

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE
DO NORTE**

NATHÁLIA MARTINS DANTAS

**AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR EM PACIENTES COM OBESIDADE
MÓRBIDA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FACULDADE
NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE – FARN**

NATAL/RN

2008

NATHÁLIA MARTINS DANTAS

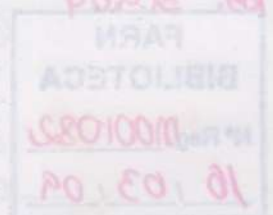
AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR EM PACIENTES COM OBESIDADE MÓRBIDA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE – FARN

Monografia apresentada ao de Curso de Graduação de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para a obtenção do grau de bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof^a. Célia Regina Barbosa de Araújo, Msc.

NATAL/RN

2008



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Dantas, Nathália Martins

Avaliação do consumo alimentar em pacientes com obesidade mórbida atendidos no ambulatório de nutrição da Faculdade Natalense para o desenvolvimento do Rio Grande do Norte-FARN/ Nathália Martins Dantas. – Natal: FARN, 2008.

43f.

Orientador: Célia Regina Barbosa de Araújo (Dra.)

Monografia (Bacharelado em Nutrição) – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Obesidade Mórbida – Monografia. 2. Hábito Alimentar – Monografia. 3. Consumo de Alimento – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 612.39



612.39
D164a
2008
ex. 01

NATHÁLIA MARTINS DANTAS

**AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR EM PACIENTES COM OBESIDADE
MÓRBIDA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FACULDADE
NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE – FARN**

Monografia apresentada ao Curso de Nutrição da Faculdade Natalense
para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, aprovada em _____. _____. _____.
pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Célia Regina Barbosa de Araújo, Msc.
Orientadora

Carina Leite de Araújo Oliveira, Msc.
Membro examinador

Vanessa Teixeira de Lima Oliveira, Msc.
Membro examinador

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois Ele é a grande essência de tudo que acontece na minha vida.

Agradeço aos meus pais, Estevão e Elione, por me darem a vida, me ensinar a ser feliz e proporcionar a oportunidade de estudar nas melhores instituições de ensino de RN, agradeço ainda, pelo exemplo, apoio e carinho. Agradeço, em especial, a minha mãe (exemplo de mulher guerreira) por se empenhar para a grande pessoa que sou hoje.

A minha avó, Maria Andrade Martins, por tudo que me proporcionou ao longo desta jornada.

As minhas irmãs, Nayara e Mayra, por toda compreensão durante esta jornada e pelos momentos de alegria.

Meu namorado, Daniel, por todo seu amor, apoio e incentivo durante esta jornada, por todo apoio e incentivo.

A todos os meus familiares, em especial, as minhas tias, por todo apoio e compreensão nos momentos de ausência, mas também por toda compreensão e incentivo.

Minha orientadora, Profa. Celia Regina, que mesmo passando por dificuldades em relação a sua saúde, contribuiu para o grande trabalho que estou realizando e sempre indicando o melhor caminho a seguir.

A todos os professores que ao longo destes quatro anos me ensinaram a ser profissional e humano.

Aos meus colegas de turma, que me ajudaram a superar as dificuldades e a angústia.

A todos os amigos que colaboraram para que eu chegasse até aqui.

E por fim, quero agradecer a todos os que contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente a todos os que sempre estiveram por mim.

Este trabalho é dedicado, em especial, aos meus pais Estevão José Dantas e Elione Andrade Martins da Silva Dantas, verdadeiras razões da minha vida. E ao meu grande amor, Daniel Cunha de Macêdo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois Ele é a grande essência de tudo que acontece na minha vida.

Agradeço aos meus pais, Estevão e Elione, por me darem a vida, me educar e por ter me proporcionado a oportunidade de estudar nas melhores instituições de ensino do RN, agradeço, ainda, pelo incentivo, apoio e carinho. Agradeço, em especial, a minha mãe (exemplo de mulher guerreira) por te me ensinado a ser a grande pessoa que sou hoje.

A minha avó, Maria Andrade Martins, por tudo que me proporciona ao longo desses tempos.

As minhas irmãs, Nayara e Mayra, por toda compreensão durante este ano e peço desculpas pelos momentos de stress.

Ao meu namorado, Daniel, por todo seu amor, por estar comigo em todas as etapas deste trabalho, por todo apoio e incentivo.

A todos os meus familiares, em especial, as minhas primas por todo apoio dado e pela compreensão nos momentos de ausência, mas sabiam que tudo isto era em meu benefício.

A minha orientadora, Prof^a. Célia Regina, que mesmo passando por momentos de dificuldade em relação a sua saúde, contribuiu para o grande êxito deste trabalho, me ajudando em todas as etapas e sempre indicando o melhor caminho para que conseguíssemos fazer este trabalho bem feito.

A todos os professores que ao longo desses quatro anos nos transmitiram seus conhecimentos para que pudéssemos através desses conseguir a realização dos meus ideais profissionais e humanos.

Aos meus colegas de turma, em especial, Maria do Socorro e Márcia Cristina, pelas alegrias e angustias nas horas de estudo nos dias de provas e realização de casos clínicos.

A todos pacientes que colaboraram para a realização deste tão grandioso trabalho.

E por fim, quero agradecer a todos aqueles que contribuíram diretamente ou indiretamente para que eu pudesse chegar até aqui e que sempre torceu por mim... A todos o meu Muito Obrigada!

RESUMO

A obesidade pode ser definida como uma enfermidade crônica, que se caracteriza pelo excesso de tecido adiposo no organismo. O consumo alimentar ultrapassa o necessário ao longo de toda a sua existência e, de objetivos simples como manter a vida, por necessidade fisiológica, passa a fazer parte do estilo de vida, caracterizado pela omissão de saúde ou doença. Portanto, compreender a essência e hábitos alimentares de diferentes populações pode trazer valiosas contribuições no entendimento da prevalência de doenças relacionadas porque amplia o entendimento de como e onde pode influenciar na saúde de um indivíduo ou de uma comunidade. Com o objetivo de avaliar o consumo alimentar em pacientes com obesidade mórbida atendidos no Ambulatório de Nutrição da FAPPA, o estudo foi realizado em 20 pacientes com obesidade mórbida de ambos os sexos, com idade entre os 20 anos e 50 anos de idade, no período de Maio e Setembro de 2007. Entre pacientes respondentes a um questionário, por meio de entrevista, sobre o consumo e hábitos alimentares. Resultando, ainda, ao final do questionário uma observação subjetiva relacionada à obesidade e alguns registros com um acompanhamento nutricional mais específico. Predominou no estudo o sexo feminino, com 75% das pacientes entrevistadas. A maioria classifica-se, de acordo com BMI, em obesidade grau III. Costumam realizar as refeições em casa, sendo frequentes em 3 refeições por dia, ingerem líquidos durante as refeições, apresentam como preferências alimentares comidas gordurosas e açucaradas, especialmente por verduras e frutas. Predomina o consumo de frutas hipercalóricas, hipoglicídicas e ingestão insuficiente de fibras. Verificou-se o consumo de alimentos dos grupos dos cereais, legumes, verduras, frutas, óleos e gorduras. Conclui-se que os pacientes possuem hábitos e consumo alimentar inadequados, evidenciando a importância de estratégias de programas de educação alimentar contínuos, para que haja formação de indivíduos saudáveis que possam viver com qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade mórbida; hábitos alimentar; Consumo de alimentos.

"Nada na vida está realmente em nossas mãos... mas tudo está diante das nossas possibilidades."

Walter Grando

RESUMO

A obesidade pode ser definida como uma enfermidade crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. O consumo alimentar acompanha o ser humano ao longo de toda a sua existência e, de objetivos simples como saciar a fome, por necessidade fisiológica, passou a fazer parte do estilo de vida, contribuindo para o estado de saúde ou doença. Portanto, compreender e analisar os hábitos alimentares de diferentes populações pode trazer valiosas contribuições no entendimento da prevalência de doenças relacionadas porque auxilia o entendimento de como a dieta pode influenciar na saúde de um indivíduo ou de uma comunidade. Com o objetivo de avaliar o consumo alimentar em pacientes com obesidade mórbida atendidos no Ambulatório de Nutrição da FARN, o estudo foi realizado em 20 pacientes com obesidade mórbida de ambos os sexos, com faixa etária entre os 20 anos e 60 anos de idade, no período de Maio a Setembro de 2008. Estes pacientes responderam a um questionário, por meio de entrevista, sobre o consumo e hábitos alimentares. Receberam, ainda, ao final da entrevista uma orientação nutricional relacionada à obesidade e alguns seguiram com um acompanhamento nutricional mais específico. Predominou no estudo o sexo feminino, com 75% dos pacientes entrevistados. A maioria classifica-se, de acordo com IMC, em obesidade grau III. Costumam realizar as refeições em casa, sendo fracionada em 3 refeições por dia, ingerem líquidos durante as refeições, apresentam como preferências alimentares comidas gordurosas e aversões alimentares por verduras e frutas. Predominou o consumo de dietas hiperlipídicas, hiperprotéicas, hipoglicídicas e ingestão insuficiente de fibras. Verificou-se o consumo de alimentos dos grupos dos cereais; leites; verduras; frutas; óleos e das carnes. Conclui-se que os pacientes possuem hábitos e consumos alimentares irregulares, evidenciando a importância de realização de programas de educação nutricional contínuos, para que haja formação de indivíduos saudáveis que consigam viver com qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade mórbida. Hábito alimentar. Consumo de alimentos.

LIST ABSTRACT

The present work makes an analysis of the food consumption by morbid obesity patients assisted in Ambulatory of Nutrition in FARN. The study was developed in 20 patients with morbid obesity in both male and female, with ages between 20 and 60 years old, assisted in Ambulatory of Nutrition in FARN, in the period from May to September in 2008. These patients answered to a questionnaire, by means of an interview, about food consumption and habits. They received, in the end of the interview, a nutritional guidance (orientation) related to the obesity, and some patients continued with a more specific nutritional attendance. The female predominated in the study, with 75% of the interviewed patients. The most is classified according BMI, in 3rd. degree. They use to have eating at home, three times a day, drinking liquid during the meals. They present as alimentary preferences fat foods and alimentary aversion to vegetables and fruit. It predominated the consumption of high-lipid, high-protein, high-glucose diets and insufficient ingest of fibers. It was verified the consumption of food of the groups of the cereal, milk, vegetables, fruit, oil and meat. It concludes that the patients have irregular habits and consumptions of food, emphasizing the importance of the accomplishment of continuous nutritional education programs with the purpose to form health human beings that can live with quality of life.

