

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO CONSUMO ALIMENTAR DE PACIENTES COM HANSENÍASE DO AMBULATÓRIO DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA.

Kelly Regina Bruschi¹

Maria da Graça Alves Labrêa²

Letícia Maria Eidt³

Assessment of nutritional status and dietary intake in patients with Hansen's Disease under care at Dermatology Clinic Health.

RESUMO

A Hanseníase é uma doença sistêmica, infectocontagiosa, de evolução crônica. Seu tratamento é realizado por meio de poliquimioterapia que pode desencadear algumas alterações nutricionais. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de pacientes com Hanseníase em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Estudo de delineamento transversal, no qual realizou avaliação antropométrica, laboratorial e dietética. A amostra final foi de 39 pacientes, de ambos os sexos, com concentração de indivíduos na faixa etária entre os 40-50 anos, predomínio do ensino fundamental incompleto e baixa renda familiar. A população se caracterizou pelo sedentarismo, sobrepeso, ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, insegurança alimentar e nutricional, consumo muito elevado de gorduras e inadequação de micronutrientes essenciais para a prevenção de doenças. Os resultados mostraram a necessidade da inserção do nutricionista na equipe multiprofissional, a fim de promover alimentação adequada e a prevenção de comorbidades, garantindo a promoção à saúde e a segurança alimentar. No entanto, não foi possível associar esses distúrbios nutricionais ao diagnóstico/tratamento da Hanseníase, uma vez que a avaliação foi realizada apenas após o início do trata-

Bruschi KR, Labrêa MGA, Eidt LM. Avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar de pacientes com hanseníase do Ambulatório de Dermatologia Sanitária. *Hansen Int* 2011; 36 (2): 53-61.

mento da doença.

Descritores: hanseníase; estado nutricional; consumo de alimentos

ABSTRACT

Leprosy is a systemic, infectious disease with a chronic course. It can be treated by drug therapy combination that may induce nutritional changes. Thus, this study aimed to assess the nutritional status and dietary intake of leprosy patients under care at the Dermatology Clinic Health. Cross-sectional study, which was held on anthropometric, dietary and laboratory evaluation. The final sample of 39 patients of both sexes, presented a concentration of individuals aged between 40-50 years, prevalence of incomplete primary education and low family income. The population was characterized by

Recebido em: 23/11/11

Aceito em: 17/12/11

- 1 Nutricionista, Especialista em Saúde Coletiva com ênfase em Dermatologia Sanitária; endereço para correspondência: Rua Comendador Caminha, 128/1002, Bairro Moinhos de Vento, CEP 90430-030, Porto Alegre, RS, Brasil, Contato: kelly.bruschi@gmail.com
- 2 Nutricionista, Especialista em Saúde Pública; Nutricionista e Preceptora da Residência Multiprofissional do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, Contato: gracalabrea@terra.com.br
- 3 Médica Dermatologista, Mestre em Educação pela PUCRS; Dermatologista e Coordenadora da Residência Médica do Ambulatório de Dermatologia Sanitária; Contato: leidt@bol.com.br

sedentary, overweight, occurrence of chronic non-communicable diseases, food and nutrition insecurity, high consumption of fats and inadequacy of micronutrients essentials for disease prevention. The results showed the necessity of inserting a nutritionist in the multidisciplinary team in order to promote proper nutrition and the prevention of comorbid conditions, ensuring the promotion of health and food safety. However, it could not associate these nutritional disorders to the diagnosis/treatment of leprosy, since the evaluation was performed only after the start of the treatment of disease.

Keywords: leprosy; nutritional status; food consumption

INTRODUÇÃO

A Hanseníase (Mal de Hansen) é uma doença sistêmica, infectocontagiosa, de evolução crônica¹. Seu poder incapacitante está diretamente relacionado à aptidão de penetração de seu agente etiológico, o *M. leprae*, na célula nervosa periférica¹⁻². Acomete, principalmente, a pele e os nervos periféricos, mas também se manifesta como uma doença sistêmica podendo comprometer articulações, olhos, gânglios e outros órgãos¹⁻². Contudo, o diagnóstico na fase inicial da doença evita o comprometimento de troncos nervosos e previne a ocorrência de incapacidades físicas³.

