

Perfil sociodemográfico, condições de saúde e consumo alimentar de pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva coronariana de um hospital público de ensino

Sociodemographic profile, health conditions and food consumption of patients hospitalized in a coronary intensive care unit in a public teaching hospital

Hayanny Pires Netto Guimarães¹; Fernanda Godoi Melo²

1 Nutricionista, discente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, área de concentração Atenção ao Paciente em Estado Crítico da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: hayanny22@hotmail.com. ORCID: 0000-0003-1306-4428.

2 Nutricionista, Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, Nutricionista do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil. E-mail: ferngmelo@gmail.com. ORCID: 0000-0002-4184-2082

Endereço para correspondência: <omitido para avaliação - deve ser informado no formulário no portal da revista durante o processo de submissão>

Palavras-chave

Unidades de terapia intensiva
Doenças cardiovasculares
Estado nutricional
Consumo de alimentos

Objetivo: conhecer o perfil sociodemográfico, as condições de saúde e o consumo alimentar de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital público de ensino. Método: estudo transversal, descritivo e quantitativo, desenvolvido entre novembro/2019 e janeiro/2020, com 39 participantes de pesquisa. Informações obtidas em prontuário eletrônico e por entrevista, com uso de instrumento semiestruturado e questionário sobre a frequência de consumo alimentar. Resultados: a média de idade foi de 59,5 anos ($\pm 14,3$), predominando população idosa, masculina, parda, casada, aposentada/pensionista, com baixa escolaridade e renda, residindo com cônjuge ou familiares, procedentes da zona urbana. Quase a metade consumia bebidas alcoólicas, havendo importante relato de tabagistas e ex. tabagistas. A prática de exercícios físicos regulares foi baixa (20,5%), apesar do baixo percentual de incapacidades funcionais (10,3%). Houve prevalência de excesso de peso corporal para adultos (58,8%) e idosos (40,9%), e importante risco para doenças cardiovasculares (DCV). O principal motivo de internação foi o infarto agudo do miocárdio, sendo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as mais prevalentes: cardiopatias, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemias. Quanto ao consumo alimentar, houve insuficiente frequência diária de consumo de frutas, hortaliças e laticínios, raro consumo de oleaginosas, azeite de oliva extra virgem e cereais integrais, protetores das DCV e outras DCNT. Conclusão: o consumo alimentar mostrou-se inadequado e alta a prevalência de fatores de risco para DCV, reforçando a necessidade de cuidados em saúde relacionados à cessação do tabagismo e etilismo, prática regular de exercícios físicos, controle do peso e incentivo à alimentação saudável.

Keywords

Intensive care units
Cardiovascular diseases
Nutritional status
Food consumption

Objective: to know the sociodemographic profile, such as health conditions and food consumption of patients admitted to a Coronary Intensive Care Unit of a public teaching hospital. Method: cross-sectional, descriptive and quantitative study, developed between November / 2019 and January / 2020, with 39 research participants. Information obtained in the electronic medical record and by interview, using a semi-structured instrument and questionnaire on the frequency of food consumption. Results: the average age was 59.5 years (± 14.3), with a predominance of the elderly, male, brown, married, retired / pensioner population, with low education and income, living with spouse or family, procedures in the urban area. Almost half presented alcohol consumption, with important frequency of smokers and former smokers. The practice of regular exercises was low (20.5%), despite the low percentage of functional disabilities (10.3%). There was a prevalence of body overweight for adults (58.8%) and the elderly (40.9%), and an important risk for cardiovascular diseases (CVD). The main reason for hospitalization was acute myocardial infarction, with chronic non-communicable diseases (NCDs) being the most prevalent: heart disease, systemic arterial hypertension, diabetes mellitus and dyslipidemia. As for food consumption, there was insufficient daily consumption of fruits, vegetables and dairy products, rare consumption of oilseeds, extra virgin olive oil and whole grains, protectors of CVD and other NCDs. Conclusion: food consumption proved to be inadequate and with a high prevalence of risk factors for CVD, reinforcing the need for health care related to smoking cessation and alcoholism, regular physical exercise, weight control and encouraging healthy eating.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares (DCV) causam preocupação por elevada incidência e riscos de mortalidade, e são as principais causas de morte no Brasil¹. Representaram, em 2015, mais de 30% dos óbitos no Brasil e no mundo². Quando avaliada entre países desenvolvidos, incluindo os Estados Unidos, as doenças cardiovasculares são responsáveis por quase a metade de todas as mortes³.

Doenças cardiovasculares são aquelas que acometem o coração e/ou vasos sanguíneos. Entre elas, considera-se como a mais preocupante, a doença das artérias coronárias, que inclui o infarto agudo do miocárdio – IAM⁴. “Ataques cardíacos” como o IAM são, geralmente, eventos agudos e causados pela interrupção do fluxo sanguíneo (isquemia) para o coração, comumente relacionados ao acúmulo de gordura nas paredes internas dos vasos sanguíneos do coração, como ocorre na aterosclerose. Além do IAM, segundo dados da WHO⁵, são consideradas DCV: doença cardíaca coronariana; doença cerebrovascular; doença arterial periférica; doença cardíaca reumática; cardiopatias congênitas (malformações de estruturas cardíacas); trombose venosa profunda e embolia pulmonar.

Entre as causas de hospitalização por DCV, destacam-se as síndromes coronarianas agudas (SCA), o acidente vascular encefálico (AVE) e a insuficiência cardíaca (IC) descompensada. No Brasil, a insuficiência cardíaca é motivo de aproximadamente 4% das internações gerais e 31% das internações por DCV⁶. Muitos pacientes com doenças ou agravos cardiovasculares necessitam de cuidados intensivos em unidades de terapia intensiva (UTI). Segundo Castro e colaboradores⁷, que descreveram o perfil de internações em UTI adulta no Estado de Goiás (GO), os principais motivos de internação foram relacionados às condições cardiovasculares (45%), sendo o IAM, o AVE e a insuficiência cardíaca congestiva (ICC) os mais prevalentes. Em outro estudo desenvolvido com pacientes admitidos em UTI no Rio Grande do Norte, o sistema cardiovascular também foi o que mais predominou dentre os motivos de admissão em UTI (49,58%), principalmente o IAM, procedimentos cirúrgicos para troca de válvulas cardíacas e o cateterismo⁸.

Dentre os pacientes internados em UTI devido a DCV, é possível observar a presença de comorbidades consideradas fatores de risco para DCV, como por exemplo, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), o diabetes Mellitus (DM), as dislipidemias (DLP) e a obesidade. Destacam-se também, os fatores de risco modificáveis, como o estilo de vida, incluindo a prática de exercícios físicos regulares, a alimentação saudável, a cessação do tabagismo e do etilismo, entre outros fatores^{3,9-11}.

