

# Qualidade da dieta de pacientes com doenças cardiovasculares atendidos em um hospital de alta complexidade

*Quality of patients' diet with cardiovascular diseases attended in a high complexity hospital*

Jamile Zanin<sup>1</sup>  
Andriele Pinheiro Nunes<sup>1</sup>  
Maria Cristina Zanchim<sup>2</sup>  
Daiana Argenta Kumpel<sup>2</sup>

## Unitermos:

Doenças Cardiovasculares. Consumo Alimentar. Dieta. Pacientes Internados.

## Keywords:

Cardiovascular Diseases. Food Consumption. Diet. Inpatients.

## Endereço para correspondência:

Jamile Zanin  
Rua Bento Gonçalves, 270/402 – Edifício Albatroz,  
– Centro – Marau, RS, Brasil –  
CEP: 99150-000.  
E-mail: jamile.zanin@gmail.com

## Submissão

15 de abril de 2018

## Aceito para publicação

3 de julho de 2018

## RESUMO

**Introdução:** As doenças crônicas não transmissíveis estão entre os maiores problemas de saúde pública nos dias atuais e são responsáveis por grande parte das mortes ocorridas no país, sendo as doenças cardiovasculares as que aparecem como a principal causa. O consumo de alimentos ricos em gordura e com alta densidade energética, a inatividade física, o hábito de fumar e consumo excessivo de álcool, ganham destaque no aumento do risco cardiovascular. Em contrapartida, o consumo de frutas e vegetais é considerado importante fator na sua prevenção. **Objetivo:** Avaliar a qualidade da alimentação de pacientes com doenças cardiovasculares atendidos em um hospital de alta complexidade. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, realizado com adultos e idosos, internados com diagnóstico de doença cardiovascular. As características sociodemográficas e diagnóstico principal foram obtidos do prontuário eletrônico. Investigou-se a presença de fatores de risco implicados no desenvolvimento destas doenças e o recebimento de orientação nutricional. Para avaliação do estado nutricional, foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal e aferida a circunferência da cintura (CC). Na avaliação da qualidade da alimentação foi utilizado o questionário "Como está sua alimentação?" do Ministério da Saúde de 2006. **Resultados:** Participaram do estudo 76 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino (52,6%), com idade média de  $65,5 \pm 11,6$  anos. A hipertensão arterial sistêmica e a inatividade física estavam presentes em 69,7% e 90,8% dos pacientes, respectivamente. A maior parte dos participantes tinha excesso de peso (46,1%) e algum risco para o desenvolvimento de complicações metabólicas relacionadas à CC (77,3%). Em relação à qualidade da dieta, 63,2% dos pacientes apresentaram uma alimentação parcialmente adequada. **Conclusão:** Conclui-se que considerável parcela dos cardiopatas estudados apresentava qualidade de alimentação deficitária, além de expressivo excesso de peso e acúmulo de gordura abdominal.

## ABSTRACT

**Introduction:** The chronic non-communicable diseases are among the biggest public health problems nowadays and are responsible for the most part of the deaths in Brazil, and cardiovascular diseases appear as the main cause. Consuming foods rich in fat and with high energy density, physical inactivity, smoking and excessive consumption of alcohol are among the main risk factors for the development of these diseases. Fruits and vegetables are considered an important factor in its prevention. **Objective:** To evaluate the quality of patients' diet with cardiovascular diseases that were attended in a hospital of high complexity. **Methods:** A cross-sectional study, with adults and elderly patients, hospitalized with a diagnosis of cardiovascular disease. The sociodemographic characteristics and main diagnosis were taken from the chart. It was investigated the presence of risk factors for the development of these diseases and the receipt of nutritional orientation. To evaluate the nutritional status, the body mass index and waist circumference (WC) were calculated. In the evaluation of the feed's quality was used the questionnaire "How is your feed?" from the Ministry of Health, Brazil - 2006. **Results:** A total of 76 patients have participated in the study, most of the masculine gender with mean age of  $65.5 \pm 11.6$  years. The most observed risk factors are systemic arterial hypertension (SAH) and physical inactivity, observed in 69.7% and 90.8% of the patients, respectively. Most of the participants presented overweight (46.1%) and some risk for the development of metabolic complications related to elevated WC (77.3%). Regarding the diet's quality, 63.2% of the patients presented a partially adequate diet. **Conclusion:** It was concluded that a considerable proportion of the patients with heart disease present deficient feeding, besides being overweight and accumulating abdominal fat.

