



---

ISSN Eletrônico: **2525-5908**

[www.revistafarol.com.br](http://www.revistafarol.com.br)

**Avaliação nutricional em pacientes com intolerância a lactose e  
obesidade**

Meyre Cristiane Peres

Deborah Leiliany Alves

Cassia da Silva Faria

## Avaliação nutricional em pacientes com intolerância a lactose

Meyre Cristiane Peres <sup>1</sup>

Deborah Leilliany Alves Gonçalves <sup>2</sup>

Cássia da Silva Faria <sup>3</sup>

**RESUMO:** O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e fatores de risco da paciente 1- K.A. de 32 anos do sexo feminino, intolerante à lactose, verificando o estado nutricional, circunferência da cintura, idade e escolaridade. Com as informações obtidas no estágio e no recordatório 24 horas da paciente de uma alimentação errônea e seu histórico familiar/genético a patologia trás consequências metabólicas no seu organismo, principalmente quando não tratada, esse estágio permitiu desenvolver uma metodologia, onde a orientação associada a uma dieta correta a paciente terá melhores resultados em seu organismo, pois a lactose é um carboidrato (açúcar) presente no leite. Trata-se, mais especificamente de um dissacarídeo formado pela junção de dois monossacarídeos, a glicose e a galactose. Para que a lactose seja absorvida pelo organismo, é necessária ação de uma enzima denominada lactase, a lactase é uma enzima comum a todos os mamíferos e no ser humano é produzida no intestino delgado. A lactose é um dissacarídeo hidrolisado pela enzima lactase, que libera seus componentes monossacarídeos para absorção na corrente sanguínea. Na falta dessa enzima, a lactose é fermentada no cólon causando desconforto abdominal entre outras patologias, a alimentação planejada é o principal objetivo. A obesidade é considerada uma doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT), diagnóstico encontrado no paciente 2-A.Z. de 36 anos, sexo masculino, observou-se sobrepeso da amostra, respectivamente, com associação significativa entre o estado nutricional do paciente. No que tange ao paciente A.Z. verificou-se valores circunferência da cintura elevados, IMC obesidade grau II, gordura abdominal localizada. Estas informações adquiridas no estágio permitiram desenvolver uma metodologia de conscientização adequação e reeducação na sua alimentação as atividades preventivas e educacionais fossem desenvolvidas, de modo a melhorar a qualidade de vida e a produtividade do mesmo, associando o seu recordatório de 24 horas sua rotina diária e seu histórico familiar/genético e a adaptação a uma dieta saudável e a inclusão de atividade física, pois a obesidade é o acúmulo excessivo de gordura corporal em extensão tal, que acarreta prejuízos à saúde dos indivíduos. A etiologia da obesidade é um processo multifatorial que envolve aspectos ambientais e genéticos, para tanto, contamos com uma transição nutricional e um processo de modificações sequenciais no consumo, observando os aspectos econômico, sociais e demográficos.

**Palavras-chave:** Obesidade; Estado Nutricional; Doenças Crônicas Intolerância a lactose Deficiência de Lactase, Epidemiologia.

## Education in the penitentiary system

**ABSTRACT:** The present work has as its foundation exposed as people who are deprived of their rights within the penitentiary have the right to study. Today we can observe in the media that crime is increasing constantly that is everywhere, this urban area to the countryside. Through education it is possible that resocialize and turn these people who are in the prison system. Education is a human right of any person, is part of the life of human beings. It is worth noting that we have a new look at the educational social projects where it makes the apenados participate and change its inappropriate attitudes to society. The methodology used for this article has as theoretical basis the review of literature that discuss about the education in the prison system.

**Keywords:** Human right; Prison system; Education.

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Nutrição da Faculdade de Rolim de Moura - FAROL.

<sup>2</sup> Prof. Esp. Orientadora e docente da Instituição de Ensino Superior Faculdade de Rolim de Moura - FAROL.

<sup>3</sup> Prof. Me. Co-orientadora e docente da Instituição de Ensino Superior Faculdade de Rolim de Moura - FAROL.

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento Clínico realizado nas Clínicas Escolas tem como objetivo componente curriculares no processo de organização dos conhecimentos, com o intuito de unificar a teoria e prática do saber acadêmico e saber profissional. O estágio é parte do processo de formação do acadêmico, abrangendo um âmbito multidisciplinar, propondo assim o objetivo de planejar, organizar, supervisionar e avaliar o estado nutricional do paciente, elaborando e organizando diagnóstico nutricional embasados nos dados clínicos bioquímicos, antropométricos e dietéticos. E utilizando desses dados para traçar metas dietoterápicas e avaliar os resultados obtidos de forma precisa e assim verificar se o plano alimentar gerou resultados, pois o intuito deste é de promover a saúde e recuperação do estado clínico dos pacientes.

No diagnóstico encontrado no paciente 1- K.A é de Intolerância à Lactose essa patologia é a incapacidade de digerir completamente o açúcar (lactose) presente nos produtos lácteos, como leite e seus derivados. Ela acontece por uma deficiência na produção da enzima lactase, responsável pela síntese da lactose. A Lactose, um dissacarídeo característico do leite é utilizado pelo organismo para intensificar a absorção de vários sais minerais, incluindo cálcio, magnésio e zinco. Ela também promove o crescimento de bactérias intestinais e é uma das principais fontes de galactose, um nutriente essencial para a formação dos galactolipídios cerebrais. (TUMAS, R; CARDOSO, A. L 2008).

Para tanto, uma alimentação padronizada com cardápios para atender as necessidades da patologia e a importância da conscientização da deficiência congênita de Lactase, ou seja, a enzima responsável pelo metabolismo. Contudo, os atendimentos com a paciente na clínica escola estendem-se ao progresso constatado ao decorrer do estágio.