Keywords: Morbid obesity. Food habit. Consumption of food

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Determinação dos gêneros dos pacientes com obesidade mórbida. Natal/RN, 2008.	 23
Gráfico 2. Ocupação dos pacientes com obesidade mórbida. Natal/RN, 2008.	 24
Gráfico 3. Percentual de alergia alimentar dos pacientes entrevistados. Natal/RN, 2008.	 25
Gráfico 4. Distribuição do percentual de ambos os gêneros, em relação ao consumo de líquidos durante as refeições. Natal/RN, 2008.	 26
Gráfico 5. Número de refeições realizadas por dia pelos pacientes entrevistados. Natal/RN, 2008.	 26
Gráfico 6. Percentual de onde os pacientes costumam realizarem suas principais refeições. Natal/RN, 2008.	 26
Gráfico 7. Percentual de pacientes com obesidade mórbida que estão adotando novos hábitos alimentares. Natal/RN, 2008.	 27
Gráfico 8. Grupo do leite e produtos lácteos. Natal/RN, 2008.	 29
Gráfico 9. Grupo dos óleos e gorduras. Natal/RN, 2008.	 29
Gráfico 10. Grupo dos cereais, pães e tubérculos. Natal/RN, 2008	 30
Gráfico 11. Grupo do feijão. Natal/RN, 2008.	 30
Gráfico 12. Grupo das verduras, legumes e leguminosas. Natal/RN, 2008.	 31
Gráfico 13. Grupo das frutas. Natal/RN, 2008.	 31
Gráfico 14. Grupo das carnes e ovos. Natal/RN, 2008.	 32

LISTA DE QUADROS

1 INTRODUÇÃO	11
Quadro 1. Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) segundo a Organização Mundial de Saúde.	14
Quadro 2. Normas para uma alimentação saudável.	17
Quadro 3. Determinação da faixa etária, de ambos os gêneros, dos pacientes com obesidade mórbida. Natal/RN, 2008.	23
Quadro 4. Determinação da média do IMC, de ambos os gêneros subdividido pela idade. Natal/RN, 2008.	24
Quadro 5. Preferências e aversões alimentares, de ambos os gêneros. Natal/RN, 2008.	25
Quadro 6. Tipos de mudanças realizadas em relação à alimentação dos pacientes entrevistados. Natal/RN, 2008.	27
Quadro 7. Fatores que influenciam na escolha da alimentação dos pacientes. Natal/RN, 2008.	27
4.3 PLANO DE COLETA DE DADOS	21
4.4 COLETA DE DADOS	22
4.5 CRONOGRAMA DESENVOLVIDO	22
4.6 COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DA COLETA DE DADOS	22
5 RESULTADOS	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CIENTELA	23
5.2 HÁBITOS ALIMENTARES	26
5.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	26
5.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
5.5 CARACTERIZAÇÃO DA CIENTELA	33
5.6 HÁBITOS ALIMENTARES	34
5.7 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	35
6 CONCLUSÃO	39
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	
ANEXO	

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVO	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE	13
3.2 CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE	14
3.3 OBESIDADE ASSOCIADA A RISCO DE CO-MORBIDADES	15
3.4 INQUÉRITOS ALIMENTARES	17
3.4.1 Métodos Retrospectivos	19
3.4.2 Métodos Prospectivos	20
4 METODOLOGIA	21
4.1 TIPO DE PESQUISA	21
4.2 POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO	21
4.3 PLANO DE COLETA DE DADOS	21
4.4 COLETA DE DADOS	22
4.5 CRONOGRAMA DESENVOLVIDO	22
4.6 COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DA COLETA DE DADOS	22
5 RESULTADOS	23
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA	23
5.2 HÁBITOS ALIMENTARES	25
5.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	28
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA	33
6.2 HÁBITOS ALIMENTARES	34
6.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	35
7 CONCLUSÃO	39
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICES	
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

A obesidade pode ser definida como uma enfermidade crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, ocasionado por doenças genéticas, endócrinas, metabólicas ou, ainda por fatores dietéticos e ambientais, incluindo a questão do estilo de vida (OLIVEIRA; PORTE, 2005).

Paradoxalmente, na realidade mundial, enquanto pessoas sofrem por falta de alimentação, carecendo de macronutrientes e micronutrientes, há outras que são vítimas do oposto e submetem-se a repetidas dietas desgastantes e caras, na tentativa de solucionar os estragos estéticos e fisiológicos causados pela superalimentação e a obesidade. Portanto, a obesidade pode ser reflexo da dificuldade que os homens ainda enfrentam de se alimentar para se sentirem melhor e mais saudáveis (CARVALHO, 2002).

A comida não é apenas uma fonte de nutrição. Em todas as sociedades humanas, ela tem muitos papéis e está profundamente entrelaçada aos aspectos sociais, religiosos e econômicos do dia-a-dia. O alimento, assim, é uma parte essencial do modo como a sociedade se organiza e vê o mundo que habita, ou seja, a dieta global está em fluxo constante, e as implicações estão apenas começando a ser notadas (HELMAN, 2003).

O consumo alimentar acompanha o ser humano ao longo de toda a sua existência e, de objetivos simples como saciar a fome, por necessidade fisiológica, passou a fazer parte do estilo de vida, contribuindo para o estado de saúde ou doença (FISBERG *et al*, 2005). Portanto, compreender e analisar os hábitos alimentares de diferentes populações pode trazer valiosas contribuições no entendimento da prevalência de doenças relacionadas porque auxilia o entendimento de como a dieta pode influenciar na saúde de um indivíduo ou de uma comunidade (LACERDA *et al*, 2004).

Os indivíduos com obesidade apresentam uma alta ingestão calórica podendo, assim, ocasionar diversas patologias associadas à obesidade. Diante da problemática se faz necessário um estudo que propicie um maior conhecimento para os profissionais da área de saúde no que diz respeito a hábitos e à ingestão alimentar e, também conscientizar a população alvo da importância de uma boa alimentação.

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o consumo alimentar em pacientes com obesidade mórbida atendidos no Ambulatório de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a clientela quanto ao gênero, faixa etária, ocupação e IMC;
- Traçar o perfil quanto aos hábitos alimentares;
- Avaliar o consumo alimentar de forma quantitativa e qualitativa.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA DA OBESIDADE

A obesidade pode ser definida como uma enfermidade crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, ocasionado por doenças genéticas, endócrinas, metabólicas ou, ainda por fatores dietéticos e ambientais, incluindo a questão do estilo de vida (OLIVEIRA; PORTE, 2005).

Há apenas cinquenta anos a obesidade foi introduzida na Internacional Classification of Diseases (Classificação Internacional de Doenças – CID-9 código 278.0). Alcançando, no início deste século, proporções epidêmicas e deverá constituir, ao longo deste século, a principal causa de morte e incapacidade de âmbito mundial, ameaçando reverter muitas das conquistas já alcançadas na área de saúde nas últimas décadas (FRUHBECR, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou ser a obesidade o maior problema de saúde crônica global em adultos, devendo, em 2025, torna-se um problema de âmbito mundial mais grave do que a desnutrição. Hoje, estima-se que mais de 300 milhões de pessoas do mundo inteiro sofram de obesidade, e mais de 1 bilhão esteja acima do peso (FRUHBECR, 2007).

E uma pesquisa que foi realizada em 1994, estimou-se que 0,3% da população brasileira é obesa mórbida, ou seja, cerca de 500.000 pessoas (LIMA; SAMPAIO, 2007).

No Brasil esta situação está igualmente ocorrendo. Dados da última Pesquisa de Orçamentos Familiares (POFs) mostraram que o excesso de peso atinge todas as regiões do país, tanto no meio rural, quanto no meio urbano e todas as classes de rendimento (FIORE, *et al*, 2007).

Porém, estudos confirmam a crescente magnitude da obesidade em crianças, adolescentes, adultos e mulheres em idade reprodutiva. Apontam como determinantes, o estilo de vida sedentário e o consumo de dietas inadequadas, e mais que tudo, clamam por uma maior diversidade de intervenções e apoio governamental com a implementação de ações claras de prevenção e combate à obesidade. A obesidade hoje não se resume mais a um problema presente apenas

nos países ditos desenvolvidos, mas sim, afeta cada vez maiores parcelas dos estratos populacionais menos favorecidos (KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

3.2 CLASSIFICAÇÃO DA OBESIDADE

O parâmetro mais utilizado para definir o grau de obesidade é o índice de massa corporal (IMC), ou em relação às dobras cutâneas, mas vale lembrar que a avaliação desta em pacientes obesos é de difícil aferição, o que implica erros de avaliação. E ainda pode ser definido por uma combinação destes dois parâmetros (ANGELIS, 2005; SILVA; MURA, 2007).

O IMC corresponde ao peso corporal (Kg) por unidade de superfície do corpo, medida pela altura (em metros) ao quadrado, ou seja, Kg/m^2 (ANGELIS, 2005). A OMS em 1998 revisou a classificação pelo IMC e passou a adotar os seguintes valores, que levam em consideração, inclusive, o risco de outras comorbidades (SILVA; MURA, 2007).

CLASSIFICAÇÃO	IMC (Kg/m^2)	RISCO DE CO-MORIDADES
Baixo peso	< 18,5	Baixo (porém aumentado de outros problemas clínicos)
Peso normal	18,5 – 24,9	Médio
Sobrepeso	24 – 29,9	Ligeiramente aumentado
Obeso	>ou= 30	
Grau 1	30 – 34,9	Moderado
Grau 2	35 – 39,9	Grave
Grau 3	>ou= 40	Muito grave

Quadro 1. Classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) segundo a Organização Mundial de Saúde

Fonte: SILVA; MURA (2007).

Segundo Lima; Sampaio (2007), além das já citadas classificações, existe outra adotada pela Sociedade America de Cirurgia Bariátrica, a qual possui um maior número de pontos de corte em relação aos NAASO/NHLBI, Consenso Latino-Americano de obesidade e WHO, principalmente em três categorias que abrange IMC maiores que 40 Kg/m². São propostas as seguintes denominações: obesidade pequena com IMC 27 – 30 Kg/m²; obesidade moderada com IMC 30 – 35 Kg/m²; obesidade grave com IMC 35 – 40 Kg/m²; obesidade mórbida com IMC 40 – 50 Kg/m²; superobesidade com IMC 50 – 60 Kg/m² e super/superobesidade com IMC maior que 60 Kg/m².

3.3 OBESIDADE ASSOCIADA A RISCO DE CO-MORBIDADES

A obesidade é acompanhada de importantes alterações fisiopatológicas, em conseqüências dos efeitos metabólicos e/ou mecânicos associados ao sobrepeso corporal e também ao aparecimento de co-morbidades decorrentes da obesidade, que são: hipertensão arterial, dislipidemias, doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, cálculos biliares, esteatose hepática e ate mesmo alguns tipos de câncer (FRUHBECR, 2007; SILVA; MURA, 2007).

Os adultos obesos são considerados mais expostos a risco para o desenvolvimento de co-morbidades, ou seja, para o desenvolvimento de outras doenças crônicas. Um aumento apenas de 20% do peso corpóreo eleva significativamente ao risco de patologias citadas anteriormente (LIMA; SAMPAIO, 2007).

Segundo Barbosa; Franceschini; Priore (2006), as sociedades industrializadas, imersas no contexto da “ocidentalização” dos hábitos de vida, caracterizados por práticas alimentares inadequadas e muitas vezes associadas à redução na prática de atividades físicas, são inseridos em um processo de transição nutricional manifestando crescente prevalência de obesidade e, conseqüentemente a alta incidência de morbi-mortalidade por complicações metabólicas e doenças crônico-degenerativas associadas.

1. Como “As alterações mais marcantes parecem estar no aumento da densidade energética das dietas e no aumento percentual das gorduras” (MONTEIRO *et al.* *apud* ALVARENGA 2004, p. 7).

