



## ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

### Curso de Nutrição

Aos 24 dias do mês de novembro do ano de 2023, foi realizada, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), a defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, como exigência para obtenção do diploma de Graduação em Nutrição.

Acadêmico(s):	1 – Rosária Erico Matsusako Shimabukuro
Título: “ESTUDO DA ABORDAGEM NUTRICIONAL NÃO PRESCRITIVA EM ADULTOS COM DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS”	
Presidente (Orientador): Bruna Paola Murino Rafacho	
Membros da banca:	1 – Teresa Cristina Abranches Rosa 2 – Gabriel Barbosa Delmondes de Moraes

Concluída a arguição, os membros da banca deliberaram atribuir aos indicadores de análise:

#### Membro 1

Parecer	Acadêmico 1	Acadêmico 2
	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado(a)	<input type="checkbox"/> Aprovado(a)
	<input type="checkbox"/> Reprovado(a)	<input type="checkbox"/> Reprovado(a)
	<input type="checkbox"/> Aprovado mediante correções	<input type="checkbox"/> Aprovado mediante correções

#### Membro 2

Parecer	Acadêmico 1	Acadêmico 2
	<input checked="" type="checkbox"/> Aprovado(a)	<input type="checkbox"/> Aprovado(a)
	<input type="checkbox"/> Reprovado(a)	<input type="checkbox"/> Reprovado(a)
	<input type="checkbox"/> Aprovado mediante correções	<input type="checkbox"/> Aprovado mediante correções



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação

Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul



Alterações requeridas pela banca na modalidade "Aprovado mediante correções"


Nada mais havendo a tratar foi encerrada a sessão, da qual foi lavrada a presente ata, e assinada pelos presentes.

Campo Grande, 24 de novembro de 2023.

*Bruna Paola M. Rafacho*

Prof(a). Dra. Bruna Paola Murino Rafacho (Presidente)  
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Curso de Nutrição

*Teresa Cristina Abranches Rosa*

Dra. Teresa Cristina Abranches Rosa (Membro)  
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Curso de Nutrição

*Gabriel Barbosa Delmondes de Moraes*

Prof. Ms. Gabriel Barbosa Delmondes de Moraes (Membro)  
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Curso de Nutrição

*Rosária Erico Matsusako Shimabukuro*

Nome da acadêmica: Rosária Erico Matsusako Shimabukuro  
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) – Curso de Nutrição

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

ROSÁRIA ERICO MATSUSAKO SHIMABUKURO

ESTUDO DA ABORDAGEM NUTRICIONAL NÃO PRESCRITIVA EM ADULTOS COM  
DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

CAMPO GRANDE (MS)

2023

ROSÁRIA ERICO MATSUSAKO SHIMABUKURO

ESTUDO DA ABORDAGEM NUTRICIONAL NÃO PRESCRITIVA EM ADULTOS COM  
DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado no Curso de Nutrição, da Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Alimentos e Nutrição (FACFAN), da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), como parte das exigências para a obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Bruna Paola Murino Rafacho

CAMPO GRANDE (MS)

2023

## **AGRADECIMENTOS**

Quero expressar minha sincera gratidão ao acolhimento recebido na Universidade Federal do Mato Grosso do Sul - UFMS, principalmente aos integrantes do curso de Nutrição.

Agradeço de coração, a minha orientadora Bruna Paola Murino Rafacho, pela sua paciência e incentivo ao longo de todo o processo. Suas sugestões e insights foram fundamentais para moldar esse trabalho. Pela disponibilidade dispensada, pelas correções e sugestões de inestimável valor.

A todos os professores, técnicos que fizeram parte da minha formação, obrigada pelos ensinamentos e exemplos ao longo dessa jornada.

Aos amigos e familiares que me apoiaram ao longo dessa jornada, especialmente à minha maior incentivadora, Aline Yuri Shimabukuro, pelo seu encorajamento e por acreditar que a conquista desse sonho seria possível.

Sinceros agradecimentos a todas as pessoas que encontrei no decorrer desse curso, que me acolheram e ajudaram muito.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	5
2 OBJETIVOS .....	8
2.1 Objetivo geral .....	8
2.2 Objetivos específicos .....	8
3 METODOLOGIA.....	8
3.1 Delineamento do estudo .....	8
3.2 Local e período do estudo.....	8
3.3 População .....	8
3.3.1 Critérios de Inclusão.....	9
3.3.2 Critérios de Exclusão.....	9
3.4 Procedimentos para coleta de dados .....	9
3.4.1 Avaliação das condições socioeconômicas, de saúde e hábitos alimentares.....	9
3.4.2 Avaliação antropométrica.....	9
3.4.3 Instrumento “Meu Termômetro” .....	10
3.5 Análise dos dados .....	11
4 RESULTADOS .....	11
5. DISCUSSÃO .....	15
6. CONCLUSÃO.....	17
7 REFERÊNCIAS .....	18

**TÍTULO:** Estudo da Abordagem Nutricional não Prescritiva em Adultos com Diagnóstico de Doenças Crônicas não Transmissíveis .

