

PERFIL NUTRICIONAL DE PACIENTES COM DOENÇAS CARDIOVASCULARES ATENDIDOS EM UMA CLÍNICA DE CUIDADOS PALIATIVOS DA CIDADE DE PELOTAS-RS

Amanda Sampaio Laguna¹, Eduarda de Lima Souza¹, Samara Dutra da Silveira Braz¹
Larissa Amaral de Matos², Alessandra Doumid Borges Pretto³

RESUMO

Introdução e objetivo: Com o aumento da longevidade e da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, a nutrição e a alimentação se fazem essenciais na prevenção e no manejo destas doenças. Este estudo objetivou analisar o perfil nutricional de pacientes com doenças cardiovasculares atendidos em uma clínica de cuidados paliativos da cidade de Pelotas-RS. **Materiais e métodos:** Estudo transversal descritivo, com pacientes adultos e idosos, atendidos na Unidade Cuidativa da Universidade Federal de Pelotas, no período de julho a novembro de 2024. Foram aferidas medidas antropométricas e aplicado um questionário com questões socioeconômicas e de frequência alimentar. As variáveis numéricas foram descritas por meio de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas (n) e relativas (%), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). **Resultados e discussão:** A amostra foi predominante de mulheres idosas com cor da pele branca, com baixa renda e escolaridade e classificadas com excesso de peso. Cerca de 60% dos pacientes consumiram ultraprocessados, com associações positivas entre estado nutricional e consumo de bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e gorduras. **Conclusão:** O perfil nutricional dos pacientes com doenças cardiovasculares revelou um consumo elevado de ultraprocessados, evidenciando a necessidade de intervenções nutricionais que contribuam para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-chave: Doença crônica. Doenças cardiovasculares. Perfil nutricional. Cuidado paliativo.

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

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

ABSTRACT

Nutritional profile of patients with cardiovascular diseases treated at a palliative care clinic in the city of Pelotas-RS

Introduction and objective: With the increase in longevity and the prevalence of noncommunicable chronic diseases, nutrition and diet are essential in the prevention and management of these conditions. This study aimed to analyze the nutritional profile of patients with cardiovascular diseases treated at a palliative care clinic in the city of Pelotas-RS, Brazil. **Materials and methods:** This was a descriptive cross-sectional study involving adult and elderly patients seen at the Palliative Care Unit of the Federal University of Pelotas, from July to November 2024. Anthropometric measurements were taken, and a questionnaire addressing socioeconomic factors and food frequency was applied. Numerical variables were described using mean and standard deviation, while categorical variables were presented as absolute (n) and relative (%) frequencies, with a significance level of 5% ($p < 0.05$). **Results and discussion:** The sample predominantly consisted of elderly white women with low income and education levels, classified as overweight. Approximately 60% of patients consumed ultra-processed foods, with positive associations found between nutritional status and the intake of sweetened beverages, instant noodles, and fats. **Conclusion:** The nutritional profile of patients with cardiovascular diseases revealed a high consumption of ultra-processed foods, highlighting the need for nutritional interventions that contribute to a better quality of life.

Key words: Chronic disease. Cardiovascular diseases. Nutritional profile. Palliative care.

E-mail dos autores:

amandalagunaif@gmail.com
eduardadlimasouza@gmail.com
samarabraz251113@gmail.com
mtslarissa@gmail.com
alidoumid@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A longevidade traz consigo o aumento da prevalência das doenças ameaçadoras da vida (DAV), como as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Estima-se que, entre os anos de 2000 e 2019, houve um aumento de 31% nas mortes causadas por DCNT nas Américas, com uma taxa de mortalidade de 412 óbitos a cada 100 mil habitantes (PAHO, 2024).

De acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde-Sistema de Informação sobre Mortalidade, em 2021, as DCNT foram responsáveis por mais de 316 mil mortes em todos os municípios do Brasil (DATASUS-SIM).

Dentre as DCNT, destacam-se as doenças cardiovasculares (DCV), como insuficiência cardíaca, hipertensão e acidente vascular cerebral (AVC). Essas doenças afetam a qualidade de vida dos indivíduos, alterando seus hábitos, identidade e vivências no contexto familiar e social, sendo vistas como ameaças e podem desencadear sentimentos negativos, como ansiedade, apreensão e impotência (Junior, Lima, 2021).

Sendo um dos tratamentos para as DAV, os cuidados paliativos (CP), são uma modalidade no qual, medidas de conforto são ofertadas para amenizar a situação de sofrimento e melhorar a adesão ao tratamento dos sinais e sintomas (WHO, 2023).

No CP, a alimentação entra como ferramenta de suporte nutricional, físico, social e emocional, sendo elaborada de acordo com a fase em que a doença se encontra, visando manter ou recuperar o estado nutricional ou promover a sensação de conforto (Krey e colaboradores, 2021).

A alimentação e a nutrição possuem uma importante função tanto na promoção da saúde quanto no desenvolvimento de doenças, especialmente as DAV (Kraemer, Machado, Adami, 2020).