No diagnóstico encontrado no paciente 2- A.Z é de obesidade grau II, por ser uma doença crônica, a obesidade requer tratamento em longo prazo, doença integrante do grupo de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis a obesidade do paciente estende-se a uma alimentação rica em açúcar e carboidratos e a falta de atividades físicas representa o problema nutricional de maior ascensão observado nos atendimentos na clínica escola e inserir consumo de frutas, cereais, verduras e legumes, a qual, aliada à da atividade física, são pilares os quais definem a importância para a redução do peso com qualidade de vida.

Atualmente a localização abdominal de gordura que é o caso do paciente 2-A.Z, mostra-se mais associada a distúrbios metabólicos e riscos cardiovasculares como dislipidemias, hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Assim, essas medidas vêm sendo largamente utilizadas em estudos como indicadores da gordura abdominal, seja pela sua associação com a ocorrência de doenças cardiovasculares como, por exemplo, a hipertensão arterial, seja pela alta correlação que possuem com métodos laboratoriais de avaliação da composição corporal (GUEDES, D. P e GUEDES, J. E. R. P, 1998).

## **2.OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar e aplicar a dietoterapia em pacientes com sobrepeso e intolerância a lactose em atendimento na clínica escola de Nutrição.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Realizar uma avaliação nutricional dos pacientes adultos com sobrepeso e a intolerância a lactose, com acompanhamento e tratamento aos pacientes em estudo.
- Desenvolver ações de saúde para elevar o nível de conhecimento dos pacientes em estudo sobre essas doenças.
- Promover a prática de alimentação saudável, assim como estimular a prática de exercício físico.
- Analisar eficácia do tratamento dietoterápica instituído durante o tratamento.

### 3. MÉTODOS

As pessoas estudadas, ambos os sexos, de uma empresa localizada no Município de Rolim de Moura, residentes na mesma. Para a avaliação antropométrica, coletou-se peso, estatura e circunferência da cintura. Os indivíduos foram pesados, descalços e com o mínimo de vestimentas, em balança eletrônica de bioimpedância da marca OMRON capacidade de 150 kg. A estatura foi verificada com o auxílio de um estadiômetro tipo trena, marca WCS WOOD COMPACT, estando o colaborador em posição ereta, com os pés juntos, mãos ao lado do corpo e cabeça posicionada num ângulo de 90°, plano Frankfurt. Para a avaliação do estado nutricional, utilizou-se a classificação do índice de massa corporal (IMC) com os pontos de cortes da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os colaboradores foram então classificados segundo IMC.

Para medir as dobras cutâneas utilizamos o Adipômetro Cescorf. A Circunferência de cintura, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é a medida da região do abdômen, no ponto médio entre a borda inferior da última costela e a borda superior da crista ilíaca, onde pode se concentrar a gordura visceral, diretamente relacionada a diversos riscos, como aumento da pressão arterial, diabetes e colesterol alto, fatores que elevam o risco de doenças cardiovasculares. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que a medida igual ou superior a 94 cm em homens e 80 cm em mulheres indica risco de doenças.

A Relação cintura x quadril (RCQ), é o cálculo que se faz a partir das medidas da cintura e do quadril para verificar o risco de doenças cardiovasculares. A relação cintura-quadril é calculada dividindo-se a medida da circunferência da cintura em centímetros pela medida da circunferência do quadril em centímetros. O índice de corte para risco cardiovascular é igual ou maior que 0,85 para mulheres e 0,90 para homens. Um número mais alto demonstra maior risco. Quanto menor o valor da relação, melhor. Mulheres com RCQ de 0,8 ou menos, ou homens com RCQ de 0,9 ou menos são considerados "seguros". Uma relação de 1,0 ou maior, para qualquer gênero, é considerada "em risco".

O aparelho de bioimpedância consegue avaliar a porcentagem de gordura, músculo, ossos e água do corpo porque uma corrente elétrica passa pelo corpo através de placas de metal. Essa corrente viaja

Facilmente pela água e, por isso, tecidos muito hidratados, como os músculos, deixam a corrente passar rapidamente. Já a gordura e os ossos possuem pouca água e, dessa forma, a corrente tem maior dificuldade para passar e assim a diferença entre a resistência da gordura, em deixar a corrente passar, e a velocidade com que ela passa em tecidos como os músculos, por exemplo, permite que o aparelho calcule o valor que indica a quantidade de massa magra, gordura e água.

Para medir as dobras cutâneas o instrumento é o Adipômetro, que é composto de um relógio, com uma haste fixa aonde segurei com o dedo polegar, e um haste móvel a qual foi manuseada pelo dedo indicador juntamente com os outros três dedos. A mola do Adipômetro é fundamental, pois ela gera uma pressão constante nas hastes, e o manuseio em si do Adipômetro deverá ser com o dorso da mão, e o polegar, apenas com essa manobra para medida das dobras cutâneas da avaliação antropométrica e assim executar a leitura corretamente da espessura da dobra cutânea através do relógio do Adipômetro, no aparelho podemos notar que temos dois relógios um maior e outro menor, o relógio maior gira no sentido horário, e o menor no sentido anti-horário, alisando primeiro o relógio maior, temos uma medida de milímetros de espessura ou de abertura da haste móvel.

A medida da circunferência da cintura foi obtida segundo a OMS com o auxílio de uma fita métrica extensível, de material resistente, com precisão de 0,1cm e 150cm, estando o indivíduo despido nesta região, em pé, com os pés juntos, os braços estendidos lateralmente e o abdômen relaxado. Para identificar excesso de massa de gordura na região do tronco, utilizaram-se os pontos de corte acima citados.