1. Acadêmica do Curso de Nutrição. Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.
2. Nutricionista. Mestre em Envelhecimento Humano pela Universidade de Passo Fundo. Professora do Curso de Nutrição na Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, RS, Brasil.

## INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre os maiores problemas de saúde pública nos dias de hoje e são responsáveis por grande parte das mortes ocorridas no Brasil. No ano de 2011, 800.118 óbitos foram relacionados às DCNT, sendo que as doenças cardiovasculares apareceram como a principal causa, seguida das neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus<sup>1</sup>.

As enfermidades cardiovasculares representaram a maior parte das despesas do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2008 a 2012, totalizando cerca de 51,3% dos gastos, visto que a presença de uma morbidade crônica como esta impacta diretamente na qualidade de vida do paciente, gerando a necessidade de muitos cuidados em saúde<sup>2</sup>.

O consumo de alimentos ricos em gordura e com alta densidade energética, a inatividade física, o fumo e consumo excessivo de álcool estão entre os principais fatores de risco para desenvolvimento destas doenças<sup>3</sup>. Ainda, a história familiar de hipertensão arterial, o diabetes e as dislipidemias potencializam o risco para o desenvolvimento de doença cardiovascular, especialmente quando encontradas em parentes de primeiro grau e associadas a um estilo de vida inadequado<sup>4</sup>.

Dados da literatura têm demonstrado que os comportamentos mais prevalentes em pacientes que apresentam doença cardiovascular são o hábito de fumar, a inatividade física e consumo excessivo de gorduras de origem animal<sup>5</sup>. Rombaldi et al.<sup>6</sup> comprovaram isso ao avaliar adultos e idosos, identificando frequência de consumo exagerado de alimentos ricos em gordura, como lácteos integrais e gordura aparente das carnes, excedendo as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde, principalmente nos grupos mais jovens e de maior nível econômico, implicando assim no aumento do risco para o desenvolvimento de doenças crônicas.

Em contrapartida, o consumo de frutas e vegetais é considerado um fator importante na prevenção e controle das doenças cardiovasculares, pois estes grupos de alimentos apresentam baixa densidade energética, fibras solúveis e insolúveis e são boas fontes de micronutrientes<sup>3</sup>. Além disto, as frutas, quando consumidas na quantidade adequada (3 porções/dia)<sup>7</sup>, estão relacionadas à proteção para a obesidade abdominal e hipertrigliceridemia. Entretanto, um consumo inadequado destes grupos é comumente observado na população adulta<sup>8</sup>.

Tendo em vista que o consumo alimentar está diretamente relacionado com o desenvolvimento e tratamento das doenças cardiovasculares, este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade da alimentação de portadores dessas enfermidades, atendidos em um hospital de alta complexidade.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal com adultos e idosos, de ambos os gêneros, com diagnóstico de doença cardiovascular, atendidos nos postos de internação do Hospital São Vicente de Paulo (HSVP), da cidade de Passo Fundo, RS, no período de julho a agosto de 2017.

Para o cálculo amostral, levou-se em consideração um nível de confiança de 95%, poder estatístico de 80%, razão não exposto: exposto de 1:3, prevalência da doença no grupo exposto de 60%, considerando exposição excesso de peso e consumo alimentar inadequado razão de prevalência de 2,0, totalizando 120 pacientes. Entretanto, no período da pesquisa, foi possível alcançar uma amostra de 76 pacientes.

Como critérios de exclusão foram considerados: tempo de internação superior a 72 horas; ser gestante ou lactante; pacientes em uso de terapia nutricional enteral ou parenteral exclusiva; com quadro clínico paliativo; os internados nas unidades de terapia intensiva, salas de recuperação ou emergência; amputados ou com membro corporal engessado; com ascite ou edema; e aqueles incapazes de responder às perguntas ou que estivessem sem acompanhante no momento da avaliação.

Foram coletados dados de prontuários e aplicado um questionário padronizado elaborado pelas pesquisadoras. Dos prontuários foram obtidos os dados referentes ao gênero, idade, cor da pele, estado civil, escolaridade, profissão e diagnóstico clínico da internação. Utilizou-se para avaliação da classe econômica o questionário Critério de Classificação Econômica Brasil-ABEP<sup>9</sup>, no qual o nível socioeconômico foi definido a partir da quantidade de itens presentes na residência, grau de instrução do chefe de família e o acesso a serviços públicos.

