

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

LIDIVÂNIA CLARICE DO NASCIMENTO

USO DE DIETAS RESTRITIVAS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

NATAL – RN

2010

LIDIVÂNIA CLARICE DO NASCIMENTO

USO DE DIETAS RESTRITIVAS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

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

Orientadora: Dr^a. Everlane Ferreira Moura

NATAL – RN

2010

M

615.874.24

N196m

2010

ex 01

RB-34:36J



Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN

Setor de Processos Técnicos

Nascimento, Lidivânia Clarice do

Uso de dietas restritivas entre os profissionais de saúde / Lidivânia Clarice do Nascimento. – Natal: FARN, 2010.

xxf.

Orientador: Everlane Ferreira Moura (Dra.)

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

1. Dietas Restritivas – Monografia. 2. Profissionais de Saúde – Monografia. 3. Hábitos Alimentares. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 615.874.24

LIDIVÂNIA CLARICE DO NASCIMENTO

USO DE DIETAS RESTRITIVAS ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em
Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do
Norte, como requisito final para obtenção do grau de Nutricionista.**

BANCA EXAMINADORA

Profª. Espª. Msª. Juliana Padilha

Profª. Espª. Carina Leite de Araújo Oliveira

Profª Drª Everlane Ferreira Moura

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha Vovó, Joana Félix!

AGRADECIMENTOS

Principalmente a Deus.

Aos meus pais, irmãos, familiares, Rodinei (meu amor), e amigos pelo apoio, compreensão e força para nunca desistir e sempre continuar mesmo diante das dificuldades.

A minha amiga Edna Barros, a qual conheci no Curso e me ensinou o que é ter uma amiga.

As professoras especialmente que têm dívida com a minha formação de nutrólogo, em especial a professora Vanessa Teixeira que me ensinou a lidar com a vida e a morte.

As minhas supervisoras de estágio, Poliana Castro nutricionista da Unidade Básica de Saúde Miraflores e em especial a Joana Dantas, Lidiane Ferreira e Gisela Cardoso nutricionistas da Liga Noroeste-Paranaense Contra o Câncer que tanto me apoiaram com carinho e incentivo, sendo verdadeiras professoras.

A professora Lúcia pela oportunidade e apoio concedido e apoio na conclusão.

As nutricionistas Joana D'Arc e Geraldine do Hospital de Referência e Emergências PAFL pelo apoio na coleta de dados.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha Vovó, Joana Félix!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus,

Aos meus pais, irmãos, familiares, Rodinei (meu amor), e amigos pelo apoio, compreensão e força para nunca desistir e sempre continuar mesmo diante das dificuldades.

A minha amiga Édnea Soares, a qual conheci no Curso e me ensinou o que é ter uma amiga.

As professoras acadêmicas que sem dúvida foram mediadoras do meu aprendizado, em especial a professora Vanessa Teixeira que me ensinou além do que diz a literatura.

As minhas supervisoras de estágio, Poliana Cacho nutricionista da Unidade Básica de Saúde Mirassol e em especial a Jeane Dantas, Lidiane Ferreira e Gislaine Cardoso nutricionistas da Liga Norterriograndense Contra o Câncer que tanto me acolheram com carinho e incentivo, sendo verdadeiras professoras.

A professora Everlane pelas oportunidades a mim concedida e apoio nas decisões!

As nutricionistas Joana D'arc e Geraldine do Hospital de urgência e emergências PAPI, pelo apoio na coleta de dados.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para o meu crescimento profissional e pessoal.

RESUMO

Dieta restritiva, de baixo teor calórico ou de nutrientes, ou mais popularmente conhecida como dietas da moda prometem emagrecimento rápido contrariando as recomendações dos tratamentos nutricionais, o qual fatores socioculturais são os principais incentivadores e ano após anos, dietas "novas e melhoradas" aparecem nas prateleiras de livrarias e bancas de jornal, internet e entre amigos. O objetivo deste trabalho foi investigar hábitos alimentares associados à adesão de dietas restritivas entre os profissionais de saúde. Para isso, foram entrevistados através de um questionário 61 profissionais de saúde, os quais 67% são técnicos de enfermagem. Os resultados do presente estudo mostram que estes têm o hábito alimentar de fazer quatro refeições diárias a cada quatro horas, com frequência alimentar dominante para o consumo do arroz, feijão, refrigerante, frituras e frutas. Associado a esses hábitos observa-se a presença do sedentarismo e ausência, pela grande maioria, do uso de dietas restritivas. O que permite concluir que os profissionais de saúde não são influenciadores do uso de dietas restritivas, porém não têm uma alimentação totalmente saudável.

Palavras-chave: Dieta. Hábitos. Internet.

LISTA ABSTRACT TURAS

Restrictive diet, low calorie or nutrient, or more popularly known as fad diets promise quick weight loss against the recommendations of nutritional treatments, which sociocultural factors are the primary drivers and year after year, dieting "new and improved" appear in shelves of bookstores and newsstands, the Internet and among friends. The aim of this study was to investigate dietary habits associated with adherence to restrictive diets among health professionals. For this they were interviewed by questionnaire 61 health professionals, which are 67% practical nurses. The results of this study show that they have the habit of eating four meals a day to every four hours, often dominant food for the consumption of rice, beans, soda, fries and fruit. Associated with these habits we observe the presence and absence of a sedentary lifestyle, the great majority, the use of restrictive diets. What allows us to conclude that health professionals are not influencing the use of restrictive diets, but do not have a completely healthy diet.

Keywords: Diet, Habits, Internet.

LISTA DE ABREVIATURAS

CC – Circunferência da Cintura

CFN – Conselho Federal de Nutricionistas

IMC - Índice de Massa Corpórea

Kg – Kilogramas

NA – Não aderiu

NR – Não respondeu

OMS – Organização Mundial da Saúde

QFA – Questionário de Frequência Alimentar

RCQ – Razão Cintura-Quadril

RN – Rio Grande do Norte

*USP (dieta) – sem definição

LISTA DE QUADRO

Quadro 1: Cardápio de 7 dias utilizado na dieta da USP.....	20
Gráfico 2 – Caracterização do perfil profissional dos entrevistados.....	31
Gráfico 3 – Determinação da quantidade habitual de refeições realizadas ao dia.....	32
Gráfico 4 – Determinação do intervalo em horas entre cada refeição.....	33
Gráfico 5 – Hábito alimentar de trocar as refeições principais por lanches alternativos.....	33
Gráfico 6 – Determinação da frequência alimentar semanal segundo o tipo de alimentação.....	35
Gráfico 7 – Percentual dos entrevistados que realizam atividade física.....	36
Gráfico 8 – Determinação das dietas que mais foram adotadas entre os entrevistados, de quais alguns destes responderam mais de uma opção.....	38
Gráfico 9 – Pesquisa quanto ao número de entrevistados que afirmaram ter aderido à dieta restritiva e conseguiram emagrecer.....	39
Gráfico 10 – Análise do percentual correspondente aos 14 entrevistados dos 61, que afirmaram ter conseguido emagrecer.....	39
Gráfico 11 – Pesquisa investigativa quanto ao surgimento de sintomas entre os entrevistados que afirmaram ter adotado algum tipo de dieta.....	40
Gráfico 12 – Determinação do meio de comunicação que mais favoreceu a propagação das dietas.....	41

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Caracterização dos entrevistados quanto à idade e gênero.....	30
Gráfico 2 – Caracterização do perfil profissional dos entrevistados.....	31
Gráfico 3 – Determinação da quantidade habitual de refeições realizadas ao dia....	32
Gráfico 4 – Determinação do intervalo em horas entre cada refeição.....	33
Gráfico 5 - Hábito alimentar de trocar as refeições principais por lanches diariamente.....	33
Gráfico 6 – Determinação da frequência alimentar semanal segundo afirmação dos entrevistados.....	35
Gráfico 7 – Percentual dos entrevistados que realizam atividade física.....	36
Gráfico 8 – Determinação das dietas que mais foram aderidas entre os entrevistados, os quais alguns destes responderam mais de uma opção.....	38
Gráfico 9 – Pesquisa quanto ao número de entrevistados que afirmaram ter aderido alguma dieta restritiva e conseguiram emagrecer.....	39
Gráfico 10 – Análise do percentual correspondente aos 14 entrevistados dos 61, que afirmaram ter conseguido emagrecer.....	39
Gráfico 11 – Pesquisa investigativa quanto ao surgimento de sintomas entre os entrevistados que afirmam ter aderido algum tipo de dieta da moda.....	40
Gráfico 12 – Determinação do meio de comunicação que mais favorece a propagação das dietas da moda.....	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
2.1 Objetivos específicos.....	14
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
3.1 Dietas da moda.....	15
3.2 Papel do profissional de saúde.....	16
3.3 Tipos de dietas da moda.....	17
3.3.1 Dieta líquida.....	18
3.3.2 Dieta da Lua.....	19
3.3.3 Dieta das frutas.....	19
3.3.4 Dieta da USP.....	19
3.3.5 Dieta do TAO.....	21
3.3.6 Dieta do ovo.....	22
3.3.7 Dieta do Dr. Atkins.....	22
3.3.8 Dieta do Tipo Sanguíneo.....	22
3.3.9 Dieta das Proteínas.....	23
3.3.10 Dieta dos pontos.....	24
3.3.11 Dieta do Dr. Ornish.....	24
3.3.12 Dieta de Scarsdale.....	25
3.4 Considerações.....	25
4 METODOLOGIA.....	27
4.1 Tipo de pesquisa.....	27
4.2 Universo e amostra.....	27
4.3 Coleta de dados.....	28
4.4 Análises dos dados.....	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	30
5.1 Hábitos alimentares.....	31
5.2 Análise Qualitativa da Frequência Alimentar (QFA).....	34
5.3 Atividade física.....	36
5.4 Dietas restritivas.....	37
5.5 Efeitos da adesão das dietas restritivas.....	38
5.6 Propagação das dietas restritivas.....	41
6 CONCLUSÃO.....	42
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICE.....	

1 INTRODUÇÃO

Atualmente os fatores socioculturais são os principais incentivadores da adesão às dietas restritivas, de baixo teor calórico ou de nutrientes, ou mais conhecidas como dietas da moda, que prometem emagrecimento rápido, pois o padrão de beleza esbelta é imposto, especialmente às mulheres que vivem de acordo com a tirania da moda, contrariando suas necessidades nutricionais (BERNARDI et al., 2005).

Esta imposição social talvez fosse interessante se respeitada à redução modesta de peso corporal, que segundo Cuppari (2005) não deve ser superior a 2% em uma semana, resultando assim na melhora de diversos parâmetros clínicos, mesmo que o indivíduo ainda permaneça com o Índice de Massa Corpórea (IMC) superior a 30 Kg/m² (LOTTENBERG, 2006). No entanto, algumas pessoas extravasam estes limites, persistindo numa dieta de muito baixo valor energético, podendo perder uma média de até 20 kg em um período de 12 a 16 semanas. Contudo, alguns estudos mostram que a maioria destes indivíduos recuperam o peso perdido dentro de um curto período de tempo (ASSIS & NAHAS apud WILLIAMS et al., 1999). Segundo BERNARDI et al. (2005) o comportamento alimentar tem bases biológicas e sociais que quando associado à obesidade, torna-se um processo ainda mais complexo pelos aspectos psicológicos envolvidos.

Manter o peso corporal constante é possível graças ao complexo sistema de mecanismos neurais, hormonais e químicos que mantêm o equilíbrio, entre ingestão e perda energética, dentro de limites precisamente regulados, podendo ser a genética o principal contribuinte nas diferenças individuais. No entanto, anormalidades nestes mecanismos, os quais ainda não estão completamente entendidos, acabam por resultar em flutuações exageradas no peso (ROSADO; MONTEIRO, 2001).