## **4. DESENVOLVIMENTO**

### **4.1 Identificações do Paciente I**

Paciente K.A, mulher, nível de escolaridade até o ensino médio, trabalha sentada por horas sempre no computador, sua idade é de 32 anos com 163 cm, 54 kg, sedentária com intolerância a lactose, informação obtida pela própria paciente, relatando que sente fortes cólicas principalmente pela manhã onde a mesma ingere leite, porém em seguida toma enzima

lactase. No momento da primeira consulta percebemos inchaço na área abdominal, raramente a paciente insere frutas, legumes e verduras e toma aproximadamente 1 litro e 200 ml de água.

## Identificações do Paciente II

Paciente, A.Z homem, nível de escolaridade graduado e pós-graduado, trabalha sentado por horas somente com computadores, sua idade é de 36 anos com 180 cm, 118 kg, sedentário, IMC é de 35,2 kg/m<sup>2</sup>, com quadro de obesidade grau II, onde sua prevalência concentra-se no abdômen, tendo em vista que a obesidade é caracterizada pelo excesso de gordura corporal, entretanto, os depósitos de gordura no corpo não são constituídos de forma uniforme. No momento da primeira consulta percebemos que o paciente estava cansado, apresentava inchaço nos pés e tornozelos, dificuldade está na ingestão de sal e pelo seu histórico de hipertensão.

## 4.2 Estilo de vida, Consumo Alimentar e Funcionamento do Paciente I

A História Social (HS) relatou que mora sozinha, tem hábito de fazer suas refeições em frente da televisão, acorda tarde, dorme tarde e não pratica atividades físicas, paciente não faz uso de cigarros, álcool, em seu recordatório, houve ingestão de leite no café da manhã seguindo do uso da enzima lactase, pouca água durante o dia e noite, nenhuma fruta, legumes e vegetais em suas refeições, o almoço foi a mesma no jantar, deste recordatório a paciente consumiu: Recordatório da paciente K.A, com base nas medidas caseiras, as quais foram mostradas para a paciente se embasar e assim constituir um recordatório mais preciso.

Figura 1- Medidas caseiras Para Paciente I e paciente II



Quadro 1- Recordatório Alimentar Paciente K.A.

Horário	Porções/gramas	Grupo alimentar	Ingestão / Kcal
<b>Café da manhã 9:00</b>	01 xícara 50ml 01 xícara 100ml	G. açúcares e doces Leite	Café com açúcar-35,4 kcal Leite desnatado 35 kcal
<b>Colação</b>	Não houve		
<b>Almoço 13:00</b>	08 clh.sp. cheia 250g 01 concha 86g 03 clh. Sp rasa 90 g	G. do arroz G. das leguminosas G. das carnes	Arroz Branco- 300 kcal Feijão c. caldo- 55kcal Carne moída refogada- 90kcal
<b>Lanche 16:00</b>	01 xícara 50ml 08 bolachas recheadas de morango 10 g. cada	G. açúcares e doces G. açúcares e doces	Café c/açúcar-35,4 kcal 373,36 kcal
<b>Jantar 23:00</b>	08 clh.sp. cheia 250g 01 concha 86g 03 clh. Sp rasa 90 g	G. do arroz G. leguminosas G. das carnes	Arroz Branco- 300 kcal Feijão c. caldo- 55kcal Carne moída refogada- 90kcal
<b>Ceia</b>	Não houve		
<b>Água no período Dia todo</b>	06 copos de 200ml		200 ml
<b>Total de K.cal</b>			<b>569 kcal</b>

## Estilo de vida, Consumo Alimentar e Funcionamento do Paciente II

A História Social (HS) casado tem hábito de fazer suas refeições na sala de jantar com sua esposa, acorda tarde, dorme tarde e não pratica atividades físicas, paciente não faz uso de cigarros, álcool, em seu recordatório, paciente A.Z, com base nas medidas caseiras, as quais foram mostradas para a paciente se embasar e assim constituir um recordatório mais preciso.

Quadro 2- Recordatório Alimentar Paciente A.Z.

horário	Porções/gramas	Grupo alimentar	Digestão / Kcal
<b>Café da manhã</b>	Não houve		
<b>Colação</b>	Não houve		
<b>Almoço 13:00</b>	10 clh.sp. cheia 02 concha 86g 02 bifés médios fritos 01 lata de coca cola	G. do arroz G. leguminosas G. das carnes G. açúcares e doces	Arroz Branco- 375 kcal Feijão c. caldo- 110 kcal Carne de boi 252 kcal 47 kcal
<b>Lanche 16:00</b>	03 xícaras 50ml	G. açúcares e doces	Café com açúcar-106,20 kcal
<b>Jantar 23:00</b>	08 clh.sp. cheia 250g 01 xícara de purê de batata 05 clh. Sp rasa 90 g	G. do arroz G. leguminosas G. das carnes	Arroz Branco- 300 kcal 10-kcal Carne moída refogada- 16,78kcal
<b>Ceia 1:40</b>	01 pão Frances 03 fatias finas de presunto cozido magro	G. dos pães G. carnes	0 kcal 9 kcal
<b>Água no período Dia todo</b>	10 copos de 200ml		2000 ml
<b>Total de K.cal</b>			<b>965 kcal</b>

### 4.3 Análises Fisiopatológicas da Paciente I

A intolerância à lactose pode ser congênita, primária ou genética e secundária ou adquirida, descritas na sequência, segundo Heyman (2006). A deficiência de lactase primária é a ausência de lactase, parcial ou total, que se desenvolve na infância, em diferentes idades e em diferentes grupos raciais sendo a causa mais comum de má absorção de lactose e intolerância. A intolerância à lactose é causada pela falta da enzima lactase, por este motivo a mesma faz uso de enzima lactase. Intolerância à lactose é a incapacidade de digerir o açúcar lactose devido a uma deficiência da enzima digestiva lactase, provocando diarreia e cólicas abdominais.

