



**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

## INTERVENÇÃO NUTRICIONAL EM CASO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS<sup>1</sup>

**Fabiana Cabral Calçada<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Projeto de Iniciação Científica

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Graduação da UNIJUI, fabiana.calçada@hotmail.com

**Resumo:** o objetivo deste estudo de caso foi discutir o resultado da aderência ao plano alimentar proposto para paciente em obesidade e com hipertensão. O presente trabalho foi realizado no consultório de Nutrição da Unijuí. As informações foram coletadas no prontuário de atendimento que consta o registro dos atendimentos nutricionais. Os registros datam de janeiro a agosto de 2012. A intervenção nutricional foi à proposta de um plano alimentar com objetivo de redução de peso, e orientações para a paciente quanto aos cuidados alimentares para hipertensos. Concluiu-se que a intervenção nutricional foi essencial para a melhora da composição corporal da paciente que conseguiu diminuir a quantidade de tecido adiposo e aumentar a massa magra, resultando em 2,9 Kg a menos no peso da massa corporal desde que aderiu ao plano alimentar proposto.

**Palavras-chave:** Obesidade; Hipertensão; Reeducação Alimentar.

### Introdução

As causas da obesidade são ainda temas de muitos estudos contínuos, sabe-se que fatores ambientais, genéticos, endócrinos, neurológicos e psicológicos estão envolvidos na patogênese da obesidade, e esta se relaciona com um grande número de outras doenças. (MAHAN, 2002). Duncam, Schmidt e Giugliani, 2006, referiram-se a obesidade como acúmulo excessivo de tecido adiposo, que coincide no aumento de peso corporal, é causada pela ingestão de alimentos em quantidades maiores do que as que podem ser utilizadas pelo organismo para obtenção de energia.

Segundo Framingham (1983) Apud Cuppari (2005), apesar de já se reconhecer a associação da obesidade com risco independente a doença cardiovascular, seu estudo mostrou que 70% dos casos de hipertensão em homens e 61% nas mulheres puderam ser diretamente atribuídos à obesidade e que para cada quilograma de peso adquirido, a pressão sistólica elevava-se em média 1 mmHg. O que ressalta a forte associação entre obesidade, hipertensão arterial, assim como sua associação com as dislipidemias (CUPPARI, 2005).

A hipertensão arterial é resultado da combinação de fatores ambientais e genéticos. Os ambientais são, geralmente, nutricionais como o excesso de sal, calorias e álcool, falta de cálcio e/ou potássio na dieta, além da falta de atividade física, ou seja, o sedentarismo. (CASTRO, 1999).

Para Guyton e Hall, 1996, considera-se hipertensão quando a pressão sistólica está acima de 140 mmHg ou a pressão diastólica está acima de 90 mmHg. Mesmo uma pequena elevação da pressão





**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

arterial, provoca diminuição da expectativa de vida, por pelo menos três modos: a pressão elevada e sobrecarga do trabalho cardíaco podem provocar coronariopatia e/ou insuficiência congestiva e conseqüentemente, morte por ataque cardíaco; pode provocar rompimento de vaso sanguíneo de grande calibre no encéfalo, resultando em isquemia cerebral e morte de parte do cérebro, o chamado acidente vascular cerebral; pode ocorrer ainda, insuficiência renal provocada por lesão dos rins, devido à hipertensão arterial.

Segundo Teixeira Neto, 2003, dislipidemias são caracterizadas por níveis elevados de LDL e/ou reduzidos de HDL – colesterol circulante, e estão associadas à aterogênese acelerada, assim como também a hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Sendo assim, o objetivo deste estudo de caso foi discutir o resultado da aderência ao plano alimentar proposto para paciente em obesidade e com hipertensão.

### Metodologia

O presente trabalho refere-se a um estudo de caso realizado no consultório de Nutrição da Unijuí durante o estágio curricular em Nutrição Clínica do curso de Nutrição da referida Universidade. As informações foram coletadas do seu prontuário. Os registros datam de janeiro a agosto de 2012.

