

**INSTITUTO DE ENSINO ESTÁCIO DE SÁ - LABORO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM NUTRIÇÃO CLÍNICA E ESPORTIVA**

**FRANCIANE DA SILVA SOUSA
RAÍSSA DE CÁSSIA MARTINS FERREIRA
RAYANNE MARTHA SOARES MORAES
ZANE AQUINO CRUZ**

**PERFIL NUTRICIONAL DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS NO
CENTRO AMBULATORIAL DE PINHEIRO – MA.**

São Luís
2012

**FRANCIANE DA SILVA SOUSA
RAÍSSA DE CÁSSIA MARTINS FERREIRA
RAYANNE MARTHA SOARES MORAES
ZANE AQUINO CRUZ**

**PERFIL NUTRICIONAL DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS NO
CENTRO AMBULATORIAL DE PINHEIRO – MA.**

Artigo científico apresentado com requisito para
obtenção do grau de especialista em Nutrição
Clínica e Nutrição Esportiva.

São Luís
2012

PERFIL NUTRICIONAL DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS ATENDIDOS NO CENTRO AMBULATORIAL DE PINHEIRO – MA.

NUTRITIONAL PROFILE OF HYPERTENSIVE AND DIABETIC ASSISTED OUTPATIENT CENTER OF PINHEIRO – MA.

Resumo: A hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial, causando lesão do coração, cérebro, vasos, etc.. O diabetes mellitus é uma doença reconhecida pela elevação crônica de glicose na corrente sanguínea. Portanto, trabalhar questões de alimentação e nutrição vem tornando-se necessário, já que as DCNT estão diretamente relacionadas com a alimentação, nutrição e estilo de vida da população. O presente estudo objetivou investigar o perfil nutricional de 249 pacientes hipertensos e diabéticos, de ambos os sexos, com idade entre 25 a 100 anos, atendidos no Centro Ambulatorial de Pinheiro (CAP) – MA. Realizou-se um estudo descritivo retrospectivo quantitativo. A coleta foi realizada por uma anamnese nutricional com todos os pacientes, obtendo dados pessoais, clínicos, hábitos alimentares e bioquímicos. A análise dos dados foi realizada pelo programa estatístico EPI INFO versão 3.04. Os resultados observaram que 44,2% dos pacientes são hipertensos e 40% destes são classificados com obesidade, enquanto que os diabéticos são em sua maioria 43,2% eutróficos. Diante do estudo, faz-se necessário reforçar a idéia de programas preventivos, que teriam um impacto na redução da incidência da hipertensão e diabetes.

Palavras chave: Perfil nutricional. Hipertensos. Diabéticos.

1 INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial é uma doença multigênica, de etiologia múltipla, de fisiopatogenia multifatorial, que causa lesão dos chamados órgãos-alvo (coração, cérebro, vasos, rins e retina) (CUPPARI, 2005). A lesão se manifesta por um aumento permanente da pressão arterial diastólica, ou da sistólica, ou de ambas (BODINSKI, 2006).

Portanto, a hipertensão arterial é uma síndrome clínica caracterizada pela elevação da pressão arterial a níveis iguais ou superiores a 140 mm Hg de pressão sistólica e/ou 90 mm Hg de diastólica — em pelo menos duas aferições subseqüentes — obtidas em dias diferentes, ou em condições de repouso (descanso de 5 a 10 minutos antes da verificação), não deve estar com a bexiga cheia, nem deve ter praticado exercícios físicos, nem ter ingerido bebida alcoólica, bebidas gaseificadas, nem fumado 30 minutos antes (SILVA; SOUZA, 2004).

Como se sabe, os determinantes da pressão interferem na manutenção dos níveis pressóricos normais e são: o débito cardíaco e a resistência periférica e qualquer alteração em um ou outro, ou ainda em ambos (CUPPARI, 2005).