## RESUMO

**Introdução:** As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estão entre as principais causas de óbitos no Brasil. Seu desenvolvimento é associado ao estilo de vida do indivíduo acometido. Assim, conhecer o estado nutricional e fatores relacionados é de grande importância para auxiliar na mudança de comportamento e tratamento. **Objetivo:** Analisar o impacto do acompanhamento nutricional com abordagem alimentar não prescritiva em indivíduos portadores de DCNT. **Metodologia:** os participantes foram convidados a responder um questionário durante as consultas para coletar informações sociodemográficas, hábitos de vida e alimentação, realizou-se avaliação física para diagnóstico do estado nutricional nas consultas inicial e final do acompanhamento. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva. **Resultados:** Em relação à abordagem não prescritiva, observou-se impacto positivo para os indivíduos que retornaram com um mês e o instrumento “Meu Termômetro” mostrou-se eficiente em avaliar as mudanças alcançadas, desde que analisado sistematicamente.

**Palavras-chave:** Doença crônica, estado nutricional, comportamento alimentar, padrão alimentar, intervenção não prescritiva.

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde pública e as principais causas de óbitos no Brasil [1]. Em 2025, segundo dados projetados de Malta *et al.* [2], a taxa de mortalidade por DCNT será de 20,5% no Brasil.

De acordo com Branca *et al.* [3] “as DCNT são causadas e estão relacionadas com a elevação da pressão arterial sistêmica, da glicemia plasmática de jejum, do IMC e das lipoproteínas de alta densidade, sendo que estes fatores estão entre os sete primeiros responsáveis pela alta mortalidade das DCNT”. Observa-se que estes indicadores estão

associados principalmente ao padrão alimentar e o estilo de vida do indivíduo e são modificados principalmente pela alimentação e atividade física.

A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) oferece informações epidemiológicas de um conjunto de fatores que podem influenciar no aparecimento de DCNT. Segundo dados VIGITEL a frequência de excesso de peso, Hipertensão Arterial e Diabetes *Mellitus* foi de 24,3%, 27,9% e 10,2% respectivamente. Analisando os dados da pesquisa em Campo Grande, a frequência de excesso de peso entre os homens foi de 66,9% e entre mulheres foi de 59,1%, a frequência Hipertensão Arterial entre mulheres foi 33,2% e homens 19,8% e a frequência de Diabetes *Mellitus*, entre mulheres 12,9% e homens foi 4,6% [4]. O crescente número apresentado pela VIGITEL, corrobora com os achados na segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde [5], em que totaliza 96 milhões de pessoas com excesso de peso. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2020 mostrou que 22,8% dos homens e 30,2% das mulheres conviviam com a obesidade, revelando um crescimento acima do dobro desde a última pesquisa, há 16 anos [5].

As diretrizes para o tratamento biomédico da obesidade visam a perda de peso, através da prescrição de dietas com redução de calorias. Esse modelo visa a redução calórica ou de macronutrientes e de grupamentos alimentares, como por exemplo, contagem de calorias, abstenção do consumo de alimentos fonte de carboidratos ou gorduras. Este modelo de tratamento restritivo, tem se mostrado insustentável a longo prazo com reganho de peso pós-tratamento [6]. Além disso, em um contexto de saúde mais amplo, não existe dieta restritiva saudável, uma vez que saúde também engloba aspectos psicológicos [7]. OCHNER *et al.*, [8] apontam que até 50% do peso perdido com a dieta restritiva foi recuperado após um ano. A probabilidade de atingir o peso adequado ou manter constância na perda de peso foi baixa.

O comportamento alimentar de um indivíduo é influenciado por fatores pessoais como cultura, conhecimento, habilidades, preferências alimentares e disponibilidade de tempo para a preparação de alimentos, além disso, fatores econômicos e políticos como o custo ou acesso e a disponibilidade de alimentos, juntamente com as informações sobre alimentos, sejam elas através da educação ou marketing, influenciam as escolhas alimentares. Sendo assim, a publicidade, a rotulagem de alimentos e as políticas públicas afetam o preço e a demanda do consumidor [3].

Para saber o comportamento alimentar de um indivíduo, é possível aplicar o instrumento “Meu Termômetro”, com a proposta de avaliação de hábitos saudáveis. Esse instrumento pode ser utilizado ao longo das consultas como forma de avaliação dos indivíduos e, ao final,

ser possível identificar se houve ou não progresso, e a fim de se estabelecer uma proposta de intervenção mais adequada junto ao paciente,

Uma pergunta feita por Marchoni, Gorgulho e Steluti [9] “O que devemos comer para nos manter saudáveis e evitar doenças?”, demonstra a importância da alimentação. Nas doenças crônicas, como a diabetes, as doenças cardiovasculares, e obesidade, a alimentação é reconhecida como um dos fatores relacionados a sua ocorrência [10]. Para a preservação e estímulo da saúde durante a vida é fato que a dieta é fundamental, porém existe outro fator em conjunto, a atividade física, esses dois parâmetros influenciam no desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) [11].