As consequências do excesso de peso para a saúde vêm sendo constantemente demonstradas em diversos trabalhos, cuja obesidade ou sobrepeso são descritos como um fator de risco para acometimentos de hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, doenças cardiovasculares e algumas formas de câncer (GIGANTE et al., 1997). Porém, estas consequências são motivos que ficam em último lugar na adesão de uma dieta adequada, direcionada ao tratamento, a qual tem acompanhamento médico e/ou nutricional, capaz de reverter o quadro, e,

em muitos casos, enxerga-se apenas a realização das famosas cirurgias bariátricas, lipoaspiração e principalmente "dietas da moda" como uma forma de adquirir perda rápida de peso.

As dietas da moda, que muitos dizem levar ao emagrecimento rápido, hoje em dia são diversas. Pela internet é possível encontrar, hoje, milhares de sites de dietas, e na semana seguinte, um número ainda maior de sites relacionados será encontrado. Ao se analisar os casos atuais da obesidade e sobrepeso, observam-se os seguintes perfis: os que adotam dietas por conta própria, por não ter o conhecimento prévio sobre aspectos clínicos e riscos associados; os casos em que os indivíduos têm conhecimento da situação clínica, mas adotam tais dietas restritivas de forma irresponsável por pura vaidade, e aqueles que são influenciados por algum profissional de saúde, como por exemplo os que trabalham em Spa. Contudo, são crescentes as novas propostas de tratamentos e de dietas que, na maioria das vezes, são de grande aceitabilidade pelo público, pois o impacto de uma nova dieta lançada representa para o obeso, ou para os insatisfeitos com o peso, uma nova chance para emagrecer.

A atual situação de como certas dietas da moda se propagam na sociedade, é preocupante, e a internet é uma forte aliada, que, através de sites de buscas torna tudo muito simples e de fácil acesso. Por exemplo, para ressaltar a situação, o maior site de busca mundial, o Google, ofereceu apenas no mês de outubro de 2009, aproximadamente, 8.750.000 sites que informavam sobre o assunto, sendo que, na semana seguinte, este número foi ainda maior, sem contar com vários livros escritos de fácil acesso. Além disso, a situação acaba por se tornar duplamente preocupante quando os próprios profissionais da área da saúde, que deveria atuar em equipes multidisciplinares de apoio ao tratamento seguro de diversas fisiopatologias, são também divulgadores e usuários de diversas dietas restritivas.

Uma dieta restritiva pode levar a inúmeras conseqüências como deficiências nutricionais, hipovitaminose e falta de minerais, além de elevar o gasto de reservas de energia, que chega a ser excessivo, havendo possibilidade de ser acometido até mesmo um coma ou até levar a morte. Baseado no exposto, o presente trabalho investigou os hábitos alimentares associados à adesão de dietas restritivas entre os profissionais de saúde, além de fazer uma revisão da literatura e consultas à internet sobre os tipos de dietas restritivas, e quais estão mais presentes no dia a dia dos profissionais da área da saúde.

2 OBJETIVOS

Identificar o uso de dietas restritivas entre os profissionais de saúde.

2.1 Objetivos específicos

- ✓ Caracterizar o hábito alimentar e se associado a este há a realização de atividade física;
- ✓ Analisar se os profissionais de saúde já aderiu algum tipo de dieta restritiva, determinando qual a mais utilizada, os sintomas associados e meio de propagação.

3 REFERENCIAL TEÓRICO.

3.1 Dietas da moda

"uma dieta da moda chamada por qualquer outro nome ainda assim seria uma dieta da moda"

William Shakespeare

Ano após ano, dietas "novas e melhoradas" aparecem nas prateleiras de livrarias e bancas de jornal, internet e entre amigos. Pessoas de todas as idades, ansiosamente experimentam uma dieta existente no mercado, esperando que esta realmente funcione, ou que faça com que o objetivo de emagrecer seja de maneira rápida e precisa. Às vezes as dietas da moda parecem funcionar por um tempo, então vira "febre". É assim que Brownl, pesquisador da obesidade da Universidade de Yale, descreve este fenômeno: "quando me perguntam sobre a última dieta da moda imagino uma vela de aniversário que acende repetidamente toda vez que a apagamos" (BROWNL *apud* WHITNEY; ROLFES, 2008, p.98).

Ao perceber que as dietas da moda não são seguras e eficazes para perder peso, o profissional da área de saúde comenta, mas nunca consegue apagar a vela definitivamente. As novas dietas da moda podem continuar fazendo promessas exorbitantes, pois ninguém exige que seus advogados provem o que estas dizem, visto que os gurus das dietas da moda não conduzem pesquisas serias sobre os benefícios ou perigos de suas dietas.

Os hábitos alimentares são construídos a partir da experiência familiar e do ambiente social. Nesse contexto, os meios de comunicação de massa vêm contribuindo, sobremaneira, para o aparecimento de conceitos inadequados e errôneos no que diz respeito à saúde na busca de um "corpo ideal". Tal apelo tem aumentado a veiculação de dietas impróprias e inadequadas do ponto de vista nutricional (GARCIA, 1992; D'ÁVILA, 1999 *apud* SANTANA, 2003).

A mídia "obriga" a todas as mulheres, principalmente, mesmo as mais novas, a terem o corpo como das atrizes e modelos, em que definem o corpo perfeito como magras e altas, que apresentem curvas, já que a mulher brasileira é mundialmente famosa por ter o corpo delineado (NOGUEIRA, 2007).

Ao contrário do que muitos pensam o termo "dieta" não está associado a um determinado regime alimentar restritivo, mas sim ao tipo de alimentação que uma pessoa faz diariamente ou deve fazer por algum motivo de promoção a saúde. E muitas pessoas sem saber, a realizar de maneira errada, podendo ter complicações como: fraqueza, perda de massa muscular, desidratação, cansaço, aumento de colesterol, sobrecarga renal e hepática, doenças cardiovasculares, hipovitaminose, anemia ferropriva, hipoproteïnemia, hiperproteïnemia, aumento de ácido úrico, entre outros (MENEGAZZI, 2006).

A mudança dos hábitos alimentares ou tratamento dietético seriam os métodos mais eficazes para emagrecer, pois essas dietas em muitos casos não contribuem, fazendo com que cada vez mais pessoas não consigam atingir seus objetivos permanentemente.

3.2 Papel do profissional de saúde

A participação de vários profissionais na assistência à saúde propicia o envolvimento de todos os componentes da equipe em que estes, por sua vez, encontrarão maior abertura para expor seus problemas e questionamentos e isto promoverá a qualidade do acolhimento (HOGA, 2004). No entanto, a integralização dos profissionais de saúde muitas vezes é questionada quando o pouco conhecimento sobre uma determinada área faz com que este a propague sem o cabível direito ou dever. Como exemplo cita-se a prescrição ou propagação das dietas restritivas, quando não são advindas do profissional nutricionista e sim por outro profissional da saúde.

Pode-se dizer que existe quase uma exigência social de que se mude o processo de formação para que se produzam profissionais diferentes, com formação geral, capazes de prestar uma atenção integral e humanizada às pessoas, que trabalhem em equipe, que saibam tomar decisões considerando não somente a situação clínica individual, mas o contexto em que vivem os pacientes, os recursos disponíveis, as medidas mais eficazes (FEUERWEKER, 2001, p.12).

Ao investigar a história do profissional nutricionista entende-se o motivo pelo nos dias de hoje estes têm seu espaço invadido. No período emergencial do

profissional, Costa (1953) idealizou o desenvolvimento de cursos para nutrólogos, nutricionistas e demais profissionais desta área, concebeu aos médicos nutrólogos ser "especialistas na moderna Nutrologia, dotados de conhecimentos e visão bem mais amplos que os antigos 'dietistas', que sempre os ouve", enquanto "as nutricionistas" seriam as "auxiliares diretas daqueles médicos". No entanto, no ano de 1991 a profissão do nutricionista veio a ser regulamentada pela Lei nº 8.234, de 17 de setembro de 1991, a qual diz ser obrigatória a participação de nutricionistas em equipes multidisciplinares, criadas por entidades públicas ou particulares e destinadas a planejar, coordenar, supervisionar, implementar, executar e avaliar políticas, programas, cursos nos diversos níveis, pesquisas ou eventos de qualquer natureza, direta ou indiretamente relacionados com alimentação e nutrição, bem como elaborar e revisar legislação e códigos próprios desta área. Contudo, alguns profissionais de saúde ainda sim se fazem intermediadores, seja para paciente, colegas da adesão de dietas, em especial restritivas.

Contudo mais que uma internet, um livro de banca de jornal ou de livraria, ou amigo leigo, é um profissional de saúde que tem o maior poder de propagação destas dietas, em especial quando este é orientador de algum paciente/ cliente a esta prática. E não é necessário que este seja paciente, o simples fato de uma conversa sobre o assunto é uma propagação.

3.3 Tipos de dietas da moda

O conceito de "ser magro" é algo que naturalmente se impõe na atual sociedade; e muita gente busca emagrecer a qualquer custo. Embora alguns continuem nas tentativas de restrição energética e, devido aos fracassos repetidos, abandonam quaisquer tentativas de fazer dietas (BERNADI, 2005). A restrição alimentar é uma estratégia comportamental e cognitiva, que as pessoas usam para controlar o peso corporal (MCGUIRE, 2001). A consequência desta procura, sem limites, por uma aparência melhor e saudável, é enveredar pessoas, geralmente obesas ou sobrepesos, aos caminhos perigosos das "dietas da moda", chegando a ficar sem se alimentar por várias horas ou até mesmo dias, ingerindo apenas líquidos e apelando para produtos ditos "naturais e milagrosos".

Este é um assunto muito delicado, pois é difícil convencer seus simpatizantes de que sua prática pode vir a prejudicar a saúde, ao invés de melhorá-la. Perder peso pode significar diminuir a quantidade de calorias, principalmente de gorduras corporais. E isso só se consegue alimentando-se menos e gastando mais através de atividade física. Ou seja, qualquer dieta séria, deve prever uma reeducação alimentar, fazendo o indivíduo comer melhor e não “deixar de comer”, o que pode causar problemas como anemia, tonturas e até desmaios. Esta reeducação alimentar deve vir combinada com a prática de atividade física, para se gastar calorias e fortalecer a massa corporal do organismo.

Na cultura ocidental, ser magra significa ter competência, sucesso, autocontrole e ser atraente sexualmente. Vindo ao encontro destes valores, as dietas restritivas e cirurgias plásticas transmitem a ilusão de que o corpo é infinitamente maleável. Uma vez que o ideal de magreza proposto é uma impossibilidade biológica para a maioria das mulheres, a insatisfação corporal tem se tornado cada vez mais comum (MORGAN; VECCHIATTI and NEGRAO, 2002). Sabemos que se procurarmos uma dieta restritiva ou “da moda” encontraremos várias. Pela internet uma pequena pesquisa foi realizada, e abaixo há a descrição de algumas das inúmeras existentes. É importante também ressaltar que todas as informações contidas sobre as dietas abaixo advêm de pesquisa realizada via internet, e os fundamentos científicos em nenhuma destas estão comprovados apenas são descritas e colocada conceito em que seus criadores a estabelecem.

3.3.1 Dieta líquida

Diferente das dietas hospitalares, a dieta líquida segundo seguidores das dietas restritivas é um plano de emagrecimento que substitui uma ou mais refeições com uma fórmula líquida. A maior parte destas fórmulas é balanceada e contém uma mistura de proteínas, carboidratos e geralmente uma pequena quantidade de sal (COPACABANA RUNNERS - internet).

Geralmente essa dieta é vendida como líquido, ou como pó para ser misturado com líquidos. Embora fácil de usar, e promova perda de peso a curto prazo, a maioria das pessoas recupera o peso perdido assim que param de utilizar a

fórmula. Além disso, a dieta líquida não ensina a fazer escolhas para uma alimentação saudável, o que é importante para não recuperar o peso perdido e ocasionar o efeito sanfona (QUERO EMAGRECER.COM – internet).