No quesito alimentação, o Brasil dispõe de um documento oficial que aborda os princípios e as recomendações para uma alimentação adequada e saudável¹². Segundo esse guia, observa-se rápida transição demográfica, epidemiológica e nutricional, apresentando como consequência maior expectativa de vida, além de mudanças importantes no padrão de saúde e de consumo alimentar da população. As principais mudanças envolvem a substituição do consumo de alimentos in natura ou minimamente processados de origem vegetal por produtos industrializados de alta densidade calórica. E, essas transformações determinam, entre outras consequências, maior incidência da obesidade, do DM, das DCV e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) relacionadas ao consumo excessivo de calorias e à oferta desequilibrada de nutrientes na alimentação¹².

Para identificar relações entre consumo alimentar, saúde e ocorrência de eventos específicos no estado de saúde de determinadas populações, Mannato e colaboradores¹³ apontaram a importância da utilização de questionários de frequência de consumo alimentar (QFA). Trata-se de um método de referência para a avaliação do consumo alimentar, de baixo custo e fácil administração.

Desta maneira, apesar de uma internação em leito de UTI ser considerada um momento crítico, com necessidades de medidas curativas com fins de salvar vidas, é de interesse público conhecer os fatores que podem contribuir para tal internação. Além disso, possíveis mudanças de comportamento precisarão ser adotadas após a alta hospitalar. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo conhecer o perfil sociodemográfico, as condições de saúde e o consumo alimentar de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital público de ensino do Triângulo Mineiro, Minas Gerais.

MÉTODO

Trata-se de um estudo não experimental, observacional, de corte transversal, de caráter descritivo e natureza quantitativa. E foi desenvolvido em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Coronariana de um hospital público de ensino, referência em alta complexidade para a macrorregião de saúde do Triângulo Norte de Minas Gerais. Em adição, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal de Uberlândia, com o número do Parecer 3.705.568.

Os critérios de inclusão do estudo foram pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, de ambos os sexos, internados na UTI Coronariana do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020 de segunda a sexta-feira. Todos os pacientes internados na UTI Coronariana no período de coleta de dados foram convidados a participarem do estudo, e foram incluídos aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Com o intuito de caracterizar a população assistida na UTI coronariana, de uma forma geral, àqueles que apresentaram déficit auditivo, visual ou cognitivo, foram entrevistados proferindo os ajustes de leitura, adequado tom de voz e apoio do acompanhante para responder à entrevista. Pacientes analfabetos, com limitações físicas, cognitivas ou de consciência, participaram do presente estudo a partir do consentimento e da assinatura do TCLE por seus responsáveis.

Os critérios de exclusão e perdas referiram-se a pacientes com instabilidade clínica que inviabilizasse a avaliação antropométrica ou por risco iminente de óbito; puérpera; e, questionários incompletos, que foram excluídos da tabulação de dados.

Os dados foram coletados com uso de instrumento semiestruturado, elaborado pelos autores, através de informações obtidas em prontuário eletrônico e por entrevista à beira-leito. O instrumento foi composto pelas seguintes dimensões: caracterização do perfil sociodemográfico; das condições de saúde incluindo a avaliação do estado nutricional; e do consumo alimentar prévio à internação hospitalar.

Quanto aos aspectos sociodemográficos, as variáveis incluíram sexo, idade, cor da pele ou raça/etnia autor referida, estado civil, grau de escolaridade, ocupação, renda mensal individual e familiar, com quem morava no momento da pesquisa, zona de moradia e procedência. Para as condições de saúde, compuseram consumo de bebidas alcoólicas, hábito de fumar, prática de exercícios físicos regulares, atividades de vida diária (AVD) autorreferidas, estado nutricional (peso, altura e circunferência abdominal), motivos da internação atual, diagnósticos de doenças atuais e prévios, e medicações de uso contínuo previamente à internação.

Com a finalidade de caracterizar o consumo alimentar prévio à internação, foram obtidas informações sobre quais refeições diárias eram realizadas habitualmente, assim como, aplicação de um questionário estruturado sobre a frequência de consumo de alimentos e a qualidade do que se come (QFA) - adaptado do QFA do estudo ELSA-BRASIL em 2008¹³. Trata-se de um QFA com 9 categorias de frequência de consumo e 16 itens de grupos alimentares, representativos de alimentos protetores da saúde cardiovascular (alimentos in natura e minimamente processados), e de risco para a saúde cardiovascular (processados e ultraprocessados). Essas questões tiveram como referência os últimos 3 meses de consumo alimentar, prévios a internação hospitalar.

Para a avaliação do estado nutricional, ao final da entrevista, foram aferidas as medidas antropométricas de peso e altura corporais, com fins de avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC), e circunferência abdominal (CA). O IMC foi obtido através da fórmula: $[\text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2]$. O peso atual foi obtido usando balança eletrônica digital portátil (Omron HN-289, com capacidade de 5 a 150 Kg). A altura, verificada utilizando estadiômetro vertical portátil (Avanutri, com régua antropométrica entre 20 e 200 cm). Para a classificação do estado nutricional pelo IMC, foram adotados os critérios recomendados por Lipschitz¹⁴ para os pacientes idosos e os critérios recomendados pela WHO¹⁵ para os adultos.

A circunferência abdominal, aferida com auxílio de fita métrica (Nestlé®, com limite de 150 cm), preditora da adiposidade visceral e de riscos para doenças cardiovasculares (DCV) e metabólicas, foi classificada segundo pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde¹⁶. Foram classificados com risco aumentado para DCV e metabólicas mulheres e homens com CA maior ou igual a 80 cm e 94 cm, respectivamente, e com risco muito aumentado para DCV e metabólicas mulheres e homens com CA maior ou igual a 88 cm e 102 cm,

respectivamente.

Os dados coletados foram organizados em banco de dados, Excel®. Por conseguinte, realizou-se análise dos dados, sendo as variáveis categóricas analisadas por frequências (absoluta e relativa). E, as variáveis numéricas por medidas de tendência central e dispersão (média, mediana e desvio padrão). Os dados foram analisados utilizando o software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

O cálculo amostral para estimar proporções populacionais foi realizado considerando análise amostral não probabilística, por conveniência, temporal, com coleta de dados prevista em dois meses, tendo por referência a população internada na UTI Coronariana entre novembro e dezembro de 2018, com total de 43 pacientes. Utilizando a fórmula de dimensionamento de amostra para populações finitas¹⁷, fez-se necessário uma amostra composta por 39 participantes de pesquisa, considerando intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5% ($E = 0,05$).