A conduta nutricional visa apoiar e modificar comportamentos alimentares com o intuito de melhorar a saúde da população. Alguns estudos comprovam que a intervenção dietética é fundamental para melhorar a qualidade da dieta, os valores de glicemia, hemoglobina glicada e a perda de peso [12], além disso, podem ajudar a aumentar o consumo de verduras e legumes e reduzir os valores antropométricos [13], como também diminuir os risco de complicações de doenças cardiovasculares [14] e os níveis de triglicerídeos e colesterol [15].

A abordagem não-prescritiva visa a melhoria da saúde com um olhar ampliado, que vai além do peso corporal, considerando fatores biológicos, políticos, econômicos, sociais e psicológicos. Incentiva a prática de atividades para o bem estar e qualidade de vida e assim, a atividade física ser praticada por prazer, respeitando as dificuldades e habilidades pessoais [16].

Diante deste contexto, a conduta vem sendo pautada na mudança de comportamento [17]. De acordo com o modelo transteórico, a mudança de comportamento relacionado à saúde acontece por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção. Cada estágio representa a dimensão em tempo da mudança do comportamento, sendo assim, mostra quando a mudança ocorre e seu grau de motivação [18]. A abordagem do modelo transteórico pode ajudar a compreender a motivação para a mudança de hábitos alimentares e contribuir para o sucesso da intervenção nutricional e para o tratamento das DCNTs [19].

Dessa forma, conhecer o impacto da intervenção nutricional não prescritiva no padrão alimentar de portadores de DCNT, é importante para ajudar na mudança de comportamento, bem como identificar riscos e distúrbios nutricionais. Portanto, devido ao perfil epidemiológico de saúde da população brasileira e a necessidade de prevenção e tratamento de indivíduos portadores de DCNT, o objetivo deste estudo foi analisar os efeitos da conduta nutricional não-prescritiva no tratamento de indivíduos portadores de DCNT, assim como, seus determinantes de cunho alimentar.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o impacto do acompanhamento nutricional com abordagem alimentar não prescritiva em indivíduos portadores de DCNT atendidos no Ambulatório de Condições Crônicas em Alimentação e Nutrição (ACCRAN) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descreveu o perfil sociodemográfico, padrão alimentar, hábitos de vida e o consumo alimentar de portadores de DCNT atendidos no Ambulatório de Condições Crônicas em Alimentação e Nutrição (ACCRAN);
- Investigou as mudanças de estilo de vida alcançadas a partir da abordagem não prescritiva por meio do instrumento “Meu Termômetro”.

## **3 METODOLOGIA**

### **3.1 Delineamento do estudo**

Tratou-se de um estudo prospectivo observacional.

### **3.2 Local e período do estudo**

A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Condições Crônicas em Alimentação e Nutrição (ACCRAN) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP/UFMS), CAAE 53949221.8.0000.0021.

### **3.3 População**

A estratégia de recrutamento dos participantes incluiu o convite por meio de divulgação eletrônica (redes sociais: *instagram*, *facebook* e *whatsapp*) para a captação de novos pacientes ou via contato telefônico para aqueles que já são atendidos pelo ACCRAN. O convite foi estendido a toda a comunidade externa, acadêmica e servidores da Universidade Federal de

Mato Grosso do Sul (UFMS), por meio de divulgação eletrônica mediante os canais de comunicação de ambos os públicos. Os participantes recrutados fora do ambulatório foram orientados a agendar os atendimentos junto ao ACCRAN para acompanhamento e avaliações.

### **3.3.1 Critérios de Inclusão**

Os participantes que possuíam ao menos uma DCNT, tinham no mínimo 18 anos de idade, tinham disponibilidade de horário para participar das consultas e avaliações, tinham assiduidade em pelo menos 2 consultas.

### **3.3.2 Critérios de Exclusão**

Foram excluídas mulheres grávidas ou com suspeita de gravidez, crianças e adolescentes, indivíduos sem diagnóstico de doenças crônicas, indivíduos com alguma restrição alimentar severa, indivíduos ostomizados, paciente em algum tipo de alimentação artificial ou participante que por ventura retirem sua autorização via TCLE durante a coleta de dados.

## **3.4 Procedimentos para coleta de dados**

Os candidatos que se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa e receberam esclarecimentos a respeito do projeto, suas atividades, objetivos e aspectos legais, via TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), cuja assinatura foi recolhida presencialmente. Na coleta de dados foi utilizada uma ficha contendo informações socioeconômica, antropométrica, dietética e comportamental. As entrevistas para coleta de dados foram realizadas durante os atendimentos de rotina no ambulatório e aconteceram ao longo de dois atendimentos, com pelo menos um mês de intervalo. Os dados foram coletados de abril de 2022 a junho de 2023.