3.3.2 Dieta da Lua

Esta é bem parecida com a anterior, a diferença é que nesta acredita-se que, assim como a Lua influencia as marés, ela também é capaz de influenciar os líquidos do nosso corpo. A cada mudança de fase da Lua, há a limitação de que os alimentos sejam apenas sucos, sopas e líquidos durante 24 horas. A promessa é emagrecer até 4 Kg por mês ou 1 Kg por semana, visto que a mudança de lua ocorre 4 vezes por mês (DIETA E SAÚDE – internet).

3.3.3 Dieta das frutas

Também conhecida como dieta de Beverly Hills, é baseada na ingestão de várias frutas, sendo que o problema está na carência de vitaminas, cálcio, ferro e proteína de origem animal. Mas, segundo o site **dicas.blog.br**, esta dieta pode ser associada a outras dietas, para assim poder balancear o cardápio e não trazer problemas de saúde.

3.3.4 Dieta da USP

Deve-se esclarecer que a Universidade de São Paulo (USP) não apóia e muito menos tem alguma relação. Esta pode atrair bastantes interessados no emagrecimento rápido, visto que, é considerada uma dieta de emergência, pois promete uma perda de 14 kg em 14 dias, no máximo. Seus especialistas a classificam como uma dieta difícil. Para realizá-la é preciso seguir um cardápio de 7 opções, repetidos por duas semanas.

Quadro 1: Cardápio de 7 dias utilizado na dieta da USP.
Fonte: do autor desconhecido.

1º dia	Manhã: Café preto sem açúcar, com adoçante Almoço: 2 ovos cozidos e ervas a desejar Jantar: Salada de alface com pepino e salsão à vontade
2º dia	Manhã: Café com bolacha cream-crakers Almoço: 1 bife grande com salada de frutas à gosto Jantar: Presunto à vontade
3º dia	Manhã: Café com biscoito cream-crakers Almoço: 2 ovos cozidos, salada de vagem e 2 torradas Jantar: presunto e salada
4º dia	Manhã: Café com biscoito Almoço: 1 ovo cozido, 1 cenoura e queijo minas à vontade Jantar: Salada de frutas e iogurte natural
5º dia	Manhã: Cenoura crua espremida com limão e café preto Almoço: Frango grelhado à vontade Jantar: 2 ovos cozidos com cenoura
6º dia	Manhã: Café com biscoito Almoço: Filé de peixe com tomate à vontade Jantar: 2 ovos cozidos com cenoura
7º dia	Manhã: Café com limão Almoço: Bife grelhado e frutas à vontade Jantar: Comer o que quiser, menos doces e bebidas alcoólicas

OBSERVAÇÃO: "As ervas permitidas são o agrião, chicória e a alface. Pode beber água, café e chá sempre que quiser".

Como se pode ver é uma dieta restritiva, com conceitos errados até mesmo para referenciar a alface como uma erva, além disso se associado ao uso de medicação indevida pode de favorecer graves consequências a saúde. Um efeito muito comum é a hipoglicemia. Outros podem ser sentidos na primeira semana como dores de cabeça, náuseas, tonturas, falta de força e cansaço, fácil irritabilidade e azia. Há também um conjunto de efeitos colaterais que são específicos para as mulheres, em que na primeira semana pode ter mudanças no ciclo menstrual. Mas, seus especialistas garantem ter efeitos positivos depois, pois a quantidade de sangue diminuirá e vai ter menos dores, além de diminuir outros problemas enquanto se faz uma dieta com poucos carboidratos.

Seus especialistas também afirmam ter vários pontos positivos, sendo o principal deles o emagrecimento. Regulação da pressão sanguínea, melhoramento ou desaparecimento de problemas digestivos e melhora dos problemas respiratórios, a diminuição do apetite para açúcares e doces, menos inchaço e menos gases (DIETA DA USP – internet). No entanto, é importante ressaltar que esta afirmação não tem comprovação científica.

3.3.5 Dieta do TAO

A Dieta Tao, baseia-se em princípios milenares chineses, o YIN e YANG. Ela sugere que, uma pessoa considerada obesa, ingira alimentos YIN (alimentos que diminuem a temperatura e o metabolismo corporal, como a maioria das frutas e verduras e tudo que tiver altos índices de água em sua composição), já que ela está saturada de alimentos YANG (são ricos em gordura e energia, tal como carnes e cereais, aumentando o calor do corpo), fator este que causa o excesso de peso corpóreo. Já uma pessoa magra, deveria ingerir alimentos YANG, a fim de que ela ganhe peso, para equilibrar o excesso de energia YIN existente em seu corpo (SADIA– internet). No geral os alimentos que a compõe são focados no aumento da ingestão de grãos integrais e seus derivados, vegetais (de preferência orgânicos e da estação), frutas (não tropicais e frutas secas), sementes e nozes, tofu e soja, ervas e chás (COPACABANA RUNNERS – internet).

A dieta Tao é uma opção para emagrecimento diferenciada por não impor restrições calóricas nem mudanças radicais de hábitos alimentares. Isso sem citar que não se faz necessário que seja imposto quantidades, ou seja, pode-se comer o quanto quiser, devendo apenas respeitar as refeições, que não podem ser misturadas. Seus especialistas acreditam que esta dieta harmoniza energeticamente o corpo, eliminando obesidade, diabetes, hipertensão, TPM e outras doenças (DIET CLUB – internet). Outro ponto positivo, é que se acredita que quem encara a dieta como de extrema importância é beneficiado com a saúde física e mental, especialmente em relação ao "QI" (energia da vida) dos alimentos.

3.3.6 Dieta do ovo

Esta dieta é baseada em um estudo realizado na Wane State University, em Michigan (EUA), o qual não está publicado mas apenas citado pelo autor, mostrando que enriquecer o café da manhã com o ovo torna o apetite diminuído nas próximas refeições. Com isso, há uma tendência em consumir menos calorias até o fim do dia, e consequentemente se emagrece (CONTRERAS – internet).

Nesta dieta não se acredita que o consumo de ovo tenha relação com elevação do colesterol, pois é adotada uma quantidade limitada de 1 a 3 ovos/dia; além disso, devido ser de alto valor nutritivo, acredita-se que não há malefícios em realizá-la (COPACABANA RUNNERS – internet).

3.3.8 Dieta das Proteínas

3.3.7 Dieta do Dr. Atkins

A teoria proposta pelo Dr. Atkins é que a principal fonte de energia para o corpo são os carboidratos, e reduzindo sua ingestão, o corpo precisa procurar outra fonte de energia, e que no caso seriam as gorduras, processo conhecido por cetose. O Dr. Atkins também afirma que os carboidratos favorecem a produção de insulina e ela seria responsável em converter o excesso de carboidratos em gordura (DIETA E SAÚDE –internet).

Há em alguns sites a afirmação de que existem mais de 40 estudos científicos atestam sua eficiência. Principalmente, em melhoras de saúde ao emagrecer como a hipertensão, taxa de triglicérides e o diabetes se estabilizam. Trabalhos recentes mostram, ainda, que o programa reduz o mau colesterol e aumenta o bom, porém é importante ressaltar que estas afirmações não sendo publicado em revista científica.

3.3.8- Dieta do Tipo Sanguíneo

A relação da dieta com o tipo sanguíneo pode ser radical, mas segundo D'Adamo (1998), médico neuropata, autor da dieta, não é. Ele acredita ter uma razão para que haja tantos paradoxos nas pesquisas dietéticas e na persistência de uma doença, assim como o fato de alguns conseguirem perder peso com determinadas dietas e outros não, sendo o tipo sanguíneo o meio de explicar esses

paradoxos. De acordo com os grupos sanguíneos é possível associar características que podem determinar a dieta.

As pessoas do tipo sanguíneo O, devem seguir uma dieta rica em carnes. As do tipo A devem evitar carnes vermelhas. As do tipo B é a única que tolera bem derivados de leite. E por fim, as do tipo AB, deve seguir uma dieta baseada nos grupos sanguíneos A e B (DIETA E SAÚDE – internet).

Segundo seu precursor, o tipo sanguíneo determina funções digestivas, estruturas imunológicas e que alguns alimentos podem causar emagrecimento ou aumento de peso. Desta forma, se a pessoa seguir uma dieta correta para o seu tipo de sangue ela emagrece, fica mais saudável e ainda evita-se várias doenças.

3.3.9 Dieta das Proteínas

Esta é semelhante a dieta do Dr. Atkins, pois os carboidratos são reduzidos drasticamente, ficando apenas os complexos de frutas e verduras. No entanto, é liberado o consumo de carnes e alguns tipos de gorduras. Esta é uma dieta em que se tem uma rápida perda de peso, pois as reservas energéticas é estimulada a ser gasta, devido o baixo consumo de carboidratos, principal fonte de energia. Isto e o fato de que o aumento da atividade física, durante a dieta, ofereça maior facilidade para tornar os músculos definidos, são vistos como ponto positivo. O tempo limite da dieta é 30 dias, divididos em duas quinzenas com espaço de 3 dias entre elas, sendo a promessa de perda de peso de até 9 Kg. Seus especialistas alertam que esta dieta pode causa tonturas ou e algum tipo de fraqueza (CONTRERAS – internet).

Vale ressaltar que não existe uma dieta das proteínas específica, mas sim várias com a mesma base, porém com execuções diferentes. Tal semelhança com a dieta do Dr. Atkins chega a confundir em afirmar se a dieta das proteínas é a própria.

3.3.10 Dieta dos pontos

Criada pelo Dr. Alfredo Halpern, médico endocrinologista, em que nesta acredita-se ser possível perder peso de forma saudável sem ter de contar calorias ou teor de gordura, pois no lugar de calorias, somam-se os pontos (cada ponto vale 3,6 calorias), com limite estabelecido (DIETA FÁCIL – internet).

Para não perder as contas, tem-se como guia uma tabela indicado o valor de cada alimento. É recomendável que se divida o total permitido de pontos em 50% a 60% para os carboidratos (pães, massas, cereais – integrais, de preferência –, frutas, legumes e verduras). Já as proteínas o que equivale de 10% a 15% do total (carnes, leite, queijo, iogurte – especialmente as versões magras – e grãos) e as gorduras (óleo, azeite, manteiga e castanhas) 30% do total diário (CONTRERAS – internet).

3.3.11 Dieta do Dr. Ornish

Idealizada pelo cardiologista Dean Ornish, médico que fez oposição à dieta do Dr. Atkins, restringe o consumo de gorduras a 10% do total calórico, pregando justamente o contrário. É baseada no consumo de vegetais, frutas e grãos integrais, desaconselhando o consumo de carnes, açúcares, produtos refinados, álcool, óleos, margarinas, e vegetais ricos em gordura como abacate, azeitonas, nozes e sementes em geral; aconselha ainda o consumo moderado de laticínios.

Como consequência a saúde, é provável que ocorra a deficiência de ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis, além de uma síntese diminuída de hormônios esteróides, como estrógeno, testosterona e cortisol. Além disso, por ser uma dieta muito rica em grãos e fibras, pode diminuir a absorção de alguns minerais, como ferro e zinco, uma vez que esses minerais podem se complexar com fatores antinutricionais presentes nesses alimentos. E por desaconselhar o consumo de qualquer tipo de carne, a anemia ferropriva pode acometer os indivíduos que seguem este plano alimentar (QUADROS, 2009).

3.3.12 Dieta de Scarsdale

É uma dieta restrita em calorias e equilibrada, no que diz respeito a divisão nutricional entre proteínas, vitaminas, carboidratos, gorduras, minerais e água, que tem o tempo de duração indicado de duas semanas. Seus resultados têm como promessa a perda de até 5 Kg em 14 dias (MULHER ESPETA – internet).

Durante esta dieta regras devem ser seguidas, como: pesar-se sem roupa todos os dias ao acordar; comer apenas os alimentos indicados do cardápio, sem substituições; não beber álcool, sendo as únicas bebidas permitidas água com e sem gás, café, chá etc. É uma dieta fácil e cara (AMIGOS DA BALANÇA- internet).