RESULTADOS

Entre 14 de novembro de 2019 e 03 de janeiro de 2020, estiveram internados na UTI coronariana do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) 75 pacientes. Dentre estes, 36 não participaram da presente pesquisa, por motivos de não adesão aos critérios de inclusão e exclusão, descritos na metodologia. Então, participaram desta pesquisa 39 pacientes.

Sobre as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, a média de idade foi de 59,5 anos ($\pm 14,25$), mediana de 63 anos, com mínima de 20 e máxima de 81 anos, havendo prevalência de pessoas idosas com idade igual ou maior que 60 anos (56,4%). Houve predominância de pacientes do sexo masculino (56,4%), pardos (51,3%), casados (46,2%), aposentados/pensionistas (43,6%), com baixa escolaridade tendo até o ensino fundamental como grau de instrução (71,8%), morando com cônjuge ou familiares (82,1%). A maioria residia em zona urbana da cidade de Uberlândia, Minas Gerais. No tocante à renda mensal, tanto na individual (53,8%) quanto na familiar (59%), houve predomínio de um a três salários mínimos (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital público de ensino. Uberlândia-MG, 2019. (n = 39).

Variáveis	N	%
Idade (anos)		
20 - 59	17	43,6
60 - 81	22	56,4
Sexo		
Feminino	17	43,6
Masculino	22	56,4
Cor da pele ou raça/etnia auto referida		
Branca	14	35,9
Preta	5	12,8
Parda	20	51,3
Estado civil		
Solteiro(a)	4	10,3
Casado(a)	18	46,2
União Estável / Amasiado(a)	4	10,3
Divorciado(a) / Desquitado(a)	7	17,9
Viúvo(a)	6	15,4
Escolaridade		
Não alfabetizado	3	7,7

Ensino fundamental incompleto	14	35,9
Ensino fundamental completo	11	28,2
Ensino médio incompleto	2	5,1
Ensino médio completo	6	15,4
Ensino superior incompleto	2	5,1
Ensino superior completo	1	2,6
Ocupação		
Aposentado(a) ou pensionista apenas	17	43,6
Aposentado(a) ou pensionista e continua trabalhando	3	7,7
Não é aposentado(a) nem pensionista e continua trabalhando	13	33,3
Não é aposentado(a) nem pensionista, não está trabalhando	6	15,4
Renda Individual		
Não tem renda	5	12,8
Até um salário mínimo*	11	28,3
1 < a ≤ 3 salários mínimos	21	53,8
Maior que 3 salários mínimos	2	5,1
Renda Familiar		
Não tem renda	0	0,0
Até um salário mínimo*	3	7,7
1 < a ≤ 3 salários mínimos	23	59,0
Maior que 3 salários mínimos	13	33,3
Com quem morava		
Com cônjuge, pais, filhos ou outros familiares	32	82,1
Sozinho(a)	7	17,9
Zona onde mora		
Urbana	34	87,2
Rural	5	12,8
Procedência		
Uberlândia	21	53,8
Araguari	4	10,3
Monte Carmelo	3	7,7
Outros	11	28,2

*Legenda da tabela 1: o salário mínimo vigente na ocasião da coleta de dados era de R\$ 998,00.

Sobre as condições de saúde dos pacientes avaliados (Tabela 2), a maioria consumia bebidas alcoólicas (43,6%), era ex. tabagista (46,2%), sedentária (79,5%), apesar de se considerarem independentes para as atividades de vida diária (89,7%). Quanto ao estado nutricional, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC), a maioria dos adultos (58,8%) e dos idosos (40,9%) apresentou excesso de peso corporal, com média de 26,8 kg/m² (±5,15 kg/m²) e mediana de 26,34 kg/m². O peso corporal médio foi de 70,62 kg (±12,45) e mediana de 68,20 kg. Já, para a altura corporal, média de 1,63 m (±0,089) e mediana de 1,63 m.

Quanto à circunferência abdominal (Tabela 2), com média de 97,53 cm (±12,16) e mediana de 96 cm, mostrou elevada prevalência de riscos para DCV e metabólicas (66,7%).

Tabela 2. Características das condições de saúde de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital público de ensino. Uberlândia-MG, 2019. (n = 39).

Variáveis	N	%
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	17	43,6
Não	8	20,5
Ex-etilista	14	35,9
Tabagismo		
Sim	11	28,2
Não	10	25,6
Ex-tabagista	18	46,2
Prática de exercícios físicos regulares		
Sim	8	20,5
Não	31	79,5
AVD		
Independência	35	89,7
Dependência parcial	4	10,3
Dependência total	0	0,0
Estado nutricional segundo IMC de adultos		
Desnutrição	0	0,0
Eutrofia	7	41,2
Pré-obesidade/sobrepeso	6	35,3
Obesidade grau I	4	23,5
Estado nutricional segundo IMC de idosos		
Baixo peso corporal	5	22,7
Eutrofia	8	36,4
Excesso de peso corporal	9	40,9
Circunferência Abdominal		
Adequado / baixo risco para DCVs e metabólicas	13	33,3
Risco aumentado para DCVs e metabólicas	4	10,3
Risco muito aumentado para DCVs e metabólicas	22	56,4
Polifarmácia		
Sim	14	35,9
Não	25	64,1

O principal motivo de internação na UTI Coronariana mostrado na Tabela 3 foi o IAM representando 66,7% das internações. Já, os principais diagnósticos de doenças ou agravos à saúde atuais e prévios identificados, foram as cardiopatias (97,4%), seguida da HAS (61,5%), do DM tipo 2 (25,6%), das dislipidemias (25,6%) e das osteoartroses (12,8%).

Tabela 3. Motivos de internação e diagnósticos de doenças ou agravos à saúde de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital público de ensino. Uberlândia-MG, 2019. (n = 39).

Variáveis	N	%
Motivos de internação		
Síndrome Coronariana Aguda - Infarto Agudo do Miocárdio	26	66,7
Síndrome Coronariana Aguda - Angina Recorrente / Instável	2	5,1

Insuficiência Cardíaca	2	5,1
Bradiarritmia Ventricular	2	5,1
Taquiarrítmia Ventricular	2	5,1
Fechamento de Comunicação Interatrial	2	5,1
Outros	3	7,8
Diagnósticos de doenças ou agravos à saúde*		
Cardiopatias	38	97,4
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	24	61,5
Diabetes Mellitus (DM)	10	25,6
Dislipidemias	10	25,6
Osteoartroses	5	12,8
Doença Renal Crônica (DRC)	4	10,3
Depressão	4	10,3
Acidente Vascular Encefálico (AVE)	4	10,3
Outros	17	43,7

*Legenda da tabela 3: questões não mutuamente exclusivas, com possibilidade de mais de uma resposta.