Há também modificações do padrão alimentar da população brasileira no que se refere à redução do consumo de cereais, leguminosas, raízes e tubérculos, à substituição da gordura animal pelos óleos vegetais, bem como ao aumento do consumo de ovos e de leite e derivados. Essas mudanças tiveram como consequência a redução da participação relativa dos carboidratos na dieta e um aumento da participação de lipídios, havendo também, um aumento da proporção de proteínas de origem animal e dos lipídios de origem vegetal (ANDRADE; PEREIRA; SICHIERE, 2003).

A cultura de um povo pode determinar a adoção de um padrão alimentar particular, incluindo suas crenças e tabus. Uma vez instalado, talvez seja impossível modificá-lo, individualmente, sobretudo para pessoas adultas. A inclusão de conteúdo relacionado à alimentação e à nutrição nos currículos escolares pode contribuir para o estabelecimento de hábitos alimentares saudáveis (CARVALHO, 2002).

Uma alimentação saudável deve conter o total calórico necessário para todas as funções fisiológicas de manutenção, de desenvolvimento, de atividade física, mas sem excessos e nem faltas (ANGELIS, 2005). De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária, ou seja, deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais. A diversidade dietética que fundamenta a definição de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa alimentação e conseqüente manutenção a saúde (BRASIL, 2005).

3.4 INDICADOR A Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição (SBAN) recomenda dez normas para obter uma alimentação adequada, que visam contemplar conceitos de equilíbrio, harmonia e variedade da alimentação (CARVALHO, 2002).

1. Coma diversos tipos de alimento em, pelo menos, três refeições diárias: café da manhã, almoço e jantar;
2. Use alimentos locais, como arroz, pão e leite, como base das suas refeições;
3. Consuma sempre frutas e verduras da época;
4. Use carnes, sal, e açúcar em quantidades moderadas;
5. Utilize óleo vegetal no preparo da comida e diminua o consumo de gorduras animais;
6. Tome, diariamente, bastante água;
7. Prepare sempre a alimentação com muita higiene;
8. Mantenha seu peso, controlando a ingestão de alimentos e fazendo exercício físico;
9. Faça das refeições encontros agradáveis;
10. Coma melhor e gaste menos.

Quadro 2. Normas para uma alimentação saudável.
 Fonte: VANUCCHI *et al* (apud CUPPARI, 2002).

Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a dieta habitual tem sido apontada como elemento fundamental de análise dos determinantes da susceptibilidade para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (LACERDA *et al*, 2004). Portanto, a avaliação de consumo de alimentos é um importante instrumento tanto para ser aplicado em nível populacional como individual, em função dos diferentes estudos que relacionam a alimentação tanto com a prevenção como tratamento de diversas patologias (CERVATO; VIEIRA, 2003).

3.4 INQUÉRITOS ALIMENTARES

A avaliação do consumo de alimentos visa mensurar as condições nutricionais de uma população e suas condições e tendências; facilitar o planejamento, monitoramento e avaliação de programas de intervenção; proporcionar aos profissionais informações adequadas sobre saúde pública e dar suporte na política de saúde nacional. Ainda proporciona a investigação da relação

entre a dieta e o estado de saúde e identifica grupos de risco nutricional. Em nível individual, é um importante componente da avaliação nutricional, junto a dados clínicos, bioquímicos e composição corpórea, para identificar alterações do estado nutricional e buscar estratégias de intervenção (CERVATO; VIEIRA, 2003).

A avaliação dietética tem como principal objetivo identificar a ingestão alimentar e, posteriormente, avaliá-la em relação às recomendações nutricionais para a obtenção de uma dieta equilibrada, permitindo identificar a ingestão deficiente ou excessiva e a disponibilidade e o consumo de alimentos. Existem várias metodologias, na forma de inquéritos alimentares, que podem ser usadas para a obtenção dos dados de ingestão alimentar, porém ainda não existe um método considerado padrão e que garanta que a informação obtida seja exatamente a ingestão real (SILVA; MURA, 2007).

A validade, descrita como a precisão do método em relação ao que se deseja medir, de um instrumento de inquérito alimentar é estabelecida por meio de sua comparação com algum outro mecanismo de coleta de dados aceito como confiável. O ideal seria a comparação com dados de observação direta da ingestão, mas tal prática é bastante difícil, sendo possível por um a dois dias e, em geral em locais confinados, o que impede a livre escolha dos alimentos, e ainda, a presença de um observador pode levar à modificação da ingestão habitual (SILVA; MURA, 2007).

A boa validade não significa boa reprodutibilidade, visto que esta depende da habilidade do entrevistador e da cooperação do entrevistado, uma vez que a escolha do método a ser utilizado depende do estudo em questão: indivíduo ou grupo, tipo de população e tipo de informação nutricional que se pretende obter. Deve-se também considerar os recursos disponíveis, tempo e custo (SILVA; MURA, 2007).

Os métodos para a obtenção da informação dietética podem ser retrospectivos, que colhem a informação do passado imediato ou em longo prazo, são eles: Recordatório alimentar de 24 horas, Questionário de frequência de consumo alimentar e História alimentar; prospectivos, que registram as informações presentes são eles: Registro alimentar e Registro alimentar pesado; e fornecer informações qualitativas e/ou quantitativas (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005; SILVA; MURA, 2007).

3.4.1 Métodos Retrospectivos

O Recordatório alimentar de 24 horas (R24h) é um método rápido, fácil de ser administrado e de baixo custo. Pode-se ainda ser considerado o instrumento mais empregado para a avaliação da ingestão de alimentos e nutrientes de indivíduos e diferentes grupos populacionais no mundo todo. O entrevistador pede que o paciente recorde seu consumo alimentar no período de 24 horas anteriores à entrevista. A qualidade da informação dependerá da memória e da cooperação do entrevistado, assim como da capacidade do entrevistador em estabelecer um canal de comunicação em que se obtenha a informação por meio do diálogo. Portanto, é necessário que o indivíduo responda detalhadamente sobre o tamanho e o volume da porção consumida. Há evidências que indicam que muitos indivíduos sub-relatam sua ingestão, tendência esta predominantemente em alguns grupos específicos, como em obesos (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005; SILVA; MURA, 2007).

O Questionário de frequência de consumo alimentar permite obter estimativas da ingestão usual, de baixo custo e relativamente rápido. Consiste tipicamente em listas de alimentos de 100 a 150 itens ou grupos de alimentos para os quais o entrevistado ou entrevistador deve anotar a frequência com que os alimentos são consumidos em unidades de tempo. Pode ainda avaliar a ingestão por longo período, quando a unidade de tempo refere-se à frequência de consumo por vários meses ou anos. As listas podem indicar a porção de referência ou permitir que a porção consumida seja relatada pelo entrevistado. As informações sobre a frequência de ingestão e o tamanho da porção permitem a estimativa da ingestão de nutrientes ou o consumo de alimentos específicos (SILVA; MURA, 2007).

História alimentar é um método para avaliar o consumo habitual. Atualmente, consiste em uma extensa entrevista com o propósito de gerar informações sobre hábitos alimentares atuais e passados. Além de associar outros métodos, como recordatório alimentar de 24 horas e questionário de frequência de consumo alimentar, permite ainda a obtenção de outras informações, como preferências, aversões, hábitos, intolerâncias, crenças, apetite, padrão de refeições (horário e local) e hábitos de atividade física (FISBERG; MARTINI; SLATER, 2005; SILVA; MURA, 2007).

3.4.2 Métodos Prospectivos

4.1 TIPO O Registro alimentar consiste em registrar, no momento do consumo, todos os alimentos e bebidas ingeridos. Sua aplicação deve ser em dias alternados da semana e um dia de fim de semana. Esse método requer a participação do entrevistado que, obrigatoriamente, deve saber ler e escrever, também requer tempo e treinamento do entrevistado para anotar corretamente os dados, principalmente das medidas caseiras e da forma de preparo dos alimentos (SILVA; MURA, 2007).

Já o Registro alimentar pesado, semelhante ao Registro alimentar, exige que os alimentos sejam pesados antes de seu consumo, fornecendo informações precisas e não estimativas da ingestão. É um método pouco pratico devido ao tempo que exige. Pode levar a alterações do consumo usual durante o período de coleta dos dados (SILVA; MURA, 2007).

O consumo alimentar ou o estado da dieta não só possibilita conhecer as quantidades e a qualidade dos alimentos ingeridos como permite observar os aspectos comportamentais (distribuição das refeições, preparações utilizadas, influências sociais) (WILLET, 1998).

O estudo foi realizado em 20 pacientes voluntários com obesidade mórbida de ambos os sexos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Faculdade de Nutrição para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN.

4.3 PLANO DE COLETA DE DADOS

O presente estudo foi aprovado e autorizado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Nutrição para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Diante disso, os pacientes voluntários com obesidade mórbida assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e responderam a um questionário, por meio da entrevista, para a realização do estudo. Foi realizada, ao final da entrevista, uma avaliação nutricional direcionada à obesidade e alguns referiram para um acompanhamento nutricional mais específico.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo é um tipo de pesquisa transversal, caracterizado para descrever os indivíduos de uma população com relação às suas características pessoais e às suas histórias de exposição a fatores casuais suspeitos, em determinado momento (VIEIRA, HOSSNE, 2001). A técnica de pesquisa para realização de um protocolo de estudo é o questionário onde serão feitas perguntas abertas e fechadas como instrumento específico para o alcance dos objetivos almejados.

4.2 POPULAÇÃO-ALVO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em 20 pacientes voluntários com obesidade mórbida de ambos os sexos atendidos no Ambulatório de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN.

4.3 PLANO DE COLETA DE DADOS

O presente estudo foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte. Diante disso, os pacientes voluntários com obesidade mórbida assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e responderam a um questionário, por meio de entrevista, para a realização do estudo. Foi realizada, ao final da entrevista, uma orientação nutricional direcionada à obesidade e alguns retornaram para um acompanhamento nutricional mais específico.

4.4 COLETA DE DADOS

O consumo alimentar foi avaliado por intermédio de perguntas abertas e fechadas relacionadas à alimentação, pelo método do recordatório 24 horas e pelo método do questionário de frequência do consumo alimentar.

Os dados foram tabulados e analisados com auxílio do programa Microsoft Office Excel 2003 e pela tabela de composição de alimentos da autora Sonia Tucunduva Philippe, onde foi reunido em conjunto para análise final e conclusão, sendo apresentado em forma de gráficos e tabelas e, então redação final e apresentação do trabalho de conclusão do curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

4.5 CRONOGRAMA DESENVOLVIDO

A pesquisa foi desenvolvida durante o período dos meses de Maio a Setembro de 2008, realizada em alguns dias da semana à tarde no Ambulatório de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, sempre com a presença da orientadora deste estudo, Profª Msc Célia Regina.

4.6 COMENTÁRIOS SOBRE O PROCESSO DA COLETA DE DADOS

Por ser tratar de um estudo onde se precisa da participação voluntária de pacientes com obesidade mórbida tivemos algumas dificuldades em sua realização, pois diversos são os fatores, como por exemplo: a dificuldade de locomoção devido o excesso de peso; falta de dinheiro para a passagem; e muitas vezes a falta de interesse para a participação do estudo. Mas obtivemos sucesso, pois tivemos a honra de 20 pacientes voluntários com obesidade mórbida e, alguns destes ainda retornaram para um acompanhamento nutricional mais específico.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

Dos 20 pacientes estudados 75% são do gênero feminino, representando 15 pacientes e, 25% são do gênero masculino, representando 5 pacientes (gráfico 1). O quadro 3 mostra a faixa etária dos pacientes estudados, observa-se que a faixa etária dos 31 anos aos 40 anos foi a que mais se destacou do gênero feminino, já em relação ao gênero masculino foi a faixa etária dos 20 anos aos 30 anos.