3.4 Considerações

Falar de todas as dietas restritivas ou mais conhecidamente como “da moda” seria como escrever um livro, pois é uma lista quase infinita, visto que sempre estão inventando mais uma. Mas, várias considerações sobre este assunto devem ser feitas.

As dietas restritivas quando analisadas pode-se observar que esta desfavorece a manutenção da homeostase, pois só através da alimentação adequada que os produtos da digestão poderão fornecer aos tecidos, as moléculas fundamentais para a biossíntese de moléculas complexas e também o combustível para impulsionar os processos vitais (MURRAY et al, 2002). Em que apesar da afirmação de que alguma das dietas tem estudos que comprovam um determinado resultado agradável ou desejável, para isso até o momento ou dias de hoje é necessário ainda muitas comprovações que derrubem este fundamento.

Sabe-se que mediante cada restrição de macronutriente, seja este carboidrato, lipídeos ou proteínas o desequilíbrio orgânico acontecerá. Nelson e Cox (2002), falam que na falta da glicose no sangue, advinha de um jejum prolongado, ou restrição ou menor consumo deste, pode gerar o processo de neoglicogênese, o qual é sintetizado glicose a partir de qualquer outro precursor orgânico que não seja uma glicose, fazendo com que o fígado seja o local do processo de transformação e

a distribua ou exporte para outros tecidos, o que leva ao desgaste das reservas energéticas e à formação de corpos cetônicos.

Nelson e Cox (2002) também afirmam que o fígado quando sobre carregado, pode também realizar a oxidação das gorduras, contribuindo para que o pH sanguíneo seja diminuído (acidose). Em pessoas com dietas de conteúdo calórico muito baixo, as gorduras armazenadas no tecido adiposo tornam-se a maior fonte da energia. Os níveis de corpos cetônicos no sangue e na urina dessas pessoas devem ser acompanhados para evitar os perigos da ocorrência de acidose e cetose (cetoacidose).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de pesquisa:

Pesquisa transversal, na qual segundo Rouquayrol (1994) o fator e efeito são observados num mesmo momento histórico. A técnica utilizada para a seleção da amostra foi do tipo casual simples, em que segundo Vieira (2001) é um método em que utiliza-se um questionário como material de pesquisa. Na aplicação deste não se exige seleção para coleta de dados.

4.2 Universo e amostra

- ✓ Trata-se de um estudo realizado com 61 profissionais de saúde, sendo estes selecionados de maneira aleatória, sem especificações quanto ao nível de formação, ou seja, estes foram entrevistados independentemente de serem de nível superior ou técnico, e entre estes também se incluiu estagiários da área. A pesquisa aconteceu com indivíduos de ambos os sexos, e de faixa etária correspondente.
- ✓ O estudo foi desenvolvido na cidade do Natal, RN, durante uma semana do mês de agosto de 2010 nos turnos manhã e tarde, em um Hospital de urgência e emergência.
- ✓ Os entrevistados foram abordados de maneira inesperada, aos quais foi explicado o objetivo da pesquisa, e em seguida enfatizado a condição de que estavam livres para responder ou não a entrevista, visto que a disponibilidade de tempo é quase inexistente durante o trabalho. O pesquisador este disponível para responder qualquer dúvida no momento.

4.3 Coleta de dados

Para a coleta utilizou-se um questionário formulado pelo próprio autor (apêndice) e está descrito logo abaixo:

- ✓ Todos os questionários aplicados foram validados, mesmo que não respondido completamente, é o que se pode observar nos gráficos 9, 10, 11 e 12 com mais clareza. Sendo importante também lembrar que há perguntas que permitem mais de uma resposta, cujo gráfico 8 está afirmação é melhor compreendida ao se fazer a análise.
- ✓ Os hábitos alimentares também foram analisados através da quantidade de refeições realizadas durante o dia, estando livres para marcarem opções que variam de 1(uma) à >6 (seis) vezes e o intervalo para cada, com opções que variam de <1 à >5 horas. Além destes, foi analisado a troca de refeições principais por lanches.
- ✓ Segundo Willett *apud* Furlan-Viebig e Pastor-Valero (2004), o Questionário de Frequência Alimentar (QFA) é o método mais utilizado para mensurar a dieta pregressa, pois tem a capacidade de classificar os indivíduos segundo seus padrões alimentares habituais, além de ser um instrumento de fácil aplicabilidade e baixo custo, o que viabiliza sua utilização em estudos populacionais. O QFA aplicado aos profissionais de saúde avaliou o consumo de alimentos diversos, mais comuns ao dia a dia, a fim de analisar e definir o hábito alimentar diário. Vale ressaltar que os alimentos contidos são determinados pelo próprio pesquisador. As frequências analisadas foram caracterizadas como consumo semanal, classificadas como consumo raro ou eventual; uma vez por semana; de duas a três vezes por semana; de quatro a cinco vezes por semana; e todos os dias na semana. Sendo a escolha das frequências determinante na análise do consumo recomendado ou inadequado.

- ✓ Para a análise da QFA o pesquisador estabeleceu o seguinte parâmetro: a prevalência de consumo alimentar deve ser $\geq 30\%$, o que implica que os alimentos com prevalência menor não foram considerado frequentes.

4.4 Análises dos dados

Os resultados foram analisados através de um programa computacional da Microsoft Office Excel 2007.



Gráfico 1 – Representação das entrevistas quanto à idade e gênero
Fonte: do próprio pesquisador.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados a seguir representam um estudo realizado com 61 profissionais de saúde de um Hospital particular localizado na cidade do Natal-RN, o qual tem como especialidade atendimentos a urgências e emergências. Observa-se através da análise do gráfico 1 um predomínio do gênero feminino, cujo percentual é de 82%, com intervalo médio de idade entre 26 a 35 anos. O gráfico 2 mostra os profissionais da área de saúde entrevistados, sendo o profissional técnico de enfermagem em destaque entre estes, com cerca de 67%, visto que estão em maior número.

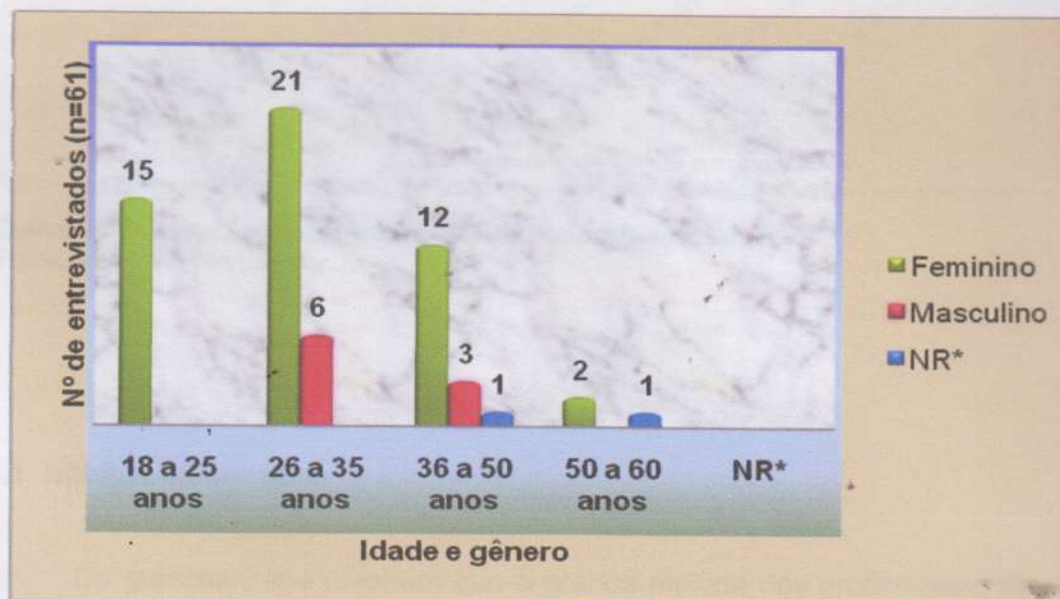


Gráfico 1 – Caracterização dos entrevistados quanto à idade e gênero
Fonte: do próprio pesquisador.

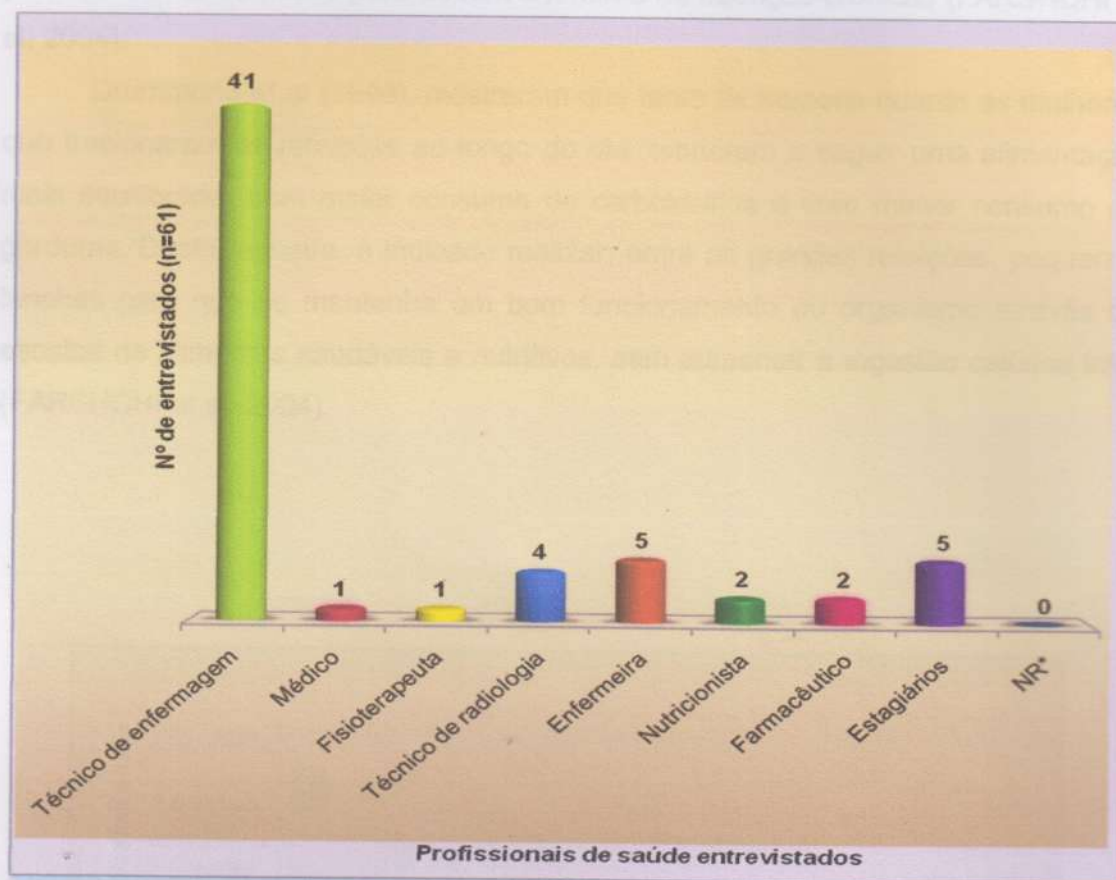


Gráfico 2 – Caracterização do perfil profissional dos entrevistados.
Fonte: do próprio pesquisador.

5.1 Hábitos alimentares

Os gráficos 3 e 4 mostram que a grande maioria dos profissionais de saúde entrevistados realizam 4 (quatro) refeições diariamente com intervalo médio de 4 (quatro) horas entre as refeições. Muitos estudos evidenciam que o fracionamento das refeições ao longo do dia, ajuda a reduzir a fome e evitar uma supercompensação nas próximas refeições (BLUNDELL et al, 1993) desta maneira apontam uma relação inversa entre peso corporal, adiposidade e a frequência alimentar (METZNER et al. 1997, DRUMMOND et al, 1998). Além disso, outros estudos indicam que a ausência da realização de diversas refeições ao longo do dia

pode aumentar os riscos para desenvolvimento de doenças-crônicas (FARSHCHI et al, 2004).