No tocante ao consumo alimentar, os participantes da pesquisa realizavam diariamente as refeições: café da manhã (74,4%), lanche da manhã (7,7%), almoço (94,9%), lanche da tarde I (66,7%), lanche da tarde II (5,1%), jantar (64,1%) e lanche da noite (48,7%).

Na tabela 4 foram descritas as informações sobre a frequência de consumo alimentar. Para a maioria dos pacientes, ocorreu o consumo de pelo menos uma vez ao dia dos alimentos dos grupos das hortaliças (59%), laticínios (46,1%), carnes (87,2%) e leguminosas (87,2%). Grande parte dos pacientes consumia pelo menos uma vez por semana, os seguintes grupos alimentares: raízes e tubérculos (56,4%), ovos (53,9%), frituras (46,2%), embutidos/enlatados/conservas/congelados (41%), refrigerantes/sucos industrializados (35,9%), e doces/compotas/outros produtos açucarados (51,2%). No caso do consumo do grupo alimentar das frutas/suco natural de frutas, 43,6% dos participantes citaram um consumo diário, e 46,2% semanal. Destaca-se que para a maioria dos participantes, o consumo dos alimentos dos grupos das oleaginosas (82,1%), cereais integrais (74,4%) e azeite de oliva extra virgem (51,3%), foi raro (nunca/quase nunca), assim como para banha de porco (51,3%) e *fast-foods*/salgados/sanduíches (53,8%). No caso do consumo da banha de porco, 30,8% dos participantes citaram consumi-la pelo menos uma vez por dia.

Quanto à via de alimentação dos participantes desta pesquisa, no momento da coleta de dados, a maioria alimentava-se por via oral exclusiva (97,4%). Nenhum paciente fazia uso de suplemento alimentar previamente à internação hospitalar em UTI.

Tabela 4. Frequência de consumo alimentar de pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Coronariana de um hospital público de ensino. Uberlândia-MG, 2019. (n = 39).

Grupos Alimentares	Frequência de Consumo Alimentar							
	Mais de 3x/dia n(%)	2-3x/Dia n(%)	1x/dia n(%)	5-6x/ semana n(%)	2-4x/ semana n(%)	1x/ semana n(%)	1-3x/ mês n(%)	Nunca/ quase nunca n(%)
A – Frutas/suco natural de frutas	0(0)	5(12,8)	12(30,8)	4(10,3)	13(33,3)	1(2,6)	3(7,7)	1(2,6)
B – Hortaliças	0(0)	14(35,9)	9(23,1)	2(5,1)	10(25,6)	2(5,1)	1(2,6)	1(2,6)
C – Raízes e tubérculos	0(0)	1(2,6)	3(7,7)	0(0)	17(43,6)	5(12,8)	13(33,3)	0(0)
D – Oleaginosas	0(0)	1(2,6)	2(5,1)	1(2,6)	1(2,6)	0(0)	2(5,1)	32(82,1)
E – Laticínios	0(0)	7(17,9)	11(28,2)	0(0)	12(30,8)	0(0)	5(12,8)	4(10,3)
F – Carnes	0(0)	20(51,3)	14(35,9)	0(0)	5(12,8)	0(0)	0(0)	0(0)
G – Ovos	1(2,6)	1(2,6)	4(10,3)	2(5,1)	15(38,5)	4(10,3)	8(20,5)	4(10,3)
H – Cereais integrais	0(0)	0(0)	3(7,7)	0(0)	5(12,8)	1(2,6)	1(2,6)	29(74,4)
I – Leguminosas	0(0)	20(51,3)	14(35,9)	0(0)	2(5,1)	1(2,6)	2(5,1)	0(0)
J – Azeite de Oliva Extra Virgem	0(0)	3(7,7)	9(23,1)	0(0)	4(10,3)	2(5,1)	1(2,6)	20(51,3)
K – Banha de porco	0(0)	9(23,1)	3(7,7)	0(0)	3(7,7)	1(2,6)	1(2,6)	20(51,3)
L – Frituras	0(0)	0(0)	7(17,9)	1(2,6)	15(38,5)	2(5,1)	8(20,5)	6(15,4)
M – Embutidos/enlatados/conservas/congelados	0(0)	0(0)	5(12,8)	2(5,1)	11(28,2)	3(7,7)	10(25,6)	8(20,5)
N – <i>Fast-foods</i> /salgados/sanduíches	0(0)	0(0)	2(5,1)	0(0)	3(7,7)	2(5,1)	11(28,2)	21(53,8)
O – Refrigerantes/sucos industrializados	0(0)	4(10,3)	7(17,9)	1(2,6)	10(25,6)	3(7,7)	5(12,8)	9(23,1)
P – Doces/compotas/produtos açucarados	1(2,6)	6(15,4)	4(10,3)	2(5,1)	11(28,2)	7(17,9)	6(15,4)	2(5,1)

DISCUSSÃO

O presente estudo propôs avaliar a população adulta e idosa internada na UTI coronariana do HCU-UFU, segundo aspectos sociodemográficos, condições de saúde e consumo alimentar. Sobre o perfil sociodemográfico, observou-se prevalência de idosos entre 60 e 81 anos, confirmando que a transição demográfica e o envelhecimento populacional brasileiro já atingem os serviços de saúde, tendo em vista, o aumento da expectativa de vida e crescente número de casos de DCNT, levando ao aumento das hospitalizações com necessidade de suporte de alta complexidade em saúde aos indivíduos mais velhos¹⁸. Houve predominância de indivíduos do sexo masculino, pardos, casados, de baixa escolaridade com o ensino fundamental como nível de instrução, aposentados ou pensionistas, com renda individual e familiar mensal de 1 a 3 salários mínimos e morando com cônjuge ou familiares.

Alguns desses dados socioeconômicos reafirmam os encontrados em outros estudos, em que, com objetivo de descrever o perfil de internações em UTI's adultas do Brasil, encontraram prevalência de pacientes do sexo masculino e de faixas etárias adulta mais avançada e idosa^{7,8,19}. Segundo Sousa e colaboradores²⁰, a prevalência do gênero masculino em UTI's pode ser reflexo da procura tardia de cuidados de saúde por homens e agravamento de doenças sem acompanhamento.

