares*		
Sim	66	75,9
Não	21	24,1

*Perdas por preenchimento incompleto dos dados do prontuário ocupação(n=85), escolaridade(n=80), estado civil(n=87), reside com familiares (n=87).

Dentre os motivos para início do acompanhamento nutricional, os com maior prevalência foram controle pressórico (98,9%), controle glicêmico (97,8%) e perda de peso (83,9%). A grande maioria da amostra não consome bebidas alcoólicas (93%), não fuma (88,4%) e é sedentário (58,6%).

Em relação ao estado nutricional, apenas 25,8% estava eutrófica, enquanto quase metade da amostra é obesa (48,4%).

Mais da metade da amostra consome de 1 a 2 litros de água por dia (53,3%), e cerca de 28,9% se encontram constipados (Tabela 2). Em relação às comorbidades, 58,1% possuem hipertensão arterial sistêmica (HAS), 32,3% possuem diabetes mellitus (DM), 28,7% apresentam algum tipo de câncer e 72,6% possuem outras comorbidades.

Com relação a associação do estado nutricional e as variáveis sexo, presença de

hipertensão e câncer, viu-se que mulheres apresentaram maior prevalência de sobrepeso e obesidade, 62,5% e 73,4% respectivamente, quando comparado com homens ($p=0,020$). Pessoas com excesso de peso (sobrepeso e obesidade) apresentaram maior frequência de HAS, sendo que indivíduos obesos possuem uma prevalência de 45,3% a mais do que indivíduos eutróficos ($p= 0,024$). Em relação ao

câncer, pessoas obesas possuem uma chance 22,2% maior de apresentar câncer quando comparado com sobrepeso ($p=0,032$). Não foram identificadas diferenças significativas em relação ao estado nutricional e a atividade física, bem como com relação a presença de DM, de outras doenças, a ingestão hídrica e o funcionamento intestinal (Tabela 3).

Tabela 2 - Hábitos de vida, estado nutricional, ingestão hídrica e funcionamento intestinal de pacientes em acompanhamento nutricional em uma clínica de cuidados paliativos. Pelotas-RS, 2022-2023 (n=94).

Variável	n	%
Consome bebidas alcoólicas*		
Não	80	93,0
Sim	6	7,0
Fumo*		
Não	76	88,4
Sim	10	11,6
Frequência de prática de atividade física*		
Não	51	58,6
Sim	36	41,4
Estado Nutricional*		
Baixo peso	8	8,6
Eutrófico	24	25,8
Sobrepeso	16	17,2
Obeso	45	48,4
Ingestão hídrica*		
Menor de 1 litro	33	35,9
De 1 a 2 litros	49	53,2
Maior de 2 litros	10	10,9
Funcionamento Intestinal*		
Normal	61	67,7
Constipado	26	28,8
Diarréia	3	3,5

*Perdas por preenchimento incompleto dos dados do prontuário consome bebidas alcoólicas (n=86), fumo (n=86), frequência de prática de atividade física (n=87), estado nutricional (n=93), ingestão hídrica (n= 92), funcionamento intestinal (n= 90).

Tabela 3 - Relação do estado nutricional com sexo, prática de atividade física e presença de comorbidades de pacientes em acompanhamento nutricional em uma clínica de cuidados paliativos. Pelotas-RS, 2022-2023. *Teste de Qui-quadrado de Pearson ** AF= Atividade física.

Estado nutricional	Baixo peso		Eutrofico		Sobrepeso		Obeso		Total		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo											
Masculino	3	3,2	11	11,8	3	3,2	6	6,5	23	24,7	0,020
Feminino	5	5,4	13	14,0	13	14,0	39	41,9	70	75,3	
Prática de AF**											
Sim	0	0,0	11	12,8	6	7,0	19	22,1	36	41,9	0,163
Não	6	7,0	12	14	10	11,6	22	25,6	50	58,1	
Presença de câncer											
Sim	5	5,4	10	10,8	3	3,2	9	9,7	27	29,1	0,032
Não	3	3,2	14	15,1	13	14,0	36	38,7	66	71,0	
Presença de DM											
Sim	2	2,2	9	9,8	5	5,4	13	14,1	29	31,5	0,821
Não	6	6,5	14	15,2	11	12	32	34,8	63	68,5	
Presença de HAS											
Sim	3	3,3	9	9,8	8	8,7	33	35,9	53	57,7	0,024
Não	5	5,4	14	15,2	8	8,7	12	13	39	42,4	
Presença de outras doenças											
Sim	5	6,0	13	15,7	12	14,5	30	36,1	60	72,3	0,253
Não	1	1,2	10	12,0	3	3,6	9	10,8	23	27,7	

Tabela 4 - Relação entre estado nutricional com peso, estatura, índice de massa corporal, circunferência da cintura e circunferência do pescoço de pacientes em acompanhamento nutricional em uma clínica de cuidados paliativos, Pelotas-RS, 2022-2023.