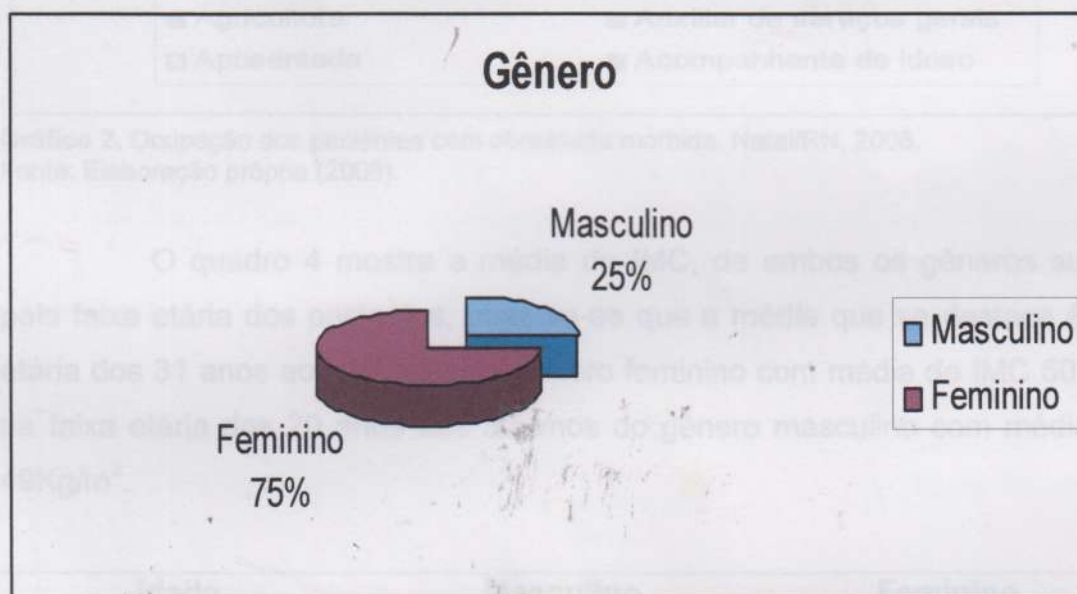


Gráfico 1. Determinação dos gêneros dos pacientes com obesidade mórbida. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

Idade	Masculino	Feminino
20 - 30	3	4
31 - 40	1	9
41 - 50	-	-
51 - 60	1	2

Quadro 3. Determinação da faixa etária, de ambos os gêneros, dos pacientes com obesidade mórbida. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

O gráfico 2 mostra a ocupação dos pacientes estudados, dentre as respostas dadas, nota-se que 20% são donas de casa, seguido de 15% que são estudantes.

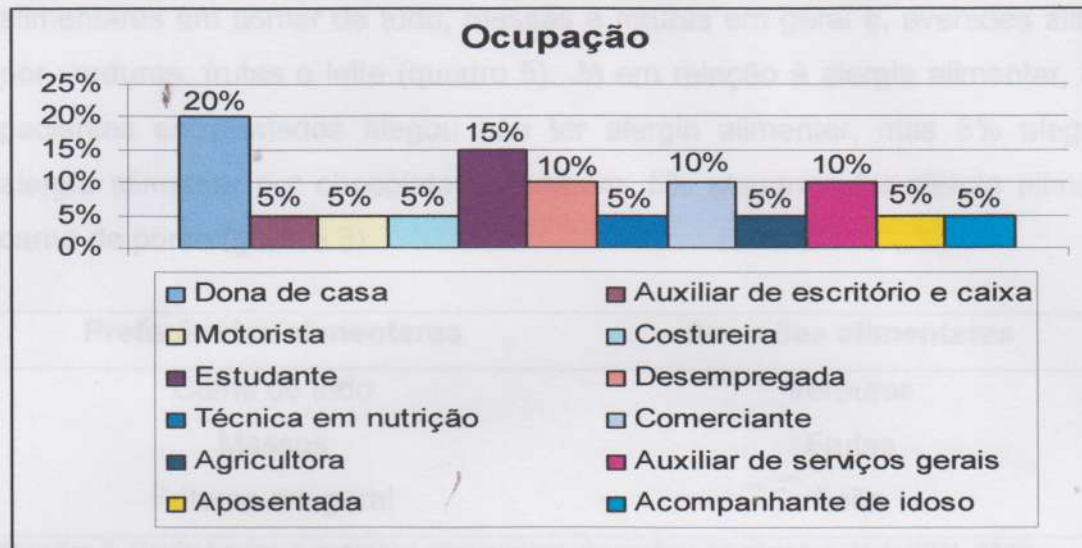


Gráfico 2. Ocupação dos pacientes com obesidade mórbida. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

O quadro 4 mostra a média do IMC, de ambos os gêneros subdividido pela faixa etária dos pacientes, observa-se que a média que se destaca é na faixa etária dos 31 anos aos 40 anos do gênero feminino com média de IMC 50 Kg/m²; e na faixa etária dos 20 anos aos 30 anos do gênero masculino com média de IMC 49Kg/m².

Idade	Masculino	Feminino
20 - 30	49 Kg/m ²	46 Kg/m ²
31 - 40	37 Kg/m ²	50 kg/m ²
41 - 50	-	-
51 - 60	38 Kg/m ²	49 Kg/m ²

Quadro 4. Determinação da média do IMC, de ambos os gêneros subdividido pela idade. Natal/RN, 2008.

Fonte: Elaboração própria (2008).

5.2 HÁBITOS ALIMENTARES

Em relação ao consumo alimentar, os pacientes referiram preferências alimentares em comer de tudo, massas e frituras em geral e, aversões alimentares por verduras, frutas e leite (quadro 5). Já em relação à alergia alimentar, 90% dos pacientes entrevistados alegou não ter alergia alimentar, mas 5% alegaram ter alergia alimentar por chocolate e, também, 5% alegaram ter alergia alimentar por carne de porco (gráfico 3).

Preferências alimentares	Aversões alimentares
Come de tudo	Verduras
Massas	Frutas
Frituras em geral	Leite

Quadro 5. Preferências e aversões alimentares, de ambos os gêneros. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

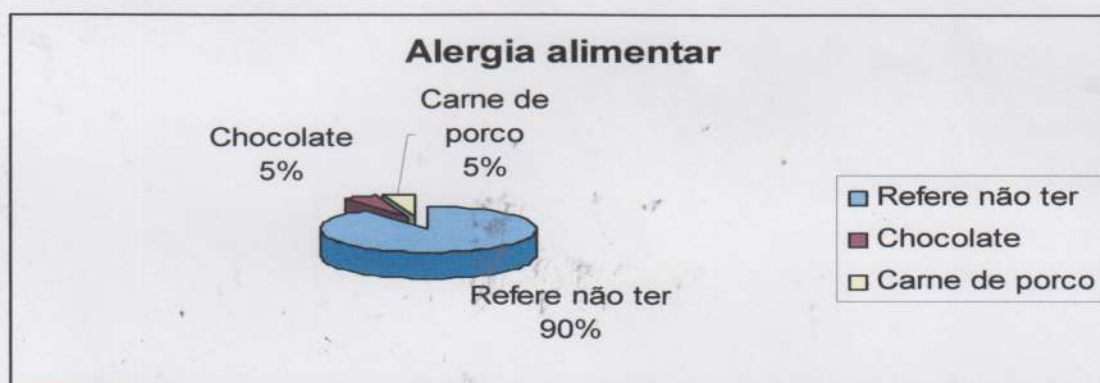


Gráfico 3. Percentual de alergia alimentar dos pacientes entrevistados. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

O gráfico 4 mostra que 90% dos pacientes entrevistados ingerem líquidos durante as refeições e apenas 10% alegaram não ingerir líquidos durante as refeições. Em relação ao número de refeições, 35% relataram fazer 3 refeições por dia, seguido de 25 % realizarem 4 refeições por dia e, também 25% dos pacientes entrevistados relataram fazer 5 refeições por dia (gráfico 5). 85% dos pacientes relataram realizarem suas refeições em casa, seguido de 10% em restaurantes e 5% em outros lugares (gráfico 6).

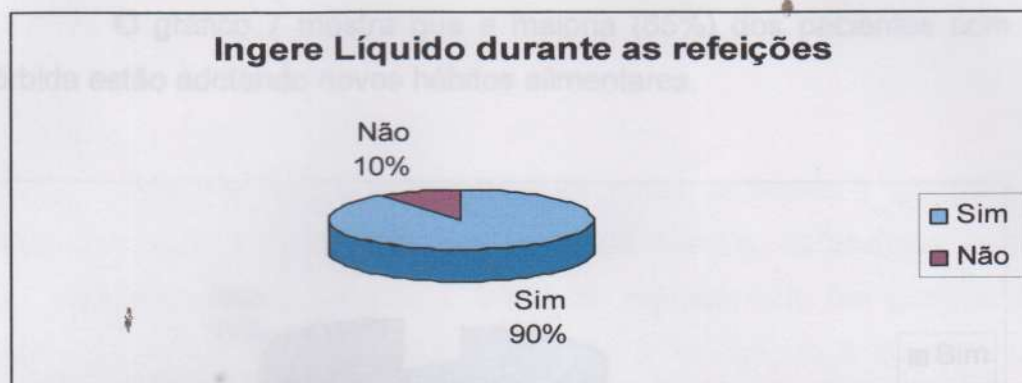


Gráfico 4. Distribuição do percentual de ambos os gêneros, em relação ao consumo de líquidos durante as refeições. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

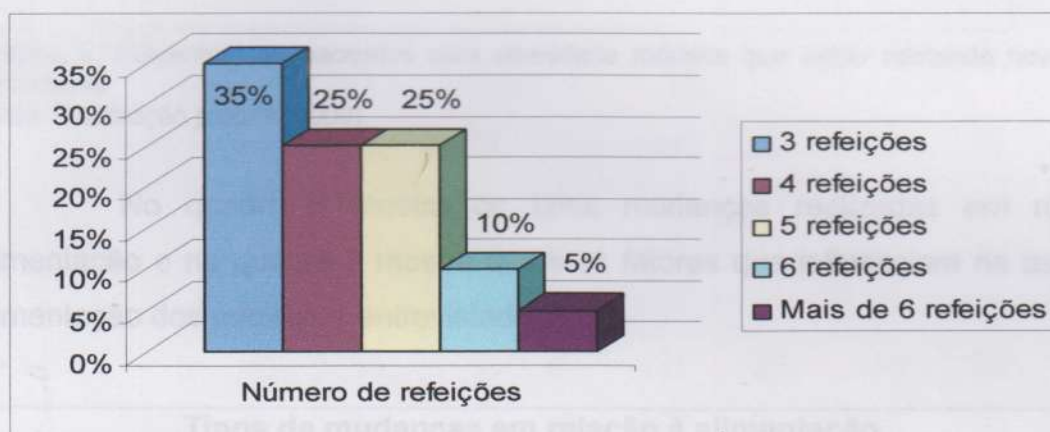


Gráfico 5. Número de refeições realizadas por dia pelos pacientes entrevistados. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

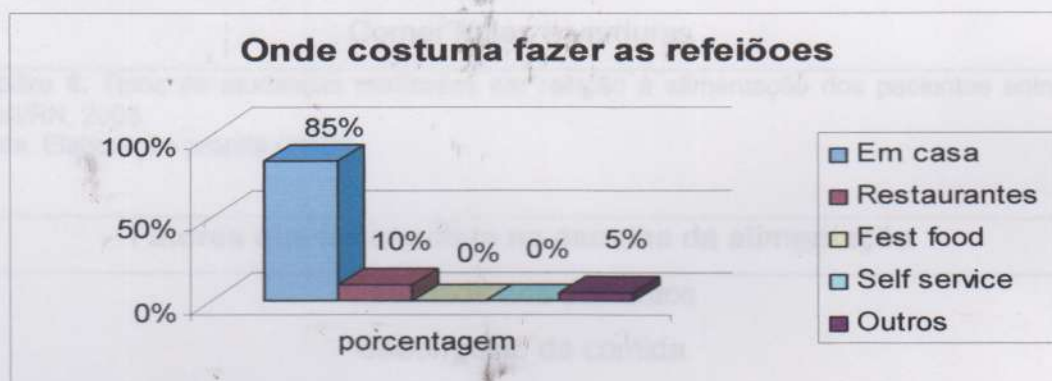


Gráfico 6. Percentual de onde os pacientes costumam realizar suas principais refeições. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

5.3 AVAL O gráfico 7 mostra que a maioria (65%) dos pacientes com obesidade mórbida estão adotando novos hábitos alimentares.