### **3.4.1 Avaliação das condições socioeconômicas, de saúde e hábitos alimentares**

Foi aplicado um questionário elaborado pela equipe contendo perguntas objetivas que permitiram a avaliação socioeconômica e de saúde (avaliação clínica), bem como avaliação dos hábitos alimentares e da relação das emoções do participante com o ato de comer .

### **3.4.2 Avaliação antropométrica**

Foi realizada em ambiente reservado para garantia de privacidade do avaliado. Foram aferidos peso e estatura [20] e cálculo do IMC [21] para classificar de acordo com os pontos de cortes definidos em adultos. Circunferência da Cintura (CC) [20] para classificar o risco cardiovascular [22].

Quanto ao diagnóstico nutricional dos idosos (acima de 60 anos), foi utilizado a classificação do estado nutricional recomendada pelo Ministério da Saúde, e preconizada por Lipschitz et al. [23].

### **3.4.3 Instrumento “Meu Termômetro”**

O instrumento Termômetro do Bem-Estar foi desenvolvido pelas nutricionistas do Centro de Referência em Alimentação e Nutrição (CRnutri), para serem utilizados tanto no atendimento individual, como em grupos.

Foi aplicado nos pacientes o questionário, “Meu Termômetro”, cujo o indicador foi adaptado do Termômetro do Bem-Estar, que foi reestruturado de acordo com as recomendações atualizadas, que incentiva o consumo de alimentos *in natura* e minimamente processados, adverte para usar óleos, gorduras e açúcares de maneira restrita utilizados apenas para temperar e cozinhar. Com a proposta de avaliação de hábitos saudáveis, composto por 15 questões, cada qual contendo uma pontuação, que no final somam de 0 a 30 pontos, em que as pontuações mais elevadas se referem a hábitos com maior qualidade. Sendo as pontuações mais altas para os alimentos considerados protetores, como o consumo de hortaliças, frutas, leguminosas e cereais integrais. Em contrapartida, pontuações com peso menores para o consumo de açúcar, sódio e de gordura, alimentos que devem ser evitados ou consumidos com moderação [24].

Na abordagem não prescritiva o emprego de metas ou combinados foi um plano de ação nutricional em conjunto com o indivíduo, sendo proposto na ordem de prioridade ou pela ordem de facilidade do indivíduo, segundo a própria percepção. As metas ou combinados tiveram como objetivo a mudança alimentar, e também os hábitos relacionados, como planejamento de compras de alimentos. As metas foram trabalhadas de forma educativa, através de mensagens promovidas nos atendimentos. Alguns exemplos: Consumir cereais integrais pelo menos 1 (uma) vez por dia, comer verduras e legumes no almoço e no jantar, usar a fruta como sobremesa e nos intervalos das refeições principais [24].

Desta forma, todos os participantes incluídos neste estudo receberam orientações no formato de plano nutricional composto por metas e combinados sobre alimentação e hábitos de vida, sem valor calórico ou prescrição quantitativa. Assim, eles foram avaliados por meio do instrumento Meu Termômetro na primeira consulta e, a seguir, novamente na consulta de

retorno, com um mês de intervalo. O impacto dessa abordagem foi medido comparando-se a pontuação obtida antes e depois da orientação nutricional (consulta de retorno).

### **3.5 Análise dos dados**

Os dados foram coletados via ficha de coleta de dados, preenchida no Google Forms, protegidos no Google Drive, compartilhado apenas com os pesquisadores responsáveis pela coleta, protegidos por senha e criptografia. Os dados foram transformados em unidades contínuas e categóricas de acordo com a necessidade de cada informação armazenada para análises descritivas (medidas de frequência, tendência central e dispersão). O impacto da abordagem não prescritiva foi medido comparando-se a pontuação obtida antes e depois da orientação nutricional (consulta de retorno).

## **4 RESULTADOS**

A amostra foi constituída de 81 pacientes de primeira consulta, atendidos na Clínica Escola Integrada da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, com maior predomínio de mulheres (71,60%) e idade média de  $41 \pm 14,22$  anos. Com relação às características socioeconômicas, mostrou-se bastante diversificado em relação à ocupação, na qual tinham aposentados (12,35%), seguidos pelos do lar (11,11%), estudantes e professores (7,41% respectivamente), servidores públicos (4,94%), entre outros. A maior parte da amostra eram casados (48,15%), seguidos por solteiros (35,80%), divorciados (7,41%), viúvos (1,23%) e em união estável (7,41%). Quanto ao nível de escolaridade, foi observado que a maioria possuía nível superior completo (28,05%), seguidos pelos superior incompleto (18,29%) e mesmo percentual de pós-graduandos, procedentes de Campo Grande - MS.