Para garantir que o paciente tenha uma alimentação adequada e saudável, são necessárias medidas relacionadas à aquisição e ao consumo dos alimentos. Para isso, o modelo de Perfil Nutricional da OPAS é uma ferramenta que auxilia nesse processo, pois classifica os alimentos e bebidas processados e ultraprocessados de acordo com a quantidade de nutrientes que contêm.

Essa ferramenta é importante para identificar alimentos com excesso de sódio,

açúcares, gorduras totais, saturadas e trans (OPAS, 2014).

Os alimentos ultraprocessados passam por etapas nas quais ocorre a adição de sal, açúcar, gorduras, além de aditivos que alteram as características sensoriais originais ou que aumentam o tempo de conservação (Oliveira e colaboradores, 2024).

O aumento do consumo de alimentos ultraprocessados se popularizou mundialmente, principalmente por serem de baixo custo e de rápido preparo, além de serem mais palatáveis quando comparados com os alimentos in natura.

Cabe destacar, que o consumo destes alimentos pode acarretar consequências desfavoráveis para a saúde dos indivíduos, como maior ocorrência de excesso de peso, obesidade e agravamento das DCNT (IBGE, 2020).

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira, os alimentos ultraprocessados incluem diversos tipos de guloseimas, bebidas adoçadas, pós para refrescos, embutidos, produtos congelados, produtos desidratados como, sopas em pó e macarrão instantâneo, e salgadinhos de pacote (Brasil, 2014).

O estilo de vida acelerado atual, marcado pela escassez de tempo para o preparo das refeições, favorece o consumo de ultraprocessados, esta situação é influenciada também pela crescente globalização, que gera mudanças nos consumos e nos hábitos alimentares (Souza e colaboradores, 2025).

Com o aumento do consumo de alimentos ultraprocessados, surge a necessidade de se conhecer o perfil nutricional dos diferentes grupos sociais, a fim de compreender quais alimentos são mais consumidos e de que forma esse comportamento alimentar interfere na melhora ou na piora dos sinais e sintomas das doenças apresentadas (Aguilar, Miranda, 2022).

Sendo assim, buscando subsídios para possíveis intervenções de caráter nutricional, este trabalho objetiva analisar o perfil nutricional de pacientes atendidos em uma clínica de cuidados paliativos da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, com dados previamente coletados de pacientes adultos e idosos atendidos na

Unidade Cuidativa da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), na cidade de Pelotas-RS, no período de julho a novembro de 2024.

Este projeto faz parte de um estudo maior denominado “Associação do estado nutricional e perfil sociodemográfico de pacientes atendidos em uma clínica CP da cidade de Pelotas-RS”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFPEL sob parecer 6.837.968.

O Centro Regional de CP da UFPEL, também conhecido como Unidade Cuidativa, proporciona atendimentos gratuitos para pacientes que possuam DAV com CP, encaminhados por profissionais de saúde do próprio local ou de unidades básicas de saúde. A Unidade Cuidativa é formada por uma equipe multidisciplinar, com nutricionista, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, educadores físicos e psicólogos.

Como critérios de inclusão: fizeram parte do estudo pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, que tivessem diagnóstico de DCV, capazes de responder os questionamentos da pesquisa e como critérios de exclusão: adolescentes e impossibilitados de responder o questionário.

As informações referentes ao perfil dos pacientes foram obtidas por meio do questionário elaborado para a pesquisa. As variáveis avaliadas foram: sexo (masculino ou feminino), faixa etária (adulto e idoso), altura (metros), cor da pele/raça (branca, preta, parda, amarela e indígena), ocupação (ativo, inativo), peso (kg), escolaridade (ensino fundamental, ensino médio, ensino superior), vive com companheiro (sim/não), renda mensal da família (até R\$900,00, de R\$900,00 a 1.965,87, de R\$1.965,87 a 3.276,76, de R\$3.276,76 a R\$5.755,23, de R\$5.755,23 a 10.361,48, de R\$10.361,48 a R\$21.826,74 e acima de R\$21.826,74), frequência da atividade física (não pratica/1 a 2 dias por semana/3 a 4 dias por semana/5 a 6 dias por semana/todos os dias) e se já consultou com nutricionista (sim/não).

Quanto à ocupação, foram agrupados na categoria de inativos: idosos, donas de casa e estudantes, sob a justificativa de que, em geral, esses grupos dispõem de maior disponibilidade de tempo, e frequentemente, possuem acesso a algum tipo de suporte financeiro, seja por aposentadoria, auxílio familiar ou programas sociais (IBGE, 2025).

O estado nutricional foi determinado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC), com

o peso atual (kg/m^2), sendo os critérios de classificação para adultos: IMC menor que 18,5 kg/m^2 classificado como baixo peso, IMC de 18,5 a 24,9 kg/m^2 como eutrofia, IMC de 25 a 29,9 kg/m^2 como sobrepeso e IMC acima de 30 kg/m^2 como obesidade (WHO, 1998).