Estado nutricional	Baixo peso		Eutrofico		Sobrepeso		Obeso		p
	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	\bar{x}	DP	
Peso	52,0	10,7	66,7	9,5	68,5	5,1	94,5	17,6	<0,001*
Estatura	1,60	0,10	1,65	0,10	1,57	0,07	1,59	0,10	0,013**
IMC	20,1	2,52	24,4	2,11	27,7	1,61	37,5	5,04	<0,001*
CC	85,7	2,25	94,9	6,97	91,1	14,7	114,0	14,5	<0,001*
CP	31,8	0,35	36,2	2,46	35,6	3,36	37,1	3,98	0,100**

\bar{x} = média; DP= Desvio-padrão. *Teste estatístico ANOVA. **Teste estatístico Kruskal-Wallis

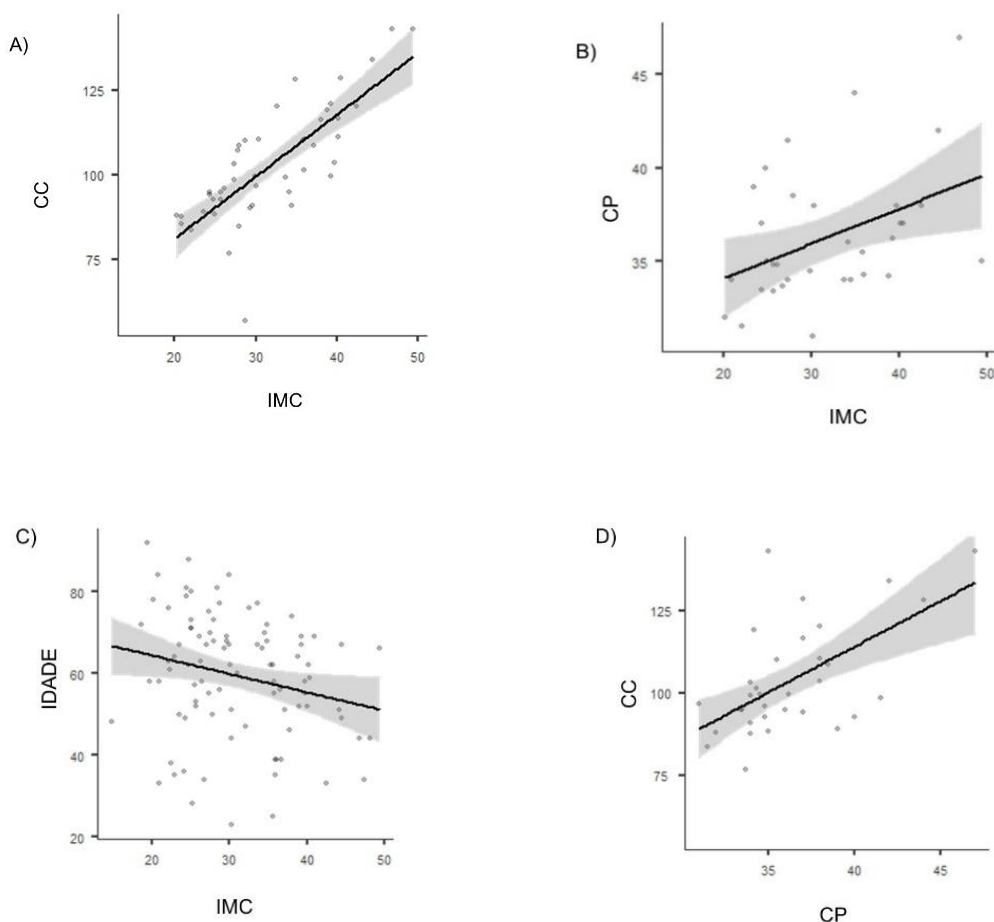


Figura 1 - Diagrama de dispersão entre Índice de massa corporal, idade, circunferência da cintura e circunferência do pescoço de pacientes em acompanhamento nutricional em uma clínica de cuidados paliativos. Pelotas-RS, 2022-2023.

A) Relação entre IMC e CC ($r = 0,8$; $p < 0,001$). B) Relação entre IMC e CP ($r = 0,4$; $p = 0,015$). C) Relação entre IMC e Idade ($r = 0,2$; $p = 0,020$). D) Relação entre CP e CC ($r = 0,5$; $p = 0,002$). *Teste de Spearman.

Quanto às medidas antropométricas avaliadas, a amostra apresentou uma média de peso e altura de 78,9kg (DP= 20,6) e 1,60m (DP=0,09), respectivamente. Já em relação às circunferências da cintura e pescoço foi observada uma média de 103 cm (DP±17,1) e 36,3 (DP±3,55), respectivamente (Tabela 4).

Conforme observado na Figura 1, o IMC esteve diretamente correlacionado às medidas CC ($r=0,8$) e CP ($r=0,5$). À força de correlação, em relação às medidas de IMC e CC, apresentam-se fortemente correlacionadas, enquanto as medidas de IMC/CP e CC/CP apresentaram-se moderadamente correlacionadas. A idade apresenta uma fraca associação com o IMC, sendo possível identificar que o IMC reduz conforme aumenta a idade. Neste estudo

também foi avaliada a relação entre a idade e as medidas de CC e CP, no entanto não houve associação entre estes fatores de risco para DCM ($p > 0,05$).

DISCUSSÃO

Nesta amostra houve um predomínio de participantes do sexo feminino, resultado semelhante ao estudo de Carvalho e colaboradores (2016), onde 77,6% ($n=612$) eram mulheres. A desigualdade de gênero na busca e uso dos serviços de saúde é frequente no Brasil, pois os homens tendem a procurar atendimento apenas quando enfrentam dores ou problemas graves de saúde, enquanto as mulheres utilizam regularmente o sistema para

prevenção e tratamento de doenças (Cobo, Cruz, Dick, 2021).

No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos pacientes relatou ter concluído o ensino médio, representando 30,0% (n= 24) da amostra. Um ponto positivo, já que indivíduos com menor nível educacional tendem a ter mais dificuldade em aderir aos tratamentos, sejam eles medicamentosos ou nutricionais, devido às limitações para leitura, escrita e compreensão, o que pode dificultar o acesso adequado aos serviços de saúde (Rodrigues e colaboradores, 2012). Portanto, conhecer o nível de escolaridade é essencial para promover uma melhor adesão ao tratamento.

Quanto à ocupação profissional, 70,6% (n= 60) não trabalham ou estão aposentados. A alta prevalência de aposentados deve-se pelo fato de a amostra ser composta predominantemente por idosos.

Ademais, pacientes que se encontram em tratamento paliativo geralmente enfrentam doenças graves e avançadas, que limitam significativamente sua capacidade de realizar atividades diárias, incluindo o trabalho.

A progressão da doença combinada com sintomas debilitantes como dor intensa ou fadiga, muitas vezes impede esses pacientes de manterem suas ocupações profissionais levando à aposentadoria precoce ou a necessidade de afastamento do trabalho, resultando em invalidez. Este é um benefício garantido ao trabalhador oncológico, que estiver impossibilitado definitivamente, e é concedido a partir da solicitação de auxílio-doença (Batista, Szklo, 2023).

Em relação ao estado nutricional, segundo IMC dos pacientes, observou-se que somente 25,8% (n=24) apresentavam eutrofia e a maioria 65,6% (n= 61) encontravam-se acima do peso, sobrepeso 17,2% (n= 16) e obesidade 48,4% (n= 45). Ratificando com os resultados de Costa e colaboradores (2022), onde 78,1% (n= 89) apresentavam excesso de peso. Esses resultados ilustram a situação nutricional atual da população brasileira, onde o excesso de peso está cada vez mais prevalente (IBGE, 2020).

Ademais, a obesidade está associada a um risco maior de desenvolvimento de outras doenças, como as DCM, doença hepática, DM, HAS e diversos tipos de câncer, entre outras, reduzindo a qualidade e expectativa de vida (Brasil, 2021).

Em relação aos hábitos de vida, um aspecto positivo da amostra foi que 93,0% (n=

80) dos avaliados não consomem bebidas alcoólicas, resultado parecido ao estudo do Pereira e colaboradores (2021), onde 72,9% (n= 62), não consumiam bebidas alcoólicas regularmente. O consumo de álcool é um dos principais fatores de risco para a saúde da população mundial e avanços no conhecimento sobre seu impacto abusivo tem evidenciado sua associação com a mortalidade e diversas doenças crônicas, como neoplasias malignas, DCM, entre outras (WHO, 2018).

Além disso, a redução do consumo abusivo de bebidas alcoólicas está entre as 12 metas propostas pelo Ministério da Saúde, no Plano de enfrentamento de DCNT.

Apesar de 88,4% (n= 76) da amostra não fumar, 11,6% (n= 10) fumam, dado preocupante visto que em publicação do Vigitel de 2023, no Brasil o percentual de fumantes com 18 anos ou mais é de 9,3%, sendo 10,2% entre homens e 7,2% entre mulheres. Afirma-se que uma em cada duas pessoas fumantes poderá ir a óbito por alguma doença relacionada com o cigarro, considerando ainda, que a expectativa de vida dos usuários que abandonam o hábito de fumar pode ser até 10 anos menor em comparação à daqueles que nunca fumaram (Machado, Araújo, 2012).

Quanto a prática de atividade física regular, viu-se que a maioria da amostra 58,6% (n= 51) dos pacientes não praticam atividade física. Dado que chama a atenção, visto que são diversos os benefícios que a atividade física pode proporcionar a esses pacientes, como melhora da qualidade de vida, redução dos sintomas de depressão e ansiedade, alívio das dores crônicas, aumento da mobilidade e da funcionalidade, além de contribuir na prevenção e no controle dos sintomas relacionados às DCNT (Brasil, 2021).

Este estudo identificou 53,2% (n= 49) consumia de 1 a 2 litros/dia e quase 30% referiram hábito constipado. Resultado similar foi encontrado no estudo de Santos e colaboradores (2022), onde 53,84% (n= 28) consumia até 1,5L de água por dia e destes 13,46% (n= 7) apresentavam constipação. A água é reconhecida como essencial para os processos vitais do organismo.

Entretanto, esses resultados contrastam com a realidade observada no atendimento nutricional, onde a ingestão adequada de água é comumente negligenciada pela população (Santos e colaboradores, 2022).

Ademais, a constipação intestinal é influenciada por múltiplos fatores, incluindo alterações sistêmicas ou neurológicas, como o uso de certos medicamentos e dietas inadequadas com baixa ingestão de fibras. Relaciona-se ainda à disfunções endócrinas e metabólicas, falta de atividade física, distúrbios psiquiátricos e causas desconhecidas e é mais comum em mulheres, pessoas de idade avançada, com baixo nível socioeconômico e educacional (Garcia e colaboradores, 2016).

Das comorbidades presentes dentre os pacientes da amostra, verificou-se que 57,7% (n= 53) possuem HAS, enquanto 31,5% (n= 29) possuem DM, 29,1% (n=27) câncer e 72,3% (n= 60) outras comorbidades. Resultado semelhante foi visto no estudo de Saraiva e colaboradores (2016), onde 83,8% eram hipertensos e 47,6% diabéticos. Como a etiologia da HAS e da DM é multifatorial, é crucial adotar estratégias variadas para combater essas doenças, levando em consideração suas diferentes manifestações. A necessidade primordial é garantir a detecção precoce, para minimizar a incidência de futuras complicações, tanto na população de alto risco, os idosos que apresentam alta morbimortalidade associada à HAS, quanto na população em geral (Piatí, Felicetti, Lopes, 2009).

Foi encontrada uma associação significativa entre estado nutricional e sexo feminino. Na amostra, 55,9% (n=52) das mulheres apresentavam excesso de peso, resultado similar foi observado no estudo de Pfaffenseller e colaboradores (2017), onde a prevalência de excesso de peso foi maior em mulheres 75,5% (n=268).

Esse fato pode ser atribuído à vários fatores específicos do gênero feminino, como maior quantidade de gordura corporal, menarca precoce, número de gestações, uso de métodos anticoncepcionais, alterações hormonais e menopausa (Pinho e colaboradores, 2011).