A deficiência secundária de lactase é resultado de lesões no intestino delgado ou por alguma patologia, em decorrência disso temos: espru tropical e não tropical, desnutrição, colite ulcerativa, enterite regional, entre outras. Quando a concentração plasmática de cálcio cai, a glândula paratireoide é estimulada a liberar o paratormônio PTH que aumenta prontamente a remoção renal de fosfato, a reabsorção tubular renal de cálcio, ativa os locais de reabsorção óssea onde ocorre reabsorção e ativa a vitamina D para aumentar a absorção intestinal de cálcio produzida pela síntese cutânea ou através da ingestão de alimentos. A vitamina D (colecalfiferol) é que contenham este nutriente tornando-se funcional com seu papel biológico primário na homeostase do cálcio e fósforo.

Observando as concepções de Shils de que a absorção de cálcio ocorre por duas vias: a via transcelular onde ocorre uma transferência saturável (ativa) que envolve a calbindina e a via paracelular onde ocorre uma transferência não saturável (por difusão) que é uma função linear do conteúdo de cálcio do quimo (SHILS et al., 2003), dietas deficientes de cálcio estão associadas ao rareamento e estreitamento do tecido ósseo, conhecido como osteoporose.

## **Análises Fisiopatológicas da Paciente II**

A obesidade e o excesso de peso corporal constituem um grande problema de saúde pública, fatores de risco relevantes para o surgimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes tipo 2, cardiopatias, hipertensão, acidentes vasculares cerebrais e certos tipos de câncer, apresentando-se como uma epidemia mundial

Os músculos, ossos e gordura, que são os componentes corporais, são os que podem causar maiores variações no peso total. O sobrepeso ou excesso de peso corporal pode ocorrer em função de alterações em apenas um desses componentes ou no conjunto deles. A obesidade pode ser definida como o aumento excessivo da quantidade de gordura, generalizada ou localizada, em relação ao peso corporal, associando-se a riscos elevados à saúde.

A obesidade é um distúrbio nutricional e metabólico caracterizado pelo aumento da massa adiposa do organismo, que se refere no aumento do peso corpóreo. O aumento excessivo de gordura corporal pode provir do aumento do número de celular adiposo a hiperplasia ou o tamanho das células adiposas a hipertrofia. (POWERS e HOWLEY, 2005).

Alguns estudos têm-se preocupado em caracterizar o tipo de obesidade a que as populações estão sujeitas, visto que a deposição de gordura na região abdominal oferece maior risco à saúde do que a obesidade generalizada (SUPLICY, H. L)

O acúmulo de gordura na região do tronco e abdome, denominada de obesidade abdominal ou central (androide), mais frequente nos homens, está associado a maior morbidez e mortalidade que a gordura corporal localizada na região periférica. A obesidade abdominal ou androide, o aumento de tecido adiposo na região abdominal, é considerada um fator de risco, a concentração excessiva de gordura na região abdominal associada ao excesso de peso relaciona-se com diversas disfunções metabólicas e está associada à maior risco de morbimortalidade decorrente da doença aterosclerótica e suas consequências, como a doença arterial coronariana (BRAY, G. A, 2003).

A obesidade, sobretudo a abdominal, predispõe a pessoa a uma série de fatores de risco cardiovasculares por associar-se com grande frequência a condições como dislipidemias, hipertensão arterial, resistência à insulina e diabetes mellitus que favorecem a ocorrência de eventos cardiovasculares.

A prevalência do paciente com obesidade abdominal revelada nesta investigação e reflete a magnitude do problema, que tem atingido contornos epidêmicos. Essa heterogeneidade na distribuição da obesidade abdominal acelera o processo o qual o paciente já se encontra com hipertensão e cálculos renais.

#### **4.4 História Clínica da Paciente I**

O caso clínico é de intolerância a Lactose e as queixas da paciente são de inchaço abdominal, fortes cólicas, diarreias quando a mesma consome derivados de leite e quadro de anemia constante, a História da Doença Atual (HDA) iniciou-se na adolescência e o tratamento é fazer uso de enzima lactase. A História Patológica Progressiva (HPP) da paciente inclui anemia, dengue, já na fase adulta. A História Familiar (HF) os avós paternos e maternos constam diagnóstico de diabetes e hipertensão arterial, seu pai com câncer de pele, avô paterno câncer de próstata e tia (paterno) câncer de intestino.

## História Clínica da Paciente II

O caso clínico é de obesidade grau II e as queixas da paciente são de cansaço, inchaço nos pés e tornozelos, o paciente queixa também de dores nas costas, mas não são com frequência. A História da Doença Atual (HDA) iniciou-se na vida adulta. A História Patológica Pgressa (HPP) do paciente é de hipertenso e tem problemas de cálculo renal. A História Familiar (HF) os avós paternos e maternos constam diagnóstico de hipertensão arterial, sua mãe e tios maternos faleceram de câncer.

### 4.5 Dados Antropométricos da Paciente I e Paciente II

Quadro 3- Dados Antropométricos dos pacientes atendidos na Clínica Escola de Nutrição

	PACIENTE 1 K.A		PACIENTE 2 A.Z	
AVALIAÇÃO/DATA	22/08/2018	15/10/2018	22/08/2018	15/10/2018
Idade	32	32	36	36
Peso atual (kg)	57,800	58,500	118	116,5
Estatura (cm)	1,63	1,63	1,83	1,83
CB (cm)	28	28	34	34
PCT (mm)	18	18	22	22
PCB (mm)	10	10	18	18
PCSE (mm)	20	20	24	24
PCAB(mm)	30	30	38	38
PCSI (mm)	20	20	28	28
IMC (Kg/cm <sup>2</sup> )	21	21	36,45	36,05
C. cintura (cm)	71	71	119	118
C. quadril (cm)	95	94,5	134	134
C. Abdominal(cm)	72	70	118	116
C. Coxa (cm)	48	48	55	55
C. Panturilha(cm)	33	33	43	42
IMC normal	21,8 kg/m <sup>2</sup>	21,8 kg/m <sup>2</sup>	34,9kg/m <sup>2</sup>	34,9kg/m <sup>2</sup>
Idade do corpo (Body age)	23	23	73	73