### Resultados e Discussões

Paciente G.M.B., sexo feminino, 47 anos de idade, estatura de 1,62 m de altura e peso na primeira consulta 109,9 Kg. Procurou o consultório de Nutrição da Unijuí em Janeiro de 2012, com o objetivo de diminuir o peso da massa corporal e controlar sua pressão arterial (P.A.). Relatou ser hipertensa há mais ou menos 15 anos, sendo 140/90 mmHg sua P.A., usa medicamentos para o controle da mesma: Losartan 50 mg, Hidroclorotiozida 25mg, Atenolol 25 mg, Alprostan; relatou que sua pressão arterial normalizou (120/80 mmHg) depois que aderiu ao plano alimentar, relatou também sentir-se bastante ansiosa e que fazia uso de medicamento para ansiedade mas parou, não revelando o motivo. A paciente classifica-se de acordo com a tabela de índice de massa corporal (IMC) para adultos proposta pela OMS, 1997, em Obesidade classe III, onde o risco de mortalidade torna-se muito severo.

O propósito inicial da intervenção nutricional foi de reeducação alimentar com entrega de plano alimentar individualizado, calculado de acordo com as necessidades nutricionais para redução de peso, orientações para controle da HAS e alimentação antes e depois da atividade física, pois na primeira consulta a paciente relatou estar frequentando a academia.

Em estudo de Schimidt et al., 2009, 25.690.145 de adultos no Brasil referem ter hipertensão, cerca de 21,6% da população estando o percentual maior entre as mulheres. Shils, 2009, explica que o efeito do cloreto de sódio (presente em muitos alimentos industrializados) sobre a pressão arterial aumenta com a idade, com a elevação da mesma, e, em indivíduos com pressão normal, com uma história familiar de hipertensão. O que pode ser relacionado com o caso da paciente que relatou ter em sua família, seus pais que também sofrem de HAS.

Entre os 7 meses em que a paciente esteve em acompanhamento no consultório de Nutrição, ela reduziu 2,900kg de seu peso da massa corporal, entre ganhas e perdas ao longo deste período. Mahan, 2002 explica que para alguns indivíduos em obesidade, manter o peso presente sem um ganho



**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

adicional é o máximo que pode ser esperado, o que é preferível ao ciclo de ganho de peso continuado, pois dependendo de seu estilo de vida a redução de peso de sucesso varia de um problema relativamente simples para ser virtualmente impossível. Mas segundo a avaliação pela Bioimpedância Elétrica, que Cuppari, 2005, explica como sendo um método de avaliação da composição corporal altamente aceito pela comunidade científica, baseia-se na condutividade elétrica para estimativa de compartimentos corpóreos (% e Kg de Massa Magra, % e Kg de Tecido Adiposo e % de Água), a paciente apresentou modificação em sua composição corporal satisfatória, pois reduziu seu percentual de tecido adiposo em 2%, e aumentou massa magra em 2%.

Com o ganho de peso, aumenta-se também a TMB, causando a estabilização do balanço energético e do peso em um novo ponto de controle. Porém o indivíduo pode continuar ganhando peso, se caso o balanço energético não for regulado e controlado. Quando limitamos a ingestão calórica, o corpo reage através da queda da TMB, fazendo com que o nosso organismo sinta fome ou vontade de comer. (Duncam, Schmidt e Giugliani, 2006).

Em estudo de Olinto et al., 2007, com mulheres adultas residentes no sul do Brasil, 23,3% tinham obesidade localizada na região abdominal, como a paciente em questão (112 cm), mas no estudo a prevalência é na faixa etária acima dos 50 anos, diferente da paciente que tem 47. O estudo ainda investigou a associação de diabetes mellitus, distúrbios psiquiátricos menores e hipertensão com a obesidade abdominal. As três morbidades mostram-se associadas positivamente com o desfecho, entretanto, após o ajuste, no modelo multivariado, apenas a hipertensão manteve a significância estatística.