Informações semelhantes sobre o perfil sociodemográfico de pacientes em UTI também foram vistas por Rocha e colaboradores¹⁹, em que, a maioria dos pacientes eram do sexo masculino, idosos, aposentados, casados, de baixa escolaridade com predomínio de até o ensino fundamental, mas, com renda familiar ainda menor, de um salário mínimo, seguido da faixa de renda de um a três salários mínimos. Similar aos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD²¹, em que a população era, em sua maioria, de baixa renda e escolaridade.

A maioria dos participantes deste estudo residia com cônjuge ou familiares, sendo a habitação vulnerável, morar sozinho, de baixa ocorrência. O mesmo perfil foi encontrado em outro estudo, em que, 78,3% dos idosos moravam acompanhados²². Mostrando que, com o envelhecimento, há maiores necessidades de que idosos morem acompanhados por cônjuges, familiares ou amigos, com fins de maiores cuidados de saúde e vínculos afetivos protetores da saúde mental.

Referente às condições de saúde da população em estudo, quanto ao consumo de bebidas alcoólicas, houve alta prevalência (43,6%), sendo mais de 1/3 ex. etilistas, de encontro a outro estudo, em que, quase 2/3 dos pacientes internados em uma UTI do Estado do Paraná, consumiam bebidas alcoólicas²³. Apesar de serem drogas de acesso facilitado e de consumo incentivado nas relações sociais, inclusive entre idosos, por ser hábito nocivo quando abusivo, deve ser desestimulado, ainda mais frente à polifarmácia realizada por idosos, inclusive pelos participantes desta pesquisa, em que 35,9% utilizavam 5 ou mais medicações diferentes diariamente em casa, podendo, a bebida alcóolica, causar efeitos adversos ou até mesmo reduzir o potencial de ação das medicações²⁴. Sendo importante ressaltar ainda, que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas é um fator de risco para o excesso de peso corporal e doenças associadas, uma vez que, o etanol fornece energia ao metabolismo corporal.

A prevalência de tabagismo entre os participantes do presente estudo foi importante (28,2%), e, ainda mais expressivo o relato de ex-tabagistas (48,2%), de encontro aos 35,3% de ex-tabagistas internados em um hospital universitário de Belo Horizonte, Minas Gerais²⁵. Semelhante ao encontrado também por Rocha et al¹⁹, em que o tabagismo foi identificado entre os hábitos de parte significativa dos pacientes internados na UTI cardiopulmonar de um hospital público especializado em doenças do coração. Entretanto, informações diferentes foram encontradas por um estudo nacional com maiores de 18 anos, em que apenas 10,2% eram tabagistas²⁶. É importante observar que a internação pode ser um momento oportuno para abordagem aos pacientes tabagistas, com fins de iniciar o tratamento contra tal prática, que é um dos fatores de risco mais importantes para as doenças cardiovasculares, coronarianas e ateroscleróticas periférica e cerebral¹⁹.

A prática de exercícios físicos regulares foi muito baixa entre a população estudada (20,5%), apesar de haver predomínio da independência da capacidade funcional (89,7%) quanto às atividades de vida diária (AVDs). Semelhante ao identificado no estudo de Maia³, em que, apenas 24% dos pacientes de uma UTI pública do Estado de São Paulo relataram praticar algum exercício físico regularmente. O mesmo evidenciado com

pacientes de uma unidade de cardiologia de um hospital particular do Rio Grande do Sul, em que 80% deles não praticavam exercícios físicos²⁷. Tendo em vista os benefícios que exercícios físicos regulares proporcionam ao condicionamento cardíaco dos indivíduos, destaca-se a importância de instituições de ensino e secretarias de saúde, promoverem intervenções junto à comunidade, com fins de possibilitar a permanência ativa de adultos e idosos na sociedade, lembrando que, a qualidade de vida está relacionada à independência e à autonomia para a realização das AVDs, ainda mais na velhice.

Quanto ao estado nutricional, segundo o IMC, cujo valor médio foi de 26,8 kg/m²(±5,15 kg/m²), a maioria dos adultos (58,8%) e porcentagem expressiva de idosos (40,9%) participantes desta pesquisa apresentaram excesso de peso, reforçando o crescimento do excesso de peso corporal (sobrepeso e obesidade), em todas as faixas etárias, que é um fator de risco para as DCNT, principais causas de morte entre adultos e idosos atualmente¹². Dados diferentes aos evidenciados por Silva e colaboradores²⁸, em que, mais da metade dos pacientes internados em UTI, no momento da admissão, estavam com peso adequado (65,1%). Como também, o evidenciado em outro estudo²⁹, no qual a maioria dos pacientes internados em uma UTI de Minas Gerais eram eutróficos (46,0%) pelo IMC, entretanto, com considerável percentual de excesso de peso corporal (35%).

As informações acima reafirmam a redução na frequência da desnutrição proteico-energética e aumento de diagnósticos nutricionais de sobrepeso e obesidade em unidades de terapia intensiva, indicando um provável reflexo da transição nutricional no mundo contemporâneo³⁰. Conforme a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO³¹, a maior taxa de aumento da obesidade ocorre em populações mais pobres e com menor escolaridade, por provável baixo custo de alimentos de alta densidade energética, redução das refeições realizadas em casa, aumento da alimentação em redes de *fast-food* e ao maior tamanho das porções, o que propicia o aumento do conteúdo calórico das refeições.

A alta prevalência de riscos para DCV e metabólicas dos participantes desta pesquisa (66,7%), segundo a avaliação da circunferência abdominal (CA), com média de 97,5 cm (±12,2 cm), é preocupante, pois, os excessos de gordura visceral e de peso estão associados à alta incidência de DCNT e mortalidade³². Situação evidenciada por Paoline e colaboradores³³, em que a mortalidade foi maior entre os pacientes com obesidade abdominal que no grupo controle, e por outros estudos^{27,34}. Assim como, o trazido por Pimenta e colaboradores³⁵, cuja circunferência abdominal acima das recomendações, aumentou em quase 4 vezes as chances de HAS em pacientes cardiopatas.