RCQ	0,74	0,75	0,88	0,88
GEB	1.346,48	1.503,60	2.400,64	2.348,98
GET	1.615,77 kcal	1.804,32 kcal	2.880,00 kcal	2.818,77 kcal

De acordo com o quadro 3 a paciente 1 K.A, houve evolução quanto ao ganho de peso, na circunferência do quadril e circunferência abdominal, observa-se que a redução é sinal de que o inchaço diminuiu. Quanto ao IMC de 21 kg/m<sup>2</sup> a paciente está com eutrofia limitante, neste caso sem evolução no retorno, com a porcentagem de gordura corporal de 23% e a massa corporal de 44,5%, com sua idade do metabólica com característica menor que sua idade, porém vale ressaltar que a paciente mesmo com seu (Body Age) sendo feliz aos olhos a mesma tem quadro clínico de IL Intolerância a Lactose, com relatos da mesma de constante diarreia e anemia sempre presente em sua vida. E de acordo com as equações de Harris-Benedict, foram equacionados o GEB e GET para ambos pacientes.

Contemplando o quadro 3 o paciente 2 A.Z, apresentou obesidade grau II, como apresenta no quadro IMC de 36,45 evoluindo com redução de 1,5 Kg no retorno, para risco metabólico identificado pela circunferência cintura, nota-se que o paciente ainda permanece em risco, observando também que houve uma diminuição na circunferência abdominal e na circunferência da panturrilha, onde o paciente apresentava sinais de inchaço, com o percentagem de gordura corporal de 305 e massa corporal de 82,6%, sua idade metabólica avançada, característica esta devido sua composição de gordura corporal em excesso, corporal total e abdominal.

Considerando a RCQ ambos estão com valor <1 (paciente 1=0,74 e paciente 2=0,88), porém destaca-se que o paciente 2 apresenta o quadril elevado (134 cm) o que interfere no resultado final RCQ, podendo equivocadamente ser classificado como sem risco.

#### 4.6 Aspectos clínicos Paciente I

Sinais nítidos de inchaço abdominal na primeira avaliação que neste quadro um cuidado com a diarreia e considerável, tendo em vista danos causados como: úlcera gastrintestinal, alguns tipos de câncer, patologias que acarretam a má absorção dos nutrientes a ausência de

outros nutrientes provenientes dos alimentos e que deveriam ser absorvidos pelo intestino delgado, mas que acabam não sendo contribuí para a desnutrição, especialmente nos casos de diarreias crônicas. Com isso pode vir a agravar o intestino e pode não só deixar de absorver, mas também passa a perder pela sua mucosa proteínas, é o caso das chamadas enteropatias perdedoras de proteínas, a desidratação pode chegar a prejudicar a função dos rins. (TUMAS, R; CARDOSO, A. L 2008).

## **Aspectos clínicos Paciente II**

Paciente também apresentou sinais nítidos de inchaço, porém estes são sem seus pés e tornozelos, paciente hipertenso com alimentação de alto teor de sal e embutidos pode causar essas alterações, principalmente que o quadro patológico do paciente indica também cálculos renais, isso podem do até acarretar neurológicas graves, levando o paciente ao coma, e a perda de potássio pode ocasionar fraqueza muscular, colocando em risco a uma parada cardiorrespiratória. A hipertensão arterial sistêmica, também conhecida popularmente como a doença da pressão alta, é uma doença silenciosa. Geralmente, não provoca sintomas, mas se não for devidamente controlada, pode levar ao surgimento de vários problemas de saúde como infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais, edema agudo de pulmão, dissecação de aorta, podendo levar à morte (BRAY, G. A, 2003).

A hipertensão arterial não tem cura, mas pode ser controlado com o uso regular de remédios para pressão alta prescrita pelo cardiologista, exercício físico regular, na associação de uma dieta com pouco sal.

## **4.7 Medicamentos Paciente I**

A paciente faz uso de alguns medicamentos prescritos pelo médico, depois do diagnóstico e exames analisados, porém a paciente não tem mais esses exames, mas faz uso de Centrum, com o objetivo suprir as prováveis deficiências de nutrientes que a dieta fica a desejar, Centrum é um suplemento vitamínico-mineral. A paciente faz uso também da enzima lactase.

Existem diversas enzimas no nosso organismo com a função de quebrar moléculas e auxiliar no processo digestivo. A lactase é a enzima responsável pela hidrólise da lactose (quebra da lactose em galactose e glucose). É justamente a deficiência na produção desta enzima pelo nosso organismo a causa principal da intolerância à lactose.

Esta mesma enzima também é fabricada em escala industrial e muito utilizada pela indústria de laticínios para a produção de alimentos deslactosados. O processo de hidrólise da lactose ocorre durante o processo de fabricação do alimento com o objetivo de oferecer produtos que possam ser consumidos por quem tem intolerância à lactose (ALBUQUERQUE, L. C. 1997).

## **Medicamentos Paciente II**

O paciente faz uso de Micardis que é indicado para o tratamento da hipertensão arterial, o mesmo é indicado também para a prevenção de lesão cardiovascular (doenças ou afecções que acometem o coração e/ou vasos sanguíneos). Micardis impede a ação de uma substância presente no organismo que provoca aumento da pressão arterial. Desta forma, a pressão arterial é reduzida.