É considerado um problema de saúde pública devido a sua magnitude e ao seu alto poder incapacitante¹⁻⁴. É endêmica no Brasil, uma vez que o país ocupa o primeiro lugar em prevalência e o segundo lugar em taxa de detecção de casos novos no mundo, ficando atrás apenas da Índia⁵. Em 2009, os coeficientes de detecção de Hanseníase por 100.000 habitantes foram equivalentes a 19,64 no Brasil, 1,44 no RS e 1,04 em Porto Alegre, enquanto que os coeficientes de prevalência por 10.000 habitantes foram de 1,99; 0,16 e 0,29, respectivamente⁶. O Plano Estratégico para Eliminação da Hanseníase, proposto pela Organização Mundial de Saúde, preconiza que a taxa de prevalência seja inferior a 1 caso/10.000 habitantes em cada município⁷.

A transmissão ocorre, principalmente, através das vias aéreas superiores, a partir do contato íntimo e prolongado com o indivíduo infectado¹⁻⁴. Além disso, estima-se que entre 85 a 90% da população seja resistente à doença¹. Em virtude do longo período de incubação do bacilo, sua progressão ocorre lentamente e o aparecimento dos primeiros sinais e sintomas pode levar, em média, de três a cinco anos¹. Manifesta-se através de lesões de pele associadas a alterações de sensibilidade (térmica, dolorosa e tátil) no local afetado¹.

Seu tratamento é realizado através da poliquimioterapia (PQT) que combina a utilização dos fármacos rifampicina, dapsona e clofazimina conforme a classificação operacional da doença que pode ser Paucibacilar ou Multibacilar^{1,8}.

O paciente hanseniano pode apresentar surtos reacionais caracterizados por episódios inflamatórios agudos, desencadeados por uma hipersensibilidade ao bacilo que pode ocorrer antes, durante ou após a administração da PQT⁸. O tratamento deve ser o mais precoce possível com o objetivo de evitar dano neural que pode ocasionar incapacidades e seqüelas físicas. Para tanto, utiliza-se a prednisona e, em alguns casos, a talidomida^{1,9}.

É fato conhecido que tanto a PQT quanto as medicações anti-reacionais (corticoesteróides, antiinflamatórios não esteróides e a talidomida), usados no tratamento da Hanseníase, podem desencadear anemia, dislipidemia, osteoporose, diabetesmellito tipo II (DMII), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e constipação⁸. Por outro lado, é importante ressaltar que, os pacientes podem apresentar estas comorbidades previamente ao diagnóstico da Hanseníase. Frente ao exposto, o presente trabalho teve como objetivo avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de pacientes com Hanseníase em acompanhamento no Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS).

O ADS é um serviço vinculado à Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (RS), e atua como Centro de Referência Estadual em doenças sexualmente transmissíveis, HIV/AIDS, dermatologia e Hanseníase. Além disso, é uma das instituições na qual é realizado o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do RS (ESP/RS), com ênfase em Dermatologia Sanitária.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de delineamento transversal realizado com pacientes de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos, não gestantes e que concordaram em participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra contemplou tanto os pacientes em tratamento da Hanseníase quanto aqueles que já receberam alta por cura e que estavam em manejo de surto reacional. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e outubro de 2010, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ESP/RS, conforme protocolo de nº 554/2009.

Foi elaborado um instrumento para a coleta de dados que continha informações quanto às variáveis demográficas, de estilo de vida e medicamentos utilizados no tratamento da Hanseníase (PQT ou manejo de surto reacional). Alguns exames laboratoriais como a glicose, o perfil lipídico e o hemograma foram coletados do prontuário médico dos pacientes e classificados conforme descrito no Quadro a seguir. Como não foi aferida a pressão arterial, foram considerados hipertensos os indivíduos que referiram possuir o diagnóstico para tal.

Quadro 1 Classificação dos exames laboratoriais conforme diretrizes.

Exame	Parâmetro	Classificação
Glicose ¹⁰	100–126 mg/dl	Tolerância à glicose diminuída
	≥126 mg/dl	DMII
Perfil Lipídico ¹¹	CT≥200 mg/dl	Dislipidemia
	LDL≥160 mg/dl	
	TG≥150 mg/dl	
	HDL≤40 mg/dl(♂) e ≤50mg/dl(♀)	
Hemo-grama ¹²	♂:Hb≤14 g/dl e Ht≤40 %	Anemia
	♀:Hb≤12 g/dl e Ht≤36 %	

O estado nutricional foi verificado através da avaliação antropométrica. Para tanto, foram aferidas as medidas da circunferência abdominal, do peso e da estatura, calculando-se, então, o Índice de Massa Corporal (IMC). O IMC, determinado a partir da divisão do peso (em quilogramas) pelo quadrado da altura (em metros), foi classificado em desnutrição (IMC≤18,4 e IMC≤22 kg/m²); eutrofia (IMC=18,5-24,9 e IMC=22-27 kg/m²); sobrepeso (IMC=25-29,9 e IMC≥27 kg/m²) e obesidade (IMC≥30 kg/m²) conforme determinações da WHO¹³ para adultos e Lipschitz¹⁴ para idosos, respectivamente. Já a circunferência abdominal foi classificada nas categorias sem risco, risco elevado e risco muito elevado para a ocorrência de doença aterosclerótica segundo Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia¹¹.