Drummond et al (1998), mostraram que tanto os homens quanto as mulheres que fracionaram as refeições ao longo do dia, tenderam a seguir uma alimentação mais equilibrada, com maior consumo de carboidratos e com menor consumo de gorduras. Desta maneira, é indicado realizar, entre as grandes refeições, pequenos lanches para que se mantenha um bom funcionamento do organismo através da escolha de alimentos saudáveis e nutritivos, sem aumentar a ingestão calórica total (FARSHCHI et al, 2004).

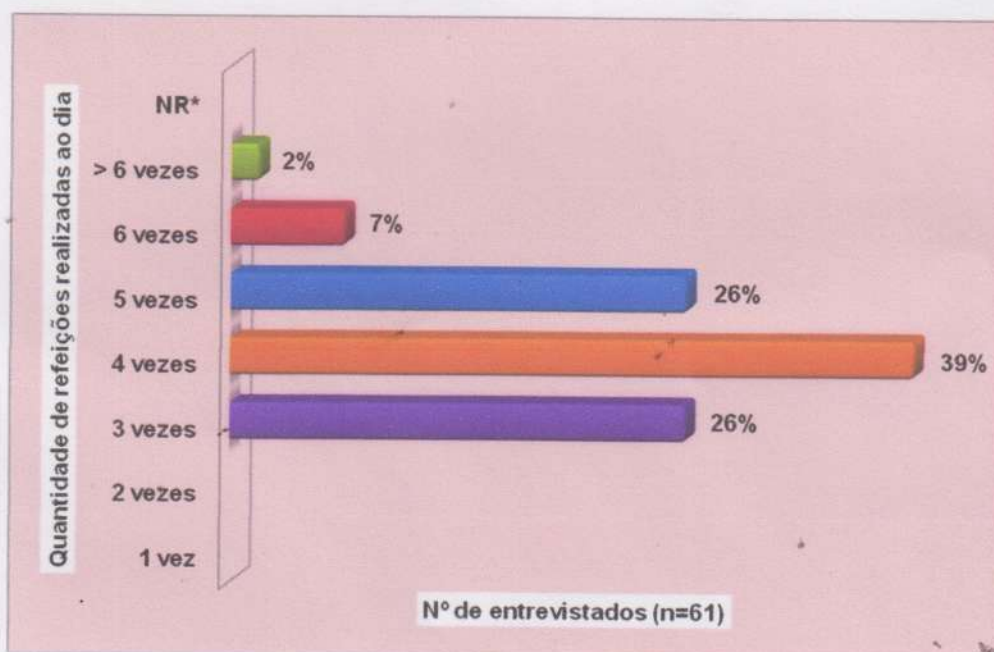


Gráfico 3 – Determinação da quantidade habitual de refeições realizadas ao dia.
Fonte: do próprio pesquisador.

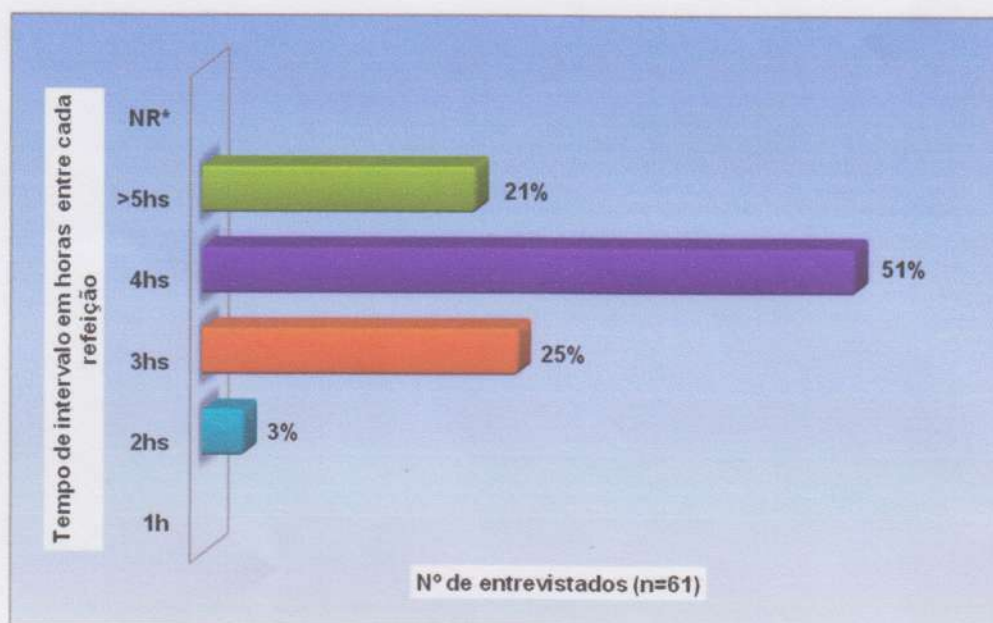


Gráfico 4 – Determinação do intervalo em horas entre cada refeição.
Fonte: do próprio pesquisador.

O gráfico 5 mostra que 56% dos entrevistados não costumam trocar as refeições principais por lanche. No entanto, também se pode afirmar que quase a metade dos entrevistados tem esse comportamento alimentar.



Gráfico 5 – Hábito alimentar de trocar as refeições principais por lanches diariamente.
Fonte: do próprio pesquisador

De acordo com esses resultados a realização de quatro refeições diárias esta dentro do recomendado pela diretriz 1 do Guia Alimentar (BRASIL, 2006). No entanto, intervalo superior a 3 horas para cada refeição considera-se início de jejum.

5.2 Análise Qualitativa da Frequência Alimentar (QFA)

Na análise do gráfico 6 foi observado a prevalência dos alimentos consumidos com percentual superior ou igual a 30%, observando-se que todos os dias há o consumo do arroz (59%); leite e derivados (48%); feijão (46%); legumes e verduras (36%). Com a frequência de consumo de 4 a 5 vezes por semana não foram encontrados alimentos prevalentes. Quanto ao consumo de 2 a 3 vezes na semana observa-se que é maior a ingestão de frutas (44%); carne vermelha, aves e peixes (39%); frituras e refrigerantes (30%). Não houve prevalência de alimentos consumidos apenas 1 vez na semana. Observa-se também o consumo raro/eventual de comidas prontas.

A orientação para uma alimentação saudável no Brasil é baseada na pirâmide alimentar, pois expressa de forma clara como melhor escolher os alimentos a ser consumidos (PHILIPPI et al, 1999), sendo o consumo de doces e gorduras restrito ao máximo de 2 porções diárias.

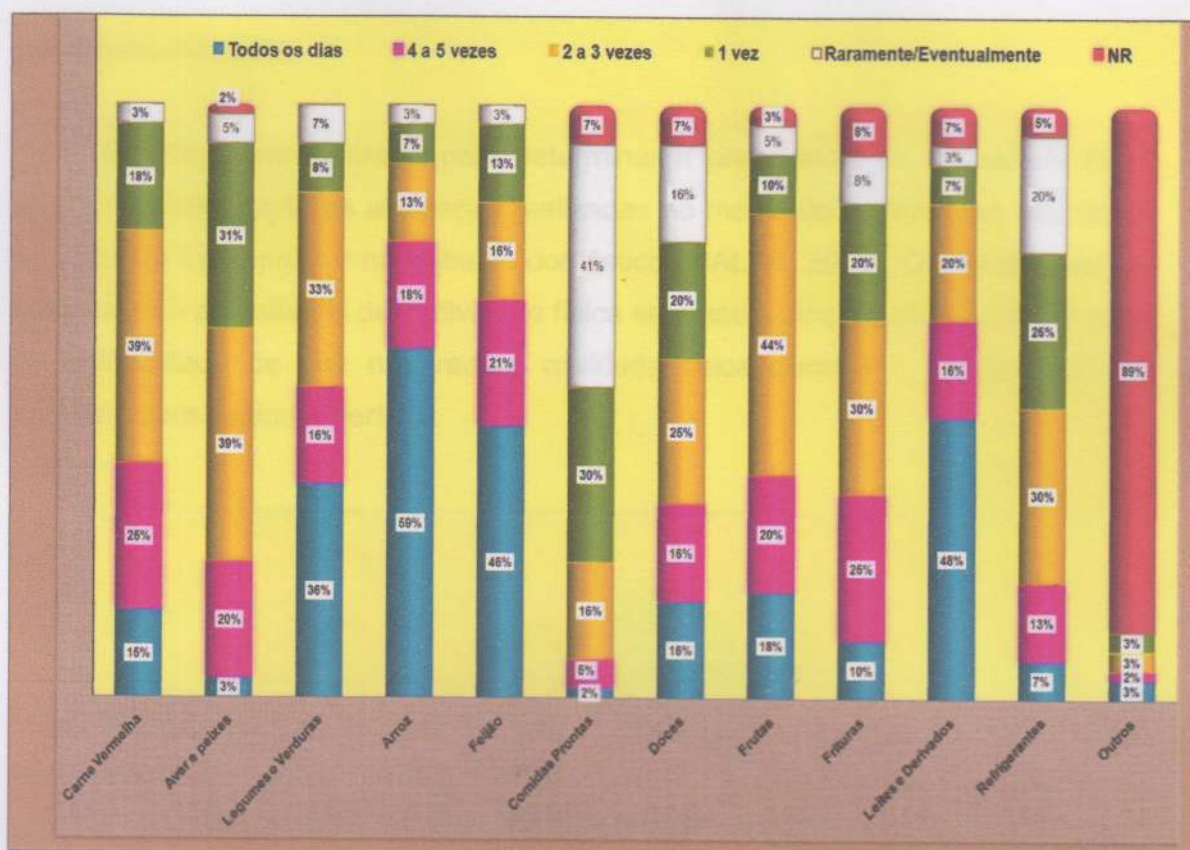


Gráfico 6 – Determinação da frequência alimentar semanal segundo afirmação dos entrevistados.
Fonte: do próprio pesquisador

Segundo o CFN (2010), umas das principais dicas ou recomendações para se ter uma vida saudável é evitar produtos industrializados; praticar atividades físicas; evitar ficar muitas horas sem comer; fazer pelo menos três refeições ao dia: café da manhã, almoço e jantar; e preferir os alimentos naturais, evitando os industrializados.

Segundo Brasil, (2006) a base principal de uma alimentação saudável é composta de alimentos in natura e por aqueles produzidos regionalmente, visando valorizar a cultura alimentar local, tornando, muitas vezes, mais acessíveis física e financeiramente para a população. O presente estudo aponta que os profissionais de saúde incluem em sua dieta habitual, ao menos 2 a 3 vezes por semana, refrigerante e frituras, o que é considerado inadequado. Além disso, Angelis (2001) afirma que o consumo de frutas deve ser cada vez maior para se que torne uma medida preventiva para reduzir os riscos de diversas doenças degenerativas, no entanto, neste estudo mostra que o consumo não chega a ser diário.

5.3 Atividade física

O instrumento utilizado para determinar a prevalência de inatividade física leva em consideração as atividades realizadas no momento de lazer, na ocupação, no meio de locomoção e no trabalho doméstico (MALTA, 2006). O presente estudo considerou a prevalência de inatividade física segundo a simples afirmação por parte do entrevistado de que não realiza atividade física durante a semana ou, por enquanto, em qualquer período.