Os complexos mecanismos pressores e depressores interagem e determinam o tônus vasomotor. Quando o equilíbrio se rompe com predominância dos fatores pressores, ocorre a hipertensão essencial ou primária. Este é o tipo mais comum de hipertensão e têm grande influência de fatores genéticos. O outro tipo, denominada secundária, pode ocorrer durante o desenvolvimento de doenças como aterosclerose, doença renal, ou durante o período gestacional (CUPPARI, 2005).

A hipertensão arterial é basicamente uma doença assintomática em estado inicial, e geralmente é diagnosticada somente quando as complicações aparecem (cefaléia, visão turva,

dores nos membros inferiores, taquicardia, insônia, edema e calor excessivo), causando assim a perda na qualidade de vida e aumentando a taxa de mortalidade (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

O controle da hipertensão por meio de medidas dietéticas específicas visa não apenas à redução dos níveis tensionais, mas também à incorporação de hábitos alimentares permanentes. A dietoterapia faz parte de um conjunto de medidas terapêuticas, não farmacológicas, que tem como principal meta diminuir a morbimortalidade por meio de modificações do estilo de vida (CUPPARI, 2005).

Dessa forma, como coadjuvantes do tratamento dietético (redução da ingestão de sódio, maior ingestão de potássio, etc.), temos outras medidas fundamentais como a redução do consumo de bebidas alcoólicas, o abandono ao tabagismo, a redução de peso corpóreo e manutenção do peso ideal, além de exercícios físicos regulares (CUPPARI, 2005).

Portanto, o tratamento para hipertensão engloba principalmente mudanças no padrão alimentar e de estilo de vida de indivíduos, podendo ou não estar associado ao tratamento medicamentoso. As estratégias para a prevenção e o tratamento da hipertensão devem atacar o risco global da doença cardiovascular (concentrações séricas elevadas de colesterol, tabagismo, sedentarismo, obesidade), e não simplesmente a pressão arterial elevada. O paciente deverá ser acompanhado por uma equipe multiprofissional e a observação da dieta é mais importante que o segmento de medidas isoladas, garantindo que os benefícios adotados sejam duradouros pela incorporação de novos hábitos de vida (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

O diabetes mellitus é uma doença reconhecida pela elevação crônica de glicose na corrente sanguínea. Esta, algumas vezes, é acompanhada de outras manifestações, tais como glicosúria, poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso, fadiga e perda de visão (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

A hiperglicemia e outras anormalidades bioquímicas resultam da produção ou ação deficiente de insulina dando início a uma série de reações no organismo, porque a glicose não pode ser transportada do líquido extracelular para o líquido intracelular; sem glicose, as células não têm fonte de energia, sendo forçadas a usar a proteína do músculo e a gordura do tecido adiposo, como fontes alternativas. A glicose, estando incapacitada para deixar o líquido extracelular, se acumula e o seu nível se eleva, produzindo hiperglicemia (BODINSKI, 2006).

Na classificação adotada pela organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde e pela American Diabetes Association, sobre diabetes mellitus, destacam-se dois tipos clínicos: o diabetes mellitus tipo 1, que é caracterizado por: secreção nula de insulina; freqüente cetoacidose/hipoglicemia; peso abaixo do normal; geralmente aparece antes dos 30 anos de idade; e o diabetes mellitus tipo 2, encontrado em adultos com idade superior a 30 anos, cuja sintomatologia surge de modo lento e progressivo e geralmente em indivíduos obesos (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

É uma doença que pode estar associada e/ou levar ao aparecimento de várias outras situações, tais como aterosclerose, complicações vasculares, especialmente doença isquêmica do miocárdio, retinopatia diabética e nefropatia (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

Considerando que geralmente todos os portadores de diabetes podem ter complicações, o tratamento adequado é importante e baseia-se fundamentalmente em três pontos principais: dieta (que consiste em reduzir a excessiva ingestão de hidratos de carbono, particularmente sob forma de açúcares concentrados), uso de medicamentos e exercício físico (aumentando a tolerância pelos hidratos de carbono e reduzindo os requerimentos de insulina) (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

A dietoterapia, portanto, consiste em reduzir o consumo de açúcares concentrados, pois estes produzem rápida elevação dos níveis sanguíneos de glicose, que não podem ser controlados quando há déficit de insulina. Além disso, evitar ou corrigir a obesidade é outro

objetivo já que a simples perda de peso pode ser o suficiente, nos casos em que a doença tenha sido desencadeada por uma exigência de insulina acima da capacidade do organismo de produzi-la (BODINSKI, 2006).