A avaliação do consumo alimentar pode ser realizada por diferentes inquéritos alimentares. Os principais métodos que avaliam a ingestão atual de energia e nutrientes de indivíduos e grupos populacionais são o Registro Alimentar e o Recordatório Alimentar 24 Horas (R24h)¹⁵. No primeiro, o indivíduo anota, em formulários específicos, todos os alimentos e bebidas consumidos ao longo do período determinado, incluindo aqueles consumidos fora do domicílio. Além disso, sua aplicação (mínimo de três dias) deve ocorrer em dias alternados abrangendo um dia de final de semana. Ele pode ser aplicado de duas maneiras: na primeira, o indivíduo registra o tamanho da porção consumida em medidas caseiras e na segunda, todos os alimentos devem ser pesados antes de serem consumidos. Em ambos os casos, o indivíduo registrará de modo detalhado o nome da preparação, os ingredientes que a compõem, a marca do alimento e a forma de preparação, o que requer sua cooperação (há menor adesão em indivíduos do sexo masculino) e treinamento a fim de minimizar falhas na determinação das porções, além

de possibilitar a alteração no seu hábito alimentar uma vez que esse sabe que está sendo avaliado¹⁵. Considerando essas desvantagens, optou-se por utilizar, neste estudo, o método R24h, que consiste em registrar, em medidas caseiras, os alimentos consumidos nas 24 horas anteriores à entrevista¹⁵. Este método mostra-se útil quando se deseja conhecer a ingestão habitual de indivíduos ou grupos populacionais contanto que sejam utilizados Recordatórios seriados, ou seja, aplicado no mínimo duas vezes e em dias diferentes¹⁵, evitando realizar sua coleta nas segundas-feiras por tratar-se do relato dos alimentos consumidos no final de semana que, geralmente, configura-se como um dia atípico da alimentação dos indivíduos. Além disso, esse método, ao contrário do Registro Alimentar, não exige que a população estudada seja alfabetizada e propicia menor alteração no comportamento alimentar¹⁵. Para evitar a sub e a superestimação das quantidades dos alimentos, utilizou-se um álbum fotográfico com pesos e volumes de alimentos e utensílios domésticos¹⁶.

A análise do inquérito alimentar foi feita através de tabelas de composição de alimentos^{17,18} no qual calculou-se a ingestão de energia, carboidratos, proteínas, lipídios, ferro, vitamina B12, folato, cálcio, vitamina D, fibras, sódio, colesterol, gorduras saturada, monoinsaturada, poliinsaturada e trans. Os valores encontrados foram comparados aos preconizados pelas Recomendações de Ingestão Dietética (DRIs)¹⁹ que correspondem à estimativa do requerimento médio suficiente para atender às necessidades nutricionais de 50% da população²⁰. Para calcular a recomendação de energia (kcal) estimou-se o valor de 30 kcal/kg de peso/dia. Para a recomendação de carboidrato estimou-se a ingestão de 5g/kg de peso/dia, assim como para proteína, 0,8 g/kg de peso/dia e para lipídios 1,5 g/kg de peso/dia. Essas são as recomendações para indivíduos adultos saudáveis, independente do sexo.

O banco de dados foi tabulado no programa Excel (2003) e a análise estatística foi realizada no Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 16.0²¹. Foram aplicados os testes t de Student e One Way Anova para a comparação das médias. Em todos os testes foi considerado o nível de significância estatística de 0,05.

RESULTADOS

A amostra final foi composta por 39 pacientes, sendo 51,3% do sexo masculino e 48,7% do sexo feminino, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os gêneros. No que se refere à procedência, 46,2% eram provenientes de Porto Alegre enquanto que 53,8% procederam de outras regiões do Estado do RS, o que pode ser justificado pelo fato do ADS ser considerado Centro de Referência Estadual para o tratamento da Hanseníase no RS.

A Tabela 1 demonstra os resultados referentes à caracterização da população estudada. Desses destacam-se, a baixa escolaridade, o sedentarismo, a baixa renda familiar e o consumo inadequado de água, isto é, inferior a 8 copos de água/dia (2 litros/dia).

Tabela 1 Caracterização dos 39 pacientes com hanseníase do ADS, janeiro a outubro de 2010.

Características	Total	
	N	%
Escolaridade		
Analfabeto	0	0
Fund. Incompleto	17	43,6
Fund. Completo	10	25,6
Médio Incompleto	1	2,6
Médio Completo	5	12,8
Superior Incompleto	4	10,3
Superior Completo	2	5,1
Renda Mensal		
< 1 salário mínimo	3	7,7
1-3 salários mínimos	28	71,8
3-5 salários mínimos	5	12,8
> 5 salários mínimos	3	7,7
Nº pessoas na casa		
1 - 2 pessoas	17	43,6
3 - 4 pessoas	14	35,9
5 - 6 pessoas	7	17,9
≥ 6 pessoas	1	2,6
Atividade Física		
Praticantes	11	28,2
Sedentários	28	71,8
Consumo de água		
Inadequado	36	92,3
Adequado	3	7,7
Tratamento		
Poliquimioterapia	19	48,7
Surto Reacional	20	51,3
Trânsito Intestinal		
Normal	21	53,8
Constipado	18	46,2
	Média	DP
Idade	49,87	14,33
Renda Per Capita	451,5	299,8

Tabela 2 Classificação do Estado nutricional e ocorrência de comorbidades dos 39 pacientes com hanseníase do ADS, janeiro a outubro de 2010.

Variáveis	TOTAL	
	N	%
HAS		
Sim	12	30,8
Não	17	43,6
Não sabe	10	25,6
DM Tipo II		
Sim	10	25,6
Não	29	74,4
Tolerância à glicose diminuída		
Sim	15	38,5
Não	24	61,5
Dislipidemia		
Sim	31	79,5
Não	8	20,5
Anemia		
Sim	20	51,3
Não	19	48,7
Comorbidades		
Até 2 associadas	20	51,3
≥ 3 associadas	19	48,7
ÍMC		
Eutrofia	11	28,2
Sobrepeso	22	56,4
Obesidade	6	15,4
Circ. Abdominal		
Sem risco	10	25,6
Risco Elevado	8	20,5
Risco muito elevado	21	53,8

Conforme ilustra a Tabela 2, a amostra caracterizou-se por apresentar altas prevalências de distúrbios nutricionais dos quais merecem destaque a anemia, a dislipidemia, o sobrepeso e o risco muito elevado para desenvolver doença aterosclerótica. Nesse sentido, 51,3% da população apresentou a associação de até dois distúrbios nutricionais, enquanto que em 48,7% foi observada a associação de três ou mais desses distúrbios, demonstrando a preocupante condição de saúde desses indivíduos.

Tabela 3 Descrição do consumo alimentar de pacientes em acompanhamento no serviço de hanseníase do ADS, janeiro a outubro de 2010.

Nutriente	DRIs	Masculino		Feminino		P
		Média	DP	Média	DP	
Energia (Kcal)	2464	3101,6	820,4	2521,7	427,7	0,00
Carboidratos (%)	45-60	40,5	11,3	35,9	10,9	0,24
Proteínas (%)	15-20	14,2	6,3	12,8	2,9	0,36
Lipídios (%)	25-30	49,9	17,3	54,4	8,5	0,31
Ferro (mg)	18* e 8**	11,9	3,8	8,9	2,6	0,00
Vitamina B12 (µg)	2,4	6,5	4,9	5,5	7,1	0,61
Folato (µg)	400	187,0	81,5	117,0	42,1	0,00
Cálcio (mg)	1000	628,0	372,8	484,7	189,3	0,14
Vitamina D (µg)	5	3,9	1,7	2,9	1,4	0,05
Fibras (g)	25-30	22,1	9,6	14,0	9,4	0,01
Sódio (mg)	2400	2510	1553	1937	1060	0,18
Colesterol (mg)	200	483,4	218,1	299,8	164,6	0,00
Gord. Saturada (%)	≤7	27,6	22,6	32,7	41,8	0,79
Gord. Monoinsaturada (%)	≤20	27,7	17,8	27,0	10,6	0,01
Gord. Poliinsaturada (%)	≤10	31,1	14,3	35,5	15,4	0,29
Gord. Trans (%)	≤1	1,6	2,4	1,9	2,3	0,83

*Para mulheres entre os 19 e os 50 anos;

**Para homens entre os 19 e os 50 anos;

A Tabela 3 mostra a descrição do consumo alimentar da amostra. Os resultados foram divididos conforme o gênero, pois a recomendação do micronutriente ferro difere para homens e mulheres. Dentre os resultados encontrados, merecem destaques, em ambos os sexos, o baixo consumo de nutrientes como o ferro, o folato, o cálcio e a vitamina D, bem como o consumo excessivo de todos os tipos de gorduras.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

Quanto à distribuição da Hanseníase por gênero, não foi verificada diferença estatisticamente significativa, no entanto, outros estudos²²⁻²⁴ encontraram resultados que indicam haver uma predominância da doença no sexo masculino. Essa divergência pode ter ocorrido devido ao tamanho da amostra estudada no presente trabalho. Os valores encontrados nestes estudos foram 73%, 71,7% e 60% de homens portadores da doença, respectivamente.

A Hanseníase pode se manifestar em todas as idades, no entanto, freqüentemente, atinge a população em plena capacidade para o trabalho²², o que pode ocasionar o afastamento dos portadores de suas atividades habituais, visto que essa é a principal causa de incapacidades físicas permanentes, dentre as doenças infectocontagiosas⁷. Segundo dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 52,4% das pessoas com Hanseníase possuem entre 30 e 59 anos. Resultado semelhante foi encontrado neste estudo, no qual observou-se maior concentração dos indivíduos na faixa etária entre os 40 e os 50 anos.

Quanto à escolaridade, 43,6% possuíam o ensino fundamental incompleto e não houve referência ao

analfabetismo. Outros autores²⁴⁻²⁵ também verificaram a prevalência do nível fundamental incompleto em 70% e 63,2%, de sua população, respectivamente. Segundo Mencaroni²⁶, a baixa escolaridade é um dos fatores relacionados à endemia da Hanseníase, pois sua distribuição geográfica comprova que a doença tem seu centro na questão social, uma vez os continentes asiático, africano e latino-americano abrangem o maior contingente de Hansenianos no mundo²⁷.

Com relação à renda familiar, foi considerado o salário mínimo nacional de 2010, de R\$ 510,00. Os resultados demonstraram que 71,8% da amostra recebiam entre 1 e 3 salários mínimos mensais. Garcia²⁴ e Aquino²³ verificaram, respectivamente, que 78% e 76,3% dos pacientes possuíam baixa renda familiar. Segundo Opromolla²⁸, a Hanseníase está relacionada às condições socioeconômicas, ao crescimento acelerado da população e ao seu deslocamento das áreas rurais para as cidades e ao conseqüente declínio das condições de vida dos indivíduos. Pode-se pensar, portanto, que a precariedade no acesso à saúde, à informação, à aquisição e à moradia está relacionada à alta prevalência da Hanseníase em países em desenvolvimento, como o Brasil e a Índia.

Segundo os Indicadores e Dados Básicos (IDB) de 2009, a renda média domiciliar per capita foi de R\$ 762,61 reais. No presente estudo, encontramos o valor de R\$ 451,46 reais. Analisou-se a associação entre as variáveis renda familiar e estado nutricional (IMC) e não foi observada diferença estatisticamente significativa (=0,27). Nesse sentido, Oh²⁹ observaram que, a qualidade das dietas consumidas por indivíduos com Hanseníase esteve associada com os hábitos alimentares, con-

dição de saúde física e conhecimento sobre nutrição e não com a situação socioeconômica.

Com relação à prática de atividade física, a população caracterizou-se por ser sedentária, uma vez que 71,8% dos indivíduos não praticam nenhuma atividade física regular. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Garcia²⁴, no qual 61,5% eram sedentários. A ausência de atividades físicas pode estar associada à alta prevalência de sobrepeso e comorbidades encontrados nesse estudo, uma vez que se sabe que a prática regular de atividade física, associada a uma alimentação saudável, previnem as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) além de melhorarem o estado funcional, nas diferentes fases do ciclo de vida, especialmente na fase adulta e idosa³⁰.

A Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, aprovada em 2004 pela Assembléia Mundial da Saúde, destaca o aumento da obesidade e o seu impacto na incidência de DCNT, na expectativa de vida da população e nos custos dos serviços de saúde³⁰. Ela reforça que o enfrentamento do problema pelos governos nacionais requer políticas públicas e ações intersetoriais que vão além de informar e educar os indivíduos³⁰. Tais políticas devem, essencialmente, propiciar um ambiente que estimule, apóie e proteja padrões saudáveis de alimentação e de atividade física³⁰.

Nesse sentido, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como principais diretrizes a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e doenças associadas à alimentação e nutrição, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, o desenvolvimento de pesquisas e recursos humanos, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos³¹. Muito embora, ao longo da história das políticas de alimentação e nutrição no Brasil, a área de saúde tenha chamado para si tais responsabilidades – mesmo porque é sobre este setor que recaem as consequências da insegurança alimentar e nutricional –, assegurar o direito à alimentação adequada a toda a população é uma responsabilidade a ser compartilhada por outros setores governamentais e pela sociedade como um todo³¹.

A Tabela 2 ilustra os resultados referentes ao estado nutricional da população estudada. O valor médio do IMC foi de 26,67 kg/m². Verificou-se que não houve nenhum caso de desnutrição e que 56,4% dos pacientes encontravam-se com sobrepeso. Garcia²⁴ observou esse predomínio em 47,3% dos pacientes com Hanseníase. Segundo a descrição da tendência secular do estado nutricional de adultos, calculadas a partir dos inquéritos populacionais do Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF) 1974-1975; da Pesquisa Nacional

sobre Saúde e Nutrição (PNSN) 1989; e das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POFs) 2002-2003 e 2008-2009³², observou-se que a prevalência de desnutrição declinou continuamente ao longo dos quatro inquéritos, o que indica o seu controle na população adulta brasileira³². Em contra partida, o excesso de peso em adultos vem aumentando continuamente desde meados da década de 70 e, atualmente, é encontrado em cerca de metade dos brasileiros³². Nos últimos seis anos, a frequência de pessoas com excesso de peso aumentou em mais de um ponto percentual ao ano, o que indica que, em cerca de dez anos, o excesso de peso poderá alcançar dois terços da população adulta do Brasil, magnitude idêntica à encontrada na população dos Estados Unidos³².

A promoção da alimentação saudável é apontada como um componente fundamental na construção da Segurança Alimentar e Nutricional entendida como “a realização do direito humano a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, com base em práticas alimentares saudáveis, respeitando as diversidades culturais, e sendo sustentável do ponto de vista sócioeconômico e agroecológico”³³. O princípio básico para a promoção da alimentação saudável é o entendimento da alimentação como um direito humano, assim, a insegurança alimentar e nutricional, que diz respeito a não garantia do direito à alimentação e nutrição, passa tanto pela fome e desnutrição, como também pelos agravos ligados aos hábitos alimentares inadequados, como a obesidade³³. Visto ao exposto, é possível observar que a população deste estudo encontra-se em situação de insegurança alimentar e nutricional, uma vez que apresentaram baixo nível socioeconômico e altas taxas de sobrepeso/obesidade e distúrbios nutricionais.

A denominada “transição nutricional” implica mudanças no padrão alimentar “tradicional” baseado no consumo de grãos e cereais, que aos poucos está sendo substituído por um padrão alimentar com grandes quantidades de alimentos de origem animal, gorduras, açúcares, alimentos industrializados e relativamente baixa quantidade de carboidratos complexos e fibras³¹.

Com relação à ocorrência de comorbidades (Tabela 2), foi diagnosticado dislipidemia em 79% dos indivíduos. A dislipidemia foi seguida pelo risco muito elevado de desenvolver DCV (53,8%), anemia (51,3%), pré-diabetes (38,5%), HAS (30,8%) e DMII (25,6%). Esse dado é bastante preocupante, uma vez que nos países ocidentais, as doenças cardiovasculares (DCV) constituem a maior de todas as endemias, sendo que o aumento da incidência de infarto agudo do miocárdio já pode ser considerado uma epidemia progressiva³⁴. Sabe-se que a hipercolesterolemia é um fator de risco que pode ser modificado pela dieta e adoção de hábitos de vida saudáveis e que a diminuição de 10% no colesterol san-

guíneo total pode reduzir entre 12% e 20% os riscos da doença arterial coronariana³⁵.

Encontrou-se anemia em 51,3% dos casos. Esse dado chama a atenção pois sabe-se que a dapsona, um dos medicamentos que compõem a PQT, pode desencadear anemia em pacientes com pré-disposição para tal¹⁻². Nesse contexto, observou-se, em ambos os sexos, que o consumo diário de ferro e folato encontraram-se muito abaixo da recomendação (Tabela 3).

A prednisona, utilizada no manejo do surto reacional, pode desencadear HAS, hiperglicemia, hipercolesterolemia, aumento de peso corporal e osteoporose¹⁻². O R24h demonstrou, em ambos os sexos, consumo muito abaixo do recomendado para cálcio e vitamina D, nutrientes importantes na prevenção da osteoporose. Além disso, dos 39 pacientes da amostra, 20 utilizavam a prednisona associada à PQT, ou à talidomida ou de forma isolada. Desses, 18 apresentaram sobrepeso ou obesidade, demonstrando a importância do cuidado nutricional a fim de prevenir a ocorrência desse distúrbio nutricional, uma vez que esse está associado à ocorrência de outras comorbidades, interferindo no estado de saúde e sobrevivência do paciente.

As gorduras saturadas, trans, monoinsaturadas e poliinsaturadas têm diferentes impactos sobre os níveis de colesterol plasmático. Enquanto que as primeiras produzem aumento do colesterol total e LDL-colesterol, as monoinsaturadas e as poliinsaturadas atuam no sentido contrário. Já as gorduras trans, ocasionam os mesmos efeitos desencadeados pelas saturadas e ainda, contribuem para a redução HDL-colesterol, caracterizado como fator de proteção às DCV³⁴. Observou-se consumo excessivo de todos os tipos de gorduras, conforme descrito na Tabela 3.

Essas tendências são preocupantes, uma vez que caracterizam padrões alimentares inadequados e de risco à saúde, conforme mostram os estudos mais recentes. Vale ressaltar que, em relação aos ácidos graxos insaturados, se por um lado o aumento na sua participação na dieta é desejável, por outro esse aumento deve se dar em substituição às gorduras saturadas de tal forma que a participação das gorduras no VET não extrapole os limites recomendados³¹.

A talidomida, utilizada no manejo dos surtos reacionais, está associada à constipação intestinal¹. Dos 39 pacientes, 46,2% (Tabela 1) referiram sentir-se constipado. Sabe-se que o consumo adequado de fibras e água, bem como a prática regular de atividade física, caracterizam-se como estratégias para corrigir essa alteração. Foi observado que 92,3% dos pacientes apresentavam consumo inadequado de água (Tabela 1) e que a ingestão de fibras ficou abaixo da recomendação em ambos os sexos (Tabela 3).

As recomendações específicas sobre alimentação, constantes do documento final da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, são: a) manter o equilíbrio energético e o peso saudável; b) limitar a ingestão energética procedente de gorduras; substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (hidrogenadas); c) aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões); d) limitar a ingestão de açúcar livre; e) limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado³⁰⁻³¹.

De forma geral, o consumo calórico dos pacientes foi relativamente adequado, mas a ingestão de micronutrientes ficou longe do desejável. A análise da POF 2002-2003 revela tendência crescente de substituição de alimentos básicos e tradicionais na dieta brasileira (como arroz, feijão e hortaliças) por bebidas e alimentos industrializados, implicando aumento na densidade energética das refeições^{31,36}. Pode-se dizer que essa transição alimentar está associada ao aumento da obesidade, bem como das carências nutricionais na população brasileira^{31,36}.

A análise do estado nutricional indicou o predomínio do excesso de peso e da ocorrência de DCNT na população estudada. Nesse sentido, torna-se importante desenvolver políticas públicas que preconizem a promoção e prevenção em saúde aos indivíduos com Hanseníase.

A promoção da saúde pode ser definida como "o processo de envolvimento da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle deste processo. [...] Os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver"³³.

Os resultados mostraram a necessidade do acompanhamento desses pacientes pelo nutricionista, a fim de promover alimentação adequada e a prevenção de comorbidades, garantindo a promoção à saúde e a segurança alimentar. Considerando o estigma da doença, associado ao preconceito que causa discriminação e danos psíquicos, morais e sociais aos portadores e seus familiares, ressalta-se a importância da equipe multidisciplinar no atendimento ao paciente com Hanseníase.

Como não foi realizada a investigação de distúrbios nutricionais pré e pós diagnóstico da Hanseníase, não foi possível associá-la à ocorrência das comorbidades e do excesso de peso. Portanto, sugere-se a realização de novas pesquisas que relacionem a Nutrição à Dermatologia.

REFERÊNCIAS

- 1 Brasil. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). 2. ed. Brasília, Ministério da Saúde: 2008: 200 p.
- 2 Brasil. Guia para o Controle da Hanseníase. Brasília: Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde: 2002: 89 p.
- 3 Eidt, LM. Breve história da Hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. *Saúde e Sociedade* de 2004: 13(2): 76-88.
- 4 Eidt, LM, . Ser hanseniano: sentimentos e vivências. *Hansen. Int.* 2004: 29(1): 21-27.
- 5 Araújo MG. Hanseníase no Brasil. *Rev. da Soc. Brasileira Med. Tropical* 2003: 36(3): 373-382.
- 6 Brasil. Ministério da Saúde. Uma análise da mortalidade no Brasil e regiões. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=244. Acessado em agosto de 2010.
- 7 Brasil. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília, Ministério da Saúde: 2006: 31 p.
- 8 Brasil. Manual de Prevenção de Incapacidades – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de prevenção e reabilitação em Hanseníase; n. 1). 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde: 2008: 140 p.
- 9 República Federativa do Brasil. Portaria nº 125/SVS-SAS, de 26 de março de 2009. Define as ações de controle da Hanseníase. *Diário Oficial da União, Seção um (01)*, Brasília, DF: 2009: 30 p.
- 10 Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Métodos e critérios para o diagnóstico de . 3 ed. Itapevi, SP: 2009: 400 p.
- 11 Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 2007: 88(Suplemento I): 1-22.
- 12 Lee RD, Nieman DC. *Nutritional assessment*. 2. Ed. St. Louis: Mosby, 1995.
- 13 World Health Organization. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. Genebra, 1995.
- 14 Lipschitz DA. Screening for nutritional status in the elderly. *Primary Care* 1994: 21(1): p.55-67.
- 15 Fisberg, RM; Slater, B; Marchioni, DML; Martini, LA. *Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos*. Ed. Manole. São Paulo: 2005: 334 p.
- 16 Vitolo MR, Gama CM. *Pesos e volumes de medidas caseiras e alimentos*. 1. Ed. São Leopoldo: Diretório Acadêmico do Curso de Nutrição da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2003.
- 17 Philippi ST. *Tabela de Composição de Alimentos: suporte para decisão nutricional*. 2 ed. São Paulo: Coronário, 2002: 135p.
- 18 NEPA - Núcleo de estudos e pesquisas em alimentação. *Tabela Brasileira de composição dos alimentos*. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 4 ed. Campinas, SP 2011: 164p.
- 19 Monsen ER. The 10th edition of the Recommended Dietary Allowances: what's new in the 1989 RDAs? *J Am Diet Assoc* 1989;89:1748-52.
- 20 Franceschini SCC, Priore SE, Euclides MP. Necessidades e Recomendações de Nutrientes. In: Cuppari L, editora. *Guia de Medicina Ambulatorial e Clínica: Nutrição Clínica no Adulto*. São Paulo: Manole; 2005. p. 3-32.
- 21 *Statistical Package for the Social Sciences para Windows* [programa de computador]. Versão 16.0. Chicago; 2007.
- 22 Soares CGM. *Hanseníase no Estado do Pará: perfil epidemiológico da população que demanda internação por reações hansênicas* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Escola Nacional de Saúde Pública: 2001.
- 23 Aquinol DMC, Caldas AJM, Silva AAM, Costa JML. Perfil dos pacientes com Hanseníase em área hiperendêmica da Amazônia do Maranhão, Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. 2003: 36(1): 57-64.
- 24 Garcia, ICO. *Avaliação Nutricional e Caracterização Sócio-Demográfica de Portadores de Hanseníase - SP* [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 2006.
- 25 Araújo RRDF. *Educação conscientizadora na prática do enfermeiro em Hanseníase* [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública: 2005.
- 26 Mencaroni DA. *Análise espacial da endemia hansênica no município de Fernandópolis – SP* [Tese de Doutorado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo: 2003.
- 27 World Health Organization. *Weekly epidemiological record*. Nº 35, 337-348, August, 2010.
- 28 Opromolla PA, Dalbeni CM. Análise da distribuição espacial da Hanseníase no estado de São Paulo. *Rev. Brasileira de Epidemiologia* 2005: 8(4): 356-64.
- 29 Oh Sy . Dietary habits, food intake and functional outcomes in those with a history of Hansen's disease in Korea. *International Journal of Leprosy and Other Mycobacterial Diseases*. 1998; 66(1): 34-42.
- 30 World Health Organization. *Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde*. Genebra, 2004.
- 31 Brasil, Ministério da Saúde. *Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável*. (Série A – Normas e Materiais Técnicos). Brasília, DF: 2005: 238 p.
- 32 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 – 2009. Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil*. Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Brasília, 2010.
- 33 Brasil, Ministério da Saúde. *Obesidade*. (Série A – Normas e Materiais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica – nº 12). Brasília, DF: 2006: 110 p.
- 34 American Heart Association. *Heart disease and stroke statistics*. Update. Dallas, Texas: American Heart Association; 2005.

35 Martinez TLR, . Determinação do nível de colesterol de 81.262 brasileiros. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 2003; 80 (6): 631-4.

36 Levy-Costa RB. . Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Revista de Saúde Pública 2005; 39(4): 530-40.