Houve uma diferença significativa entre pessoas com câncer e estado nutricional, onde oncológicos apresentaram maior prevalência de baixo peso quando comparadas com pessoas sem câncer. A incidência e a mortalidade por câncer vêm aumentando mundialmente, em parte devido ao envelhecimento populacional, bem como a prevalência dos fatores de riscos relacionados ao câncer. A urbanização e os hábitos associados, como o sedentarismo e

alimentação inadequada, tem contribuído significativamente para essas mudanças (Bray e colaboradores, 2018).

Assim, compreender o impacto da nutrição sobre o mecanismo tumoral é de extrema importância, já que a adequação do padrão alimentar, mudanças nos hábitos de vida e adoção de atividade física podem contribuir para o bom prognóstico do paciente e melhorar os resultados do tratamento (Brito, Maynard, 2019).

O estado nutricional apresentou diferença significativa em relação à CC, condizendo com os resultados da correlação entre IMC/CC e IMC/CP, reforçando a relação entre o ganho de peso e o risco para doenças cardiometabólicas.

Atualmente, o IMC é utilizado amplamente para diagnosticar o sobrepeso e obesidade em adultos. No entanto, ele não consegue avaliar o risco de complicações endócrinas, metabólicas e cardiovasculares de maneira individual, pois não leva em consideração a distribuição da gordura corporal (Cordovil, Almeida, 2018).

Nesse contexto, a CC e a CP são medidas práticas e úteis para avaliar o risco cardiometabólico na prática clínica, auxiliando na conduta nutricional.

Sobre os fatores de risco para DCM, destacam-se os não modificáveis como idade, raça, sexo e histórico familiar de DCM, e os modificáveis como obesidade, aumento da CC, sedentarismo, fumo, estresse, HAS, DM, hipertrigliceridemia e baixos níveis de HDL-colesterol (Malachias e colaboradores, 2016).

Dessa forma, alterações no estilo de vida são métodos não farmacológicos que demonstram eficácia em postergar, ou até mesmo, evitar a necessidade de tratamento farmacológico em pacientes com baixo e moderado risco cardiovascular (Muller, Gimeno, 2019).

Neste estudo, observou-se uma correlação negativa entre o IMC e a idade, possivelmente devido ao fato de se tratar de pacientes em CPA, com presença de múltiplas comorbidades, o que pode levar a prejuízos na alimentação, bem como a insegurança alimentar ou vulnerabilidade social. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Pereira e colaboradores (2016), que indicaram que quanto maior a idade, menores são os valores de IMC.

Entre as limitações deste estudo, destaca-se o uso de prontuários com dados

incompletos, a ausência de avaliação dos fármacos utilizados e a falta de análise dos dados relacionados às demais comorbidades.

Por outro lado, este estudo permite compreender a importância do acompanhamento nutricional contínuo em indivíduos em CPA, visto que esses pacientes tendem a apresentar perda de peso com o avanço da idade, possivelmente devido a complicações de saúde decorrentes ao avanço das comorbidades, polifarmácia, baixo consumo hídrico e inatividade física.

CONCLUSÃO

Neste estudo evidenciou-se que existe uma correlação entre os índices antropométricos (CP, CC, IMC), bem como uma relação entre o estado nutricional, sexo feminino e as comorbidades HAS e câncer.

Nesse sentido, ressalta-se a importância de uma avaliação nutricional abrangente e individualizada, considerando tanto fatores modificáveis, quanto fatores não modificáveis.

A integração dessas informações pode contribuir para a implementação de intervenções mais eficazes, visando melhorar a qualidade de vida e o bem-estar desses pacientes.

Além disso, o acompanhamento nutricional é essencial para pacientes em CPA, visto que uma alimentação equilibrada é parte fundamental de um bom prognóstico.

REFERÊNCIAS

1-Alves, R.S.F.; Santos, G.C.; Cunha, E.C.N.; Melo, M.O. Cuidados paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. *Psicologia: Ciência e Profissão*. Vol. 39. 2019. p.1-15.

2-Batista, F. G.; Szklo, A.S. As informações sobre os direitos sociais estão acessíveis aos pacientes oncológicos?. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 39. Num. 9. 2023. p. e00096023.

3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira. Brasília: Ministério da Saúde. 2021. p. 23.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise

em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil 2021-2030. Brasília: Ministério da Saúde. 2021.