Foram analisados também os exames laboratoriais da paciente. Em Janeiro de 2012 sua Glicose em jejum: 96 mg/dL; Colesterol Total: 180 mg/dL; Colesterol HDL: 45 mg/dL; não realizou verificação de LDL; Triglicerídeos: 109 mg/dL. Em Maio de 2012, não realizou o exame de glicose; Colesterol Tota: 194 mg/dL; HDL: 45 mg/dL; LDL: 126 mg/dL; Triglicerídeos: 144 mg/dL. Em Julho de 2012, Glicose em jejum: 84 mg/dL; Colesterol Total: 201 mg/dL; HDL: 48 mg/dL; não realizou verificação de LDL; Triglicerídeos: 180 mg/dL.

Clinicamente um quadro de hiperlipidemia pode se manifestar com a hipercolesterolemia e/ou hipertrigliceridemia (TEIXEIRA NETO, 2003). Os valores de recomendação para Colesterol Total é de: Ótimo <150 mg/dL; Desejável 150 – 199 mg/dL; Alto fronteiroço 200 – 239 mg/dL; Alto > 240 mg/dL (SHILS, 2009). A paciente atualmente classifica-se em alto fronteiroço, o que é preocupante, já que elevou seu colesterol total. Quanto ao LDL – colesterol, não há mais exames para se comparar se aumentou ou diminuiu, mas ele encontra-se, segundo Shils, 2009 classificado como desejável (100-126 mg/dL), não deixando também de ser preocupante, já que o colesterol total elevou-se no último exame. Quanto ao HDL – colesterol, este por sua vez teve um aumento benéfico, já que a recomendação, segundo Shils, 2009, e que esteja acima de 40 mg/dL.

Quanto aos triglicerídeos, a hipertrigliceridemia não está fortemente associada com a obesidade, ela pode ser relacionada com a resistência a insulina e consequente hiperinsulinemia na obesidade, o que aumenta a síntese e secreção hepática de triacilgliceróis. A concentração de triacilgliceróis em pessoas obesas geralmente é normal ou apenas ligeiramente elevada, depois da redução de peso a tendência é de que essas concentrações diminuam (SHILS, 2009).



**Modalidade do trabalho:** Relato de experiência

**Evento:** XX Seminário de Iniciação Científica

### Considerações Finais

A paciente relatou seguir o mais fielmente possível o plano alimentar proposto, o que resultou na perda almejada de tecido adiposo. A principal queixa da paciente quanto à aderência ao plano alimentar proposto e as orientações de uma dieta adequada, é a ansiedade. Mas o simples fato de não aumentar o peso da massa corporal já é satisfatório em casos extremos como desta paciente. É necessário identificar a causa desta ansiedade, para então tratá-la de maneira mais adequada.

O tratamento da obesidade seguirá por toda uma vida, já que não se trata de uma simples redução de peso e sim uma reeducação de hábitos alimentares inadequados que são adquiridos ao longo do tempo. Há ainda muitas metas a serem alcançadas, e com esforço do paciente e profissional essas metas poderão se atingidas.

### Referências Bibliográficas

DUNCAN, B.B; SCHMIDT, M.I; GIUGLIANI, R.J. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre. Artmed. 3ªed.2006.

GUYTON, A. C. E HALL, J. E. Tratado de Fisiologia Médica. 9 ed. Rio de Janeiro: Ed Guanabara, 1996.

TEIXEIRA NETO, F. Nutrição Clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

CASTRO, I. (org.). Cardiologia: Princípios e Práticas. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 1999.

MAHAN, L. K, ESCOTT-STUMP S. Krause: Alimentos Nutrição e Dietoterapia. 9ª ed. São Paulo: Roço 2002.

SHILS, Maurice E. ET AL. Nutrição Moderna na Saúde e na Doença. 10ª Ed. São Paulo : Manole, 2009

CUPPARI, Lílian.Guia de Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto, 2ª Ed. Manole Ltda, Barueri, SP, 2005.

SCHMIDT, M. I., DUNCAN, B B., HOFFMANN, J. F., MOURA, L. DE, MALTA, D. C., CARVALHO, R. M. S. V. DE. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Revista de Saúde Pública 2009;

OLINTO, M.T.A., COSTA, J.S.D da., KAC, G., PATTUSSI, M.P. Epidemiologia da obesidade abdominal em mulheres adultas residentes no sul do Brasil. ARCHIVOS LATINOAMERICANOS DE NUTRICION, Volume 57 N° 4, 2007.