No que diz respeito ao levantamento do histórico das doenças atuais dos pacientes atendidos na Clínica Escola Integrada (UFMS), observou-se um número maior de indivíduos com hipertensão arterial sistêmica (HAS), totalizando 17,20%, seguidos por aqueles que apresentam diabetes mellitus tipos II (DM II) (12,35%) e fibromialgia (12,35%), isolados ou em conjunto.

Analisando as características nutricionais e de hábitos de vida da amostra, o percentual de pacientes que referiram consumir verduras e legumes no dia anterior, no almoço e jantar foi de 33%; no almoço ou jantar, ou seja em uma refeição principal, foi de 50,62%. Sobre o consumo de frutas, foi observada a frequência de duas vezes ao dia em 59,26%, enquanto que

a frequência de 3 frutas ao dia caiu para 6%. Sobre o consumo de feijão no dia anterior, a frequência foi de 65,43%. Em relação ao hábito intestinal, a maior parte da amostra relatou evacuar todos os dias (66,67%). A maior parte relatou não praticar atividade física.

Nas emoções relacionadas ao comer, foi possível verificar que 66,67% dos indivíduos comeram por ansiedade, seguido de estresse (51%), felicidade (44,44%), tristeza (29,63%), cansaço (29,63%), tédio (28,40%), angústia (24,69%) e raiva (14,81%), sendo que 23,63% relataram não perceber comer por motivos emocionais.

Os dados sobre o perfil socioeconômico e de vida estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas e perfil alimentar e de estilo de vida dos pacientes atendidos na consulta inicial (n=81).

<b>Gênero dos pacientes avaliados</b>	<b>%</b>
Homem Cis	27,16%
Mulher Cis	71,60%
Homem Trans	1,23%
<b>Padrão Alimentar</b>	
<b>Consumiu legumes e verduras ontem</b>	<b>%</b>
Não	17,28%
No almoço e jantar	33,00%
No almoço ou no jantar	50,62%
<b>Ontem consumiu fruta fresca ou seca (desidratada)?</b>	<b>%</b>
Não	34,57%
Sim para 3 refeições	6%
Sim para 1 ou 2 refeições	59,26%
<b>Consumiu feijão ou outra leguminosa ontem</b>	<b>%</b>

Sim	65,43%
Não	34,57%
<b>Pratica atividade física</b>	<b>%</b>
Sim	46,91%
Não	53,09%
<b>Emoções ao comer</b>	<b>%</b>
Tédio	28,40%
Ansiedade	66,67%
Estresse	51%
Raiva	14,81%
Angústia	24,69%
Tristeza	29,63%
Felicidade	44,44%
Não percebo comer por esses motivos	23,46%
Cansaço	29,63%
<b>Onde realiza as refeições</b>	<b>%</b>
À mesa, em casa	62,20%
<b>Escolaridade</b>	<b>%</b>
Ensino Fundamental incompleto	8,54%
Ensino Fundamental completo	7%
Ensino Médio incompleto	3,66%
Ensino Médio completo	17,07%
Ensino Superior incompleto	18,29%
Ensino Superior completo	28,05%

Pós-graduação	18,29%
<b>Estado civil</b>	<b>%</b>
Casado	48,15%
Solteiro	35,80%
Divorciado	7,41%
Viúvo	1,23%
União Estável	7,41%

Em relação a ferramenta Meu Termômetro, na primeira consulta, os pacientes apresentaram pontuação média de  $16 \pm 4,2$  pontos, sendo que somente 12 pacientes apresentaram pontuação maior que 20. Em relação ao estado nutricional, de acordo com o IMC, a maioria apresentou obesidade grau I e II, cada um com 23,17%, e pacientes com sobrepeso 18,9%, como pode ser verificado abaixo na Tabela 2. Estes dados indicam um aumento significativo no risco de desenvolvimento de doenças relacionadas à obesidade, como diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer.

Tabela 2. Estado nutricional na consulta inicial dos pacientes avaliados (n=81).

<b>Classificação do IMC</b>	<b>n=81(%)</b>
Magreza	2,44%
Normal	18,29%
Sobrepeso	19,51%
Obesidade grau I	23,17%
Obesidade grau II	23,17%
Obesidade grau III	9,76%

Após o retorno, com um mês de intervalo, menos da metade dos pacientes compareceram (n=35; 43,21%). A média de pontuação do Meu Termômetro foi de  $19 \pm 4,1$ ,

representando aumento no total geral. Entretanto, ao se considerar os valores individuais, 52,9% dos pacientes que retornaram apresentaram melhora da pontuação. No retorno, dezenove indivíduos apresentaram pontuação maior que 20 (54%).