As medidas referentes às modificações no estilo de vida, especialmente a redução de peso, da ingestão de sal, também a reeducação de uma dieta rica em fibras e pobre em gordura saturada, além de uma atividade física regular, já se mostraram comprovadamente eficazes na redução da PA, na melhora da eficácia anti-hipertensiva e na diminuição do risco cardiovascular (RIBEIRO AB, 1996).

## **4.8 Diagnóstico Nutricional Paciente I**

O diagnóstico da paciente foi baseado em relatos no dia da consulta, pois a mesma não disponibilizou exames bioquímicos, dados esse que norteariam com maior êxito a conduta dietética, mas diante do principal objetivo que parte do princípio para ajuda-la com a diminuição do inchaço abdominal, cólicas, gases e diarreia. Diante de tal as medidas

antropométricas das dimensões corpóreas, constituiu-se na investigação a qual se ocupa na medição e dimensões do corpo humano.

A paciente com IL não está alimentando-se corretamente, os horários de suas refeições são distorcidas, no entanto, o organismo humano precisa de nutrientes para funcionar plenamente como vitaminas, minerais, proteínas, carboidratos, açúcar e até gorduras. Todos esses elementos são obtidos por meio da alimentação para o bom funcionamento do organismo. A paciente relatou acometida de anemia, essa anemia é em detrimento da perda de nutrientes pela diarreia.

### **Diagnóstico Nutricional Paciente II**

O diagnóstico do paciente na primeira consulta apresentou peso de 118 com IMC de 35,24kg/m<sup>2</sup>, encontra-se com obesidade grau II inchaço nos pés e tornozelos, dores nas costas e cansaço constante, começamos com uma dieta e caminhadas e muito líquido. Pois No tratamento da obesidade deve-se objetivar, não só a perda de peso, mas também a correção dos fatores de risco cardiovascular. A meta é reduzir o peso corporal do paciente para valores consideráveis normais, através de dietas com conteúdo calórico muito baixo, redução do sal, tendo em vista que o paciente relatou que é hipertenso e que tem cálculos renais, mas, o paciente não apresentou exames e isso contribui para uma lacuna em como realmente proceder, tendo em vista isso e com compromisso para a perda de peso e com os relatos do paciente focamos em uma dieta rica em frutas, legumes, verduras, fibras e água, conforme orientação nos atendimentos na Clínica Escola. Para tanto foi considerada prática regular de exercícios físicos.

A perda de peso sempre estará na dependência de um balanço energético negativo, conseqüente à menor ingestão alimentar em relação ao gasto calórico. Classicamente esta situação é alcançada com o binômio redução da ingestão alimentar e aumento da atividade física. Além disso, a obesidade é uma doença multifatorial e o controle dos fatores ambientais se faz necessário (BOUCHARD, C, 2003).

#### 4.9 Prescrição Dietoterápica Paciente I

Com base no diagnóstico clínico a prescrição dietética, vai de encontro levando em consideração fatores do resultado da avaliação nutricional da paciente. É importante esclarecer, que a prescrição Dietoterápica, segundo a Lei nº 8234 de 1991 e a Resolução CFN nº 380 de 2005, é prática privativa do Nutricionista, não podendo ser realizada por nenhum outro profissional. A Prescrição Dietoterápica deve buscar a utilização da maior variedade possível de alimentos, priorizando alimentos regionais e hortaliças e frutas da época. O cardápio da paciente requer um lanche da tarde reforçado pelo horário de seu jantar, porém a sugestão passada é que a mesma leve sua refeição (jantar) para seu emprego e assim ter melhor distribuição de suas refeições em horários mais equilibrados, o horário que a mesma trabalha é das 16:50 às 22:40.

Quadro 4- Cardápio elaborado mediante as necessidades da Paciente K.A.

Refeição Horário	Porções/ gramas	Grupo alimentar	Sugestão	Kcal	LP (g)	PTN (g)	CHO (g)
<b>Café da Manhã</b> 8:30	02 fatias 50g	Pães	Pão de linhaça s/lactose	163	2,85	6,6	4,0
	25g	Oleaginosas	Castanha do Pará	164	15,87	3,58	6,25
	25g	Doces/açuca res	Geleia de mocotó	26,5	0,025	0,5	6,25
	01 xic. 90ml		Café com açúcar	14,05	0,2	0,9	59,40
<b>Colação</b> :30 <b>Água</b> <b>Manhã</b>	100g	Frutas	Bananas nanicas	184	0,2	2,8	23,8
	04 copos 200 ml		Exigência				
<b>Almoço</b> :00	08clh.sp.250g	Cereais	Arroz Branco	320	0,5	18	70,7
	01conch125g	Leguminosas	Feijão c. caldo	69	10,0	4,4	4,6
	100g	Carnes	Bifes de boi magro grelhado	312	20,0	30,7	0,0
	50g	Vegetais B	Brócolis/cozido	12,5	0,25	1,05	2,2
	50g	Vegetais A	Abóbada	6,5	0,05	0,9	1,1
	100 ml	Grupo das frutas	Suco/goiaba açúcar	54	0,4	1,1	75
<b>Lanche</b> :00	100g	Frutas	Maça in natura	63	0,2	0,2	16,6
	80g	Ovos	omelete	74,4	6,0	5,18	0,55
	100g	Carnes	carne moída refogada	251	20,4	6,3	10,6
	01 xícara 90ml	G.açucares /doces	Café com açúcar	14,5	0,2		59,40
<b>Água</b> <b>tarde</b>	08 cop. 200 ml		Exigência				