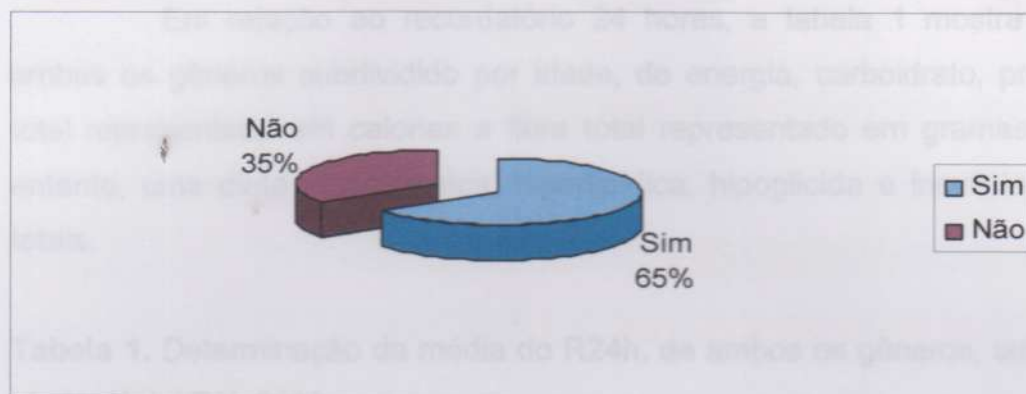


Gráfico 7. Percentual de pacientes com obesidade mórbida que estão adotando novos hábitos alimentares.

Fonte: Elaboração própria (2008).

No quadro 6 mostra os tipos mudanças realizadas em relação à alimentação e no quadro 7 mostra quais os fatores que influenciam na escolha da alimentação dos pacientes entrevistados.

Tipos de mudanças em relação à alimentação
Fracionar as refeições diminuindo o consumo de alimentos Comer nos horários certos das refeições Comer frutas e verduras

Quadro 6. Tipos de mudanças realizadas em relação à alimentação dos pacientes entrevistados. Natal/RN, 2008.

Fonte: Elaboração própria (2008).

Fatores que influenciam na escolha da alimentação
Qualidade dos alimentos Sabor/gosto da comida Hábito ou rotina

Quadro 7. Fatores que influenciam na escolha da alimentação dos pacientes. Natal/RN, 2008.

Fonte: Elaboração própria (2008).

5.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Em relação ao recordatório 24 horas, a tabela 1 mostra a média, de ambos os gêneros subdividido por idade, de energia, carboidrato, proteína, lipídio total representado em calorias e fibra total representado em gramas. Nota-se, no entanto, uma dieta hiperproteica, hiperlipídica, hipoglicida e insuficiente em fibras totais.

Tabela 1. Determinação da média do R24h, de ambos os gêneros, subdividido pela idade. Natal/RN, 2008.

	Idade	VCT	CHO		PTN		LIP		Fibra
		Kcal	Kcal	%	Kcal	%	Kcal	%	g
Masculino	20 - 30	2285	1044	46	461	20	780	34	17
	31 - 40	2871	1630	57	412	14	829	29	16
	41 - 50	-	-	-	-	-	-	-	-
	51 - 60	2150	1109	52	431	20	610	28	16
Feminino	20 - 30	1739	808	46	396	23	535	31	14
	31 - 40	1679	817	49	308	18	554	33	9
	41 - 50	-	-	-	-	-	-	-	-
	51 - 60	1677	834	50	327	19	516	31	20

Fonte: Elaboração própria (2008).

Em relação ao questionário de frequência alimentar, o gráfico 8, leite e produtos lácteos, mostra um maior consumo de queijo e leite integral, enquanto que o consumo de leite desnatado e o iogurte diminui.

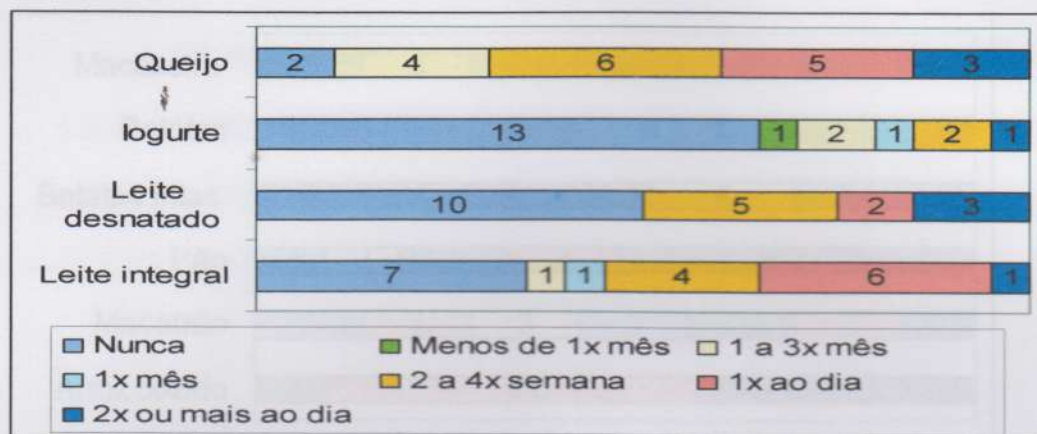


Gráfico 8. Grupo do leite e produtos lácteos. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

Observa-se, também, no gráfico 9 (óleos e gorduras) um consumo equilibrado de azeite de oliva e maionese, uso freqüente de margarina de origem vegetal e um baixo consumo de manteiga de origem animal.

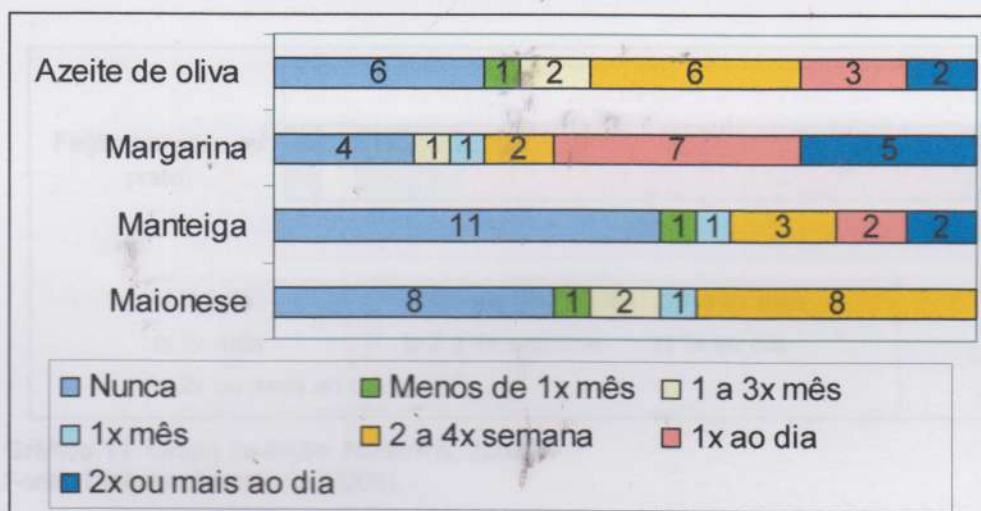


Gráfico 9. Grupo dos óleos e gorduras. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

No grupo dos cereais, pães e tubérculos (gráfico 10), observa-se um maior consumo de pão e arroz cozido, consumo equilibrado de macarrão e macaxeira e um baixo consumo de batatas.



Gráfico 10. Grupo dos cereais, pães e tubérculos. Natal/RN, 2008.

Fonte: Elaboração própria (2008).

No grupo do feijão (gráfico 11), nota-se o consumo diário de feijão.

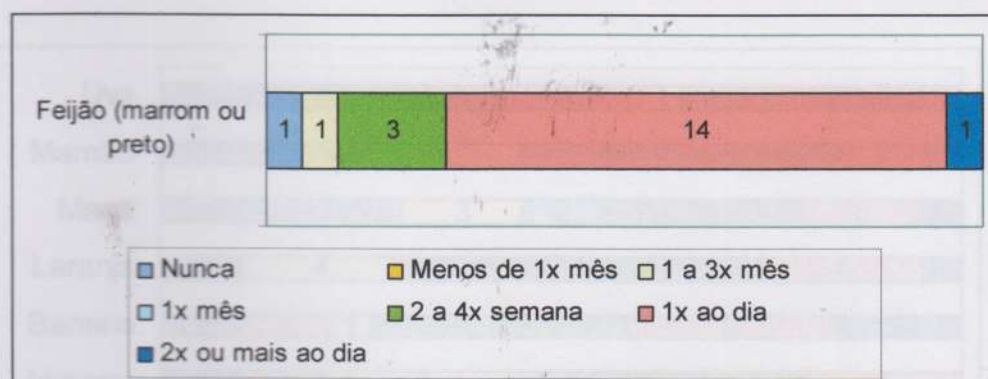


Gráfico 11. Grupo do feijão. Natal/RN, 2008.

Fonte: Elaboração própria (2008).

Em relação às verduras, legumes e leguminosas (gráfico 12), observa-se um maior consumo de tomate, cenoura e alface, menor consumo de beterraba e consumo equilibrado de repolho.



Gráfico 12. Grupo das hortaliças e leguminosas. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

Já em relação às frutas, o gráfico 13 mostra um alto consumo de laranja e banana, consumo equilibrado de mamão, maçã e abacaxi e um baixo consumo de uva.



Gráfico 13. Grupo das frutas. Natal/RN, 2008.
Fonte: Elaboração própria (2008).

5 DISCUSSÃO No grupo das carnes e ovos (gráfico 14), observa-se um alto consumo diário de embutidos, ovos, peixe, frango e carnes.



Gráfico 14. Grupo das carnes e ovos. Natal/RN, 2008.

Fonte: Elaboração própria (2008).