5-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. VIGITEL Brasília: Ministério da Saúde. 2019. p. 137.

6-Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, 2013. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//re-solucao-cns-466-12.pdf>.

7-Braun, L.T.; Grady, K.L.; Kutner, J.S.; Adler, E.; Berlinger, N.; Boss, R.; Butler, J.; Enguidanos, S.; Frieber, S.; Gardner, T.J.; Higgins, P.; Holloway, R.; Konig, M.; Meier, D.; Morrissey, M.B.; Quest, T.E.; Wiegand, D.L.; Coombs-Lee, B.; Fitchett, G.; Gupta, C.; Roach, W.H. Palliative care and cardiovascular disease and stroke: a policy statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Circulation*. Vol. 134. 2016. p. e198-e225.

8-Bray, F.; Ferlay, J.; Soerjomataram, I.; Siegel, R.L.; Torre, L.A.; Jemal, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. Vol. 68. Num. 6. 2018. p. 394-424.

9-Brito, D.A.; Maynard, D.C. Avaliação da relação entre nutrição e câncer: Uma visão do impacto no estado nutricional e qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalar*. Vol. 39. Num. 1. 2019. p. 169-175.

10-Caro, M.M.M., Laviano, A., Pichard, C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition*. Vol. 26. Num. 3. 2007. p. 289-301.

11-Carvalho, J.L.; Benedetti, F.J.; Blasi, T.C.; Mussoi, T.D. Perfil de pacientes atendidos em laboratório de práticas em nutrição clínica na região central do RS. *Disciplinarum Scientia* -

Saúde. Santa Maria RS. Vol. 16. Num. 1. 2016. p. 137-145.

12-Cobo, B.; Cruz, C.; Dick, P.C. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 26. 2021. p. 4021- 4032.

13-Cordovil, Y.F.; Almeida, S.D.S. Variáveis antropométricas e fatores de risco cardiovascular associados em Quilombolas Marajoaras. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 12. Num. 71. 2018. p. 406-415.

14-Costa, F.A.M.; Nishiyama, M.F. Perfil nutricional e de saúde de idosos atendidos em uma clínica-escola de nutrição. *Revista Brasileira de Obesidade, São Paulo. Nutrição e Emagrecimento*. Vol. 16. Num. 102. 2022. p. 474-486.

15-D'Alessandro, M.P.S.; Pires, C.T.; Forte, D.N. São Paulo: Hospital Sírio Libanês; Ministério da Saúde. Manual de Cuidados Paliativos. 2020. p. 175.

16-Frizon, V; Boscaini, C. Circunferência do Pescoço, Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares e Consumo Alimentar. *Rev Bras Cardiol*. 2013. Vol. 26. Num. 6. 2013. p. 426-34.

17-Garcia, L.B.; Bertolini, S.M.M.G.; Souza, M.V.; Santos, M.S.F.; Pereira, C.O.M. Constipação intestinal: aspectos epidemiológicos e clínicos. *Saúde e Pesquisa*. Vol. 9. Num. 1. 2016. p. 153-62.

18-Gillespie, L.; Raftery, A-M. Nutrition in palliative and end-of-life care. *Br J Community Nurs*. Vol. 19. Num. 7. 2014. p. 15-20.

19-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019. Atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE. 2020. p. 66.

20-Machado, A.R; Araújo, A.J. Qual é o custo do tabagismo ativo? Manual de condutas e práticas em tabagismo. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. São Paulo: AC Farmacêutica. 2012.

21-Malachias, M.V.B.; e colaboradores. T. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. *Arquivo Brasileiro Cardiologia*. Vol. 107. Num. 3. 2016.

22-Muller, E.V.; Gimeno, S.G.A. Risk factors for cardiovascular disease in HIV/AIDS patients treated with highly active antiretroviral therapy (HAART) in the central-southern region of the state of Paraná-Brazil. *Ciência. saúde coletiva*. Vol. 24. Num. 5. 2019. p. 1903-1914.

23-Nascimento, B.R.; Brant, L.C.C.; Oliveira, M.M. de G.; Malachias, M.V.B.; Reis, G.M.A.; Teixeira, R.A.; Malta, D.C.; França, E.; Souza, M. de F.M.; Roth, G.A.; Ribeira, A.L.P. Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de Língua Portuguesa: dados do "Global Burden of Disease", 1990 a 2016. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol. 110. Num. 6. 2018. p. 500-511.