E a classificação para idosos: IMC menor ou igual a 23 kg/m^2 classificado como baixo peso, IMC entre 23 kg/m^2 e 28 kg/m^2 como peso adequado, IMC entre 28 kg/m^2 e 30 kg/m^2 como sobrepeso e IMC acima de 30 kg/m^2 como obesidade (OPAS, 2002).

O consumo alimentar foi avaliado por meio de perguntas do questionário da Vigitel (Brasil, 2023), referente ao consumo do dia anterior, sobre o consumo de bebidas adoçadas (refrigerantes, suco de fruta em caixa/caixinha/lata, refresco em pó e bebida achocolatada), doces (biscoito e bolacha doce e recheadas, chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada), embutidos (linguiça, salsicha, mortadela, presunto), macarrão instantâneo e ultraprocessados (refrigerantes, suco de fruta em caixa/caixinha/lata, refresco em pó, bebida achocolatada, salgadinhos de pacote (ou chips), pães de forma, pão de cachorro-quente, pão de hambúrguer, maionese, ketchup, mostarda, biscoito e bolacha doce e recheadas, chocolate, sorvete, gelatina, flan ou outra sobremesa industrializada, margarina, macarrão instantâneo, sopa de pacote, lasanha congelada ou outro prato pronto comprado congelado).

A qualidade de vida foi avaliada a partir do questionário WHOQOL-ABREVIADO (WHOQOL Group, 1998), o qual analisa e quantifica um perfil de qualidade de vida em quatro domínios, sendo eles: físico, social, relações sociais e meio ambiente.

Para cada um desses domínios é possível obter um escore, além disto, é obtido um escore geral resultante de todos os quatro domínios.

As pontuações dos quatro domínios são convertidas em uma escala de 0 (pior) a 100 (melhor), usando para interpretar os escores uma ordem crescente e positiva, o que significa que escores maiores representam uma melhor qualidade de vida. A qualidade de vida foi classificada em alta (escores >75), moderada (escores entre 50-75) e baixa (escores <50) (Fleck e colaboradores, 2000).

Todos os participantes consentiram em participar da pesquisa de forma voluntária e assinaram duas cópias do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo uma entregue ao participante e outra permanece com o pesquisador.

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. As variáveis numéricas foram descritas por meio de média e desvio-padrão, enquanto as variáveis categóricas foram apresentadas em

frequências absolutas (n) e relativas (%), com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

RESULTADOS

Dos 108 pacientes contemplados pela pesquisa maior, 58 foram elegíveis para este estudo. A idade dos participantes variou de 37 a 87 anos, o peso de 50kg a 121kg e a altura de 1,43m a 1,83m (quadro 1).

Quadro 1 - Perfil dos pacientes com DCV atendidos em uma clínica de cuidados paliativos de Pelotas, 2024 (n=58).

Variáveis	Média	DP
Idade (meses)	63,1	12,5
Peso (kg)	79,6	19,2
Altura (m)	1,59	0,09
IMC (kg/m ²)	31,4	17,9
Escore da Qualidade de vida	57	14,8

Com relação às características sociodemográficas, a maioria dos pacientes era do sexo feminino, idoso, cor da pele branca,

inativo em relação à ocupação, vive sem companheiro e já havia consultado com nutricionista (Tabela 1).

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de pacientes com DCV atendidos em uma clínica de cuidados paliativos de Pelotas, 2024 (n=58).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	10	17,2
Feminino	48	82,8
Faixa etária		
Adulto	24	41,4
Idoso	34	58,6
Cor da pele		
Branca	39	67,2
Preta	14	24,1
Parda	5	8,7
Ocupação		
Ativo	19	32,8
Inativo	39	67,2
Vive com companheiro		
Sim	17	30,5
Não	41	69,5
Escolaridade		
Ensino fundamental	37	63,8
Ensino médio	13	22,4
Ensino superior	8	13,8
Renda		
Até R\$900,00	5	8,7
R\$900,00 a 1.965,87	22	37,9
R\$1.965,87 a 3.276,76	22	37,9
R\$3.276,76 a R\$5.755,23	7	12,1
R\$5.755,23 a 10.361,48	2	3,4

Frequência da prática de atividade física

Não pratica	25	43,1
1 a 2 dias por semana	16	27,6
3 a 4 dias por semana	8	13,8
5 a 6 dias por semana	7	12,1
Todos os dias	2	3,4

Já consultou com nutricionista

Sim	38	65,5
Não	20	34,5

Estado nutricional

Baixo Peso	2	3,4
Eutrófico	11	19
Sobrepeso	13	22,4
Obeso	32	55,2

Quanto ao consumo alimentar, prevaleceu o consumo de bebidas adoçadas, doces e ultraprocessados. Em contrapartida, o consumo de embutidos foi reduzido (Tabela 2).

Tabela 2 - Perfil alimentar de pacientes com DCV atendidos em uma clínica de cuidados paliativos de Pelotas, 2024 (n=58).

Variáveis	n	%
Consumo de bebidas adoçadas		
Não	18	31,0
Sim	40	69,0
Consumo de doces		
Não	18	31,0
Sim	40	69,0
Consumo de embutidos		
Não	44	75,9
Sim	14	24,1
Consumo de macarrão instantâneo		
Não	29	50,0
Sim	29	50,0
Consumo de ultraprocessados		
Não	25	43,1
Sim	33	56,9

Quando avaliado o consumo alimentar versus variáveis socioeconômicas, observa-se que, as variáveis que apresentaram associação significativa ($p < 0,05$), foram: a faixa etária e o consumo de embutidos ($p = 0,046$), escolaridade e o consumo de gorduras ($p = 0,002$), o estado

nutricional com o consumo de bebida adoçada ($p = 0,027$), consumo de macarrão ($p = 0,045$) e de gorduras ($p = 0,029$) e a qualidade de vida com o consumo de embutidos ($p = 0,026$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre perfil alimentar e aspectos socioeconômicos de pacientes com DCV atendidos em uma clínica de cuidados paliativos de Pelotas, 2024 (n=58).

Variáveis	Bebida Adoçada			Doces			Embutidos			Macarrão Instantâneo			Gorduras			Ultraprocessados		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Sexo biológico			0,407			0,199			0,198			0,105			0,105			0,198
Masculino	2	3,4		2	3,4		4	6,9		8	10,3		8	13,8		10	17,2	
Feminino	16	27,6		20	34,5		10	17,2		25	39,7		25	43,1		41	70,7	
Cor da pele			0,203			0,203			0,355			0,162			0,502			0,801
Branca	10	17,2		17	29,3		8	13,8		17	29,3		21	36,2		34	58,6	
Negra	8	13,8		5	8,6		6	10,3		12	20,7		12	20,7		17	29,3	
Faixa etária			0,141			0,088			0,046			1			0,724			0,933
Adulto	10	17,2		6	10,3		9	15,5		12	20,7		13	22,4		21	36,2	
Idoso	8	13,8		16	27,6		5	8,6		17	29,3		20	34,5		30	51,7	
Se vive com companheiro			0,089			0,356			0,546			0,149			0,695			0,352
Sim	8	13,8		8	13,8		5	8,6		6	10,3		8	15,5		16	27,6	
Não	10	17,2		14	24,1		9	15,5		23	39,7		24	41,4		35	60,3	
Escolaridade			0,388			0,136			0,179			0,26			0,002			0,477
Ens. Fundamental	10	17,2		11	19,0		10	17,2		21	36,2		27	46,6		33	56,9	
Ens. Médio	6	10,3		5	8,6		4	6,9		5	8,6		3	5,2		11	19,0	
Ens. Superior	2	3,4		6	10,3		0	0,0		3	5,2		3	5,2		7	12,1	
Renda			0,836			0,438			0,906			0,692			0,062			0,54
Nenhuma	1	1,7		0	0		0	0		1	1,7		1	1,7		1	1,7	
até R\$900,00	1	1,7		0	0		1	1,7		1	1,7		1	1,7		3	5,2	
R\$900,00 a 1.965,87	6	10,3		8	13,8		6	10,3		10	17,2		17	29,3		19	32,8	
R\$1.965,87 a 3.276,76	9	15,5		11	19		6	10,3		13	22,4		9	15,5		21	36,2	
R\$3.276,76 a R\$5.755,23	1	1,7		2	3,4		1	1,7		3	5,2		3	5,2		5	8,6	
R\$5.755,23 a 10.361,48	0	0,0		1	1,7		0	0,0		1	1,7		2	3,4		2	3,4	
Situação laboral			0,617			0,088			0,906			0,956			0,077			0,062
Aposentada/ Pensionista	7	12,1		14	24,1		5	8,6		13	22,4		17	29,3		26	44,8	
Emprego	6	10,3		6	10,3		6	10,3		10	17,2		7	12,1		14	24,1	
Desempregado	5	8,6		2	3,4		3	5,2		6	10,3		9	15,5		11	19,0	
Frequência			0,246			0,572			0,518			0,063			0,907			0,63
Não prática	7	12,1		7	12,1		5	8,6		13	22,4		16	27,6		22	37,9	
1 a 2 dias por semana	8	13,8		8	13,8		5	8,6		11	19		8	13,8		15	25,9	
3 a 4 dias por semana	4	6,9		4	6,9		1	1,7		1	1,7		4	6,9		7	12,1	
5 a 6 dias por semana	2	3,4		2	3,4		3	5,2		4	6,9		4	6,9		5	8,6	
Todos os dias	1	1,7		1	1,7		0	0		0	0,0		1	1,7		2	3,4	
Já consultou com nutricionista			0,471			0,739			0,238			1,000			0,144			0,619
Sim	13	22,4		15	25,9		11	19		19	32,8		19	32,8		34	58,6	
Não	5	8,6		7	12,1		3	5,2		10	17,2		14	24,1		17	29,3	
Estado nutricional			0,027			0,123			0,313			0,045			0,029			0,098
Baixo Peso	0	0		0	0		1	1,7		2	3,4		2	3,4		2	3,4	
Eutrófico	5	8,6		6	10,3		4	6,9		8	13,8		10	17,2		11	19	
Sobrepeso	0	0		2	3,4		1	1,7		3	5,2		7	12,1		9	15,5	
Obeso	13	22,4		14	24,1		8	13,8		16	27,6		14	24,1		29	50	
Qualidade de vida			0,432			0,217			0,026			0,436			0,329			0,279
Baixa	4	6,9		3	5,2		4	6,9		6	10,3		6	10,3		8	13,8	
Moderada	8	13,8		6	10,3		8	13,8		12	20,7		15	25,9		22	37,9	
Alta	6	10,3		13	22,4		2	3,4		11	19		12	20,7		21	36,2	

Teste de qui-quadrado.

DISCUSSÃO

O presente estudo obteve uma amostra predominante de pessoas do sexo feminino, idosos, inativos e que vivia sem companheiro.

Estes resultados assemelham-se aos encontrados por Costa e Nishiyama (2022), em que a maioria era idosos do sexo feminino. A predominância do sexo feminino está ligada ao fato das mulheres procurarem os serviços de

saúde com mais frequência do que os homens, principalmente para prevenção e cuidados relacionados à saúde feminina (Silva, Torres, Peixoto, 2020).

Quanto à faixa etária, a maior prevalência de idosos no estudo reflete o aumento da longevidade da população, um fator que também está diretamente relacionado à incidência de DCNT.

Com o envelhecimento, ocorrem alterações metabólicas a nível molecular, morfofisiológico e funcional, que podem resultar no desenvolvimento de DCNT (Aguilar, Miranda, 2022).

Em relação à ocupação, os pacientes foram classificados como inativos, tal situação implica diretamente na capacidade de compra e acesso aos alimentos. Em situações de insegurança alimentar devido à vulnerabilidade econômica, evidencia-se uma irregularidade ao acesso a alimentos de qualidade.

Os indivíduos acabam por negligenciar sua própria condição de saúde para priorizar o sustento de suas famílias, resultando em uma alimentação inadequada.

A ausência de um companheiro pode influenciar escolhas alimentares menos nutritivas. A falta de estímulo para preparar refeições mais complexas, somada à solidão, leva a opções mais práticas e simples, ou até mesmo à interrupção das refeições. Estar acompanhado nas refeições contribui para comer com mais regularidade, melhora o apetite e a ingestão de alimentos mais saudáveis e adequados (Brasil, 2021).

A amostra apresentou maior predominância de pessoas com cor da pele branca, ensino fundamental incompleto e renda familiar baixa. O estudo realizado por Machado e colaboradores (2024), obteve resultados semelhantes, com predominância de cor da pele branca (79,63%), ensino fundamental incompleto (31,37%) e indivíduos vivendo sem companheiro (51,93%). Em contrapartida, Brito e colaboradores (2024), apresentou a amostra (65,1%) em renda familiar de maior ou igual a R\$ 1450,00.

A prevalência de pacientes com cor da pele branca evidencia uma desigualdade racial frente ao acesso aos serviços de saúde, especialmente quando comparada à baixa representatividade de indivíduos negros neste estudo.

O estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2023), aponta uma maior concentração da população negra nas periferias urbanas, criando assim um obstáculo significativo para o acesso a serviços de saúde mais complexos, que se encontram nas regiões centrais.

Esse obstáculo se relaciona diretamente com a distância geográfica e as desigualdades de renda, somadas ao tempo de deslocamento por transporte público,

contribuindo para um menor índice de acesso aos serviços de saúde.

A predominância de idosos com baixa escolaridade e renda familiar precária na amostra sugere uma maior vulnerabilidade social, o que pode interferir no acesso aos alimentos saudáveis e refletir diretamente no perfil nutricional dos pacientes, pois leva a escolhas alimentares prejudiciais à saúde.

As condições sociodemográficas precárias dos idosos estão associadas à perda precoce da capacidade física e funcional, pois esses indivíduos são mais suscetíveis a desenvolver DCNT, desempenharem atividades de trabalho insalubres e possuírem menor acesso aos serviços de saúde.

Com relação ao estado nutricional, a maioria dos pacientes apresentou excesso de peso, apesar de praticar atividade física regularmente e bem como possuírem acompanhamento nutricional.

Similar ao encontrado por Melo, Mello e Coelho (2020), avaliando sua amostra com sobrepeso (60,3%) e Brito e colaboradores (2024) com amostra em excesso de peso e presença de DCNT, como HAS e Diabetes Mellitus (83,2%).

Com relação ao excesso de peso, a faixa etária se torna um fator relevante, pois a prevalência de sobrepeso aumenta progressivamente com o envelhecimento.

Com o avanço da idade, as pessoas são mais propensas a desenvolver desordens de estado nutricional, principalmente por alterações fisiológicas comuns a senescência, como a diminuição da massa magra, o aumento da gordura corporal, a redução da taxa metabólica e declínios funcionais, os quais alteram a forma de consumo e metabolização dos alimentos (Rodrigues, 2020).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2019) 60,3% dos brasileiros possuem excesso de peso e 25,9% são classificados com obesidade.

Nesse contexto, torna-se evidente o acompanhamento nutricional, a fim realizar o monitoramento do consumo alimentar, principalmente dos idosos, sendo essencial para a avaliação nutricional e prescrição dietética, sendo de grande utilidade para a saúde pública (Mululu, Barros, 2024).

A prática regular de atividade física reduz significativamente, por exemplo, os sinais e sintomas das DCV, melhorando a função endotelial, diminuindo a pressão arterial, controlando o peso, além de promover o bem-

estar psicológico e reduzir o estresse, proporcionando assim uma melhora da qualidade de vida (Silva, Torres, Peixoto, 2020).

Entretanto, apesar das comprovações científicas sobre os benefícios da prática de atividade física, o estudo de Pereira e Teixeira (2021), obteve sua amostra (100%) sem praticar atividade física.

O consumo de bebidas adoçadas e doces na amostra foi elevado. Corroborando com estes dados, o estudo de Pereira e Teixeira (2021) observaram um elevado consumo diário de açúcar, sendo consumido por mais 85% de sua amostra.

Estes alimentos, por conterem elevada concentração de carboidratos e açúcar adicionado, impactam diretamente na glicemia, o que pode levar ao surgimento de doenças metabólicas.

De acordo Pereira e Teixeira (2021), o consumo de embutidos de 1 a 2 vezes por semana foi de 26%, valor semelhante ao encontrado neste estudo. O elevado consumo de alimentos ricos em sódio, como os embutidos e enlatados, torna-se um fator de risco independente para as DCV, causando o desenvolvimento e a elevação da hipertensão arterial, assim criando uma sensibilidade ao sal que pode ser considerada prejudicial à saúde cardiovascular.

Sobre o macarrão instantâneo, seu consumo representou metade da amostra neste estudo. Analisado por Melo, Mello e Coelho (2020), o macarrão instantâneo foi um dos alimentos mais consumidos na frequência de 1 vez por semana.

Conforme a interpretação dos autores, a falta de conhecimento sobre as diferenças entre o macarrão instantâneo e a massa tradicional pode explicar o consumo elevado deste item.

O consumo de ultraprocessados entre os pacientes da amostra foi elevado. De acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), os alimentos ultraprocessados são relacionados a uma elevada concentração de açúcares, sódio e gorduras, o que favorece o consumo elevado de calorias.

Além disso, segundo o guia, esses alimentos são pobres em fibras, vitaminas e minerais, e sua composição nutricional desbalanceada pode levar a ocorrência de doenças do coração, diabetes, câncer e deficiências nutricionais.

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2017-2018, caracterizou a distribuição de calorias ingeridas de acordo com os grupos alimentares, descrevendo que 19,7% dessas calorias eram provenientes de alimentos ultraprocessados, 15,6% de ingredientes culinários processados e 11,3% de alimentos processados. Estes dados sugerem que cada vez mais os ultraprocessados fazem parte da rotina alimentar dos brasileiros.

Com relação ao consumo de embutidos, os adultos consomem mais embutidos que os idosos.

Entretanto, o consumo destes alimentos por 24,1% de toda amostra é preocupante, visto que todos os pacientes possuem o diagnóstico de DCV, este alimento não deveria fazer parte de suas rotinas alimentares, principalmente devido à alta concentração de sódio e gorduras.

Com relação ao consumo de bebidas adoçadas e doces não houve associação significativa, entretanto os pacientes que mais consumiram estes alimentos foram às mulheres.

O consumo de doces, devido a alterações estressantes que as mulheres sofrem durante a Síndrome Pré-Menstrual, é capaz de promover uma sensação de recompensa fisiológica, uma vez que há um movimento maior do triptofano, precursor da serotonina, para o cérebro, causando sensações de bem-estar (Silva e colaboradores, 2021).

Ao analisar a escolaridade foi encontrada associação significativa com o consumo de gorduras, destacando-se que o consumo foi maior por quem cursou somente o ensino fundamental, demonstrando que quanto maior o nível educacional, menor é o consumo de gorduras (Machado e colaboradores, 2024).

O estudo de Mululu e Barros (2024), não encontrou associação significativa entre o estado nutricional, renda familiar per capita e a escolaridade.

Os autores destacam que as condições de vida dos idosos sofrem influência dos fatores socioeconômicas, sobretudo idosos que possuem níveis mais elevados de renda e escolaridade possuem um entendimento e melhor acesso ao consumo de alimentos considerados saudáveis.

A realidade brasileira aponta que uma parcela significativa da população idosa é frequentemente negligenciada por políticas

educacionais, o que resulta na dificuldade no acesso à educação formal.

A baixa escolaridade impacta diretamente nas escolhas alimentares, levando a escolhas com baixo valor nutricional e alto valor calórico, como os ultraprocessados, em contrapartida a frequência do excesso de peso, causada pela ingestão excessiva de calorias, reduz conforme o aumento da escolaridade (Brasil, 2023).

O estado nutricional apresentou uma associação com o consumo de bebida adoçada, macarrão instantâneo e gorduras. Os pacientes classificados com obesidade consumiram mais bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e gorduras do que os outros pacientes, evidenciando que quanto pior o estado nutricional maior é o consumo de alimentos ultraprocessados. A hiperpalatabilidade dos alimentos ultraprocessados promove seu consumo em grandes quantidades e, associada à sua alta densidade energética, contribui para o aumento do excesso de peso (Riva e colaboradores, 2025).

Tais achados sugerem que a base da alimentação não está alinhada com as diretrizes propostas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), que prioriza o consumo de alimentos in natura ou minimamente processados, em vez disso, a base da alimentação é proveniente dos alimentos ultraprocessados.

Estes hábitos alimentares implicam diretamente na ocorrência de DCNT, entretanto a diminuição do consumo de alimentos ultraprocessados atua como fator protetor para essas condições.

A qualidade de vida não apresentou associação com o consumo de ultraprocessados, porém demonstrou resultados contrários ao esperado, pois os indivíduos que possuem uma moderada qualidade de vida consomem mais ultraprocessados do que aqueles que possuem uma baixa qualidade de vida.

Espera-se que quanto melhor a qualidade de vida, melhor sejam as decisões sobre as escolhas alimentares, porém ela é moldada a partir de diversos fatores ambientais que podem impactar de forma positiva ou negativa no comportamento alimentar (Pereira, Scalco, Lourenzani, 2020).

Como limitações deste estudo, observa-se a possível ocorrência de viés de memória, visto que foi aplicado um questionário

com questões sobre o consumo alimentar, condições socioeconômicas, ademais por ser um estudo transversal, não foi possível determinar as relações de causalidade entre as variáveis analisadas. Outra limitação foi a amostra pequena e a dificuldade de se encontrar estudos de CP no ambiente ambulatorial.

CONCLUSÃO

No presente estudo, ao avaliar o perfil nutricional dos pacientes com DCV atendidos em uma clínica de CP, foi possível verificar a associação entre o perfil alimentar e as variáveis sociodemográficas, que foi identificada através da faixa etária e o consumo de embutidos e da escolaridade e o consumo de gorduras.

Pode-se observar também, que o consumo de bebidas adoçadas e doces prevaleceu entre as mulheres, embora não haja associação significativa entre as variáveis.

A análise da associação entre estado nutricional e o consumo alimentar foi demonstrada a partir da piora do estado nutricional, como a obesidade, que está relacionada ao maior consumo de bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e gorduras, tal fato, revela que o alto consumo de alimentos ultraprocessados leva a um destino desfavorável quanto ao estado nutricional.

Os resultados obtidos através da análise da qualidade de vida e o consumo de ultraprocessados divergem do esperado, uma vez que não foi possível afirmar que o consumo de ultraprocessados diminui à medida que a qualidade de vida melhora ou vice-versa.

Devido ao elevado consumo de ultraprocessados entre os pacientes com DCNT, como as DCV, destaca-se a necessidade de intervenções nutricionais. Como forma de propagar a partir da educação nutricional, as reais implicações que o consumo destes alimentos possui sobre o desenvolvimento destas patologias ao decorrer da vida.

REFERÊNCIAS

1-Aguilar, F.R.H.; Miranda, L.S. Avaliação do perfil nutricional, do padrão alimentar e prevalência de doenças crônicas em idosos participantes de grupos de práticas corporais. Revista Brasileira de Ciências do

Envelhecimento Humano. Vol. 19. Num. 2. 2022. p. 24-31.

2-Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2 ed., 1 reimp. 2014.

3-Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos do uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar da pessoa idosa. Universidade de São Paulo. Brasília. 2021. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_guia_alimentar_fasciculo2.pdf.

4-Brasil. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2023: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente, Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.

5-Brito, A.J.C.; Costa, A.C.P.; Dallazen, C.; Uchida, N.S.; Brecailo, M.K.; Melhem, A.R. F.; Chao, B.M.P.; Tortorella, C.C.S. Perfil nutricional, socioeconômico e de saúde de idosos atendidos em uma clínica escola de nutrição no Sul do Brasil. Revista Observatorio de La Economia Latino Americana. Curitiba. Vol. 22. Num. 2. 2024. p. 01-14.

6-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, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 16. Num. 102. 2022. p. 474-486.

7-Fleck, M.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chachamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L.; Pinzon, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Revista Saúde Pública. São Paulo. Vol. 34. Num. 2. p. 2000. 178-83.

8-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desemprego. Rio de Janeiro: IBGE, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/desemprego.php>.

9-IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro. IBGE. 2020.

10-IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Desigualdades raciais e de renda no acesso à saúde nas cidades brasileiras. Brasília. Rio de Janeiro. 2023.

11-Junior, L.C.L.; Lima, N.N.F. Relação da Qualidade de Vida e as Doenças Crônicas/ Relationship between Quality of Life and Chronic Diseases. Brazilian Journal of Health Review. Vol. 4. Num. 5. 2021. p. 21426-21439.

12-Kraemer, C.; Machado, F.C.; Adami, F.S. Perfil nutricional de adultos relacionado ao consumo alimentar de ultraprocessados. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 14. Num. 84. 2020. p. 80-88.

13-Krey, I.P.; Borba, L.G.; Mota, I.C.P.; Santos, dos M.J.; Castillo, M.T.C. Perfil nutricional de pacientes cardiopatas em abordagem paliativa. Braspen Journal. São Paulo. Vol. 36. Num. 3. 2021. p. 276-81.

14-Machado, S.C.; Pretto, A.D.B.; Silva, T.G.; Filho, A.O.F.M.; Moreira, A.N. Avaliação nutricional de idosos com e sem diabetes atendidos em um ambulatório de nutrição. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 18. Num. 112. 2024. p. 9-20.

15-Melo, J.N.S.; Mello, A.V.; Coelho, H.D.S. Consumo de alimentos ultraprocessados por idosos frequentadores de uma clínica integrada de saúde em São Paulo. Revista Saúde. Santa Maria. Vol. 46. Num. 1. 2020.

16-Mululu, A.C.V.; Barros, C.M.M.R. Análise do perfil nutricional, consumo alimentar e ingestão de cálcio, ferro e sódio em idosos residentes de comunidades nos municípios do Rio de Janeiro e Baixada Fluminense. Nutrivisa - Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde. Vol. 11. Num. 1. 2024. p. e12526-e12526.

17-Oliveira, R.K.G.; Júnior, I.R.D.; Leal, V.S.; Oliveira, J.S.; Lira, P.I.C.; Souza, N.P. Consumo de alimentos in natura e ultraprocessados em adultos: uma análise dos determinantes sociais, metabólicos e de estilo

de vida. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 27. 2024. p. e240018.

18-OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Modelo de Perfil Nutricional. 2014. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/nutrient-profile-model>.

19-OPAS. Organización Panamericana de la Salud. División de Promoción y Protección de la Salud (HPP). Encuesta Multicentrica 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.

20-PAHO. Pan American Health Organization. Leading causes of death and disease burden in the Americas: Noncommunicable diseases and external causes. PAHO. Washington, D.C., 2024.

21-Pereira, A.P.A.R.; Teixeira, C.S. Hábitos alimentares de pacientes hipertensos e consumo de gorduras saturadas. Revista Científica Unilago. Vol. 1. Num. 1. 2022.

22-Pereira, K.C.A.; Scalco, A.R.; Lourenzani, A.E.B.S. Estudo sobre a relação do ambiente alimentar com o comportamento de compra. Research, Society and Development. Vol. 9. Num. 11. 2020.

23-PNS. Pesquisa Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2019. Disponível em: <https://www.pns.icict.fiocruz.br/>.

24-Riva, I.O.; Rodrigues, P.R.M.; Moreira, C.C.; Luz, V.G.; Muraro, A.P.; Moreira, N.F. Consumo de ultraprocessados e fatores associados entre pessoas idosas brasileiras: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Vol. 28. 2025.

25-Rodrigues, S.F. Nutrição e envelhecimento saudável e ativo: uma revisão de literatura. São Paulo. Faculdade de Saúde Pública da USP. 2020.

26-Silva, F.K.C.; Vasconcelos, M.I.L.; Soares, I.C.; Brito, L.L.; Tavares, J.E.D.; Sousa, N.I.C.; Nascimento, L.A.; Araújo, F.B.S.; Bezerra, Y.D.P. Nutrição e tensão pré-menstrual: preferências alimentares e aspectos

fisiológicos. Research, Society and Development. Vol. 10. Num. 17. 2021.

27-Silva, S.L.A.; Torres, J.L.; Peixoto, S.V. Fatores associados à busca por serviços preventivos de saúde entre adultos brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 25. Num. 3. 2020. p. 783-792.

28-Souza, A.L.; Carvalho, A.C.L.C.; Sousa, B.S.; Machado, C.C.; Silva, T.P.; Rodrigues, L.A.; Oliveira, L.E.S.; Mendonça, L.R.L.; Barros, M.G.S.; Nascimento, G.A.; Silva, M.V.B.; Capitó, M.S.; Gomes, M.H.M.S.; Pereira, G.M.L.; Chagas, C.L. O impacto da globalização nas mudanças dos aspectos culturais e nos hábitos alimentares dos brasileiros. Revista Aracê. São José dos Pinhais. Vol. 7. Num. 4. 2025. p. 16725-16741.

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

30-World Health Organization (WHO). Palliative care. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>.

31-World Health Organization (WHO). WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Geneva: WHO, 1996. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHOQOL-BREF>.

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

Autora para correspondência:

Amanda Sampaio Laguna.
amandalagunaif@gmail.com

Recebido para publicação em 16/08/2025
Aceito em 26/10/2025