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

A obesidade é uma condição complexa com sérias dimensões sociais e psicológicas, que afeta virtualmente todas as idades e grupos socioeconômicos tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Pode ser definida como um acúmulo de gordura generalizada ou localizada que se associa a prejuízos à saúde do indivíduo (LIMA; SAMPAIO, 2007).

Dentre os vinte pacientes entrevistados, 15 (75%) eram do gênero feminino e 5 (25%) do gênero masculino. Com faixa etária dos 20 anos aos 60 anos de idade, para ambos os sexos (quadro 3), resultado encontrado semelhante ao estudo de Lima; Sampaio (2007) e a outros estudos realizados com obesos mórbidos, evidenciando uma população relativamente jovem já necessitando de um procedimento tão complexo para o tratamento da obesidade, como por exemplo, a cirurgia bariátrica.

O gráfico 1 mostra o predomínio de mulheres na amostra, pois decorre do fato destas procurarem mais o tratamento para o controle da obesidade. Os achados foram semelhantes aos estudos de Lima; Sampaio (2007) e Quadros *et al* (2005).

A maior média encontrada, em relação ao IMC, do gênero feminino foi de 50 Kg/m², já no gênero masculino foi de 49 Kg/m² (quadro 4), sendo que em ambos os gêneros predominou a obesidade mórbida, segundo a classificação do IMC. Lima; Sampaio (2007) com o objetivo de caracterizar pacientes obesos mórbidos atendidos em ambulatório de cirurgia bariátrica da cidade de Fortaleza/CE, quanto a aspectos socioeconômicos, antropométricos e alimentares e Quadros *et al* (2005) com o objetivo de verificar o perfil do obeso mórbido candidato a cirurgia bariátrica, encontram resultados semelhantes em seus estudos.

Segundo Tironi *et al* (2006), a presença da obesidade grau III está associada à piora da qualidade de vida, a alta frequência de co-morbidades, a redução da expectativa de vida e a grande possibilidade de fracasso dos tratamentos invasivos (cirurgias).

6.2 HÁBITOS ALIMENTARES

O número de refeições diárias realizadas pelos pacientes entrevistados variou de 3 a 5 refeições, conforme apresentado na gráfico 5, sendo que o recomendado é a realização de 5 a 6 refeições diárias. O gráfico 6 mostra que 85% das refeições eram realizadas em casa. Em relação à ingestão de líquidos durante as refeições o gráfico 4 mostra que a maioria dos pacientes ingerem líquidos, o que dificulta a digestão dos alimentos. Os líquidos mais consumidos foram água, sucos de frutas e refrigerantes. Esses dados, no entanto, estão compatíveis ao estudo realizado por Moreira *et al* (2007) com o objetivo de desenvolver uma estratégia de educação em Nutrição.

Segundo Moreira *et al* (2007), as implicações de um fracionamento inadequado da dieta e de um descontrole de horários para se alimentar podem incluir problemas decorrentes do jejum prolongado, como maior propensão à gastrite ou a realização de refeições excessivamente volumosas para "compensar" o jejum, situação que pode favorecer sintomas como a dispepsia e a distensão gástrica. Além disso, o fracionamento da dieta está entre os fatores que podem influenciar no metabolismo de carboidratos e gorduras e, conseqüentemente, na composição corporal do indivíduo.

O quadro 5 mostra as preferências e aversões alimentares destes pacientes, no entanto, em relação à preferência alimentar pode-se observar um predomínio de gordura o que de certa maneira caracteriza o conceito de obesidade, ou seja, acúmulo de gordura no corpo. Já em relação à aversão alimentar observa-se a presença de verduras e frutas, alimentos esses que são importantes para o equilíbrio de uma alimentação adequada, pois são fontes de vitaminas, minerais e ricas em fibras alimentares.

6.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Os dados analisados no gráfico 7 mostra uma controvérsia de vários estudos realizados sobre hábito alimentar e, no entanto, comprova os dados apresentados na tabela 1. Höfelmann; Reikes; Azevedo (2005) ressalta uma tendência mundial, a diminuição de carboidratos com aumento na proporção de proteínas e lipídeos, documentada também por outros autores nacionais, fortalecendo a tese da transição nutricional identificada por Monteiro *et al* (1995), caracterizada pelas modificações acima citadas, bem como pelo aumento do sedentarismo que associados favorecem o aumento nas índices de obesidade entre os habitantes no país.

Segundo Carvalho (2002), o conteúdo ideal de nutrientes para seguir uma alimentação balanceada na obesidade, deve-se seguir alguns parâmetros, como: carboidratos 55 – 60% do valor calórico total, com cerca de 20% de absorção simples; proteínas 15 – 20% de valor calórico total, ou seja, não menos que 0,8g/Kg de peso desejável; lipídeos 20 – 25% do valor calórico total, com 7% de gorduras saturadas, 10% de gorduras poliinsaturadas e 13% de gorduras monoinsaturadas; e fibra total variando entre 20 e 30g por dia.

Dietas ricas em carboidratos complexos, presentes nos cereais, são considerados úteis na prevenção da obesidade e de vários tipos de câncer e no controle da hiperlipidemia e diabetes mellitus. Em contrapartida, o consumo excessivo de carboidratos, especialmente os de fácil absorção, pode levar ao aumento da trigliceridemia (HÖFELMANN; REIKES; AZEVEDO, 2005).

O consumo de uma dieta hiperproteica pode ser importante no controle do peso, devido às proteínas aparentemente serem eficientes em enviar sinais de saciedade. No entanto, a ingestão protéica elevada fornece mais aminoácidos do que pode ser rapidamente incorporado às proteínas ou outras moléculas nitrogenadas no organismo, sendo esse excesso de aminoácidos não metabolizado, com seus esqueletos de carbonos oxidados ou convertidos em amônia. Conseqüentemente, as concentrações elevadas de amônia no sangue podem produzir sintomas de intoxicação no sistema nervoso central, entre eles tremores, fala arrastada e borramento de visão. Outros danos causados à saúde pelo

consumo excessivo de proteínas são potencialmente sobrecarga renal levando a calciúria, podendo ocasionar osteoporose e doença renal (LIMA; SAMPAIO, 2007).

A utilização de uma dieta hiperlipídica está freqüentemente associada com aumento da prevalência da obesidade, já que os alimentos ricos em gordura possuem alta densidade calórica, além de serem menos eficientes em enviar sinais de saciedade. Por sua vez, as dietas ricas em gordura também aumentam a lipemia pós-prandial e os quilomícrons remanescentes, ambos associados a um risco elevado de doenças cardiovasculares, fato potencialmente importante no grupo estudado, já que a obesidade por si também é um indicador de riscos cardiovasculares (LIMA; SAMPAIO, 2007).

Segundo Fiore *et al* (2007), as diretrizes do Guia Alimentar da População Brasileira orientam não ultrapassar uma porção por dia de óleos e gordura, priorizando os óleos vegetais, azeites ou margarinas sem ácidos graxos trans, dando preferência a preparações com pouca quantidade de óleo.

A tabela 1 mostra, ainda, uma ingestão insuficiente de fibras totais diferenciando, assim, dos dados encontrados no estudo de Lima; Sampaio (2007). Para Fiore *et al* (2007), quanto ao tipo de carboidrato, é conveniente que o alto consumo de fibras diminua o risco para o ganho de peso e obesidade. São ricos em fibras os cereais integrais, as frutas e as hortaliças – legumes e verduras.

As fibras formam um conjunto de substâncias derivadas de vegetais resistentes à ação de enzimas digestivas. Quanto as suas propriedades físico-químicas das frações de fibras alimentares produzem diferentes efeitos fisiológicos no organismo, ou seja, são responsáveis pelo aumento da viscosidade do conteúdo intestinal; redução do colesterol plasmático; aumentam o volume do bolo fecal; reduzem o tempo de trânsito no intestino grosso; e tornam a eliminação mais fácil e rápida. Deste modo, as fibras alimentares regularizam o funcionamento intestinal, o que as tornam relevantes para o bem-estar das pessoas saudáveis e para o tratamento dietético de várias patologias (MATTOS; MARTINS, 2000).

O grupo dos leites e produtos lácteos (gráfico 8) mostra um maior consumo de leite integral. Esse dado assemelha-se ao estudo realizado pela VIGITEL em 2007, onde identifica que a freqüência de adultos que referem o consumo de leite com teor integral de gordura, se mostra elevada em todas as cidades estudadas, sendo Natal com 43,3% (BRASIL, 2008).

No gráfico 9, grupo dos óleos e gorduras, observa-se o uso freqüente de margarina de origem vegetal. Resultado semelhante ao estudo de Monteiro; Mondini; Costa (2000) e Neumann; Shirassu; Fisberg (2006) que destacam como mudanças detectadas no padrão alimentar ao longo das três décadas a substituição intensa de gorduras animais (banha, toucinho e manteiga) por óleos vegetais e margarinas.

O gráfico 10 mostra um maior consumo de pão e arroz, consumo equilibrado de macarrão e macaxeira e um baixo consumo de batatas. O estudo realizado por Monteiro; Mondini; Costa (2000) com o objetivo de atualizar a tendência secular da composição nas áreas metropolitanas do Brasil, com base em nova pesquisa sobre orçamentos familiares realizada em meados da década de 90, verificou que raízes e tubérculos prosseguiram sua trajetória descendente em todo o País, enquanto cereais e derivados tenderam a se estabilizar no Centro-Sul ou mesmo se elevar ligeiramente no Norte-Nordeste.

Destaca-se o consumo diário de feijão (gráfico 11). Resultado encontrado, também semelhante ao estudo de Neumann; Shirassu; Fisberg (2006), destacando em seu trabalho que o consumo diário de feijão é maior no sexo masculino do que no sexo feminino.

No gráfico 12 e 13, respectivamente, grupo das hortaliças e leguminosas e o grupo das frutas, mostram uma freqüência de consumo alimentar variável dentre os alimentos destacados no grupo específico. Para Monteiro, Mondini; Costa (2000) a estagnação ou redução do consumo de leguminosas, verduras, legumes, frutas e sucos naturais e a ascensão já excessivo de açúcar refinado e refrigerante, são, em linhas gerais, os traços marcantes e negativos da evolução do padrão alimentar observada entre os POF de 1988 e 1996.

O consumo insuficiente de frutas e hortaliças aumenta o risco de doenças crônicas não transmissíveis, como as cardiovasculares e alguns tipos de câncer, e está dentre os 10 fatores de risco que mais causam mortes e doenças em todo o mundo. No entanto, estima-se que o consumo destas no Brasil corresponda a menos da metade das recomendações nutricionais (equivalente a menos de 400g por dia ou cerca de 7% a 8% do valor calórico de uma dieta de 2.200 Kcal/dia), sendo ainda mais deficiente entre as famílias de baixa renda (JAIME et al, 2006; BRASIL, 2008).

O gráfico 14 mostra um alto consumo diário dos alimentos do grupo das carnes e ovos. Neumann, Shirassu; Fisberg (2006) e Monteiro; Mondini; Costa (2000)

ressaltam em seus estudos, um aumento contínuo e intensificado do consumo relativo de carnes e um declínio de ovos. Ainda, em um estudo realizado em 2007 pela VIGITEL no Brasil, destaca-se que o consumo de carnes com excesso de gordura se mostra freqüente entre homens e mulheres em todas as cidades do Brasil (BRASIL, 2008).

Dentro dessa perspectiva, é importante salientar que, apesar as diversas pesquisas abordarem aspectos epidemiológicos da obesidade em geral, ainda existe uma literatura muito escassa, especificamente quando se relata a obesidade mórbida. Além disso, a maioria dos trabalhos são relatos já de evolução de cirurgia bariátrica (LIMA; SAMPIAO, 2007).

- Verificou-se que a maioria dos pacientes aderem às recomendações em dieta e seguem não apresentar alterações significativas.
- Predominou-se preferência por alimentos gordurosos como: leite integral, margarina, carne e ovos e aversão a frutas, verduras e legumes.
- Observou-se que ocorre um consumo diário de leite.
- A dieta consumida apresentou-se hiperproteica, hiperlipídica, hipoglicídica e com uma baixa concentração de fibras.

7 CONCLUSÃO

- Predominou o gênero feminino, com cerca de 75% dos pacientes entrevistados;
- Verificou-se o predomínio de pacientes jovens no estudo, sendo a maioria dona de casa e com média de IMC alto, tanto em relação ao gênero masculino quanto feminino;
- Observou-se irregularidades no hábito alimentar como, fracionamento inadequado das refeições e ingestão de líquidos durante as refeições;
- Verificou-se que a maioria dos pacientes realizam suas refeições em casa e alegam não apresentar alergia alimentar;
- Predominou-se preferências por alimentos gordurosos como, leite integral, margarina, carne e ovos e aversão a frutas, verduras e legumes;
- Observou-se que ocorria um consumo diário de feijão;
- A dieta consumida apresentou-se hiperprotéica; hiperlipídica; hipoglicídica e com uma baixa concentração de fibras.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante disso, destaca-se a importância de realização de programas de educação nutricional contínuos, de maneira a transmitir informações corretas, desmistificando concepções a respeito da alimentação e alterando-os acerca dos riscos nutricionais por carência e/ou excesso de nutrientes e energia, para que haja formação de indivíduos saudáveis que consigam viver com qualidade de vida e, portanto, possam contribuir muito mais para a sociedade.

ANGELIZ, Renata Carolina de. Obesidade: prevenção nutricional. *Revista Nutrição em Pauta: a revista do profissional de nutrição*, São Paulo, ano 12, n. 72, p. 4-5, maio/jun, 2006.

BARBOSA, K. B. F.; FRANCE/CHINI, S. C. G.; PRIONE, S. E. Instrumentos de avaliação do consumo alimentar na adolescência. *Nutrire: revista de sociedade brasileira de alimentação e nutrição*, São Paulo, v. 31, n. 2, ago, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito domiciliar - VIGITEL BRASIL 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, Kénia Mara Esteves de. Obesidade. In: CUPPARI, Lilian. *Nutrição clínica: o adulto*. Barueri: Manole, 2007. p. 149-150.

CEPVATO, Ana Maria VIEIRA, Valério Leal Filho. Consumo alimentar: como avaliar e quantificar. *Revista Nutrição em Pauta: a revista do profissional de nutrição*, São Paulo, ano 11, n. 68, p. 12-16, set/out, 2005.

FIORIE, Elaine Gomes et al. Perfil de indivíduos com diferentes níveis de sobrepeso e avaliação do consumo alimentar frente às Diretrizes do Guia Alimentar para a população brasileira. *Revista Nutrição em Pauta: a revista do profissional de nutrição*, São Paulo, ano 18, n. 87, p. 11-16, nov/dez, 2007.

FIBBERO, Regina Mara et al. Inquérito alimentares: métodos e bases científicas. Barueri, São Paulo: Manole, 2006.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Marle. A mudança na alimentação e no corpo ao longo do tempo. In: PHILIPPI, Sonia Tucunúva; ALVARENGA, Marle. **Transtornos alimentares: uma visão nutricional**. Barueri: Manole, 2004. p. 1 – 20.

ANDRADE, Roseli G.; PEREIRA, Rosângela A.; SICHIERI, Rosely. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.5, p.1485-1495, set./out. 2003. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n5/17821.pdf> >. Acesso em: 11 out. 2007.

ANGELIS, Rebeca Carlota de. Obesidade: prevenção nutricional. **Revista Nutrição em Pauta: a revista do profissional de nutrição**, São Paulo, ano 13, n. 72, p. 4- 8, maio/jun, 2005.

BARBOSA, K. B. F.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Instrumentos de avaliação do consumo alimentar na adolescência. **Nutrire: revista da sociedade brasileira de alimentação e nutrição**, São Paulo. v. 31, n. 2. ago, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico – VIGITEL BRASIL 2007**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, Kênia Mara Baiocchi de. Obesidade. In: CUPPARI, Lillian. **Nutrição clínica no adulto**. Barueri: Manole, 2002. p.131- 150.

CERVATO, Ana Maria; VIEIRA, Viviane Laudelino. Consumo alimentar: como avaliar a qualidade. **Revista Nutrição em Pauta: a revista do profissional de nutrição**, São Paulo, ano 11, n. 62, p. 12 – 16, set/out, 2003.

IORE, Elaine Gomes *et al.* Perfil de indivíduos com diferentes níveis de sobrepeso e avaliação do consumo alimentar frente às Diretrizes do Guia Alimentar para a população brasileira. **Revista Nutrição em Pauta: a revista do profissional de nutrição**, São Paulo, ano 15, n 87, p. 11 – 16. nov/dez, 2007.

FISBERG, Regina Mara *et al.* **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. Barueri, São Paulo: Manole, 2005.

FISBERG, Regina Mara; MARTINI, Ligia Araújo; SLATER, Betzabeth. Métodos de inquéritos alimentares. In: FISBERG, Regina Mara *et al.* **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. Barueri: Manole, 2005. p. 1 – 31.

FRUHBECK, Gema. Nutrição excessiva. In: GIBNEY, Michael J. *et al.* **Nutrição Clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 27 – 56.

HELMAN, Cecil G. Dieta e nutrição. In: _____. **Cultura, saúde e doença**. 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. p. 49 – 70.

HÖFELMANN, Dorotéia Aparecida; REIKES, Bethania Hering; AZEVEDO, Luciene Coutinho de. Hábito alimentar e estado nutricional: fatores de risco cardiovascular entre colaboradores internos de uma Unidade de Alimentação e Nutrição. **Nutrição em pauta: a revista do profissional de nutrição**, São Paulo, ano 13. n. 70, p. 42 – 45, jan/fev, 2005.

JAIME, Patrícia Constante. *et al.* Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, 2006.

KAC, Gilberto; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19, supl.1 2003. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700001 >. Acesso em: 08 out. 2007.

LIMA, Laydiane Pereira de; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. **Ciências e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, jul/ago, 2007. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232007000400022&script=sci_arttext&lng=en >. Acesso em: 14 out. 2008.

LACERDA, Jamile Maria Sallun de. *et al.* Avaliação dos parâmetros nutricionais e culturais dos padrões alimentares brasileiro, japonês e mediterrâneo. **Revista Nutrição em Pauta: a revista do profissional de nutrição**, São Paulo, ano 12, n. 68, p. 49 – 52, set/out, 2004.

MATTOS, Lúcia Lela de; MARTINS, Ignez Salas. Consumo de fibras em população adulta. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, fev, 2000. Disponível em: < http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100010&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 27.10.2008.

MONTEIRO, Carlos Augusto; MONDINI, Lenise; COSTA, Renata BL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988 – 1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n.3. jun, 2000.

MOREIRA, Taís Rodrigues *et al.* **Educação nutricional com o trabalhador**: ainda um desafio para o nutricionista. Disponível em: < <http://www.nutricaoativa.com.br/arquivos/artigo4.pdf> >. Acesso em: 22 out. 2008.

NEUMANN, Africa Isabel de La Cruz Perez; SHIRASSU, Mirian Matsura; FISBERG, Regina Mara. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 1, jan/fev, 2006.

OLIVEIRA, Paula Lopes da Silva; PORTE, M.SC. Alexandre. Sobrepeso e obesidade em adolescente de escolas do município de Valença – RJ. **Nutrição Brasil**, São Paulo, ano 4, n. 3, p. 136 – 143. maio/jun, 2005.

PHILIPPI, Sonia Tucunduva. **Tabela de composição de alimentos**: suporte para decisão nutricional. 2 ed. São Paulo: Coronário, 2002.

SILVA, Sandra M. Chemim S. da; MURA, Joana D'Arc Pereira. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. São Paulo: Roca, 2007.

TIRONI, Alessandra Maalouf *et al.* Transtornos em pacientes no pré-operatório de cirurgia bariátrica. **Nutrição em pauta**: a revista do profissional de nutrição, São Paulo, ano 14, n. 77. mar/abr, 2006.

QUADROS, Magda Rosa Ramos *et al.* Perfil do obeso mórbido candidato à cirurgia bariátrica atendido pelo ambulatório de nutrição da Santa Casa de Misericórdia PUC/PR. **Nutrição em pauta**: a revista do profissional de nutrição, São Paulo, ano 13, n 70, jan/fev, 2005.

VIEIRA, Sônia; HOSSNE, Willian Saad. **Metodologia científica para a área de saúde**. Rio de Janeiro: Campos, 2001.

WILLET, W. C. Future direction in the development of food frequency questionnaire. **American journal of clinic nutrition**, v. 59 (suppl); p. 171s – 4s, 1998.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

Título da pesquisa: "Avaliação do consumo alimentar em pacientes com obesidade mórbida atendidos no Ambulatório de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN".

Pesquisador (es): Acad. Márcia Márcia Dantas (Curso de Nutrição - FARN), Profa. Célia Regina Barbosa de Araújo (Docente do curso de Nutrição - FARN).

Com o objetivo de avaliar o consumo alimentar o presente projeto busca através de um questionário conhecer os hábitos e a ingestão alimentar atuais dos pacientes.

APÊNDICES

Riscos: Os riscos possíveis associados à participação podem ser considerados mínimos, tendo em vista que o paciente não será submetido a procedimentos invasivos como coleta de sangue, ingestão de alimentos ou substâncias que possam lhe fazer algum mal.

Benefícios: Os benefícios esperados dos estudos que sairão como fruto desse projeto serão: contribuir para a formação do conhecimento acadêmico relacionado à Ciência da Nutrição, onde muitos deles fornecerão subsídios para desenvolvimento de pesquisas adicionais.

Confidencialidade: Os registros serão guardados e somente os pesquisadores do projeto terão acesso a dados individuais. A participação no estudo será mantida confidencial até o limite permitido por lei. O Comitê de Ética da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) poderá inspecionar e copiar registros pertinentes à pesquisa que contenham informações identificadoras, evitando qualquer relatório ou publicação que resulte dos trabalhos científicos produzidos nesse projeto, e identificação do paciente não será revelada.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

participar dos estudos provenientes deste projeto, como também poderá desistir em qualquer época.

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

Título da pesquisa: "Avaliação do consumo alimentar em pacientes com obesidade mórbida atendidos no Ambulatório de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte - FARN".

Pesquisador (es): Acd. Nathália Martins Dantas (Curso de Nutrição – FARN), Prfª. Ms. Célia Regina Barbosa de Araújo (Docente do curso de Nutrição – FARN).

Com o objetivo de avaliar o consumo alimentar o presente projeto busca através de um questionário conhecer os hábitos alimentares e a ingestão alimentar desses pacientes.