O principal motivo de internação na UTI Coronariana no período de estudo, foi a Síndrome Coronariana Aguda, especificamente o IAM. De encontro ao evidenciado por outros estudos que objetivaram descrever o perfil epidemiológico e de internações em UTI's adultas no Brasil, sendo os principais motivos de internação os relacionados às condições cardiovasculares, principalmente o IAM^{7,8,20,28}. Esses dados podem ser explicados, pois, as DCV, consideradas DCNT, são as principais causas de morbimortalidade no mundo. De todas as mortes de pessoas com menos de 70 anos por DCNT, 82% acontecem em países em desenvolvimento e 37% são causadas por doenças cardiovasculares. E, a maioria das DCV pode ser prevenida com a abordagem dos fatores de risco comportamentais, como o tabagismo, as dietas pouco saudáveis, o excesso de peso corporal, a inatividade física e o uso abusivo de bebidas alcoólicas, além do controle das DCNT associadas³⁶.

As DCNT foram as comorbidades que mais prevaleceram entre os diagnósticos de doenças ou agravos à saúde, destacando-se as cardiopatias, a hipertensão arterial sistêmica, o diabetes *mellitus* tipo 2, e as dislipidemias, nessa ordem, similar ao evidenciado por outros estudos^{7,19,28}. Elas compõem um grupo de doenças de etiologia multifatorial, prevalentes entre idosos, levando a complicações que podem requerer hospitalização²⁸. O aumento de sua prevalência ocorre a partir das mudanças nos hábitos de vida e alimentar da população, envelhecimento populacional, interferentes sociais e econômicos e globalização mundial crescente. E, em consequência a essas mudanças, têm aumentado a obesidade e o sedentarismo populacional, fatores de risco para as DCNT³⁷.

Em relação ao comportamento alimentar, a maioria dos participantes desta pesquisa disse realizar quatro refeições ao dia: café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, aquém das recomendações do “Guia Alimentar para a População Brasileira”¹² e dos “Dez passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas” do Ministério da Saúde do Brasil³⁸, de se realizar três refeições principais (café da manhã, almoço e

jantar) e mais duas a três pequenas refeições (lanches saudáveis) por dia. Resultado semelhante aos encontrados em outros estudos^{22,39}.

A importância da utilização de questionários de frequência alimentar (QFA) para identificar relações entre padrão alimentar, saúde e ocorrência de doenças, como as DCNT na população, é apontada por estudo nacional¹³. No presente estudo, com auxílio do QFA, foi possível observar que a cultura alimentar dos pacientes, de maioria idosa, caracteriza-se como uma alimentação ainda tradicional, priorizando o consumo diário ou semanal de alimentos *in natura* ou minimamente processados (frutas, hortaliças, leguminosas, raízes e tubérculos, carnes não processadas e ovos), alguns classificados como alimentos protetores da saúde cardiovascular^{40,41,42}, e, em menor frequência, mensalmente ou raramente (nunca/ quase nunca), consumo de alimentos processados e ultraprocessados (embutidos/enlatados/conservas/congelados e *fast-foods*/salgados/sanduíches), ricos em sódio, gordura saturada e colesterol, nutrientes de risco ou não protetores^{40,41,42} para as DCV e outras DCNT como a HAS e o DM tipo 2. Em concordância com as recomendações para uma alimentação adequada e saudável do Guia Alimentar para a População Brasileira¹², que sugere preferir alimentos *in natura* e minimamente processados, utilizar em quantidade reduzida os processados e evitar os ultraprocessados.

É importante destacar que houve relato expressivo de consumo diário e semanal de refrigerantes/sucos industrializados (64,1%) e de doces/compotas/outros produtos açucarados (79,5%), alimentos de alta densidade energética e baixo valor nutricional. De encontro ao trazido por Guimarães et al³⁹, cujo consumo diário e semanal de refrigerantes/sucos industrializados foi de 56,1% e de doces/compotas e outros produtos açucarados de 52,5%, grupos alimentares ricos em açúcares, sódio e aditivos alimentares, pertencentes ao grupo de alimentos ultraprocessados, que devem ser evitados¹².

Apesar do consumo diário de frutas/suco natural de frutas, hortaliças e laticínios, destacou-se a baixa frequência de ingestão diária desses alimentos, comparado às recomendações para a população brasileira de 3 porções diárias³⁸, visto que, o consumo com frequência de 2 vezes ou mais ao dia ocorreu por apenas 12,8%, 35,9% e 17,9% dos pacientes para esses grupos alimentares, respectivamente. Informações semelhantes descritas por outro estudo do município paulista, no qual o número médio de porções diárias de frutas, hortaliças e leite e derivados ingeridos, foi abaixo do mínimo recomendado, apontando a necessidade de ações de educação nutricional e de incentivo ao consumo destes grupos alimentares⁴³.

O consumo excessivo de carnes, principalmente de carne vermelha, pode trazer como consequências a elevação dos níveis séricos de colesterol, gordura saturada e lipídeos totais, fator de risco para o excesso de peso corporal e não protetor das DCV e ateroscleróticas^{40,41}. No presente estudo, foi relatado consumo de carnes (branca e vermelha) com frequência de 2 a 3 vezes ao dia por 51,2% dos pacientes, superior à recomendação, de apenas 1 porção diária³⁸.

Foi relatado consumo mensal ou raro de *fast-foods* por 82% dos pacientes, assim como, o visto em outra pesquisa³⁹, em que 65,7% dos entrevistados consumiam raramente esse grupo de alimentos processados e ultraprocessados, sugerindo então, que esses alimentos não fazem parte da rotina alimentar dessa população, predominantemente idosa. Em contrapartida, foi expressivo o relato de consumo de alimentos fritos, com frequência semanal prevalente (46,2%), bem como o uso da banha de porco nas preparações culinárias, com uso diário por 30,8% dos pacientes, situações preocupantes, por serem grupos alimentares ricos em lipídeos, incluindo as gorduras saturadas e o colesterol, fatores de risco ou não protetores para DCV^{40,41}.

A maioria dos participantes desta pesquisa relatou raro consumo de oleaginosas, cereais integrais e azeite de oliva extra virgem, o que é negativo, já que, são grupos alimentares com potencial protetor das DCV e outras DCNT, pela presença de ácidos graxos insaturados, fibras alimentares, capazes de auxiliar no controle do DM tipo 2 e das dislipidemias, e micronutrientes com propriedades antioxidantes⁴¹. Possivelmente, esse baixo consumo ocorre por se tratar de alimentos que não fazem parte da cultura alimentar da população brasileira, principalmente da região sudeste do Brasil, assim como, pelo maior valor de compra desses produtos.