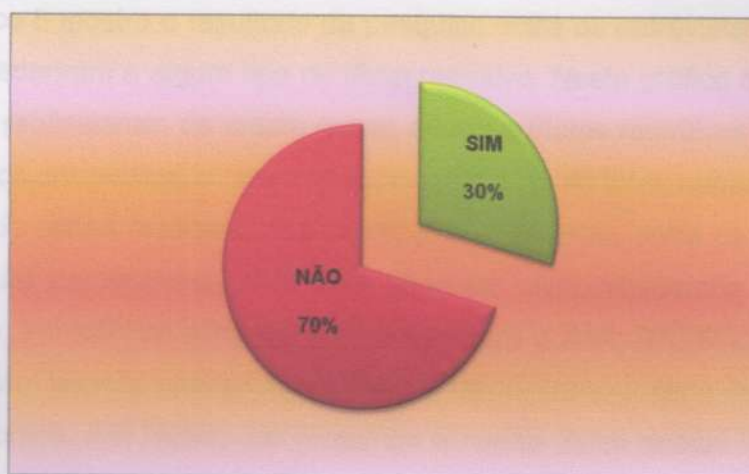


Gráfico 7 – Percentual dos entrevistados que realizam atividade física.
Fonte: do próprio pesquisador

O gráfico 7 diz que 70% dos profissionais de saúde não realizam atividade física. No entanto, 30% dos que disseram SIM, afirmaram realizar atividades como dança, musculação, ginástica, pilates, caminhada, futebol, corrida, voley, com uma frequência de 1(uma) a 4 (quatro) vezes semanais. A promoção do aumento da atividade física e incentivo à aquisição de hábitos alimentares saudáveis seriam, provavelmente, os principais componentes de políticas de uma vida saudável (SABIA; SANTOS; RIBEIRO, 2004).

Segundo a OMS (2004) uma alimentação saudável deve ser associada à realização de atividade física. Por outro lado, estudos epidemiológicos e de coorte têm demonstrado forte associação entre obesidade e inatividade física, assim como tem sido relatada associação inversa entre atividade física, índice de massa

corpórea (IMC), razão cintura-quadril (RCQ) e circunferência da cintura (Cc). Esses estudos também demonstram que os benefícios da atividade física sobre a obesidade podem ser alcançados com intensidade baixa, moderada ou alta, indicando que a manutenção de um estilo de vida ativo, independente de qual atividade praticada (CIOLAC; GUIMARÃES, 2004).

5.4 Dietas restritivas

O gráfico 8 mostra o resultado da pesquisa entre os entrevistados da área de saúde que já aderiram a algum tipo de dieta restritiva. Neste gráfico observa-se que a maioria dos profissionais de saúde nunca aderiu a dietas restritivas ou “da moda”, visto que 43 dos entrevistados, que corresponde a 71% do total, negaram adesão.

O uso de dietas restritivas é comum, principalmente, entre os jovens, pois a supervalorização corporal instiga a uma série de comportamentos que resultam, principalmente, em hábitos alimentares inadequados (LIMA; BASSO, 2005). Dentre os que afirmaram adesão citaram ter dietas restritivas como a dieta da sopa, líquida, da Lua, dos pontos, das frutas, das proteínas e outras. Além destas foi mencionado o uso de dietas indicadas por nutricionista e médico.

Segundo Frank et al (2009), existe uma discussão sobre que tipo de dieta é mais eficaz para o tratamento nutricional com perda de peso – aqueles que enfatizam proteína, carboidratos ou aqueles que enfatizam as gorduras. Muitos estudos mostram que dietas com pouco carboidrato e muita proteína resultam em mais perda de peso durante o percurso de 3 a 6 meses do que as convencionais dietas com muito carboidrato e pouca gordura, porém outros estudos não mostram estes efeitos.

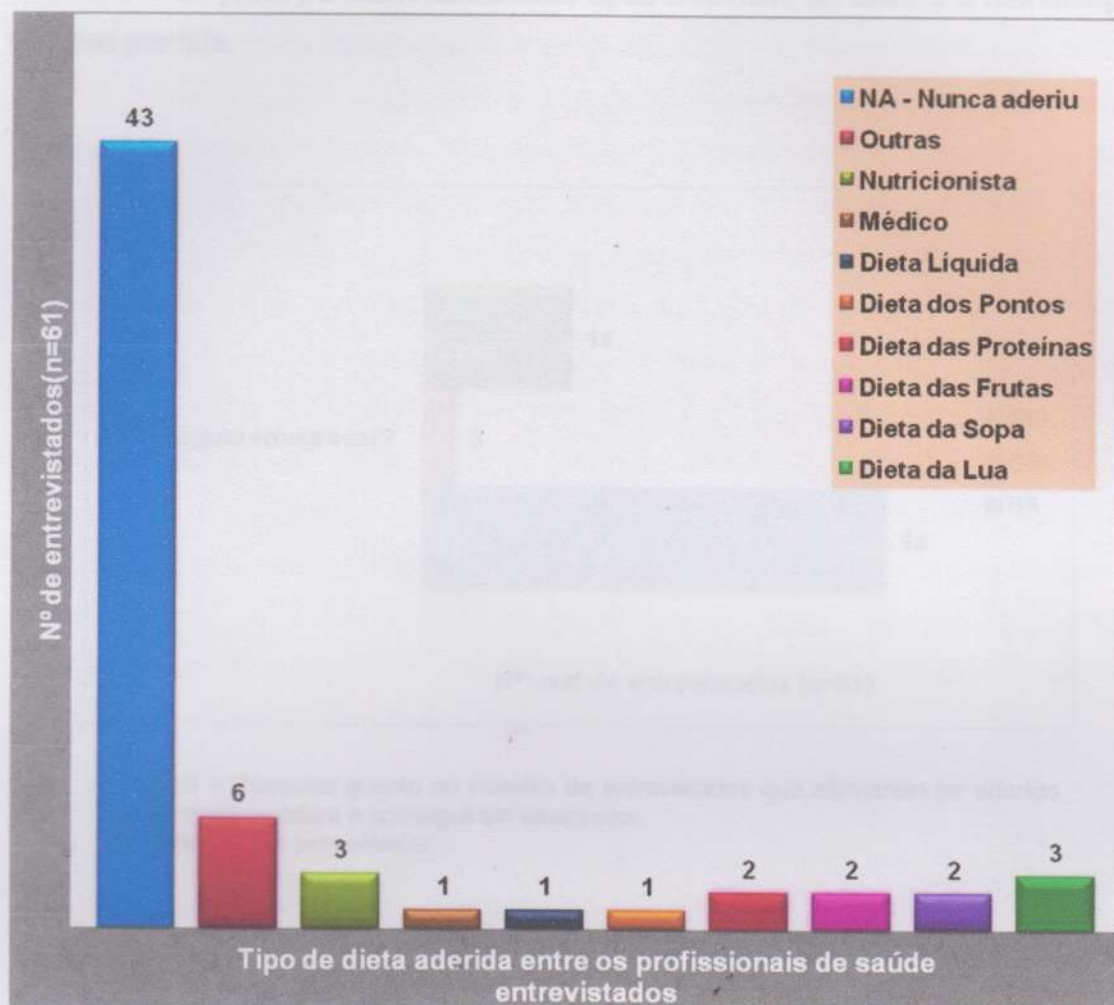


Gráfico 8 – Determinação das dietas que mais foram aderidas entre os entrevistados, os quais alguns destes responderam mais de uma opção.
Fonte: do próprio pesquisador.

5.5 Efeitos da adesão das dietas restritivas.

A terapia nutricional é parte fundamental na prevenção das complicações e manutenção da condição nutricional e da qualidade de vida (CUPPARI, 2009). Contudo, o que se pode observar no gráfico 9 é que entre os que afirmaram adesão das dietas restritivas relataram ter conseguido emagrecer. Porém, no gráfico 10 observa-se que estes não conseguiram manter o peso corporal, pois segundo

Cowburn et al. (1997) a maior dificuldade após o término da dieta é a manutenção do peso perdido.



Gráfico 9 – Pesquisa quanto ao número de entrevistados que afirmaram ter aderido alguma dieta restritiva e conseguiram emagrecer.
Fonte: do próprio pesquisador.

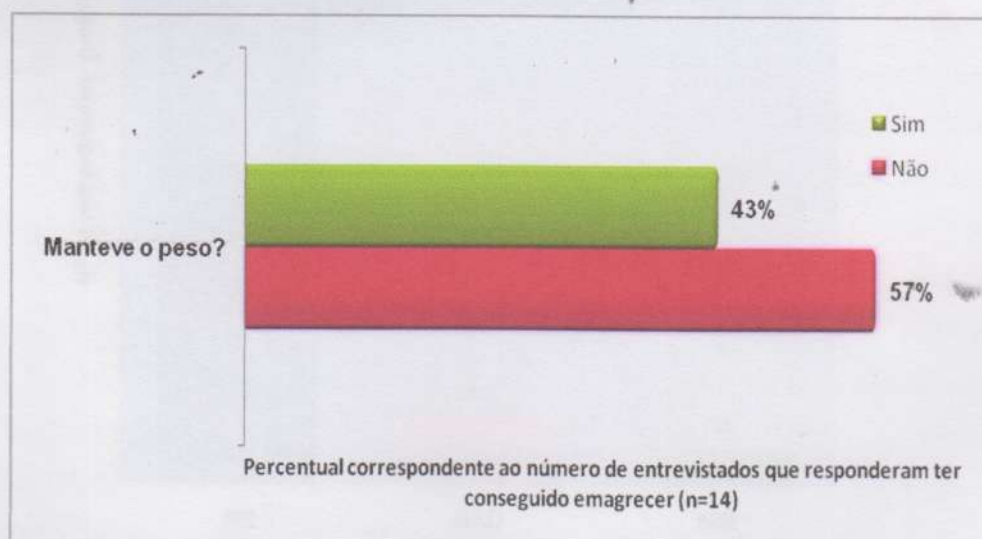


Gráfico 10 – Análise do percentual correspondente aos 14 entrevistados dos 61, que afirmaram ter conseguido emagrecer.
Fonte: do próprio pesquisador.

No gráfico 11, observa-se apenas que 7% do total de entrevistados relataram ter tido algum sintoma relacionado à adesão de dietas restritivas. Sendo os sintomas citados cefaléia, gastrite, tonturas e fraquezas. No entanto, este resultado não direciona à seguinte afirmação de que o uso das dietas restritivas contribuam para uma alimentação saudável, pois neste trabalho não foi abordado a descrição de como essas dietas foram realizadas. O que se sabe, de acordo Mahan e Escott-Stump (2010), é que o controle da ingestão e do gasto energético é a base para a manutenção da massa corporal ao longo da vida. A principal recomendação é prevenir o ganho gradual de peso ao longo da vida, através da redução da quantidade de calorias consumidas na forma de alimentos e bebidas e do aumento de atividade física. Apenas em ratos e outros animais foi possível observar que a restrição calórica prolongada aumenta o período de vida e diminui o processo de envelhecimento, e aparentemente a generalização desses efeitos da restrição calórica sobre o aumento da longevidade tem instigado especulações de que resultados similares poderiam se obtidos em humanos.

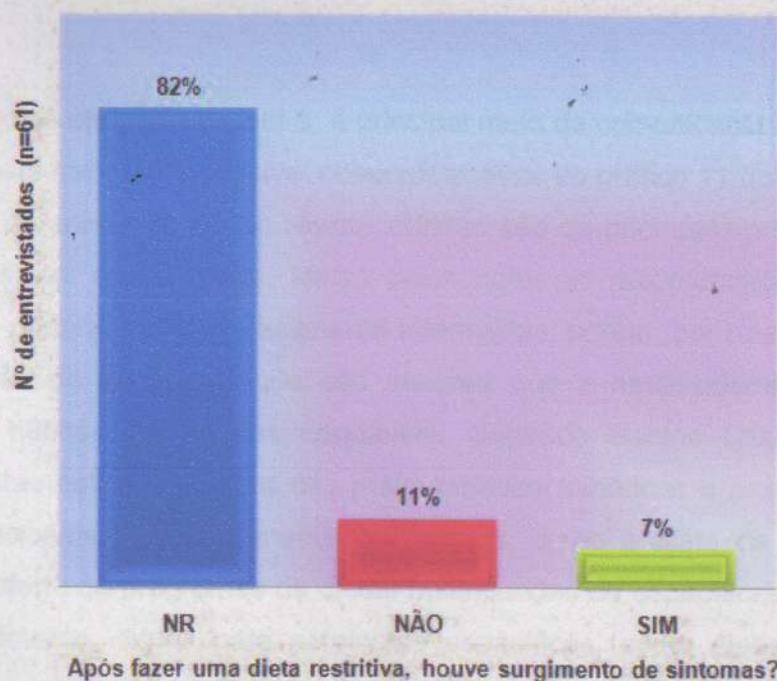


Gráfico 11 - Pesquisa investigativa quanto ao surgimento de sintomas entre os entrevistados que afirmam ter aderido algum tipo de dieta da moda.
Fonte: do próprio pesquisador.