<b>Jantar 50h</b>	100g	leguminosas	Purê de batata inglesa	52	TR	0,6	11,9
	100g	Carnes	Sardinha assada	164	3,0	32,2	0,0
	100g	G.vegetais A	Espinafre cozido	67	5,4	2,7	4,2
	100g	G.vegetais B	Beterraba crua ralada	16	0,05	0,65	3,6
	100ml	Frutas	Suco/polpa acerola	11	TR	0,6	4,9
<b>Ceia</b>	100g	Frutas	Abacate	96	8,4	1,2	6,0
	10 g	Doces/açúcar	Mel	37,12	0,0	0,0	8,4
<b>Total</b>				<b>2.171,0</b>	<b>94g</b>	<b>120g</b>	<b>379,45g</b>

## Prescrição Dietoterápica Paciente II

A Prescrição Dietoterápica deve buscar a utilização da maior variedade possível de alimentos, priorizando alimentos regionais e hortaliças e frutas da época. O cardápio da paciente também requer um lanche da tarde reforçado pelo horário de seu jantar, porém a sugestão passada também é que o mesmo leve sua refeição (jantar) para seu emprego e assim ter melhor distribuição de suas refeições em horários mais equilibrados, o horário que a mesma trabalha é das 14:00 às 18:00 e das 19:00 às 22:40, como é na mesma empresa o paciente não vai para casa, ficando assim este intervalo de 1 hora nas dependências da empresa até iniciar suas atividades noturnas.

Quadro 5- Cardápio elaborado mediante as necessidades do Paciente A.Z.

Refeição Horário	Porções/gramas	Grupo alimentar	Sugestão	Kcal	LP	PTN	CHO
<b>Café da Manhã 8:30</b>	01 fatias 25g	Pães	Pão de aveia	87,75	1,42	3,1	15
	02 fatias 25g	Leite	Queijo minas	80,25	6,15	5,3	15,5
	01 xícara 90ml	açúcar/doce	Café com açúcar	14,05	0,2	0,9	59,40
<b>Colação 13:30 Lanche Manhã</b>	03 fatias 100g	Frutas	Abacaxi	48	0,1	0,9	12,3
	04 copos 200ml		Exigência				
<b>Almoço 19:00</b>	06 clh.sp. 187g	Cereais	Arroz integral	232	1,87	4,87	
	01 cch 125g	leguminosas	Feijão c. caldo	69	10,0	4,4	48,42
	100g	Carnes	Bifes de boi magro grelhado	312	20,0	30,7	4,6
	50g	Vegetais B	Brócolis/cozido	12,5	0,25	1,05	00,0
	50g	Vegetais A	Abóbora	6,5	0,05	0,9	22,2
100 ml	Frutas		41	0,1	0,7	11,1	

			Suco/laranja s/açúcar				88,7
<b>Lanche :00</b>	100g	Frutas	Maça in natura	63	0,2	0,2	116,6
	80g	Ovos	melete	74,4	6,0	5,18	00,55
	01 xícara 90ml	Açucars/doces	Café com açúcar	14,5	0,2	0,9	559,40
		Pães	Pão de aveia	87,75	1,42	3,1	115
<b>Água rde</b>	01 fatias 25g 08 c. 200 ml		Exigência				
<b>Jantar 50h</b>	100g	Leguminosas	Purê de abóbora	39	0,5	1,7	110,8
		Carnes	cabotian	159	2,5	32,0	00,85
	100g	G.v.A	Peito de frango sem	4,5	0,05	0,3	11,55
	50g	G.v. B	pele grelhado	7,5	0,1	0,55	
	50g		Alface americana	11	TR	0,6	
	100ml	Frutas	Tomate Suco/polpa acerola				
<b>Ceia</b>	100g	Grupo/ frutas	Mamão papaia	40	0,1	0,5	10,4
	100g		Tangerina	38	0,1	0,8	9,6
<b>Total</b>				<b>1.441,70</b>	<b>50,76</b>	<b>98,75</b>	<b>289,77</b>

#### 4.10 Características Químicas Paciente I

Paciente K.A, 32 anos, sexo feminino, foi estabelecida uma dietoterapia de 2.171,0 kcal/dia, distribuída em

Desjejum: 16,9%

Colação: 8,47%

Almoço: 35,64%

Lanche da tarde: 18,55%

Jantar: 14,27

Ceia: 6,13%

## **Características Químicas Paciente II**

Paciente A,Z 36 anos, sexo masculino, foi estabelecida uma dietoterapia de kcal/dia, distribuída

Desjejum: 12,62%

Colação: 3,32%

Almoço: 46,68%

Lanche da tarde: 16,62

Jantar: 15,32%

Ceia: 6,13%

### **4.11 Evolução da conduta dietoterápica Paciente I**

Para a evolução da dietoterapia, houve um intervalo de 54 dias para a realização do retorno. No dia quinze de outubro de 2018, no retorno a paciente com IL ganhou de peso de 700 gramas, seguindo a conduta alimentar a qual excluímos leites e derivados, a paciente relatou que havia tido um ganho maior de peso, mas durante este intervalo de 54 dias passou por um estresse e houve perda de apetite, mas, o que temos de grande valia é que está surtindo efeito, pois mesmo com 700 gramas, houve equilíbrio nas fezes não tendo mais diarreia, diminuição de gases e das dores abdominais, a desarmonização no intestino é preocupante a má absorção pode causar deficiência de todos os nutrientes ou deficiências seletivas de proteínas, gorduras, açúcares, vitaminas ou minerais e seu histórico familiar contribui para que a dieta seja seguida rigorosamente e assim o organismo possa estar em harmonia.

## **Evolução da conduta dietoterápica Paciente II**

Seguindo a mesma conduta de agendamento para os pacientes, a evolução da dietoterapia, houve um intervalo de 54 dias para a realização do retorno. Na primeira consulta dia vinte e dois de agosto de 2018 o paciente estava com obesidade grau II. No dia quinze de outubro de 2018, no retorno, o paciente perdeu de 1 quilo e 500 gramas, seguindo a conduta alimentar a qual reduzimos o sal, restringimos refrigerantes, embutidos e frituras, tendo em vista seu histórico patológico relatado pelo paciente, o inchaço nos pés e tornozelos diminuíram, bem como a melhora em sua disposição.