As limitações apresentadas no presente estudo referiram-se ao viés da memória dos participantes da pesquisa, quanto às respostas ao QFA qualitativo; a aspectos ligados a abordagem transversal da pesquisa, onde não há a possibilidade de estabelecer a temporalidade dos fatores associados; a utilização do IMC para

avaliação do estado nutricional, no sentido de não predizer a distribuição da gordura corporal e de não diferenciar a composição corporal de massa magra de massa gordurosa, apesar de ser um índice de boa correlação com indicadores de morbimortalidade e recomendado pela Organização Mundial de Saúde à sua conveniência e acessibilidade; e, ao pequeno número de participantes da pesquisa, que pode não refletir a população completa do serviço onde os participantes foram recrutados.

CONCLUSÃO

A população do presente estudo é predominantemente idosa, masculina, parda, casada, aposentada/pensionista, de baixa escolaridade e renda, residindo com alguém, moradores de zona urbana de Minas Gerais. Quase a metade dela consumia bebidas alcoólicas, havendo alto relato de tabagismo. A prática de exercícios físicos regulares foi muito baixa, apesar de baixo o percentual de incapacidades funcionais para AVD. Quanto ao estado nutricional, houve prevalência de excesso de peso corporal entre adultos e idosos e importante prevalência de riscos para DCV e metabólicas. O principal motivo de internação foi o IAM, sendo as doenças mais comuns as DCNT: cardiopatias; HAS; DM tipo 2 e as dislipidemias.

Em relação à alimentação, verificou-se padrão alimentar inadequado, com expressivo consumo de alimentos não protetores para DCV (carnes, frituras, banha de porco, doces e outros produtos açucarados) em relação aos protetores (oleaginosas, cereais integrais, azeite de oliva extra virgem), e consumo diário ainda insuficiente de alimentos ricos em fibras alimentares e minerais (frutas e hortaliças no geral), o que indica hábitos alimentares que podem contribuir para a exacerbação do risco de DCV dessa população.

Considerando os resultados citados acima, ressalta-se a necessidade de cuidados em saúde direcionados à cessação do tabagismo e etilismo, prática regular de exercícios físicos, controle do peso corporal, controle das comorbidades relacionadas às DCV e incentivo à alimentação saudável.

Nesse contexto, o reconhecimento do perfil de saúde dos pacientes, aqui apresentadas, poderá agregar-se a demais estudos sobre a temática, auxiliando na identificação de grupos de risco e elaboração de estratégias para melhor assistência em saúde a nível de Atenção Primária em Saúde e hospitalar. O reconhecimento desse perfil de saúde por equipes multiprofissionais, instituições de saúde e pelo governo, poderá contribuir com a produção e propagação do conhecimento científico, implementação de programas de intervenção em saúde e, incentivar a qualificação profissional focada no cuidado ao paciente crítico hospitalizado.

Essa pesquisa se mostra importante no sentido de haver carência de estudos com enfoque amplo da saúde de pacientes internados em UTI e outras unidades hospitalares. De modo a suscitar novas pesquisas, sendo que as constatações, aqui presentes, poderão servir de parâmetro para novos trabalhos.

REFERÊNCIAS

1. Baggio MA, Parizoto GM, Callegaro GD, Koerich C, Erdmann AL. Incidência e características sociodemográficas de pacientes internados com coronariopatia. Rev Enf Ref [Internet] 2011;3(5):73-81. [Acesso em 10 julh 2019]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300008
2. Organização Mundial de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Diretriz: Ingestão de açúcar por adultos e crianças [Internet]. Genebra, 2015. [Acesso em 05 set 2019]. Disponível em https://www.paho.org/bra/images/stories/GCC/ingestao%20de%20acucares%20por%20adultos%20e%20criancas_portugues.pdf

3. Maia LFS. Infarto Agudo do Miocárdio: o perfil de pacientes atendidos na UTI de um hospital público de São Paulo. *Revista Recien* [Internet] 2012;1(4):10-15. [Acesso em 10 julh 2019]. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/31>
4. Bourbon M, Miranda N, Moura Vicente A, Rato Q. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA). Doenças Cardiovasculares [Internet]. 2016:1 – 21. [Acesso em 06 ago 2019]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/DoencasCardiovasculares.pdf>
5. World Health Organization. Cardiovascular Diseases [Internet]. 2019. [Acesso em 20 ago 2019]. Disponível em [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
6. Andrade JP, et al. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. *Arq Bras Cardiol*, São Paulo. 2013;100(3):203-211.
7. Castro RR, et al. Perfil das internações em unidades de terapia intensiva adulto na cidade de Anápolis – Goiás – 2012. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RGSS* [Internet]. 2016;5(2). [Acesso em 05 set 2019]. Disponível em: <https://periodicos.uninove.br/index.php?journal=revistargss&page=article&op=view&path%5B%5D=12763>
8. Brito JRF, Fonseca AMC. Perfil epidemiológico dos pacientes internos na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário Onofre Lopes. Natal. Trabalho de Conclusão de Curso - TCC (Graduação) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Fisioterapia. 37f. 2017. [Acesso em 05 set 2019]. Disponível em https://monografias.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/5359/6/Perfilepidemiol%c3%b3gicopacientes_2017_Trabalho%20de%20Conclus%c3%a3o%20de%20Curso
9. Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC). I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. 2013;101(6 supl.2):1-63.
10. Canto JG, et al. Number of coronary heart disease risk factors and mortality in patients with first myocardial infarction. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* [Internet] 2011;306(19):2120-2127. [Acesso em 11 mai 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22089719>
11. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde [Internet]. Brasília;2003, 60 p. [Acesso em 05 set 2019]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_cronico_degenerativas_obesidade_estrategia_mundial_alimentacao_atividade_fisica.pdf
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed., 1. reimpr., 156 p., 2014: ISBN 978-85-334-2176-9. [Acesso em 05 set 2019]. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
13. Mannato LW, Pereira TSS, Velasquez-Melendez G, Cardoso LO, Benseñor IM, Molina MCB, et al. Comparison of a short version of the Food Frequency Questionnaire with its long version – a cross sectional analysis in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA Brasil). *Med J.* [Internet] 2015;133(5):414-420. [Acesso em 01 mai 2018]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802015000500414
14. Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Prim Care*. 1994;21:55-67.
15. World Health Organization. Technical Report Series – Physical status: the use and interpretation of anthropometry [Internet]. Genova: World Health Organization, 2005.