24-Oliveira, T.R.P.R.; Pereira, C.G. Perfil de pacientes que procuram a clínica de nutrição da PUC MINAS e satisfação quanto ao atendimento. *Percurso Acadêmico*. Belo Horizonte. Vol. 4. Num. 8. 2014. p. 268-282

25-OPAS. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción (OPAS) y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicéntrica salud bienestar y envejecimiento (SABE) em América Latina el Caribe: Informe Preliminar. In: XXXVI Reunión del Comité asesor de investigaciones em Salud. 2002. p. 9-11.

26-Pfaffenseller, R.F.; Lemaire, D.C.; Almeida, V.F.A.; Bahamonde, N.M.S.G. Perfil sociodemográfico, comportamental e nutricional de adultos atendidos em uma Clínica-escola de Nutrição em Salvador, Bahia. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. Vol. 16. Num. 3. 2017. p. 380-386.

27-Pereira, I.F.S.; Spyrides, M.H.C.; Andrade, L.M.B. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 32. Num. 5. 2016. p. e00178814.

28-Pereira, V.; Coimbra, L.M.P. L.; Mendes, R.S.O.; Dias, L.P.P. Perfil de pacientes atendidos no ambulatório de nutrição de uma Clínica Escola em uma Universidade particular

de São Luís-MA. Revista Cereus. Vol. 13. Num. 1. 2021. p. 127-137.

29-Piati, J.; Felicetti, C.R.; Lopes, A.C. Perfil nutricional de hipertensos acompanhados pelo Hiperdia em Unidade Básica de Saúde de cidade paranaense. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol. 16. Num. 2. 2009. p. 123-129.

30-Pinho, C.P.S.; Diniz, A.S.; Arruda, I.K.G.; Lira, P.I.C.; Sequeira, L.A.S.; Gonçalves, F.C.L.S. P.; Filho, M.B. Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 27. Num. 12. 2011. p. 2340-2350.

31-Rodrigues, F.F.L.; Santos, M.A.; Teixeira, C.R. de S.; Gonela, J.T.; Zanetti, M.L. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. Acta paul. enferm. São Paulo. Vol. 25. Num. 2. 2012. p. 284-290.

32-Saraiva, L.G.F.; Dornelas, P.G.; Assis Cau, S.B.; Calábria, L.K. Perfil epidemiológico de pacientes atendidos em uma rede ambulatorial do Hiperdia Minas em Governador Valadares-MG. Revista de Atenção à Saúde. Vol. 14. Num. 48. 2016. p. 40-47.

33-Santos, D.P.; Seibert, B.C.; Ceni, G.C.; Leal, G. V.S.; Batista, A.G. O consumo de água e sua associação com medidas de composição corporal de pacientes atendidos em ambulatório nutricional. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 16. Num. 103. 2022. p. 710-719.

34-Santos, J.; Meira, K.C.; Camacho, A.R.; Salvador, P.T.C.O.; Guimarães, R.M.; Pierin, A.M.G.; Simões, T.C.; Freire, F.H.M.A. Mortalidade por infarto agudo do miocárdio no Brasil e suas regiões geográficas: análise do efeito da idade-período-coorte. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 23. 2018. p. 1621-1634.

35-Sievert, K.; Lawrence, M.; Naika, A.; Baker, P. Processed foods and nutrition transition in the Pacific: Regional trends, patterns and food system drivers. Nutrients. Vol. 11. Num. 6. 2019. p. 1328.

36-WHO. World Health Organization. Global status report on road safety 2018. Geneve. 2018.

37-WHO. World Health Organization. Obesity status: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneve. Num. 894. 1998.

1 - Graduanda em Nutrição, pela Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

2 - Mestre em Ciências da Saúde da Fundação Universitária do Rio Grande, Nutricionista da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

3 - Doutora em Saúde e Comportamento, Vice-diretora e Professora da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

E-mail dos autores:

luanacampani@hotmail.com

mfonmora@gmail.com

mtslarissa@gmail.com

alidoumid@yahoo.com.br

Autora para correspondência:

Alessandra Doumid Borges Pretto.

alidoumid@yahoo.com.br

Recebido para publicação em 17/09/2024

Aceito em 21/02/2025