Na sequência, investigou-se o recebimento de orientações sobre a alimentação para a afecção em questão, bem como informações sobre o estilo de vida com relação à prática de atividade física e fatores de risco para desenvolvimento de doença cardiovascular, como o hábito de fumar, presença de dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Para avaliação do estado nutricional, o peso corporal foi mensurado em balança digital com capacidade para 150 kg e precisão de 100 g, com o paciente descalço e com roupas leves. A estatura foi mensurada pelo estadiômetro acoplado à balança, com capacidade para 200 cm e precisão de 0,1 cm, com o paciente em pé, descalço, em posição ortostática, com os calcanhares juntos, costas retas e braços estendidos ao longo do corpo.

Ambos, peso e estatura, foram mensurados seguindo os parâmetros descritos pelo manual do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)<sup>10</sup>. A partir das variáveis peso e estatura, foi realizado o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) por meio da equação: peso/estatura<sup>2</sup>,

bem como a classificação do estado nutricional para este marcador, segundo os pontos de corte estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>11</sup>, para os adultos, e Lipschitz<sup>12</sup>, para os idosos.

A circunferência da cintura (CC) foi aferida com a fita métrica no ponto médio localizado entre as costelas e a crista ilíaca, sem comprimir os tecidos. Nos casos em que não foi possível identificar a menor curvatura, foi utilizada a medida 2 cm acima da cicatriz umbilical. O risco para complicações metabólicas associadas à obesidade foi estimado, considerando os pontos de corte preconizados pela OMS<sup>11</sup>.

Na avaliação da qualidade da alimentação, foi utilizado o questionário “Como está sua alimentação?” elaborado pela Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde do Brasil– CGAN/MS<sup>7</sup>. O teste conta com 18 perguntas relacionadas ao consumo alimentar do indivíduo, envolvendo o número de refeições realizadas diariamente, quantidade consumida de alimentos de diferentes grupos como verduras e legumes, frutas, leite e derivados, feijões, doces, gorduras e embutidos, tipo de gordura utilizada no preparo das refeições, adição de sal, consumo hídrico e a prática de atividade física. A partir destas, os indivíduos foram classificados de acordo com as seguintes categorias: até 28 pontos – “inadequado”; entre 29 a 42 – “parcialmente adequado”; 43 pontos ou mais – “adequado”.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa e Pós-Graduação do HSVP e pelo Comitê de Ética da Pesquisa da Universidade de Passo Fundo, sob parecer de nº 2.125.265. Os indivíduos foram preservados pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram digitados e analisados no software de estatística, sendo realizadas análises descritivas de frequências, média e desvio padrão.

## RESULTADOS

Foram avaliados 76 pacientes, dos quais 40,8% estavam hospitalizados para tratamento por cardiopatia isquêmica. A média de idade foi de  $65,5 \pm 11,6$  anos, sendo 30,3% adultos, 69,7% idosos e 52,6% do gênero masculino. A maioria era casada (71,1%), branca (88,2%), com ensino fundamental incompleto (43,4%), aposentados (40,8%) e pertencentes à classe econômica C (43,4%), conforme Tabela 1.

Quanto ao estilo de vida e fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, observou-se predominância de pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (69,7%), 56,6% referiram não apresentar dislipidemias e 30,3% relataram ser diabéticos. Em relação à prática de atividade física, 90,8% declararam não praticar nenhum tipo de exercício e apenas 10,5% tinham hábito de

**Tabela 1** – Características demográficas e socioeconômicas dos pacientes participantes do estudo. Passo Fundo, RS, 2017 (n=76).

Variáveis	Categorias	n	%
<b>Sexo</b>	Masculino	40	52,6
	Feminino	36	47,4
<b>Estado civil</b>	Solteiro	5	6,6
	Casado	54	71,1
	União estável	5	6,6
	Divorciado	6	7,9
	Viúvo	6	7,9
<b>Cor da pele</b>	Branco	67	88,2
	Não branco	9	11,8
<b>Faixa etária</b>	36 a 39 anos	1	1,3
	40 a 49 anos	7	9,3
	50 a 59 anos	15	19,7
	60 a 69 anos	25	32,9
	70 anos ou mais	28	36,8
<b>Escolaridade</b>	Ensino fundamental incompleto	33	43,4
	Ensino fundamental completo	15	19,7
	Ensino médio incompleto	3	3,9
	Ensino médio completo	15	19,7
	Ensino superior incompleto	1	1,3
	Ensino superior completo	9	11,8
	<b>Profissão</b>	Aposentado	31
Do lar	11	14,5	
Outros	34	44,7	
<b>Classe econômica</b>	Classe A	5	6,6
	Classe B	29	38,2
	Classe C	33	43,4
	Classe D ou E	9	11,8

fumar. Sobre os cuidados com a alimentação, 55,3% afirmaram ter recebido alguma orientação nutricional, sendo que, destes, a maioria citou o médico como fonte da mesma (Tabela 2).