16. World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation (TRS 894) [Internet]. Geneva: World Health Organization (WHO), 2000.
17. Levine DM, Berenson ML, Stephan D. Estatística: Teoria e Aplicações usando Microsoft Excel em Português [Internet]. Rio de Janeiro: LTC, 2000. [Acesso em 06 jun 2019]. Disponível em <http://www.cienciasecognicao.org/portal/wp-content/uploads/2011/09/Tamanho-da-Amostra-1-1.pdf>
18. Miranda GMD, Mendes ACG, Da-Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol. [Internet] 2016;19(3). [Acesso em 03 mar 2010]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232016000300507&script=sci_arttext&lng=pt.
19. Da-Rocha MS, Caetano JÁ, Soares E, Medeiros FL. Caracterização da população atendida em Unidade de Terapia Intensiva: subsídio para a assistência. R Enferm. 2007;15(3):411-6.
20. De-Sousa MNA, et al. Epidemiologia das internações em uma unidade de terapia intensiva, Vitória da Conquista. 2014;7(2):178-186. [Acesso em 03 mar 2020]. Disponível em: <http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/288>.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2010, 30p. [Acesso em 01 maio 2018]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/0000000275.pdf>
22. Santos AS, Damião R. Perfil de saúde da população idosa dos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Uberaba-Minas Gerais. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2014, p. 12-359.
23. Clark BJ, Smart A, House R, Douglas I, Burnham EL, Marc Moss M. Severity of acute illness is associated with baseline readiness to change in medical intensive care unit patients with unhealthy alcohol use. Alcoholism (NY). 2013;36(3):544-51. [Acesso 26 fev 2020]. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251713/>
24. Lobo LB, Lima RC, Souza MCC. Polifarmácia entre os idosos de Dourados, Mato Grosso do Sul: um estudo de base populacional. Dourados (MS): [Dissertação] - Universidade Federal da Grande Dourados/UFGD; 2015. 75p. [Internet]. [Acesso em 02 abr. 2018]. Disponível em [http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/MESTRADO-DOCTORADO-CIENCIAS-SAUDE/27.06.15%20TESE%20LIGIA%20\(P%20\)%20defesa.pdf](http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/MESTRADO-DOCTORADO-CIENCIAS-SAUDE/27.06.15%20TESE%20LIGIA%20(P%20)%20defesa.pdf)
25. Tiensoi SD, Bonisson RL, Matozinhos FP, Meléndez GV, Velásquez FSL. Diagnóstico situacional: perfil sociodemográfico e clínico de pacientes internados em unidade de clínica médica. Rev Min Enferm. [Internet] 2014; 18(3):573-578. ISSN (on-line): 2316-9389. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20140042>. [Acesso em 25 fev 2020]. Disponível em <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/947>
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: 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 brasileiros e no Distrito Federal em 2016. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2017. [Acesso em 02 mai. 2018]; 160p. Disponível em <http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/marco/02/vigitel-brasil-2016.pdf>
27. Prates RE, Da-Silva ACP. Avaliação do conhecimento nutricional e de hábitos alimentares de pacientes com doenças crônicas não transmissíveis em hospital particular no sul do Brasil. RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição. 2013; 5(1):21-27. ISSN 1983-3164 | ISSN 2177-7527 (online).

28. Silva JB, Pedreira LC, Santos JL, Barros CS, David RA. Perfil clínico de longevos em uma unidade de terapia intensiva. *Acta Paul Enferm.* 2018; 31(1):39-45.
29. Martins RCFC, Vital WC, Amaral JF, Volp ACP. Perfil nutricional de pacientes internados em unidade de terapia intensiva. *Nutr. clín. diet. hosp.* [Internet] 2017;37(4):40-47. DOI: 10.12873/374flalho. [Acesso em 25 fev 2020]. Disponível em <https://revista.nutricion.org/PDF/MARTINS.pdf>
30. Dennis DM e Trevenen M. Prevalence of obesity in an intensive care unit patient population. *Intensive and Critical Care Nursing.* 2016. 35:52-56. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2016.02.002>.
31. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica (ABESO). Diretrizes brasileiras de obesidade. 4.ed. [Internet]. 2016 [Acesso em 01 mai. 2018]; 186 p. Disponível em: <http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>
32. Pereira IFS, Spyrides MHC, Andrade LMB. Estado nutricional de idosos no Brasil: uma abordagem multinível [Internet]. *Cad. Saúde Pública.* 2016;32(5):1-12. [Acesso em 09 out. 2018]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00178814>
33. Paolini JB, et al. Predictive value of abdominal obesity vs. body mass index for determining risk of intensive care unit mortality. *Crit Care Med.*[Internet] 2010;38(5):1308-14. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181d8cd8b. [Acesso em 26 fev 2020]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20228682>
34. Santos RKF, Vital AVD. Perfil nutricional de idosos: relação obesidade e circunferência da cintura após sessenta anos [Internet]. *Rev. Saúde. Com.* [Internet] 2014;10(3): 254-262. [Acesso em 04 abr 2018]. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/310>
35. Pimenta IL, Sanches RC, Pereira JPR, Hourri BF, Machado ELG, Machado FSG. Medidas das circunferências abdominal e cervical para mensurar riscos cardiovasculares. *Rev Med Minas Gerais.* 2014; 24(supl 9):S16-S19. DOI: 10.5935/2238-3182.20140117.
36. Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial de Saúde: Doenças cardiovasculares [Internet]. 2017. [Acesso em 24 fev 2020]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=1096.
37. Duarte EC, Barreto SM. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiol. Serv. Saúde.* 2012.21(4):529-532.
38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde. 2009; 36p. [Acesso em 01 mai 2018]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_saudavel_idosa_profissionais_saude.pdf
39. Guimarães HPN, Simões MC, Pardi GR. Perfil sociodemográfico, condições de saúde e hábitos alimentares de idosos acompanhados em ambulatório geriátrico. *REFACS* [Internet]. 2019;7(2):186-199. [Acesso em 27 fev 2020]. DOI: 10.18554/refacs.v7i2.3317.
40. Fornes NS, Martins IS, Velasquez-Melendez G, Latorre MR. Escores de consumo alimentar e níveis lipêmicos em população de São Paulo, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36(1):12-18. [Acesso em 29 fev 2020]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt
41. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol* [Internet] 2017;109(2Supl.1):1-76. [Acesso em 29 fev 2020]. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/02_DIRETRIZ_DE_DISLIPIDEMIAS.pdf
42. Brasil. Ministério da Saúde. Hospital do Coração. Alimentação Cardioprotetora. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde. 2018; 14p. [Acesso em 12 mai 2020]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cardioprotetora.pdf

43. Malta MB, Papini SJ, Corrente JE. Avaliação da alimentação de idosos de município paulista: aplicação do Índice de Alimentação Saudável. *Ciênc Saúde Colet*. [Internet] 2013;18(2):377-84. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000200009>. [Acesso em 09 out 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n2/09.pdf>