Quanto ao consumo de legumes e verduras, 45,71% não houveram modificações, 22,86% tiveram melhoras e 31,41% pioraram. Já no consumo de frutas, 42,86% obtiveram melhoras, 48,57% permaneceram o mesmo e somente 8,57% pioraram. No quesito consumo de feijão, 71,43% mantiveram, 17,14% melhoraram e 11,43% pioraram. Pode-se verificar que o consumo de frutas foi o que obtiveram melhor progresso no consumo. No quesito feijão 60% já consumiam.

Em relação ao consumo de alimentos ricos em açúcares, 57,14% pararam ou diminuíram o seu consumo, 25,71% mantiveram e somente 17,14% passaram a comer mais. Quanto aos alimentos ricos em sódio, 57,14% permaneceram, 22,86% obtiveram melhoras e 20% pioraram. Sobre o consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas, 51,43% mantiveram, 37,14% melhoraram e 11,43% pioraram. No consumo de alimentos ricos em açúcares foi possível verificar melhoras significativas, seguidos por alimentos ricos em gorduras saturadas e por último alimentos ricos em sódio.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo documentar o impacto da conduta nutricional não prescritiva em portadores de DCNT atendidos no Ambulatório de Condições Crônicas em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Ao observar o gênero dos pacientes do atendimento nutricional, foi possível observar que a maior demanda foi de mulheres, com idade média de 41 anos. Com relação à escolaridade, a maioria apresentou ensino superior completo, diferenciando do estudo feito por Oliveira *et al* [25], onde 19,5% apresentaram ensino médio completo e 4,5% não eram alfabetizados. No presente estudo, a maioria apresentou HAS, seguido de diabetes mellitus tipo II. Quanto ao gênero, foi possível verificar semelhança no estudo realizado por Oliveira *et al* (2008), onde a maioria foi do gênero feminino (79,4%) e a idade média foi de 38,5 anos, em ambos os casos a doença prevalente foi HAS. No estudo de Marinho, C. F. *et al* [26] foi também encontrado a HAS (33,3%) como a doença mais prevalente entre os usuários de uma clínica escola. Assim, podemos observar que, de maneira semelhante ao observado em outros estudos, a maior procura pelo serviço é das mulheres e com maior número de casos de HAS. Entretanto, em nosso estudo

os participantes apresentaram maior escolaridade, o que também pode estar relacionado com o melhor hábito alimentar, conforme descrito a seguir.

Em relação à atividade física, 46,91% dos pacientes atendidos em nosso serviço praticavam atividade física, cujos dados são próximos do estudo de Araújo, S. E. B. et al. [27], em que 42,86% dos pacientes praticavam atividades físicas regularmente.

Referentes aos hábitos alimentares, mais de 50% dos pacientes que compareceram na primeira consulta no presente estudo apresentaram o hábito de consumo de verduras e legumes em uma das refeições principais, consumo de 2 frutas e o consumo de feijão no dia anterior. Ao se comparar os dados obtidos nessa pesquisa com os resultados do Vigitel 2023, o consumo de verduras, legumes e frutas da Vigitel 2023 foi de 31,9% e o de feijão foi de 58,6%, [4]. Dessa forma nota-se que os dados da presente pesquisa foram maiores e o consumo de feijão foi semelhante.

Um diferencial do presente estudo foi o uso da ferramenta Meu Termômetro, que possibilitou verificar mudanças no hábito alimentar dos pacientes, através das pontuações existentes nesse questionário. Neste questionário, cada item contempla um escore, que no final pode somar até 30 pontos. Quanto mais elevada a pontuação, melhores são os hábitos alimentares, ou seja, há a ingestão de alimentos considerados protetores, como a ingestão de verduras, legumes, frutas, leguminosas e cereais integrais. Em compensação, se as pontuações forem baixas, significa consumo de ultraprocessados, de açúcares, de sódio e de gorduras, que são alimentos que devem ser evitados ou consumidos com moderação [24].

Por meio da abordagem não prescritiva medida pelo Meu Termômetro, foi possível verificar o número de pessoas que mantiveram ou melhoraram o consumo de frutas, legumes e verduras e feijão, no retorno, foi respectivamente de 91,43%, 68,57% e 77,14%. No estudo de Amaral, T. L.M. et al. [28], constatou-se que o consumo de frutas teve maior prevalência para aqueles com maior escolaridade, corroborando com o perfil da população atendida no nosso serviço. Sobre o estado nutricional, entre os pacientes que compareceram ao retorno após um mês, foi possível constatar uma diminuição do peso em 65,7%. Nas pesquisas de Klauck C M et al [29], foi evidenciado a relação da obesidade e o surgimento de patologias, como a HAS, Diabetes mellitus, dislipidemias, com isso é possível verificar que a diminuição do peso contribui para a diminuição dos riscos das doenças provenientes da obesidade.

Depois de um mês, menos da metade dos pacientes compareceram ao retorno, semelhante ao encontrado na pesquisa realizada por ROSA, J. de O. et al. [30], onde 57,5% não retornaram depois da primeira consulta. Algumas das hipóteses levantadas para a baixa adesão foi os participantes não se sentiam à vontade sendo atendidos pelos acadêmicos ou

pacientes não dispostos a fazer mudanças de vida. Uma estratégia que pode ser proposta nos serviços de Nutrição seria a implantação de questionário para saber a satisfação, ou o que os pacientes sentiram falta durante o atendimento, podendo ser respondido de modo anônimo. Entretanto, são poucos os estudos que abordam a falta de adesão ao atendimento nutricional.

Pôde-se observar com este estudo que com a abordagem não prescritiva houve mudanças positivas, como o aumento no consumo de alimentos considerados protetores, como verduras e legumes, frutas, leguminosas e a diminuição no consumo de alimentos ricos em açúcares, sódio e gorduras saturadas. Com isso, é possível dizer que a conduta baseada em combinados é uma técnica efetiva com os pacientes. Em concordância com esse achado, uma revisão de 2022 descreveu que a prescrição de dieta não restritiva foi um fator positivo ao tratamento. No estudo a abordagem não prescritiva foi descrita como uma ferramenta que torna a pessoa mais independente e responsável em relação a sua prática alimentar e mais consciente com o seu próprio cuidado em saúde [31].

Um ponto crítico do presente estudo foi o tempo curto de avaliação entre a primeira consulta e o retorno. Talvez com o tempo maior de acompanhamento, de 6 a 12 meses, seja possível obter resultados e adesões melhores. Quanto à ferramenta Meu Termômetro, há uma limitação por considerar somente o consumo do dia anterior, o que nem sempre reflete a rotina. Mesmo assim, ela computa de maneira objetiva as mudanças alcançadas, podendo ser vantajosa para a prática do atendimento.

Por fim, os dados do presente estudo são importantes para conhecer os pontos fortes e pontos fracos do nosso serviço e assim desenvolver intervenções nutricionais mais efetivas e interessantes que ajudem no tratamento e no controle das DCNT.

## **6. CONCLUSÃO**

Conclui-se que no Ambulatório de Condições Crônicas em Alimentação e Nutrição (ACCRAN) da UFMS o perfil dos pacientes atendidos é composto pela maioria de mulheres adultas com diagnóstico de HAS e DM e escolaridade maior do que a observada nos estudos publicados com o mesmo tipo de atendimento. Observou-se também melhores hábitos de vida do que os relatados em outros estudos.

Em relação à abordagem não prescritiva, observou-se impacto positivo para os indivíduos que retornaram com um mês e o instrumento “Meu Termômetro” mostrou-se eficiente em avaliar as mudanças alcançadas, desde que analisado sistematicamente.

## 7 REFERÊNCIAS

1. Melo C S, Machado D P, Santos I K P dos, Dias C A G M (2019) Caracterização epidemiológica dos óbitos no Brasil por macrorregião de 2016 a 2018. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*.  
<http://doi.org/10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/obitos-no-brasil>
2. Malta D C (2019) Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>.
3. Branca F, Layter A, Oenema S, Aguayo V et al (2019) Transforming the food system to fight non-communicable diseases. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.l296>
4. Brasil, Ministério da Saúde (2023) Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiro e no Distrito Federal em 2023. Editora MS.  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/vigitel/vigitel-brasil-2023-vigilancia-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas-por-inquerito-telefonico>. Acessado em 25 de outubro de 2023
5. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020) Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Atenção Primária à Saúde e Informações Antropométricas. IBGE.  
<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>. Acessado em 20 de setembro de 2023
6. Neves A S, Mendonça A L O (2014) Alterações da identidade social do obeso: do estigma ao fat price. *Demetra*. <https://doi.org/10.12957/demetra.2014.9461>
7. Deram S (2014) O peso das dietas: emagreça de forma sustentável dizendo não às dietas. Colina, São Paulo

8. Ochner C N, Barrios D M, Lee C D, Pi-Sunyer F X (2013) Biological mechanisms that promote weight regain following weight loss in obese humans. Zurich: *Physiol Behav*
9. Marchioni D M L, Gorgulho B M, Steluti J (2019) Avaliação do consumo alimentar: mensuração e abordagens de análise. In: Marchioni D M L, Gorgulho B M, Steluti J (ed) *Consumo alimentar: Guia para avaliação*, 1ª ed. Barueri, São Paulo, pp 1-7
10. Marchioni D M L, Gorgulho B M, Steluti J (2019) Avaliação do consumo alimentar individual para aconselhamento dietético. In: Peralta A M, Peralta J, Carvalho A M de *Consumo alimentar: Guia para avaliação*, 1ª ed. Barueri, São Paulo, pp. 182-195
11. Marchioni D, Fisberg R M (2009) Nutrição e Prevenção de Doenças Crônicas Não transmissíveis. In: Cuppari L(ed) *Dieta, nutrição nas Doenças Crônicas Não transmissíveis*. 1ª ed. Barueri, São Paulo, pp. 1-25
12. Mitchell L J, Ball L E, Ross L J, Barnes K A, Williams L T (2014) Effectiveness of Dietetic Consultations in Primary Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Demetra* <https://doi.org/10.1016/j.jand.2017.06.364>
13. Laranjeira N, Duarte F, Alves A P (2019) Efeitos da intervenção alimentar em adultos com excesso de peso ou obesidade. *Publicação Acta Portuguesa de Nutrição*. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2183-59852019000100005](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2183-59852019000100005). Acessado em 08 de junho de 2023
14. Timóteo A T (2018) Dieta em doentes com síndrome metabólica: qual a composição ideal de macronutrientes? *Revista Portuguesa de Cardiologia* DOI: 10.1016/j.repc.2017.11.013
15. Ross L J, Barnes K A, Ball L E, Mitchell L J, Sladdin I, Lee P, Williams L T (2019) Effectiveness of dietetic consultation for lowering blood lipid levels in the

- management of cardiovascular disease risk: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. United States: Nutrition&Dietetics. doi: 10.1111/1747-0080.12509
16. Viana M R, Neves A S (2017) A racionalidade nutricional e sua influência na medicalização da comida no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*.  
<https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.25432015>
  17. Jacob J J, Isaac R (2012) Behavioral therapy for management of obesity. *Publicação Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263194/>. Acessado em 08 de junho de 2023.
  18. Greene G W, Rossi S R, Velicer W F, Fava J L, Prochaska J O (1999) Dietary applications of the stages of change model. *J Am Diet Assoc*.  
[https://doi.org/10.1016/S0002-8223\(99\)00164-9](https://doi.org/10.1016/S0002-8223(99)00164-9)
  19. Toral N, Slater V B (2005) Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciência & Saúde Coletiva*. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000600025>
  20. Brasil, Ministério da Saúde (2011) Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde.  
<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/arquivos/orientacoes-para-a-coleta-e-analise-de-dados-antropometricos-em-servicos-de-saude>. Acessado em 08 de agosto de 2023
  21. World Health Organization (1995) Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Who. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37003>. Acessado em 30 de setembro de 2023
  22. World Health Organization (1998) Obesity preventing and managing the global

- epidemic: report of WHO consultation on obesity. Who.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11234459/>. Acessado em: 30 de setembro de 2023.
23. Lipschitz D A (1994) **Screening for nutritional status in the elderly**. Prim Care.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8197257/>. Acessado em 31 de outubro 2022
24. Andrade S C, Vieira V L, Fisberg R M (2019) Alimentação saudável e adequada: modelos aplicáveis na prática clínica. In: Cuppari L (ed) Nutrição clínica no adulto, 4ª ed. Barueri, São Paulo, pp 84.
25. Oliveira A F de, Lorenzato S, Fatel E C de S (2008) Perfil de pacientes que procuram atendimento nutricional. Salus  
<https://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/view/698/828>. Acessado em 25 de outubro de 2023
26. Marinho C F et al (2017) Consumo alimentar de usuários de uma Clínica - Escola de Nutrição do interior paulista. Associação Brasileira de Nutrição.  
<https://www.rasbran.com.br/rasbran/article/view/284/158>. Acessado em 05 de novembro de 2023
27. Araújo S E B et al (2019) Perfil nutricional e consumo alimentar de pacientes praticantes de atividade física atendidos por uma clínica escola de nutrição. Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.  
<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/952/675>. Acessado em 05 de novembro de 2023
28. Amaral T L M et al (2022) Padrões alimentares e doenças crônicas em inquérito com adultos na Amazônia. Demetra, Nutrição, Alimentação e Saúde. <https://www.e-publicacoes.uerj.br/demetra/article/view/63148/41994>. Acessado em 05 de novembro 2023

29. Klauck C M et al (2019) Comorbidades associadas à obesidade em pacientes candidatos à cirurgia bariátrica. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/844/681>. Acessado em 15 de outubro de 2023
30. Rosa J de O et al. (2020) Perfil nutricional e alimentar de crianças atendidas por uma clínica escola de nutrição. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1284>. Acessado em 05 de novembro de 2023
31. Rocha N E S, Machado V C, Santana M L P de (2022) Compreensão de nutricionistas sobre abordagens não prescritivas no cuidado nutricional. [https://www.researchgate.net/publication/366395962\\_Compreensao\\_de\\_nutricionistas\\_sobre\\_abordagens\\_ao\\_prescritivas\\_no\\_cuidado\\_nutricional](https://www.researchgate.net/publication/366395962_Compreensao_de_nutricionistas_sobre_abordagens_ao_prescritivas_no_cuidado_nutricional). Acessado em 10 de novembro de 2023