Sobre o estado nutricional, a média de peso encontrada foi de  $77,7 \pm 19,2$  kg, a estatura de  $162,9 \pm 21,4$  cm e o IMC  $28,3 \pm 5,8$  kg/m<sup>2</sup>. Somando-se os adultos e idosos avaliados, o excesso de peso corporal se mostrou presente em 46,1% e quanto à CC, 77,3% apresentaram algum risco para o desenvolvimento de complicações metabólicas (Tabela 3).

Quando avaliada a qualidade da alimentação, observou-se que 35,5% dos pacientes apresentavam alimentação inadequada, 63,2% parcialmente adequada e apenas 1,3% tinham uma alimentação adequada. Sobre o fracionamento das refeições, a maioria (57,9%) realizava de três a quatro refeições diariamente. Com relação às frutas e verduras, apenas 27,6% e 32,9% obtiveram o consumo adequado destes grupos, respectivamente. Verificou-se ainda, que 42,1% ingeriam entre 4,5 e 7,5 porções de carboidratos diariamente.

Referente ao consumo de carnes e ovos, 56,6% mantinham o consumo habitual de uma porção desses alimentos diariamente, entretanto, 42,1% não retiravam a gordura

**Tabela 2** – Estilo de vida e fatores de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares dos pacientes participantes do estudo. Passo Fundo, RS, 2017 (n=76).

Variáveis	Categorias	n	%
<b>Atividade física</b>	Não	69	90,8
	Sim	7	9,2
<b>Hábito de fumar</b>	Não	68	89,5
	Sim	8	10,5
<b>HAS</b>	Não	23	30,3
	Sim	53	69,7
<b>Dislipidemia</b>	Não	43	56,6
	Sim	33	43,4
<b>Diabete mellitus</b>	Não	53	69,7
	Sim	23	30,3
<b>Orientação nutricional</b>	Não	34	44,7
	Sim	42	55,3

HAS=Hipertensão Arterial Sistêmica

**Tabela 3** – Estado nutricional dos pacientes participantes do estudo. Passo Fundo, RS, 2017 (n=76).

Variáveis	Categorias	n	%
<b>IMC adulto</b>	Eutrófico	8	10,5
	Sobrepeso	5	6,6
	Obesidade	10	13,1
<b>IMC idoso</b>	Baixo peso	3	4
	Eutrófico	30	39,4
	Excesso de peso	20	26,3
<b>CC</b>	Sem risco de complicações metabólicas	17	22,4
	Risco elevado de complicações metabólicas	17	22,4
	Risco muito elevado de complicações metabólicas	42	55,3

CC=Circunferência da Cintura; IMC=Índice de Massa Corporal

aparente das carnes. O consumo de peixes semanal mostrou-se presente em 50% dos pacientes. Ainda, 73,6% ingeriam entre uma a duas porções de lácteos ao dia, sendo que o consumo deste grupo de alimentos na forma integral foi relatado por 78,9% dos avaliados.

Quando avaliado o consumo de leguminosas, a maioria (51,3%) não ingeria ou tinha um consumo inferior ao ideal (menos que cinco porções semanais). E em relação às frituras e embutidos, apenas 19,7% e 17,1% referiam nunca consumir ou consumir menos que duas porções semanais; e para o grupo dos doces a frequência evidenciada de baixo consumo, isto é, nunca consumir ou consumir menos que duas porções semanais, foi de 25% e 26,3%, respectivamente.