## **RESULTADOS E DISCUÇÃO**

Como base nos dados antropométricos obtidos neste estudo e de acordo com o quadro 3, pôde-se verificar a idade, peso, estatura, CB, PCT, PCB, PCSE, PCAB, PCSI, IMC, CC, CQ, C. Coxa. C. Panturrilha Idade do corpo, RCQ, GEB e GET, refletindo, contudo, dados da Paciente 1 K.A a investigação de seu IMC, levando em consideração a anamnese, o qual traz seu histórico familiar e sua patologia de Intolerância a lactose, contudo preocupante, estabelecer parâmetros para uma dieta que colabore com seu bem estar, pois ao observarmos o quadro 1 recordatório de acordo com as medidas da figura 1, a conduta errônea da paciente, com isso apresentado no quadro 4 cardápio elaborado para um perfil alimentar de melhora para o paciente.

Seguindo dados antropométricos obtidos para o Paciente A.Z, como rege no quadro 3, com grau de obesidade II e levando em consideração o quadro 2 que especifica seu recordatório com as informações obtidas na anamnese, pôde-se analisar com relato do paciente um histórico familiar preocupante e o relato de hipertensão e cálculos renais faz-se necessário uma conduta alimentar precisa como consta no quadro 5

## CONCLUSÃO

A ênfase em práticas clínicas integradas ao processo de educação nutricional é prioritária para a conclusão não só o acesso, mas principalmente a incorporação de hábitos saudáveis.

Frente ao exposto, acreditamos ser necessário criar condutas de investigação em saúde e nutrição que valorizem abordagens metodológicas que partam da perspectiva da Intolerância a lactose. É importante lembrar que o tratamento da patologia é a alimentação, mesmo com o fato de a Intolerância a lactose exigir em seu tratamento a retirada de alguns alimentos, que se não forem substituídos adequadamente podem gerar déficit de peso e estatura, agravos estes que podem vir a gerar outras patologias

Partindo da premissa que obesidade enquanto uma enfermidade multifatorial, não-fragmentada, do grupo de (DCNT) Doenças Crônicas não transmissíveis, promoções de estilos de vida saudáveis como estratégias de intervenção benéficas para o paciente é comumente vinculada no tratamento para que possa ser eficiente e eficaz com abordagens multidisciplinares no âmbito de responsabilidade e do autocuidado.

Neste sentido, promover uma instrumentalização mais eficiente no estilo de vida, bem como atividades físicas e alimentação adequada, ações no âmbito de transição nutricional em um processo de modificações sequenciais no padrão de nutrição e consumo, acompanhadas das mudanças econômicas, sociais e demográficas, permitindo um processo de promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. C. O leite em suas mãos. Juiz de Fora: Concorde. 1997. 3 v. 150p.

ASSOCIAÇÃO Brasileira para Estudos da Obesidade (ABESO). 2009. O Programa escola saudável. Disponível em: [http://www.abeso.org.br/revista/revista20/escola\\_saudavel.htm](http://www.abeso.org.br/revista/revista20/escola_saudavel.htm)  
Acesso em: 04 de outubro 2018.

BRAY, G. A. Sobrepeso, Mortalidade e Morbidade. In: Bouchard, C. (Org.). Atividade física e obesidade. São Paulo: Manole, 2003. p. 35-62.

BOUCHARD, C. Atividade física e obesidade. São Paulo: Manole, 2003.

GUEDES, D. P e GUEDES, J. E. R. P. Controle de peso corporal: composição, atividade física e nutrição. Londrina: Midiograf, 1998.

HALPERN, A.; MANCINI, M. C. (Org.). Manual de obesidade para o clínico. São Paulo: Roca, 2002. p. 61-84.

HARRIS JA, BENEDICT FG. A biometric study of basal metabolism in man. Washington: Carnegie Institute Publication; 1919.

HEYMAN, M. B. Lactose intolerance in infants, children, and adolescents. Pediatrics. v. 118, n. 3, p. 1279-1286. 2006.

POWERS, S. K. e HOWLEY, E. T. Fisiologia do exercício: teoria e aplicação ao condicionamento e ao desempenho. 5. ed. Barueri: Manole, 2005.

RIBEIRO AB, Atualização em Hipertensão Arterial — Clínica, Diagnóstico e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1996;pp.193-223. Atualização em Hipertensão Arterial — Clínica, Diagnóstico e Terapêutica. São Paulo: Atheneu, 1996;pp.193-223.

SHILS, M. E; OLSON, J. A.; SHIKE M.; ROSS, A. C. Tratado de nutrição moderna na saúde e na doença. 9. ed. São Paulo: Manole, 2003. 153-167 p

SUPLICY, H. L. Quais as consequências do excesso de peso? as doenças associadas à obesidade. In: TUMAS, R; CARDOSO, A. L. Como conceituar, diagnosticar e tratar a intolerância à lactose. Moreira Jr, p. 13-20, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: O Índice de Massa Corporal (IMC).  
Previnindo a obesidade Global. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998.

BRASIL. Diário Oficial da União. Lei n o 8234/1991, de 17 de setembro de 1991.  
Regulamenta a profissão de nutricionista e determina outras providências. Acessado em 4 de  
outubro de 2018

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde (OMS). Doenças crônico-degenerativas e obesidade:  
estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. 2003. Disponível em:  
[http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d\\_cronic.pdf](http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf) Acesso em: 4 de outubro de 2018

---

Recebido para publicação em julho de 2019

Aprovado para publicação em julho de 2019