Há dois tipos básicos de dieta usados no tratamento do diabetes, tais sejam o qualitativo e o quantitativo. No qualitativo, o paciente é aconselhado a não adicionar açúcar a nenhum alimento, a evitar alimentos naturalmente açucarados e a limitar a ingestão de alimentos com alto teor em amido. No quantitativo, usam-se listas de alimentos equivalentes ou uma dieta com peso fixado (BODINSKI, 2006).

As listas de equivalentes foram criadas pela Associação Americana de Diabete e pela Associação Americana de Dietética, visando a permitir maior variedade de alimentos e a exercer controle sobre a dieta dos diabéticos. As listas de equivalentes incluem leite, vegetais, frutas, pão, carnes e gordura. A quantidade das porções de alimentos de cada grupo contém, aproximadamente, o mesmo número de calorias, assim como, de modo aproximado, as mesmas quantidades de hidratos de carbono, de proteínas e de gorduras. O paciente é capaz de variar a dieta pela troca de um alimento por outro, dentro da mesma lista de equivalentes. O método de equivalentes permite o controle do paciente, dentro dos limites da dieta. É um processo fácil de usar e de entender (BODINSKI, 2006).

Dessa forma, constata-se que não existe uma dieta padrão para o indivíduo com diabetes. Uma avaliação nutricional completa orientará o profissional de saúde a desenvolver um plano alimentar que melhor se adapte às necessidades metabólicas, nutricionais e de estilo de vida do diabético (CUPPARI, 2005).

Por isso, o papel do profissional de nutrição é um dos mais relevantes no acompanhamento do indivíduo diabético em qualquer faixa etária e com as mais variadas complicações (KRAUSE, 2005).

Com o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes e dislipidemias, em função do aumento da prevalência de pessoas com excesso de peso no Brasil, crescem a demanda por serviços nutricionais ambulatoriais (OLIVEIRA; LORENZATTO; FATEL, 2008). Desta forma, trabalhar questões de alimentação e nutrição vem tornando-se inegavelmente necessário, já que as DCNT estão diretamente relacionadas com a alimentação, nutrição e estilo de vida da população (RIBEIRO; CARDOSO, 2002; ASSIS et al., 2002).

O tratamento dessas DCNT deve acontecer de forma individualizada, processo que se avalia o indivíduo fisiologicamente e se faz investigações acerca de seu histórico familiar, pessoal e alimentar, propiciando a descrição do perfil clínico e nutricional para se traçar estratégias a serem seguidas. Ressaltando-se que, independente do uso de fármacos para o tratamento das DCNT, a dietoterapia e a reeducação alimentar são indispensáveis (OLIVEIRA; LORENZATTO; FATEL, 2008).

Portanto, a inclusão do Nutricionista na atenção primária revela-se uma necessidade político-social relevante. Esse profissional deve complementar a equipe multiprofissional, com o objetivo de orientar a população e os equipamentos sociais, sensibilizando e promovendo mudança dos hábitos alimentares (BRASIL, 2003).

Dessa forma, justifica-se realizar uma abordagem investigativa do perfil nutricional de hipertensos e diabéticos atendidos no Centro Ambulatorial de Pinheiro, com o objetivo de detectar a prevalência de DCNT, orientando e intervindo em medidas de prevenção e tratamento.

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Para a realização desta pesquisa, desenvolveu-se um estudo descritivo retrospectivo quantitativo, fundamentados em dados coletados no Centro Ambulatorial de Pinheiro – Maranhão.

A população de estudo foi composta por todos os pacientes hipertensos e diabéticos atendidos, correspondendo à faixa etária de 25 a 100 anos, totalizando uma amostra de 249 pacientes, de ambos os sexos.

O Centro Ambulatorial de Pinheiro funciona como um programa do SUS, dispendo de equipamentos e profissionais capacitados (médicos – clínico geral e especialidades – enfermeiros, fonoaudiólogos, nutricionistas e dentistas) para atender toda a população do município e dos povoados vizinhos que já tenham sido pré-cadastrados tanto no SUS como no CAP.

Foram aplicadas as técnicas da estatística descritiva, apresentando todas as variáveis em tabelas de frequência. Posteriormente para verificar a formação da análise entre as variáveis foi utilizado o teste de qui – quadrado (χ^2). Os dados foram analisados pelo programa estatístico informatizado EPI INFO versão 3.04, considerando-se como estatisticamente significativa um valor de p (p – value) menor que 0,05.

A metodologia da coleta de dados foi realizada através de uma anamnese nutricional onde se obteve dados pessoais, dados clínicos, dados sobre hábitos alimentares e dados bioquímicos. A avaliação nutricional antropométrica foi realizada utilizando dados sobre peso e altura, calculando-se o Índice de Massa Corporal (IMC), adotando como critério de classificação os padrões estabelecidos por MUST et al. (1991), com valores de acordo com a idade do paciente.

Para a medida do peso corporal utilizou-se balança digital Sanny com capacidade para 180 Kg. E a altura foi mensurada através de estadiômetro da marca Sanny com medição de 115 cm a 210 cm.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Diabetes e hipertensão são condições clínicas que podem ser assintomáticas, cuja totalidade dos casos podem estar subestimados em uma população.

Foram obtidos dados de 310 pacientes atendidos no CAP. Deste total, foram selecionados 249 pacientes, pois estes se classificavam como Hipertensos, Diabéticos ou Hipertensos e Diabéticos.

De acordo com esta classificação, houve uma predominância de pacientes hipertensos (44,2%) em relação à pacientes diabéticos (26,9%), enquanto que a quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos encontraram-se em meio termo (28,9%), conforme pode ser verificado na tabela 1.

Tabela 1- Distribuição numérica e percentual dos 249 pacientes, de acordo com a doença de base e associações. Pinheiro, MA, 2011.

	n	%
HAS	110	44,2
DM	67	26,9
HAS e DM	72	28,9
Total	249	100,0

Sendo que o mesmo pode ser verificado no estudo de Andrade (2010), em que dos 1259 pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Sistema Público de Saúde do Município de Jeceaba/MG, foram registrados 948 (75%) pacientes hipertensos e 181 (15%) pacientes diabéticos. Nos demais pacientes cadastrados e verificados nesse estudo de Andrade (2010), que compreendeu um total de 130 (10%), coexistiam ambos diagnósticos.

Dessa maneira, confirma-se também o que foi encontrado por Schmidt & Duncan (2009), em que se verificou que por o rastreamento do diabetes ser mais complexo e menos difundido que o da hipertensão houve uma grande discrepância na quantidade de pacientes hipertensos em relação aos pacientes diabéticos, podendo concluir dessa forma que existe muitas pessoas sem diagnóstico na população.

Em relação à faixa etária, verificou-se que mais de 50% dos pacientes classificados como HAS e DM compreendia a faixa etária de 56-70 anos. Sendo possível também detectar que há uma diferenciação de faixa etária quando se separa HAS de DM, observando-se que há uma maior prevalência de HAS (42,7%) na faixa etária de 41-55 anos e maior prevalência de DM (43,2%) na faixa etária de 56-70 anos, como pode ser verificado na tabela 2.

Tabela 2- Distribuição numérica dos 249 pacientes, de acordo com a faixa etária. Pinheiro, MA, 2011.

Grupo etário	HAS	DM	HAS e DM
25-40	12	11	04
41-55	47	26	15
56-70	34	29	40
71-85	14	01	13
86-100	03	00	00
Total	110	67	72

Resultado parecido com o encontrado por Andrade (2010), onde a prevalência 49,23% compreendia a faixa etária de 51-70 anos, 36,12% de 71-90 anos e 14,6% de 31-50 anos, sendo possível concluir desta forma que a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as Unidades Básicas de Saúde são elementos imprescindíveis para o sucesso do controle dessas doenças.

O acompanhamento e controle da HAS e DM no âmbito da Atenção Básica poderá evitar o surgimento e a progressão de suas complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, bem como a mortalidade por doenças cardiovasculares (BRASIL, 2001).

A partir dos dados da tabela 3, observa-se que é muito superior os casos de HAS, DM ou HAS e DM em pessoas do sexo feminino. Sendo que dentre estes, o de maior predominância é a HAS (82,7%). Porém é necessário destacar que a procura por atendimento nutricional parte na maioria das vezes do sexo feminino, ressaltando-se assim que as mulheres preocupam-se mais com a saúde e o bem-estar que os homens. Podendo esses dados ser decorrentes de hábitos regionais, na qual são as mulheres que ocupam o cargo de atividades domésticas, portanto disponibilizam de maior tempo para tratamento.

Tabela 3- Distribuição numérica e percentual dos 249 pacientes, de acordo com o sexo e a doença de base e associações. Pinheiro, MA, 2011.

Sexo	HAS		DM		HAS / DM		Total
	n	%	n	%	n	%	
Feminino	91	82,7	40	59,7	57	77,0	188
Masculino	19	17,2	27	40,2	15	20,8	61

Resultado também encontrado por Sampaio e Souza (2006) que caracterizaram a clientela atendida em ambulatório nutricional e constataram que de 216 fichas estudadas, 105 eram mulheres, na qual 36 ocupavam atividades do lar. Ainda pode-se considerar que os homens são geralmente resistentes na procura por serviços de saúde.

Esses resultados não foram diferentes do estudo realizado por Andrade (2010) em que os pacientes portadores de hipertensão arterial eram na maioria 114 (88%) do sexo feminino e 16 (12%) do sexo masculino.

Diferentemente do que foi constatado por Damasceno; Almeida e col. (2006), que as alterações nos níveis pressóricos e glicêmicos foram mais frequentes em indivíduos do sexo masculino (86,4% e 7,8%) do que no feminino (68,5% e 7,9%), respectivamente.

Acredita-se que indivíduos com hipertensão e diabetes apresentam-se inicialmente assintomáticos, ficando por um longo prazo sem diagnóstico, sugerindo-se investigações na busca de diagnósticos precoces ou até mesmo preventivos nos vários segmentos populacionais, com o intuito de evitar aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis e suas respectivas complicações.

Em relação à prática de atividade física, notou-se que a maioria dos pacientes não possui esse hábito, que são poucos, menos de 50%, os que praticam caminhadas com frequência de 3x/semana e duração de 30 minutos, conforme pode ser verificado na tabela 4.

Tabela 4- Distribuição numérica e percentual dos 249 pacientes, de acordo com a prática de atividade física e a doença de base e associações. Pinheiro, MA, 2011.

Ativ. Física	HAS		DM		HAS/DM	
	n	%	n	%	N	%
Sim	20	18,1	13	19,4	13	18,0
Não	90	81,8	54	80,5	59	81,9

Logo, o mesmo pode ser verificado no estudo de Paiva, Bersusa e Escuder (2006), em que mostra que 48 (75%) dos indivíduos referiram não ter o hábito de praticar atividade física: 16 (33,3%) por falta de tempo, 13 (27,1%) por dores e cansaço, 6 (12,5%) por causa das ruas serem íngremes, 3 (6,3%) afirmaram não praticar atividade física devido ao diabetes mellitus ou à hipertensão arterial, e 10 (20,8%) alegaram outros motivos. Siqueira (2008) encontrou 41% de sedentarismo enquanto que Piccolomini (2007) encontrou 62,7%, Assunção et al. (2008) também referem baixa adesão a exercícios físicos entre diabéticos no Sul do Brasil.

Analisando a classificação de IMC (Índice de Massa Corporal), notou-se diversas diferenças. Enquanto os hipertensos foram detectados com maior prevalência de obesidade (40%), os diabéticos em sua maioria encontraram-se na faixa de eutrofia-normalidade (43,2%) e os pacientes que possuíam ambas as patologias (HAS e DM) foram classificados com sobrepeso (38,8%), o que pode ser verificado na tabela 5.

Tabela 5- Distribuição numérica e percentual dos 249 pacientes, de acordo com a classificação do IMC e a doença de base e associações. Pinheiro, MA, 2011.

IMC	HAS		DM		HAS/DM		Total
	n	%	n	%	n	%	
Baixo Peso	0		03	4,4	01	1,3	04
Eutrofia	31	28,1	29	43,2	17	23,6	77
Sobrepeso	35	31,8	26	38,8	28	38,8	89
Obesidade	44	40	09	13,4	26	36,1	79

Segundo o estudo realizado por Rosini, Machado e Xavier (2005), observou-se também prevalência de sobrepeso na maioria dos pacientes e com predomínio no sexo feminino.

4 CONCLUSÃO

Atualmente, as doenças não-transmissíveis são responsáveis por 45,9% da carga de doenças em todo o mundo (WHO, 2002). Estima-se que em 2020, dois terços da carga de doenças serão atribuídos às doenças crônicas não-transmissíveis (CHOPRA, 2002). As dietas altamente calóricas e o sedentarismo são os principais fatores relacionados ao aumento da prevalência da obesidade, outro fator de risco importante para o diabetes tipo 2 (ZIMMET, 2003; GRUBB, 2002).

Vários estudos apontam para o crescimento acelerado da obesidade e reforçam a necessidade de programas preventivos, que teriam um impacto na redução da incidência do diabetes (CHOPRA, 2002; GRUBB, 2002; WHO, 2000; PERDUE, 2003; WELLMAN, 2002). Tais programas deveriam incorporar mudanças comportamentais, como adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e realização de atividades físicas regulares, mas também contemplar intervenções populacionais, como legislação, tributação e infra-estrutura visando reduzir o ambiente obesígeno a que as populações atualmente estão expostas, tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (VINICOR, 1998).

Abstract: Hypertension is a clinical syndrome characterized by elevated blood pressure, causing damage to the heart, brain, vessels, etc.. Diabetes mellitus is a disease recognized by the chronic elevation of glucose in the bloodstream. Therefore, work on issues of food and nutrition has become necessary since the DCNT are directly related to food, nutrition and lifestyle of the population. This study aimed to investigate the nutritional status of 249 patients with hypertension and diabetes in both sexes, aged between 25 and 100 years, went to the Center Outpatient Pinheiro (CAP) - MA. We conducted a retrospective descriptive study quantitatively. Data collection was conducted by a nutritional interview with all patients, obtaining personal data, clinical, biochemical and dietary habits. Data analysis was performed by the statistical program EPI INFO version 3.04. The results found that 44,2% of patients were hypertensive and 40% are classified as obese, while diabetics are mostly 43,2% eutrophic. Before this study, it is necessary to reinforce the idea of preventive programs, which would have an impact in reducing the incidence of hypertension and diabetes.

Keywords: Nutritional profile. Hypertensive. Diabetics.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L.T. Caracterização da associação entre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial na atenção primária: estudo quantitativo no município de Jaceaba, MG, 2010.
- ASSIS, A.M.O. et al. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. *Rev. de Nutri.*, v.15, n.03, p.255-266, set/dez 2002.
- BODINSKI, L.H. Dietoterapia: princípios e pratica. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.
- CUPPARI, L. Guia de Nutrição: Nutrição Clínica no adulto. 2ª ed. rev. e ampl.. Barueri, SP: Manolo, 2005.
- DAMASCENO, A. e col.. Perfil dos níveis pressóricos e glicêmicos de funcionários de instituições públicas hospitalares de Fortaleza - Ceará, 2006.
- GRIMM, H. K. B. Nutrição: texto e atlas. Porto Alegre: Artemed, 2007.
- LOPES, H. A Dieta do Coração. São Paulo: Editora Abril, 2010.
- MAHAN, L.K.; SCOTT-STUMP, S.E. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 9ª ed. São Paulo: Roca, 1998.
- MOREIRA, E.A.M.; CHIARELLO, P.G. Atenção nutricional: abordagem dietoterápica em adultos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- OLIVEIRA, A.F.O.; LORENZATTO, S.; FATEL, E.C.S. Perfil de pacientes que procuram atendimento nutricional. *Revista Salus-Guarapuava-PR. Jan./Jun. 2008.*
- RIBEIRO, A.B.; CARDOSO, M.A. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Rev. de Nutri.*, v.15, n.02, p.239-245, maio/ago, 2002.
- SCHIMIT, D. e col. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. Brasil, 2006.
- SILVA, J.L.L.; SOUZA, S.L. Fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica versus estilo de vida docente. *Rev. Eletrônica de Enferm.*, v.06, n.03, p.330-335, 2004.
- SILVA, S.M.C.S. Tratado de Alimentação, Nutrição e Dietoterapia. São Paulo: Roca, 2007.
- SOBOTKA, L. Bases da Nutrição Clínica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.
- TIRAPGUI, J. Nutrição, Metabolismo e Suplementação na Atividade Física. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
- TOSCANO, M.C. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial, 2004.

VITOLLO, M.R. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2008.

WAITZBERG, D.L. Nutrição Oral, Enteral e Parenteral na Prática Clínica. 3ª ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Anamnese Nutricional

CAP – CENTRO AMBULATORIAL DE PINHEIRO

Nº PRONTUÁRIO _____ DATA: ____ / ____ / ____
NOME: _____ IDADE: _____

I- PARÂMETROS

A (m)								
P (Kg)								
IMC (Kg/m ²)								

II- DIAGNÓSTICO: _____

III- OBJETIVO: _____

IV- ANAMNESE CLÍNICA:

- () Disfagia () Odinofagia () Náuseas
() Vômitos () Pirose (azia) () Flatulência

APETITE: _____

RITMO INTESTINAL: _____

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

V- HÁBITO / ESTILO:

MEDICAMENTOS: _____

ÁLCOOL: _____ TABAGISMO: _____

ATIVIDADE FÍSICA: _____

SUPLEMENTO: _____

VI- ANAMNESE ALIMENTAR:

PREFERÊNCIAS? _____

INTOLERÂNCIA? _____

AVERSÕES? _____

ALERGIAS? _____

VII- EXAME FÍSICO:

CABELOS: ----- ()c/ queda ()quebradiço ()ressecado ()despigmentado

MUCOSA: ----- () hipocorada () hipo-hidratada

BOCA/DENTIÇÃO: -- () completa () incompleta () prótese

CUTÂNEO: ----- () descamativa () petéquias () hipo-hidratada

EXTREMIDADES: ---- () má perfusão () edema em MMII

RECORDATÓRIO 24 HORAS (HORÁRIO E TIPO DE ALIMENTO)

DESJEJUM	LANCHE	ALMOÇO	LANCHE	JANTAR	CEIA

VIII- AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA

EXAMES / DATA						
GLICEMIA EM JEJUM (mg/dl)						
GLICEMIA PÓS-PRANDIAL (mg/dl)						
COLOSTEROL TOTAL (mg/dl)						
TRIGLICERÍDEOS (mg/dl)						
HDL (mg/dl)						
LDL (mg/dl)						
VLDL (mg/dl)						

IX- CÁLCULOS ENERGÉTICOS: _____ Kcal

X- CONDUTA NUTRICIONAL:

APÊNDICE B – Normas para publicação de artigos científicos (Revista Nutrição em Pauta)

A revista Nutrição em Pauta publica artigos inéditos que contribuam para o estudo e o desenvolvimento da ciência da nutrição nas áreas de nutrição clínica, nutrição hospitalar, nutrição enteral e parenteral, nutrição e pediatria, nutrição e saúde pública, alimentos funcionais, food service, nutrição e gastronomia, nutrição e ecologia e nutrição esportiva.

São publicados artigos originais, artigos de revisão e artigos especiais. Os artigos recebidos são avaliados pelos membros da comissão científica da revista. Os autores são responsáveis pelas informações contidas nos artigos. Somente serão avaliados os artigos cujo autor principal seja assinante da revista Nutrição em Pauta. Os artigos aprovados para publicação na Nutrição em Pauta poderão ser publicados na edição impressa e/ou na edição eletrônica da revista (Internet), assim como em outros meios eletrônicos (CD-ROM) ou outros que surjam no futuro. Ao autorizar a publicação de seus artigos na revista, os autores concordam com estas condições.

Envio do artigo:

Enviar o artigo para a Nutrição em Pauta, através do email redacao@nutricaoempauta.com.br, em arquivo editado com MS Word e formatado em papel tamanho A4, espaço simples, fonte tamanho 12, Times New Roman. O tamanho máximo total do artigo é de 6 páginas.

Serão aceitos somente artigos em português. Indicar o nome, endereço, números de telefone e fax, além do email do autor para o qual a correspondência deve ser enviada. Os autores deverão anexar uma declaração de que o artigo enviado não foi publicado anteriormente em nenhuma outra revista.

Serão recebidos artigos originais (relatórios de pesquisa clínica ou epidemiológica), artigos de revisão (sínteses sobre temas específicos, com análise crítica da literatura e conclusões dos autores) e artigos especiais, em geral encomendados pelos editores, sobre temas relevantes, técnicas gastronômicas e editoriais para discutir um tema ou algum artigo original controverso e/ou interessante.

Apresentação do artigo:

Deve conter o título em português e inglês e o nome completo sem abreviações de cada autor com o respectivo currículo resumido (2 a 3 linhas cada), palavras-chave para indexação em português e inglês, resumo em português e inglês de no máximo 150 palavras, texto com tabelas e gráficos, e as referências.

O texto deverá conter: introdução, metodologia, resultados, discussão e conclusões. As imagens obtidas com “scanner” (figuras e gráficos) deverão ser enviadas em formato .tif ou .jpg em resolução de 300 dpi. As tabelas, quadros, figuras e gráficos devem ser referidos em números arábicos.

Pacientes envolvidos em estudos e pesquisas devem ter assinado o Consentimento Informado e a pesquisa deve ter a aprovação do conselho de ética em pesquisa da instituição à qual os autores pertençam. As referências e suas citações no texto devem seguir as normas específicas da ABNT, conforme instruções a seguir.

Citações no texto (nbr10520/2002):

a. sobrenome do autor seguido pelo ano de publicação. Ex.: (WILLETT, 1998) ou “Segundo Willett (1998)”

b. até três autores, citar os três separados por ponto e vírgula. Ex.: (CORDEIRO; GALVES; TORQUATO, 2002).

Mais de três autores, citar o primeiro seguido da expressão “et al.”

Referências (abnt nbr-6023/2002):

a. ordem da lista de referências – alfabética

b. autoria – até três autores, colocar os três (sobrenome acompanhado das iniciais dos nomes) separados por ponto e vírgula (;). Ex.: CORDEIRO, J.M.; GALVES, R.S.; TORQUATO, C.M.

Mais de três autores, colocar somente o primeiro autor seguido de “et al.”

c. títulos dos periódicos – abreviados segundo Index Medicus e em itálico

d. Exemplo de referência de artigo científico (para outros tipos de documentos, consultar a ABNT):

POPKIN, B.M. The nutrition and obesity in developing world. *J. Nutr.*, v.131, n.3, p.871S-873S, 2001.

Obs.: a exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.