Quando questionados sobre o tipo de gordura utilizada na preparação de alimentos em domicílio, os óleos vegetais aparecem com maior frequência (65,8%), seguidos pela banha animal ou manteiga (31,6%). Em relação à adição de sal nos alimentos já servidos no prato, 73,7% dos pacientes relataram não adicionar. O consumo de bebidas alcoólicas foi negado pela maioria dos participantes (72,4%) (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

Como em outros estudos realizados com pacientes cardiopatas hospitalizados, a pesquisa apresentou maior número de indivíduos do sexo masculino, casados, da raça branca e com idade superior a 60 anos<sup>13-15</sup>. O diagnóstico principal de internação encontrado na maioria dos entrevistados foi

**Tabela 4** – Qualidade da dieta dos pacientes participantes do estudo. Passo Fundo, RS, 2017 (n=76).

Variáveis	Consumo alimentar	n	%
<b>Frutas</b>	Não como frutas, nem suco de frutas natural todos os dias	17	22,4
	3 ou mais unidades/fatias/pedaços/ copos de suco natural	21	27,6
	2 unidades/fatias/pedaços/copo de suco natural	22	28,9
	1 unidade/fatias/pedaços/copo de suco natural	16	21,1
<b>Legumes e verduras</b>	Não como legumes, nem verduras todos os dias	15	19,7
	3 ou menos colheres de sopa	15	19,7
	4 a 5 colheres de sopa	21	27,7
	6 a 7 colheres de sopa	19	25
	8 ou mais colheres de sopa	6	7,9
<b>Leguminosas</b>	Não consumo	6	7,9
	2 ou mais colheres de sopa por dia	29	38,2
	Consumo de menos de 5 vezes por semana	33	43,4
	1 colher de sopa ou menos por dia	8	10,5
<b>Carboidratos gerais</b>	Nenhuma porção	-	-
	Menos de 3 porções	14	18,4
	De 3 a 4,4 porções	27	35,5
	De 4,5 a 7,5 porções	32	42,1
	Mais que 7,5 porções	3	3,9
<b>Carnes</b>	Não consumo nenhum tipo de carne	5	6,6
	1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo	43	56,6
	2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos	22	28,9
	Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos	6	7,9
<b>Gordura das carnes</b>	Remove a gordura aparente	38	50
	Não remove a gordura aparente	32	42,1
	Não como carne vermelha ou frango	6	7,9
<b>Peixes</b>	Não consumo	9	11,8
	Somente algumas vezes no ano	20	26,3
	2 ou mais vezes por semana	9	11,8
	De 1 a 4 vezes por mês	38	50

**Continuação Tabela 4** – Qualidade da dieta dos pacientes participantes do estudo. Passo Fundo, RS, 2017 (n=76).

Variáveis	Consumo alimentar	n	%
<b>Lácteos</b>	Não consumo leite, nem derivados	4	5,3
	3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções	16	21,1
	2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções	28	36,8
	1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções	28	36,8
<b>Tipo de lácteos</b>	Integral	60	78,9
	Com baixo teor de gorduras	16	21,1
<b>Frituras e embutidos</b>	Raramente ou nunca	15	19,7
	Todos os dias	3	3,9
	De 2 a 3 vezes por semana	27	35,5
	De 4 a 5 vezes por semana	18	23,7
	Menos que 2 vezes por semana	13	17,1
<b>Doces em geral</b>	Raramente ou nunca	19	25
	Menos que 2 vezes por semana	20	26,3
	De 2 a 3 vezes por semana	19	25
	De 4 a 5 vezes por semana	5	6,6
	Todos os dias	13	17,1
<b>Gordura utilizada</b>	Banha animal ou manteiga	24	31,6
	Óleo vegetal, como soja, girassol, milho, algodão ou canola	50	65,8
	Margarina ou gordura vegetal	2	2,6
<b>Sal adicionado</b>	Sim	20	26,3
	Não	56	73,7
<b>Refeições diárias</b>	Menos que 3 refeições	11	14,5
	De 3 a 4 refeições	45	59,2
	De 5 a 6 refeições	20	26,3
<b>Uso de álcool</b>	Diariamente	3	3,9
	1 a 6 vezes na semana	4	5,3
	Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)	14	18,4
	Não consumo	55	72,4

a cardiopatia isquêmica, diferentemente do verificado em outras pesquisas, que identificaram o acidente vascular encefálico e a insuficiência cardíaca congestiva como as principais razões para a internação<sup>13,14</sup>.

Entre os fatores de risco pesquisados, o mais prevalente foi a HAS (69,7%), achado semelhante ao observado por Lemos et al.<sup>16</sup> (75,7%), ambos envolvendo pacientes com

enfermidades cardiovasculares, confirmando que esta condição representa um fator de risco independente, linear e contínuo para a gênese da doença cardiovascular<sup>3</sup>. No entanto, Dutra & Fonseca<sup>17</sup> preconizam que mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida podem ser suficientes para redução dessa morbidade e da mortalidade por doença cardiovascular.