5.6 Propagação da dietas restritivas.

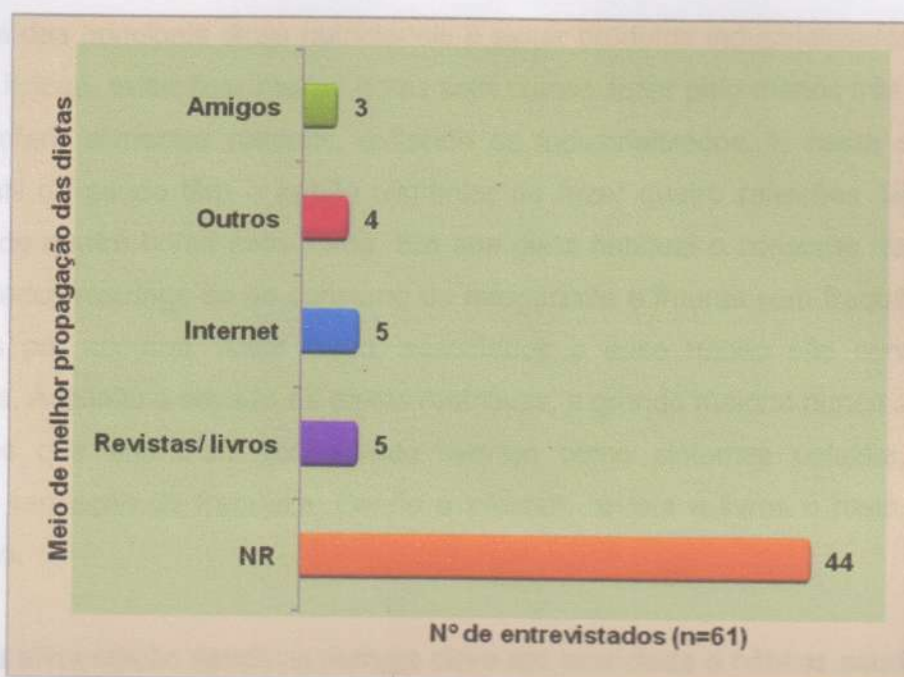


Gráfico 12 – Determinação do meio de comunicação que mais favorece a propagação das dietas da moda.

Fonte: do próprio pesquisador.

Nos dias atuais a internet é o principal meio de comunicação/ informação, no entanto, neste trabalho é possível observar através do gráfico 11 que, juntamente, a esse meio de comunicação as revista e livros são os principais propagadores das dietas restritivas ou da moda. Meios pelos quais as recomendações nutricionais adequadas poderia ser mais facilmente informadas, porém, por tras dessa troca há uma questão de interesses que são maiores que a necessidade de informar a população hábitos alimentares saudáveis. Segundo Santos (2007), através da internet dietas estão presentes nas mais variadas temáticas e propósitos: sites de dietas tradicionais já popularmente conhecidas, como a dieta da Lua, dieta das proteínas; oferta de programas de dietas balanceadas ou específicas para promover o emagrecimento, dietas para patologias específicas, como diabetes e doenças coronarianas; sites de dicas em geral sobre dieta, o que também vem a ser comprovado neste estudo.

6 CONCLUSÃO

Uma das principais dicas nutricionais é evitar produtos industrializados, praticar atividades físicas, evitar ficar muitas horas sem comer, fazer pelo menos três refeições ao dia, preferir alimentos naturais, evitando os industrializados. E neste estudo os profissionais de saúde têm o hábito alimentar de fazer quatro refeições diárias com intervalos de quatro horas entre cada. Em sua dieta habitual o consumo de produtos industrializados restringe-se ao consumo de refrigerante e frituras com frequência de 2 a 3 vezes por semana. Além disso, associados a esse hábito são considerados sedentários. Avaliado a adesão de dietas restritivas, a grande maioria nunca aderiu. No entanto, os que afirmaram ter aderido tiveram como sintomas cefaléia, gastrite, tonturas e sensação de fraqueza. Sendo a internet, revista e livros o meio de maior propagação.

- ✓ Uma alimentação saudável sempre deve ser associada a hábitos saudáveis. No entanto, os profissionais de saúde são considerados sedentários, pela inatividade física predominante, visto que 70% não realizam atividade física semanal ou frequentemente. Além disso, têm hábito alimentar é caracterizado como inadequado, visto que são realizadas apenas 4 refeições diárias e com intervalo de 4 horas entre cada, hábito este em que deveria ser realizado 6 refeições com intervalo de 3 horas para cada. Além disso, é constatado hábitos errôneos de troca refeições principais por lanches, visto que quase metade dos entrevistados realizam esta prática. Quanto a frequência alimentar, observa-se que refrigerantes e frituras são consumidos de 2 a 3 vezes por semana;
- ✓ O estudo mostrar que a grande maioria dos profissionais de saúde nunca aderiu algum tipo de dieta restritiva. Porém, apesar do percentual ser bastante inferior ao total de entrevistados, houve afirmações quanto a adesão, e estes relataram que foram acometidos com sintomas do tipo cefaléia, gastrite, tonturas e sensação de fraqueza ao fazer uso. Sendo o meio que mais apontaram propiciar a propagação das dietas foi à internet, revista e livros.

Portanto, concluiu-se que os profissionais de saúde têm hábitos alimentares e de vida que precisam ser melhorados, pois estes são cuidadores, o que implicar

serem exemplos para que seus pacientes também tenham qualidade de vida, visto as orientações advém do profissional de saúde.

saúde. *Revista Arquivo de Gastroenterologia*. 2001, vol.38, n.4, p. 269-271.

ANDOS, L. A. Obesidade nas sociedades contemporâneas: o papel da dieta e da inatividade física. In: *Anais do 3º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. p. 33-4.

ASSIS, M. A. A. de; NARIAS, M. V. Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan/abr, 1999.

BALABAN, G.; SILVA, G. A.P. Efeito placebo da alfabetização materno contra a obesidade infantil. *Journal de Pedagogia*. Rio de Janeiro, jan./fev. 2004, v. 50, n°1, p. 7-16.

BERNARDI, F.; CICHELO, G.; WIDLO, M. R. Comportamento de ingestão alimentar e obesidade. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 18, n.1, p. 85-93, jan./fev., 2005.

BLUNCELL, J.E; BLURLEY, V.J; COTTON, J.R; LANTON, G.E. Dietary fat and the control of energy intake: evaluating the effects of fat on meal size and post-meal satiety. *American Journal of Clinical Nutrition*. v.55, (suppl) p. 772S-776S, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). Faja nutricionista.

Disponível em:

<http://www.falefnutricao.com.br/index.php?option=com_content&view=formulário&id=16&Itemid=50> Acesso em: 15 de novembro de 2010.

CONTREIRAS, E. Dieta do ovo. *Revista Boa Forma*. Disponível em:

<http://boiforma.com.br/edicoes/243/fechado/Dieta/contudo_653.shtml>

Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

REFERÊNCIAS

ANGELIS, R. C. de. Novos conceitos em nutrição: reflexões a respeito do elo dieta e saúde. **Revista Arquivo de Gastroenterologia**. 2001, vol.38, n.4, p. 269-271.

CICOLA, F. G.; GUIMARÃES, E. V. *Princípios de Nutrição e Dietética Médica*.

ANJOS, L. A. Obesidade nas sociedades contemporâneas: o papel da dieta e da inatividade física. In: **Anais do 3º Congresso Brasileiro de Atividade Física e Saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2001. p. 33-4.

Assis, M. A. A. de; Nahas, M. V.. Aspectos motivacionais em programas de

mudança de comportamento alimentar. **Revista de Nutrição. Campinas**, v. 12, n. 1, p. 33-41, jan./abr. 1999

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral

da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira:**

Promovendo a alimentação saudável /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BALABAN, G.; SILVA, G. A.P. Efeito protetor do aleitamento materno contra a

obesidade infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, jan./fev. 2004, v. 80, nº1. p. 7-16.

BERNARDI, F.; CICHELERO, C.; VITOLO, M. R.. Comportamento de restrição alimentar e obesidade. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 18, n.1, p. 85-93, jan./fev., 2005.

BLUNDELL, JE; BURLEY, VJ; COTTON, JR; LAWTON, CL. Dietary fat and the control of energy intake: evaluating the effects of fat on meal size and pos-meal satiety. **American Journal of Clinical Nutrition**. v.57, (suppl) p. 772S-778S, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral

da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: Promovendo a alimentação saudável** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS (CFN). **Fala nutricionista**.

Disponível em:

<http://www.falanutricionista.com.br/index.php?option=com_fabrik&view=form&fabrik=16&random=0&Itemid=50> Acesso em: 15 de novembro de 2010.

DIET. G. A. P. *Dietas para a Saúde*. Disponível em: <<http://www.dietas.com.br/>>

CONTRERAS, E. Dieta do ovo. **Revista Boa Forma**. Disponível em:

<http://boaforma.abril.com.br/edicoes/243/fechado/Dieta/conteudo_653.shtml>

Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral

da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira:**

Promovendo a alimentação saudável /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Dieta das proteínas. **Revista Boa Forma**. Disponível em: <<http://www.scribd.com/doc/7371625/Dieta-das-proteinas>> Acesso em: 20 de outubro de 2010.

CIOLAC, E. G.; GUIMARÃES, G. V. Exercício Físico e Síndrome Metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, vol.10 no.4 Niterói July/Aug. 2004.

COPACABANA RUNNERS. **Dietas para emagrecimento**: tipos de dietas de emagrecimento. Disponível em: < <http://www.copacabanarunners.net/perda-de-peso-dietas.html> > Acesso em: 18 de janeiro de 2009.

COSTA, D. A. importância do ensino da nutrição: o seu desenvolvimento no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina**, Rio de Janeiro, v.10, n.9, p.645-650, 1953.

COWBURN, G., HILLSDON, M., HANKEY, C.R. Obesity management by life-style strategies. **British Medical Bulletin**, London, v.53, n.2, p.389-408, 1997.

CUPPARI, L. **Nutrição: Nutrição Clínica no Adulto**. 2ed. São Paulo: Manole, 2005, Cap. 6, p. 89 – 127.

_____. **Nutrição nas doenças crônicas não-transmissíveis**. Barueri, SP: Manole, 2009.

D'ADAMO, P. J; WHITNEY, C. **A dieta do tipo sanguíneo: saúde, vida longa e peso ideal de acordo com seu tipo de sangue**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DICAS.BLOG.BR. **Dieta das Frutas**. Disponível em: < <http://www.dicas.blog.br/?mostra=MTE> > Acesso em: 18 de janeiro de 2009.

DIETA FÁCIL. **Dieta dos pontos**. Disponível em: <<http://boaforma.abril.com.br/dieta/todas-dietas/nova-dieta-pontos-490656.shtml?pagina=4>> Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

DIET CLUB. **Dieta Tao**. Disponível em: < <http://www.dietclub.com.br/> > Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

DIETA DA USP. **Dietas para emagrecer**: O guia para os brasileiros e portugueses emagrecerem e terem uma vida mais saudável. Disponível em: < <http://dietasparaemagrecer.net/dietas-rapidas/dieta-da-usp/> > Acesso em: 18 de janeiro de 2009.

DIETA E SAÚDE. **Dietas mais populares.** Disponível em:
< <http://www.dietaesaude.org> > Acesso em: 18 de janeiro de 2009.