Riscos: Os riscos possíveis associados à participação podem ser considerados mínimos, tendo em vista que o paciente não será submetido a procedimentos invasivos como: coleta de sangue, ingestão de alimentos ou substâncias que possam lhes trazer algum malefício.

Benefícios: Os benefícios em participar dos estudos que sairão como frutos desse projeto serão: contribuir para a formação de conhecimento acadêmico relacionado à Ciência da Nutrição, onde muitos deles fornecerão subsídios para desenvolvimento de condutas nutricionais.

Confidencialidade: Os registros serão guardados e somente os pesquisadores da equipe terão acesso a estas informações. A participação no estudo será mantida confidencial até o limite permitido por lei. O Comitê de Ética da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte (FARN) poderá inspecionar e copiar registros pertinentes à pesquisa que contenham informações identificadoras, entretanto qualquer relatório ou publicação que resultar dos trabalhos científicos produzidos nesse projeto, a identificação do paciente não será revelada.

Participação Voluntária: Não há penalidade para alguém que decida não participar dos estudos provenientes deste projeto, como também poderá desistir em qualquer época.

Consentimento para a participação: RIO GRANDE DO NORTE

Estou de acordo em participar dos estudos provenientes desse projeto. Fui devidamente esclarecido quanto aos objetivos do projeto, os procedimentos aos quais serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foi garantido o direito a desistir da participação em qualquer época, sem que este ato implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação não implicará em custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à identificação da minha pessoa.

1. Dados pessoais

Nome: _____

Idade: _____

Gênero: masculino () feminino ()

Ocupação: _____

Nome do participante da pesquisa (letra de forma)

Profissão: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

2. Avaliação dietética

Assinatura do participante

Preferências alimentares

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante

Ingeriu líquido nas refeições: sim () não ()

- se sim, qual?

Quantas refeições normalmente faz por dia?

- 3 () 4 () 5 () 6 () mais de 6 ()

Onde costuma fazer as refeições?

- em casa () restaurantes () fast food () self service () outros ()

Alguma vez mudou os hábitos alimentares tentando comer de forma mais saudável?

- sim () não () não se lembra ()

APÊNDICE B - PROTOCOLO DE ESTUDO

- sim () não () não sabe ()

Que tipo de mudança tem feito ou deseja fazer em sua alimentação?

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE

TEMA: Avaliação do consumo alimentar em pacientes com obesidade mórbida atendidos no Ambulatório de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN.

1. Dados pessoais

Nome: _____

Idade: _____ Gênero: masculino () feminino ()

Ocupação: _____

Peso: _____ Altura: _____

IMC: _____

2. Avaliação dietética

Preferências alimentares: _____

Aversões alimentares: _____

Alergias alimentares: _____

Ingere líquido nas refeições: sim () não ()

- se sim, qual? _____

Quantas refeições normalmente faz por dia?

- 3 () 4 () 5 () 6 () mais de 6 ()

Onde costuma fazer as refeições?

- em casa () restaurantes () fest food () self service () outros ()

Alguma vez mudou os hábitos alimentares tentando comer de forma mais saudável?

- sim () não () não se lembra ()

Atualmente está comendo ou tentando comer de forma mais saudável?

- sim () não () não sabe ()

Que tipo de mudança tem feito ou espera fazer em sua alimentação? _____

Quais os fatores que influenciam nas suas escolhas de alimentação?

Convivência () sabor/gosta da comida () preço da comida/alimentos () hábito ou rotina () vontade da família () tentar emagrecer () tentar comer de forma mais saudável () a decisão é de outra pessoa () qualidade dos alimentos ()

3. Recordatório 24 horas

Refeição/ hora	Alimento/preparação
Desjejum	
Lanche matinal	
Almoço	
Lanche vespertino	
Jantar	
Ceia	

Observações: _____

4. Questionário de frequência alimentar

Assinalar com X a quantidade de alimento que costuma consumir habitualmente. Esta quantidade representa o consumo médio nos últimos 6 meses.

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
I. Doces, salgadinhos e guloseimas							
1. Batatinha tipo chips ou salgadinho							
2. Chocolate							
3. Brigadeiro							
4. Sorvete massa/palito							
5. Achocolatado em pó							
6. Pipoca							
7. Açúcar adicionado em café, leite etc							
8. Balas							
9. Doces de frutas (goiabada, marmelada etc)							
10. Sobremesas							

II. Salgados e preparações

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
11. Hamburgue de carne/frango							
12. Sanduíche (misto, queijo, frios ou quentes)							
13. Sanduíche natural							
14. Coxinha, rissole, pastel etc							
15. Pão de queijo							
16. Salada de batata com maionese							
17. Sopa							
18. Farófa (farinha ou mandioca)							
19. Pizza							
20. Cachorro- quente							

III Leites e produtos lácteos

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
21. Leite							

integral							
22. Leite desnatado							
23. Iogurte natural/frutas							
24. Iogurte diet							
25. Queijo							
26. Requeijão							

IV. Óleos e gorduras

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
27. Maionese tradicional							
28. Manteiga (origem animal)							
29. Margarina (origem vegetal)							
30. Azeite de oliva							

V. Cereais, pães e tubérculos

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia

31. Arroz cozido							
32. Macarrão							
33. Massas (lasanha)							
34. Biscoito sem recheio/cream Cracker	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
35. Biscoito com recheio							
36. Pão							
37. Cereal matinal/barra de cereal							
38. Batatas fritas de palito							
39. Batatas (purê, sauté)							
40. Macaxeira cozida ou frita							
41. Pamonha doce/salgada							

VI. Verduras, legumes e leguminosas

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
42. Alface							
43. Repolho							
44. Beterraba							
45. Cenoura							
46. Ervilha							

47. Milho verde							
48. Tomate							

VII. Frutas

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
49. Abacate							
50. Abacaxi							
51. Banana							
52. Laranja, tangerina							
53. Maçã, pêra							
54. Mamão							
55. Melão, melancia							
56. Manga							
57. Morango							
58. Uva							

VIII. Feijão

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
59. Feijão (marrom ou preto)							

X. Bebidas

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
68. Refrigerante normal							
69. Refrigerante diet							
70. Chá							
71. Vitaminas de frutas							
72. Sucos artificiais							
73. Café							
74. Bebida com álcool (cerveja, vinho, batidas)							
75. água							

XI. Outros

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
76. Adoçante em gotas/pó							
77. Vitaminas/suplementos							

ALIMENTO	Nunca	Menos de 1x mês	1 a 3x mês	1x mês	2 a 4x semana	1x ao dia	2x ou mais ao dia
78.							
79.							
80.							

Fonte: Adaptado de Villar (*apud* FISBERG *et al*, 2005).

- Fazer pequenas mudanças no modo como se alimenta e no nível de atividade física. Não começar com grandes alterações. Após o primeiro pequeno sucesso, estabelecer um novo objetivo e prosseguir.
- Estabelecer um plano diário, que possibilite atingir objetivos, mas não exagerar em uma refeição, como na próxima;
- Aprender todos os tipos de alimentos e preparações. Preferir uma dieta pobre em gordura e em colesterol e rica em frutas e verduras, isso ajudará a melhorar o consumo de nutrientes;
- Moderar as quantidades de açúcares, sal e álcool;
- Beber, no mínimo, oito copos de água potável entre as refeições;
- Estabelecer horários fixos para se alimentar, dividindo a alimentação em cinco ou seis refeições (café da manhã, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia), reduzindo a quantidade consumida em cada uma delas;
- Se possível, seguir a guia da pirâmide dos alimentos, consumindo as porções para cada grupo de alimentos de acordo com a idade;
- Preferir ambientes agradáveis para fazer as refeições e evitar assistir televisão enquanto come;
- No almoço e no jantar, comer primeiro as vegetais crus e folhosas, como o alface e a couve, pois elas promovem uma sensação de saciedade mais rápida, logo fará com que a fome diminua e o consumo dos outros alimentos seja feito em menor quantidade;
- Limitar o consumo de gemas de ovo (no máximo duas vezes por semana);

APÊNDICE C - ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA OBESIDADE

A obesidade pode ser definida como uma enfermidade crônica, que se caracteriza pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo, ocasionado por doenças genéticas, endócrinas, metabólicas ou, ainda por fatores dietéticos e ambientais, incluindo a questão do estilo de vida (OLIVEIRA; PORTE, 2005).

- Fazer pequenas mudanças no modo como se alimenta e no nível de atividade física. Não começar com grandes alterações. Após o primeiro pequeno sucesso, estabelecer um novo objetivo e prosseguir;
- Estabelecer um plano diário, que possibilite atingir objetivos, mas caso exagere em uma refeição, coma menos na próxima;
- Apreçar todos os tipos de alimentos e preparações. Prefira uma dieta pobre em gordura e em colesterol e rica em frutas e verduras, isso ajudará a melhorar o consumo de nutrientes;
- Moderar as quantidades de açúcares, sal e sódio;
- Beber, no mínimo, oito copos de água por dia entre as refeições.
- Estabelecer horários fixos para se alimentar, dividindo a alimentação em cinco ou seis refeições (café da manhã, lanche, almoço, lanche da tarde, jantar e ceia), reduzindo a quantidade consumida em cada uma delas;
- Se possível, seguir o guia da pirâmide dos alimentos, consumindo as porções para cada grupo de alimentos de acordo com a idade;
- Preferir ambientes agradáveis para fazer as refeições e evitar assistir televisão enquanto come;
- No almoço e no jantar, comer primeiro os vegetais crus e folhosos, como o alface e a rúcula, pois eles promovem uma sensação de saciedade mais rápida. Isso fará com que a fome diminua e o consumo dos outros alimentos seja feito em menor quantidade;
- Limitar o consumo da gema do ovo (no máximo duas vezes por semana);

FARN

- Dar preferência ao queijo branco e ricota, evitando os amarelos, pois contêm maiores quantidades de gorduras;
- Preferir alimentos cozidos, assados, grelhados ou refogados;
- Preferir peixes e aves preparadas sem pele;
- Preferir produtos lácteos desnatados.

ANEXO



FAZENDA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE

FARN

Parecer fundamentado do Projeto de Pesquisa nº 134

Registro no CEP-FARN	30/03/08
Professor Responsável	Celia Regina Barbosa de Araújo
Assunto da Pesquisa	AValiação DO CONSUMO ALIMENTAR EM PACIENTES COM OBESIDADE MORBIDA ATENDIDOS NO AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO DA FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO GRANDE DO NORTE-FARN
Assessor Social Responsável	Neidely Martins Dantas Rua Paula da Silva, 2242 - Ponta Negra - CEP: 59094-000 Telefone: 33194639
Assessor Técnico	Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte
Assessor Científico	Nutrição

PARCER

Considerando que as instituições devem adequadamente avaliar, o estudo e a pesquisa de acordo com as normas propostas pela Resolução 196/96-CNS, o CEP-FARN manifesta-se favorável ao projeto de pesquisa registrado no CEP-FARN nº

ANEXO

Remanesce que qualquer modificação a aspectos metodológicos deverá ser encaminhada ao CEP-FARN para avaliação. O pesquisador deverá observar rigorosamente as normas e procedimentos estabelecidos, após sua conclusão.

Natal, 25 de Abril de 2008

Prof.ª *[Assinatura]*
Coordenadora do CEP

[Assinatura]
Nela Patrícia Freire Poqueto
Parecerista