A presença de DM foi observada em 30,3% da amostra, corroborando com o encontrado em outras pesquisas, nas quais os percentuais foram de 32% e 40,1%<sup>15,16</sup>. Mesmo sendo um fator de risco importante para o desenvolvimento de cardiopatias e primordial no surgimento de doença aterosclerótica, mais da metade dos participantes relataram não apresentar dislipidemias, sendo este um achado positivo, já que se distanciou do valor encontrado por Gomes et al.<sup>15</sup>, em 50 cardiopatas atendidos em um hospital de Belém-PA (94%).

No Brasil, dados do sistema Vigitel de 2016 mostraram que a prática de atividade física no tempo livre passou de 30,3%, em 2009, para 37,6%, em 2016<sup>18</sup>, sendo esta uma medida muito importante para o controle das dislipidemias, doença arterial coronariana e fator protetor para o infarto agudo do miocárdio<sup>19</sup>. Porém, os resultados da presente pesquisa em relação à prática de exercícios mostraram que por mais que tenha ocorrido um aumento da atividade física por parte da população, 90,8% dos entrevistados ainda permanecem inativos, resultado superior ao encontrado em outros estudos com pacientes cardíacos no estado do Rio Grande do Sul<sup>5,19</sup>.

Ao questionar sobre o uso de tabaco, apenas 10,5% relataram que mantinham o hábito de fumar, enquanto outros reportaram abandono do vício após a doença instituída, como apontado por Petersen et al.<sup>19</sup>. A cessação do tabagismo representa um achado importante entre os pacientes em questão, pois revela que esta faceta de autocuidado está sendo incorporada no tratamento da doença cardiovascular.

Um achado comum observado em portadores de doenças cardiovasculares é o aumento do IMC, dado que pode ser observado nesta pesquisa, na qual 46,1% dos entrevistados apresentaram excesso de peso. Gomes et al.<sup>15</sup> e Petersen et al.<sup>19</sup> também encontraram em seus estudos a média de valor do IMC maior que o recomendado (28,71 kg/m<sup>2</sup> e 29,7 kg/m<sup>2</sup>, respectivamente) em pacientes cardiopatas, comprovando que este fator é constantemente encontrado nesta população. O IMC elevado é considerado um indicador de risco para saúde, pois está relacionado com várias complicações metabólicas, além da classificação com relação ao peso. De acordo com os dados da pesquisa Vigitel de 2016, mais da metade da população brasileira encontra-se acima do peso, tornando-se um grupo com um risco elevado para desenvolvimento de cardiopatias<sup>18</sup>.

A CC é uma medida que se caracteriza pelo acúmulo de gordura na região mesentérica, estando diretamente relacionada ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV)<sup>15</sup>. O risco de complicações metabólicas associadas à CC acima dos padrões recomendados é encontrado com frequência em indivíduos portadores destas doenças, achado verificado neste e em outros estudos que avaliaram este padrão, indicando ser um importante marcador na população estudada<sup>15,20</sup>.

Na classificação geral da alimentação dos pacientes entrevistados, a presente pesquisa encontrou que 98,7% dos pacientes não apresentaram uma alimentação adequada, indicando a necessidade de mudança de alguns hábitos para alcançar uma melhora na qualidade de vida. Os resultados encontrados foram semelhantes a um estudo realizado com pacientes que apresentavam DCNT acompanhados pelo Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição que, ao avaliar o consumo alimentar, encontrou que 76% não apresentaram uma alimentação adequada<sup>21</sup>.

Com relação à ingestão de frutas e verduras, apenas 27,6% e 32,9%, respectivamente, alcançaram o preconizado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, que recomenda o consumo de pelo menos três porções destes dois grupos diariamente<sup>7</sup>. O consumo destes grupos de alimentos, considerados indispensáveis no dia a dia, também foi mensurado nos estudos de Silva et al.<sup>22</sup> e Campos et al.<sup>23</sup>, mostrando resultados que se aproximaram da pesquisa em questão, isto é, que maior parte dos avaliados não alcançava os índices recomendados.

No que diz respeito às fontes de carboidratos, como arroz, milho, trigo, pães, massas, batata e mandioca, que podem ser consumidos em até seis porções/dia, distribuídas ao longo das refeições<sup>7</sup>, foi observada maior frequência de consumo na categoria entre 4,5 a 7,5 porções diárias. Este resultado é interessante, visto que os níveis de colesterol e triglicérides podem aumentar com o consumo elevado de carboidratos, favorecendo o desenvolvimento de DCV e que a redução da quantidade ingerida deste nutriente e substituição dos simples pelos complexos mostra-se benéfica para tratamento das dislipidemias. Entretanto, apenas 43,4% atenderam a frequência adequada do uso de leguminosas (pelo menos cinco vezes na semana).

O consumo diário de uma porção de carnes e/ou ovos foi observado em 56,6% dos pacientes cardíacos, atendendo a adequação proposta pelo Guia Alimentar<sup>7</sup>. Entretanto, muitos relataram não remover a gordura aparente das carnes, fator que contribui para o aumento dos níveis séricos de colesterol, o que eleva o risco de desenvolvimento de cardiopatia ou das complicações associadas a esta<sup>3</sup>.

Esse achado é semelhante ao encontrado no último Vigitel, no qual um terço da população adulta referiu não

remover o excesso de gordura desses alimentos<sup>18</sup>. A ingestão de peixes foi relatada como mensal pela metade dos participantes, dado considerado benéfico, pois, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia<sup>3</sup>, este alimento auxilia na redução da hipercolesterolemia por ser uma carne magra.

O hábito de consumir leite e derivados com regularidade (de duas a três porções) se manteve entre os pacientes estudados (57,9%), entretanto, na forma integral, resultado semelhante ao encontrado na pesquisa Vigitel de 2016, na qual mais da metade da população adulta referiu consumir diariamente lácteos, porém, integrais<sup>18</sup>. Acerca desse assunto, a Sociedade Brasileira de Cardiologia afirma que o consumo destes alimentos na forma desnatada serve como fator de proteção contra a hipercolesterolemia<sup>3</sup>, sendo uma recomendação forte para pacientes com doenças cardiovasculares, por mais que seja um hábito de pouca adesão por este grupo.

Quanto à ingestão habitual de frituras e doces, os resultados encontrados mostraram-se inferior ao estudo realizado por Silveira et al.<sup>24</sup>, no qual o consumo destes grupos também foi adequado em grande parte da população estudada (72,3%; 76,3%; vs. 89,45%; 94,20%, respectivamente), o que é interessante, visto que evitar gordura, alimentos ricos em sódio e açúcar são as principais recomendações que os profissionais de saúde fazem aos pacientes para prevenção e tratamento das doenças cardiovasculares.

Em relação ao consumo de gordura utilizada na preparação dos alimentos, os óleos vegetais foram citados com maior frequência. O Guia Alimentar<sup>7</sup> e a V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose<sup>3</sup> recomendam um consumo moderado de óleos vegetais e uma ingestão ocasional, e em pouca quantidade, de manteiga, margarinas sólidas e gordura de porco. Já é bem estabelecido que a gordura saturada está diretamente relacionada com a elevação do LDL-c plasmático e, conseqüentemente, com o risco de desenvolver um evento cardiovascular, sendo assim a substituição deste tipo de gordura na dieta por mono e poli-insaturada é considerada uma estratégia para o controle da elevação dos níveis de colesterol<sup>25</sup>.

Ainda, reduzir a ingestão de sal na dieta é considerado uma das melhores apostas para redução do risco de eventos cardiovasculares, já que sua restrição é reconhecida como prevenção primária e secundária da hipertensão arterial<sup>3</sup>. Nessa direção, por serem pacientes crônicos e talvez mais interessados na busca de um comportamento mais saudável, mais da metade dos avaliados (73,7%) relatou não adicioná-lo aos alimentos já servidos no prato. De igual forma, a maioria dos participantes não tinha o hábito de ingerir bebidas alcoólicas, outro fator que pode ser considerado positivo, visto que ainda existem controvérsias sobre a segurança e benefícios do consumo de baixas doses de álcool para o coração<sup>3</sup>.

## CONCLUSÃO

Diante dos achados, conclui-se que, apesar da maioria estar eutrófica, considerável parcela dos cardiopatas estudados apresentava qualidade de alimentação deficitária, além de expressivo excesso de peso e acúmulo de gordura abdominal.

Sendo assim, frente aos achados e sabendo-se da importância do tratamento dietoterápico, mostra-se necessário o acompanhamento e reforço nas orientações nutricionais durante o período de internação, com o objetivo de diminuir as complicações, melhorando o prognóstico clínico e a qualidade de vida destes pacientes.

## REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Moura L, Padro RR, Escalante JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4):599-608.
2. Soto PHT, Raitz GM, Bolsoni LL, Costa CKF, Yamaguchi UM, Massuda ME. Morbidades e custos hospitalares do Sistema Único de Saúde para doenças crônicas. *Rev Rene*. 2015;16(4):567-75.
3. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afune Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol*. 2017;109(2 Supl. 1):1-76.
4. Rolande DMS, Fantini JP, Cardinali Neto A, Cordeiro JA, Bestetti RB. Determinantes prognósticos de pacientes com insuficiência cardíaca sistólica crônica secundária à hipertensão arterial sistêmica. *Arq Bras Cardiol*. 2012;98(1):76-83.
5. Muniz LC, Schneider BC, Silva ICM, Matijasevich A, Santos IS. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(3):534-42.
6. Rombaldi AJ, Silva MC, Neutzling BM, Azevedo MR, Curi PH. Fatores associados ao consumo de dietas ricas em gordura em adultos de uma cidade no sul do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(5):1513-21.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar: como ter uma alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
8. Castanho GKF, Marsola FB, McLellan KCP, Nicola M, Moreto F, Burini RC. Consumo de frutas, verduras e legumes associado à síndrome metabólica e seus componentes em amostra populacional adulta. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18(2):385-92.
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Abep; 2014.
10. Brasil. 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; 2011.
11. World Health Organization (OHW). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998.
12. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21(1):55-67.
13. Christmann M, Costa CC, Moussalle LD. Avaliação da qualidade de vida de pacientes cardiopatas internados em um hospital público. *Rev AMRIGS*. 2011;55(3):239-43.
14. Fantini JA, Gaglianone CC, Ribeiro RCHM, Cesarino CB, Rodrigues CC, Beccaria LM. Perfil clínico dos pacientes com doenças cardiovasculares atendidos na emergência de um hospital de ensino. *Rev Enferm UFPE On Line*. 2015;9(12):1078-84.

15. Gomes MN, Maciel MG, Torres RS, Barbosa SNA. Relação entre variáveis antropométricas, bioquímicas e hemodinâmicas de pacientes cardiopatas. *Int J Cardiovasc Sci.* 2015;28(5):392-9.
16. Lemos KF, Davis R, Moraes MA, Azzolin K. Prevalência de fatores de risco para síndrome coronariana aguda em pacientes atendidos em uma emergência. *Rev Gaúcha Enferm.* 2010;31(1):129-35.
17. Dutra RM, Fonseca DGP. A adesão do paciente hipertenso ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica sobre a ótica do enfermeiro. *Rev Bras Ciênc Vida.* 2017;5(2):1-26.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Vigitel Brasil 2016: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
19. Petersen CL, Chinazzo H, Saldanha C, Basso M, Garcia P, Bartholomay E, et al. Fatores de risco cardiovasculares e comorbidades em ambulatórios de cardiologia da região metropolitana de Porto Alegre, RS. *Rev AMRIGS (Porto Alegre).* 2011;55(3):217-23.
20. Figueira MS, Rocha MLV, Araújo MS. Avaliação nutricional de pacientes portadores de doenças cardiovasculares associadas à síndrome metabólica em Belém-PA. *Rev Bras Nutr Clin.* 2009;25(3):224-32.
21. Bortoluz S, Lima LA, Nedel FB. Condições de saúde e utilização de um serviço de atenção primária em pacientes hipertensos e/ou diabéticos. *Rev Ciênc Saúde.* 2016;9(3):156-66.
22. Silva CL, Costa THM. Barreiras e facilitadores do consumo de frutas e hortaliças em adultos de Brasília. *Sci Med (Porto Alegre).* 2013;23(2):68-74.
23. Campos CV, Bastos JL, Gauche H, Boing AF, Assis MAA. Fatores associados ao consumo adequado de frutas, legumes e verduras em adultos de Florianópolis. *Rev Bras Epidemiol.* 2010;13(2):352-62.
24. Silveira EA, Vieira LL, Jarim TV, Souza JDS. Obesidade em idosos e sua associação com consumo alimentar, diabetes mellitus e infarto agudo do miocárdio. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(6):509-17.
25. Santos RD, Gagliardi ACM, Xavier HT, Magnoni CD, Cassani R, Lottenberg AMP, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. *Arq Bras Cardiol.* 2013;100(1 Supl. 3):1-40.

---

**Local de realização do estudo:** Hospital São Vicente de Paulo (HSVP)/Universidade de Passo Fundo (UPF), Passo Fundo, RS, Brasil.

**Conflito de interesse:** Os autores declaram não haver.