DIETA FÁCIL. **Dieta dos pontos.** Disponível em:
<<http://dietafacil.awardspace.com/dieta-dos-pontos.html>> Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

DRUMMOND, S.E; CROMBIE, N.E; CURSITER, MC; KIRK, TR. Evidence that eating frequency is inversely related to body weight status in male, but not female, non-obese adults reporting valid dietary intakes. **International Journal of Obesity.** v.22 105-112, 1998.

FARSHCHI, H; TAYLOR, M; MACDONALD, I. Regular meal frequency creates more appropriate insulin sensitivity and lipid profiles compared with irregular meal frequency in healthy lean women. **European Journal of Clinical Nutrition.** v.58 p.1071-7, 2004.

FERREIRA, F. **Amigos da balança: Dieta Tao.** Disponível em:
<http://www.amigosdabalanca.hpg.com.br/tao.htm> > Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. Estratégias para a mudança da formação dos profissionais de saúde. **Caderno CE**, v..2, n.4, p. 11-23, 2001.

FRANK, M. S. et al. Comparison of Weight-Loss Diets with Different Compositions of Fat, Protein, and Carbohydrates. **The New England Journal of Medicine**, 360;9. nejm.org, february 26, 2009.

FURLAN-VIEBIG, R.; PASTOR-VALERO, M.. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2004; 38 (4): 581-584.

GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C.; POST, C. L.A.; OLINTO, M. T.A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n.3, p. 236-46, 1997.

GOOGLE. Dietas. Disponível em < <http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=dietas+&meta=> > Acesso em 19 de outubro de 2009.

MURRAY, R. et al. *Nutrient Biochemistry*, 2ª ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2002.

HOGA, L. A. K.. A dimensão subjetiva do profissional na humanização da assistência à saúde: uma reflexão. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, 2004; 38(1):13-20.

LIMA, L. C. de L.; BASSO, C.. Estado nutricional e hábito alimentar de modelos do município de Santa Maria – RS. **Revista Disciplinarum Scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria-RS, v. 6, n. 1, 2005.

LOTTENBERG, A. M. P.. Tratamento dietético da obesidade. **Revista Einstein**. Aspectos clínicos, São Paulo, 2006; Supl 1: S23-S28.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. Rio de Janeiro, RJ: Elsevier, 2010.

MALTA, D. C. et al. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília**, 2006, vol.15, n.3, pp. 47-65.

MENEGAZZI, J. B. **Saúde Viver Consultoria e Assessoria em Nutrição: Dietas da Moda**. Disponível em: < <http://www.saudeviver.com.br/saudeviver/artigos.php?a=51> > Acesso em 15 de janeiro de 2009.

METZNER, HL; LAMPHEAR, DE; WHEELER, NC; LARKIN, FA. The relationship between frequency of eating and adiposity in adult men and women in the Tecumseh Community Health Study. **American Journal of Clinical Nutrition**. v. 30 p.712-715, 1997.

MCGUIRE, MT; JEFFERY RW; FRENCH, SA; HANNAN, PJ. The relationship between restraint and weight, and weight-related behaviors among individuals in a community weight-gain -prevention trial. **Int J Obes Relat Metab Disord**. 2001; 25(4):574-80.

MORGAN, C. M; VECCHIATTI, I. R.; NEGRAO, A. B.. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. [online]. 2002, vol.24, suppl.3, p. 18-23.

MULHER ESPERTA. **Dieta da Scarsdale**.

Disponível em: <<http://mulheresperta.com.br/dieta/a-dieta-de-scarsdale/>>. Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

MURRAY, R. K.; et al. **Harper: Bioquímica**. 9ª ed. São Paulo, SP: Atheneu, 2002.

NELSON, L. D; COX, M. M. **Lehninger: Princípios de Bioquímica**. 3ª ed. São Paulo, SP: Sarvier, 2002.

NOGUEIRA, M.. **Dietas da Moda no Brasil: Padrões de beleza**. Disponível em: <http://dietasdamoda.blogspot.com/2007_03_01_archive.html> Acesso em: 17 de janeiro de 2009.

OMS. Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde" **57ª ASSEMBLÉIA MUNDIAL DE SAÚDE WHA57.17**. Ponto 12.6 da ordem do dia 22 de maio de 2004

PHILIPPI, S. T. et al. Pirâmide alimentar adaptada: guia para escolha dos alimentos. **Revista de Nutrição**, Campinas, 12(1): 65-80, jan./abr.1999.

PRAVDA. RU. **Cuidado com as "dietas da moda"**. Disponível em: <<http://port.pravda.ru/sociedade/cultura/11-05-2006/11022-Dietademoda-0>> Acesso em: 18 de Janeiro de 2009.

QUADROS, Erica. **Dieta de restrição de gordura ou Dieta do Dr. Ornish**. Disponível em: <http://www.nutrociencia.com.br/textos_mostra.asp?vid=260&cid=6> Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

QUERO EMAGRECER.COM. **Dieta líquida**. Disponível em: <http://www.queroemagrecer.com/index.php?option=com_content&task=view&id=42&Itemid=41> Acesso em: 18 de janeiro de 2009.

ROSADO, E. L.; MONTEIRO, J. B. R.. Obesidade e a substituição de macronutrientes da dieta. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.14, n.2, p. 145-152, maio/ago., 2001.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

SABIA, R. V.; SANTOS, J. E. dos; RIBEIRO, R. P. P.. Efeito da atividade física associada à orientação alimentar em adolescentes obesos: comparação entre o exercício aeróbio e anaeróbio. **Revista Brasileira de Medicina no Esporte**. 2004, vol.10, n.5, p. 349-355.

SADIA. **Alimentos Yin e Yang**. Disponível em: <<http://pequim.abril.com.br/especiais/sadia/alimentos-yin-e-yang/>> Acesso em: 19 de janeiro de 2009.

SANTANA, H. M. M.; MAYER, M. D. B.; CAMARGO, K. G.. Avaliação da adequação nutricional das dietas para emagrecimento veiculadas pela internet. . **Revista Científica CONSCIENTIAE SAÚDE**, UNINOVE – São Paulo. v.2, 2003. p. 99-104.

SANTOS, L. A. S. Os programas de emagrecimento na Internet: um estudo exploratório. **Physis**. 2007, vol.17, n.2, p. 353-372.

SECRETARIA DE RECURSOS HUMANOS NO SENADO FEDERAL. Dietas da Moda. **Jornal Conversa Pessoal**, Ano VI - Número 64 - março – 2006. Disponível em:
<<http://www.senado.gov.br/sf/senado/portaldoservidor/jornal/jornal64/nutricao.aspx>>
Acesso em: 15 de janeiro de 2009.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde**. Rio de Janeiro: Campus, 2001. Cap. 2, p. 27 - 47.

VINHAL, M. **Vigor Movimento e Saúde**: Por dentro da dieta revolucionária do Dr. Atkins. _ Disponível em: <<http://www.revistavigor.com.br/2007/09/25/por-dentro-da-dieta-revolucionaria-do-dr-atkins/>> Acesso em: 17 de janeiro de 2009.

VITAL BEAUTY. **Dietas da moda**. Disponível em:
<<http://www.vitalbeautyjp.com/modules/articles/article.php?id=6>> Acesso em: 18 de janeiro de 2009.

WHITNEY, E.; ROLFES, S. R. **Nutrição**: aplicações. São Paulo, Cengage, v.2, 2008. p. 98.



Nome: _____ Profissão: _____
 Sexo: ☐ M ☐ F Idade: _____ Ocasão de uso: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

1. Qual o motivo de uso deste produto?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
2. Qual o tempo de uso deste produto?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
3. Qual o tempo de uso deste produto por semana?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
4. Qual o tempo de uso deste produto por mês?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Alimento	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Arroz										
Feijão										
Carne										
Doce										
Salgado										
Fruta										
Legume										
Outro										

APÊNDICE

1. Qual o tempo de uso deste produto?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
2. Qual o tempo de uso deste produto por semana?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
3. Qual o tempo de uso deste produto por mês?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
4. Qual o tempo de uso deste produto por ano?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
5. Qual o tempo de uso deste produto por dia?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
6. Qual o tempo de uso deste produto por hora?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
7. Qual o tempo de uso deste produto por minuto?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
8. Qual o tempo de uso deste produto por segundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
9. Qual o tempo de uso deste produto por milissegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
10. Qual o tempo de uso deste produto por microssegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
11. Qual o tempo de uso deste produto por nanossegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
12. Qual o tempo de uso deste produto por picossegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
13. Qual o tempo de uso deste produto por femtossegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
14. Qual o tempo de uso deste produto por attossegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
15. Qual o tempo de uso deste produto por zeptossegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
16. Qual o tempo de uso deste produto por yoctossegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
17. Qual o tempo de uso deste produto por raiossegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
18. Qual o tempo de uso deste produto por galaxiassegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
19. Qual o tempo de uso deste produto por universosegundo?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10
20. Qual o tempo de uso deste produto por eternidade?
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Dados pessoais

Sexo: ☐ M ☐ F

Profissão: _____

Idade: ☐ 18 a 25 anos ☐ 26 a 35 anos ☐ 36 a 50 anos ☐ 50 a 60 anos ☐ > 60 anos

Dados investigativos:

a) Quantas refeições você faz diariamente?

☐ 1x ☐ 2x ☐ 3x ☐ 4x ☐ 5x ☐ 6x ☐ mais que 6x

b) Qual o tempo de intervalo entre as refeições?

☐ < 1h ☐ 2h ☐ 3h ☐ 4h ☐ mais que 5h

c) Costuma trocar suas refeições por lanches?

☐ Sim ☐ Não Se sim, qual a frequência semanal: _____

d) Qual a frequência SEMANAL desses alimentos em sua alimentação diária?

Alimentos	1 vez	2 a 3 vezes	4 a 5 vezes	Todos os dias	Nenhum
Carne vermelha					
Carne branca (peixes e aves)					
Leite e derivados					
Frituras (massas, carnes e outros)					
Frutas					
Doces (bombons, bolos recheados, ...)					
Comidas prontas (miojo, sopas, congelados...)					
Feijão					
Arroz					
Legumes e verduras					
Refrigerante					
Outro:					
Outro:					

e) Faz alguma atividade física?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, qual (is): _____

Frequência: _____

f) Já fez algumas dessas dietas?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Dieta do Sol | ☐ Dieta Líquida | ☐ Dieta Mediterrânea |
| ☐ Dieta do Dr. Atkins | ☐ Dieta da Lua | ☐ Dieta de Bervely Hills |
| ☐ Dieta das Frutas | ☐ Dieta da USP | ☐ Dieta da Sopa |
| ☐ Dieta do TAO | ☐ Dieta do Ovo | ☐ Dieta da Luz |
| ☐ Dieta do Tipo Sanguíneo | ☐ Dieta das Proteínas | ☐ Dieta da Lombriga |
| ☐ Dieta dos Pontos | ☐ Dieta do Dr. Ornish | ☐ Dieta do Sanduíche |
| ☐ Dieta Acarsdale | ☐ Dieta de South Beach | |
| ☐ Outras: _____ | | |
| ☐ Outras: _____ | | |

g) Conseguiu emagrecer?

☐ Sim ☐ Não

Se sim, manteve o peso após ter emagrecido? ☐ Sim ☐ Não

h) Para você, qual a maneira mais fácil de se ter acesso a essas dietas?

- | | | |
|---|--------------------------------|--|
| ☐ Revistas de bancas de jornal | ☐ Amigos | ☐ Programas de televisão, filmes, novelas. |
| ☐ Revistas de bancas de livrarias | ☐ Internet | ☐ Livros |
| ☐ Outro (s): _____ | | |

i) Após ter feito a "dieta da moda" houve algum comprometimento a sua saúde: fraqueza, gastrite, aumento descontrolado do peso, falta de apetite, azia frequente, perda excessiva de peso, diabetes, insônia, boca seca...

☐ SIM ☐ NÃO O quê? Se a resposta for SIM, informe do tipo de comprometimento à saúde!

OBSERVAÇÕES: