



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

IGOR GUEDES DE MEDEIROS

**PERFIL NUTRICIONAL DA CLIENTELA DE UM SPA EM RIO DO
FOGO/RN**

**NATAL – RN
2011**

IGOR GUEDES DE MEDEIROS

PERFIL NUTRICIONAL DA CLIENTELA DE UM SPA EM RIO DO FOGO/RN

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

Orientadora: Prof. Mestre Célia Regina Barbosa de Araújo

IGOR GUEDES DE MEDEIROS

PERFIL NUTRICIONAL DA CLIENTELA DE UM SPA EM RIO DO FOGO/RN

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Nutrição da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito final para obtenção do título de **Nutricionista**.

Aprovado em: 28/11/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof. Mestre Célia Regina Barbosa de Araújo
Orientadora

Prof. Esp. Juliana Padilha Ramos Neves
Membro

Prof. Mestre Carina Leite de Araújo Oliveira
Membro

NATAL – RN
2011

A todos aqueles que torceram para esse momento acontecer. Aos meus pais, irmãos, minha noiva, familiares, amigos e professores.

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar o perfil nutricional dos clientes do SPA Termas Center, localizado no município de Rio do Fogo/RN. A amostra resultou que em 40 indivíduos estudados e pesquisados de ambos os sexos, a prevalência maior de clientes está na faixa etária de 19 a 30 anos, com o percentual total de 42%. O consumo alimentar foi determinado através de um questionário de frequência alimentar – QFA, onde os participantes assinalaram quanto ao consumo de determinados alimentos entre frequentemente, eventualmente e nunca. Foram coletados peso, altura, IMC e circunferência da cintura e do quadril. O programa alimentar do SPA constitui de uma dieta de 400, 600 ou 800Kcal/dia com duração de 10 dias. Na tabulação e análise dos dados foram utilizadas estatísticas de porcentagem. Os resultados encontrados apontam uma prevalência de excesso de peso e obesidade. A intervenção nutricional associada ao exercício físico resultou em perda de peso média de 6,03kg para o gênero masculino e 4,51kg para o gênero feminino em 10 dias. Quanto à relação da cintura/quadril – RCQ, foi verificada a prevalência de 45% de indivíduos do gênero feminino com o alto risco para o desenvolvimento de doenças metabólicas, enquanto 27% dos indivíduos do gênero masculino apresentaram o mesmo risco. No que se refere ao perfil do consumo alimentar e hábitos saudáveis de vida, verificou-se que os clientes apresentavam o consumo bastante semelhante entre si. Foi medido o grau de satisfação ao final do programa e houve uma satisfação de 93% dos entrevistados. O programa do SPA foi efetivo para a perda de peso e impulsionou a prática de hábitos mais saudáveis tornando com isso um fator indispensável na prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis e controle da obesidade.

Palavras-chave: Unidade de alimentação e nutrição. Reeducação Alimentar. Promoção da saúde.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the nutritional profile of the customers at Spa Thermas Center, located in Rio do Fogo / RN. 40 individuals from both sexes were studied. Most customers were aged between 19 to 30 years old, with the total percentage being 42%. Food consumption was determined by a food frequency questionnaire (FFQ), where the spa customers answered a questionnaire about the consumption of certain foods as frequently, eventually or never eaten. We collected weight, height, BMI, waist circumference and hip. The SPA utilizes a diet for its customers of 400, 600 or 800Kcal/day, lasting 10 days. To analyze the data that resulted from the research we used statistical percentage. The results show a prevalence of overweight and obesity. Nutritional intervention associated with exercise resulted in weight loss of an average of 6.03kgs for males and 4.51kgs for females in 10 days. As for the of waist/hip ratio - WHR, there was a prevalence of 45% of female individuals with high risk of developing metabolic diseases, while male individuals showed a 27% risk. In regards to the average food consumption and healthy living habits, we found that customers had very similar consumption habits to each other. We measured the level of satisfaction at the end of the program and 93% of the people involved in our research project were fully satisfied with it. The SPA program was effective for weight loss and pushed the practice of healthy lifestyle, proving to be an essential factor in the prevention of chronic non-transmissible diseases and the control of obesity.

Keywords: Food Service. Alimentary Re-education. Healt promotion.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição percentual do gênero de clientes do SPA Termas Center.	20
Quadro 1 Caracterização da clientela, segundo a faixa etária	20
Gráfico 2: Distribuição do percentual da prática de exercício físico.	21
Gráfico 3: Distribuição percentual do uso ou não do tabaco.	21
Gráfico 4: Distribuição percentual da classificação do IMC.	22
Gráfico 5: Distribuição percentual da classificação da relação cintura/quadril.	22
Gráfico 6: Distribuição percentual do tipo de obesidade.	23
Gráfico 7: Distribuição percentual da realização de algum tratamento dietético.	23
Gráfico 8: Distribuição percentual da média de peso perdido no final do TTO	24
Gráfico 9: Distribuição percentual do consumo regular de frutas.	24
Gráfico 10: Distribuição percentual do consumo regular de verduras.	25
Gráfico 11: Distribuição percentual do consumo regular de leite e derivados.	25
Gráfico 12: Distribuição percentual do consumo regular de cereais, tubérculos e raízes.	26
Gráfico 13: Distribuição percentual do consumo regular de feijões e outros alimentos ricos em proteínas vegetal.	26
Gráfico 14: Distribuição percentual do consumo de refrigerantes.	27
Gráfico 15: Distribuição percentual segundo o consumo de carnes gordas.	27
Gráfico 16: Distribuição percentual do consumo de gorduras vegetal.	28
Gráfico 17: Distribuição percentual do consumo de sorvetes, chocolates, salgadinhos, balas e doces	28
Gráfico 18: Distribuição percentual do grau de satisfação da clientela	29

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	8
2 – OBJETIVOS.....	10
2.1 – GERAL	10
2.2 – ESPECÍFICOS	10
3 – REFERENCIAL TEÓRICO.....	11
3.1 – ETIOLOGIA DA OBESIDADE	11
3.2 – INCIDÊNCIA DA OBESIDADE NO BRASIL.....	12
3.3 – TRATAMENTO DA OBESIDADE.....	13
3.4 – SPAS COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO DA OBESIDADE.....	15
4 – METODOLOGIA DA PESQUISA.....	18
4.1 – TIPO DE ESTUDO	18
4.2 – UNIVERSO DE AMOSTRA.....	18
4.3 – MATERIAIS E MÉTODOS.....	18
4.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA	19
5 – RESULTADOS	20
5.1– CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA.....	20
5.2 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	21
5.3 – FREQUÊNCIA ALIMENTAR	24
5.4 – GRAU DE SATISFAÇÃO	28
6 – DISCUSSÃO	30
6.1– CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA.....	30
6.2 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	31
6.3 – FREQUÊNCIA ALIMENTAR	33
6.4 – GRAU DE SATISFAÇÃO	37
7 – CONCLUSÃO	38
8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICES	44

1 – INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, o rápido crescimento global da prevalência da obesidade tem sido caracterizado como uma epidemia mundial. A etiologia da obesidade é bastante complexa envolvendo fatores genéticos e ambientais, sendo que um dos principais fatores que contribuem para seu aparecimento é o estilo de vida caracterizado pelo sedentarismo e pela grande oferta de alimentos ricos em gorduras e com alta densidade energética. Para grande parte da população contemporânea, as principais características que influenciam na escolha de um determinado tipo de alimento é em primeiro lugar o saber, seguido do custo para o tal e finalmente seu valor nutritivo. A obesidade pode ser caracterizada como uma doença crônica não transmissível e está diretamente associada às principais doenças que atingem milhões de pessoas, tais como: as cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, diabetes, hipertensão, dislipidemias e outras associadas a problemas psicológicos, ortopédicos e orgânicos – Organização Mundial da Saúde (2004)

Visando essa epidemia, novas propostas para perda de peso, dietas da moda ou dietas dos artistas, são lançadas quase que todos os dias no mercado causando, muitas vezes, um grande impacto de aceitabilidade pelo público porque representa para o obeso uma nova tentativa ou chance de emagrecer, porém, muitas vezes, utilizando a mídia escrita, televisiva e falada com uma série de ilusões, sendo a principal delas a perda de peso rápida e sem grandes esforços. A aderência a essas dietas, inicialmente, é muito grande, porém a continuidade não é mantida em longo prazo, pois altera radicalmente o cotidiano alimentar do indivíduo, preconizando hábitos alimentares que não fazem parte da realidade de cada sujeito. Segundo Lottenberg (2006), o sucesso das dietas da moda é atribuído especialmente à motivação inicial das pessoas pelo contato com algo novo e aos fracassos das tentativas anteriores.

O termo dieta vem sendo mal utilizado ao longo dos tempos e é sempre associado a castigo ou privação de alimentos. O mesmo vem de origem grega e seu real significado é “manter-se saudável” e “qualidade de vida”, Lottenberg (2006). Contudo, ao longo dos anos, prevalece a ideia de que, quando se está em dieta, deve-se utilizar mais os alimentos considerados saudáveis, alimentos estes como as frutas, hortaliças e grãos, evitando-se alimentos como açúcares, gorduras e

produtos industrializados, obrigatoriamente, fora do cardápio. Diante disso, muitas pessoas quando estão fazendo dietas utilizam os alimentos considerados saudáveis e eliminam os alimentos não considerados saudáveis, já quando não se está de dieta, esse processo de escolha dos alimentos é o inverso.

Com toda essa infinidade de métodos e tratamentos contra os indesejáveis quilos a mais na balança, um método em especial vem ganhando força como coadjuvante no combate à obesidade e ao sedentarismo, método esse que une a utilização de uma alimentação saudável e a prática de exercícios físicos. Hoje é preconizada a redução do peso através de uma alimentação saudável e prática de atividade física, segundo Fisberg (2004). A atividade física pode influenciar de maneira positiva na composição corporal por meio de vários mecanismos, pois promove o aumento do gasto energético total, equilíbrio na oxidação dos macronutrientes e prevenção da massa magra. Além de ter como meta principal uma melhor qualidade de vida, como a redução do peso corporal (MONTEIRO; RIETHER; BURINI, 2004).

Nesse contexto, os SPA's, espaços concebidos para promover saúde, beleza e bem-estar do sujeito, vêm se introduzindo no mercado da boa saúde como ótima alternativa para o controle do peso. Conforme Rosa (2003), a história registra que um curandeiro de nome Asclépio, que era um grande conhecedor de ervas, concebeu um sistema de cura, fundando o primeiro SPA de que se tem conhecimento, tendo instalado em Epidauro, uma cidade da Grécia, com tratamentos baseados em banhos, jejuns, chás, uso terapêutico de música, teatro e jogos na cura de seus pacientes.

Segundo Beni (2001), a sigla "SPA" deriva da palavra "*Salus Per Aquam*", o que significa saúde por meio das águas. Os SPA's possuem um diferencial em relação a outros métodos para fins de emagrecimento, diferencial esse que associa os serviços hoteleiros com a prática de atividades físicas, alimentação saudável e uma programação bastante intensa e direcionada para obtenção do objetivo.

Considerando que os SPAS vêm sendo a cada dia mais explorado, tornou-se pertinente a exploração deste estudo a fim de traçar o perfil da clientela e desmistificar a ideia que somente obesos e pessoas que tenham algum tipo de patologia crônica não transmissível procuram esse tipo de serviço.

2 – OBJETIVOS

2.1 – GERAL

- Avaliar o perfil nutricional da clientela do SPA Termas Center, Rio do Fogo / RN.

2.2 – ESPECÍFICOS

- Verificar o estado nutricional por meio de RCQ e IMC.
- Avaliar a forma de distribuição da gordura corporal.
- Caracterizar a dieta habitualmente consumida por meio de um questionário de frequência alimentar.
- Observar a média de perda de peso no período da estadia.
- Avaliar a satisfação da clientela no final do período.

3 – REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 – ETIOLOGIA DA OBESIDADE

Atualmente o mundo, principalmente os países desenvolvidos e em desenvolvimento, vem ultrapassando um momento muito delicado com relação a seu modo de vida e seus hábitos alimentares. Pode-se caracterizar esse momento como transição nutricional, onde o estado de desnutrição e magreza está se transformando em má ingestão de alimentos e obesidade. Para entender a obesidade temos que entender de onde se origina este estado. A etiologia da obesidade é complexa e multifatorial, resultando da interação de genes, ambiente, estilos de vida e fatores emocionais, segundo afirmam as Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia - SBEM e Sociedade Brasileira de Clínica Médica - SBCM (2011). Dentre os fatores envolvidos na prevalência da obesidade, pode-se destacar três componentes primários no sistema neurológico, componentes estes como o sistema aferente, que envolve a leptina e outros sinais da saciedade e de apetite em curto prazo; a unidade de processamento do sistema nervoso central; e o sistema eferente, um complexo de apetite, saciedade, efetores autonômicos e termogênicos que levam ao estoque energético.

Segundo as diretrizes brasileiras de obesidade estabelecidas pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - ABESO (2009, p.19):

A obesidade é uma das manifestações descritas em 24 desordens mendelianas, como a síndrome de *Prader-willi*, e em seis tipos de desordens monogênicas não mendelianas, todas causando obesidade precocemente na infância e que têm sido recentemente descritas. Pode-se comparar gêmeos que foram criados em ambientes distintos com seus pais biológicos e adotivos. Nessas condições, houve associação positiva entre o índice de massa corpórea dos adotados com o índice de seus pais biológicos, e não com seus pais adotivos, para qualquer classificação de massa corpórea, inclusive a obesidade, sugerindo que a genética é a influência predominante.

Savi et al (2000, p. 498) relata ainda que a genética se torna um dos principais fatores para a pré-disposição da obesidade, mas não somente este fator contribui para o aparecimento da síndrome *Prader-willi*, o fator emocional também coopera e muito para se desenvolver a obesidade:

São inúmeros os obstáculos freqüentemente responsabilizados pelo excesso de peso dos obesos e a ineficácia dos tratamentos para perda de peso. Estudo realizado no Centro Clínico de Nutrição, na Universidade da Virgínia ressalta a importância do aconselhamento psicológico concomitante aos pacientes de programas de perda de peso. Entre os problemas mais encontrados nesta pesquisa estão: a discórdia familiar, danos financeiros, perda de um amor, infelicidade na escola ou no trabalho, sentimento de solidão, aborrecimento, raiva e depressão. Estas situações freqüentemente estão associadas aos episódios de comer em excesso.

Atualmente, a incidência de obesidade pode ser observada nas pessoas de baixa renda e pouca escolaridade, onde os mesmos procuram alimentos de maior palatabilidade e grandes quantidades energéticas, dando preferência aos alimentos ricos em açúcares simples e gorduras saturadas e *trans*. A educação nutricional pode ser um grande aliado para essas pessoas reverterem esse quadro. Outros fatores podem ser discutidos, tais como: o ambiente em que se vive, a falta de exercício físico, tabagismo, menopausa, partos sucessivos e sem tempo hábil para se voltar ao peso habitual entre um parto e outro e até o casamento podem influenciar diretamente para o desenvolvimento da obesidade, conforme informa o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

3.2 – INCIDÊNCIA DA OBESIDADE NO BRASIL

Com o aumento da incidência significativa da obesidade pelo mundo, não podemos deixar de olhar com mais rigorosidade para o Brasil, que vem tendo um aumento econômico considerável e, com isso, causando um aumento no consumo de bens e serviços, bem como no aumento do consumo alimentar muitas vezes de forma errônea. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p. s/p) estima-se que quase metade da população brasileira adulta encontra-se com sobrepeso ou obesidade:

O índice de sobrepeso e obesidade da população brasileira avançou nos últimos quatro anos. Levantamento mais recente do Ministério da Saúde aponta que, de 2006 a 2009, a proporção de pessoas com excesso de peso subiu de 42,7% para 46,6%. O percentual de obesos cresceu de 11,4% para 13,9% no mesmo período. Os dados fazem parte da pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), que entrevistou 54 mil adultos.

Estima-se que 51% dos homens e 42,3% das mulheres têm excesso de peso. A ocorrência do problema está relacionada a fatores genéticos, mas há uma influência significativa do sedentarismo e de padrões alimentares inadequados no

decorrer da vida. Entre os homens, a situação é mais comum a partir dos 35 anos, mas chega a 59,6% de 55-64. Na população feminina, o índice mais que dobra na faixa etária dos 45 aos 54 anos (52,9%) em relação a 18-24 anos (24,9%).

Os índices não apontam somente para a prevalência de obesidade em adultos e idosos, mas também em crianças. A obesidade infantil está presente nas famílias brasileiras e alertam para quadros intrigantes de obesidade quando chegarem à idade adulta. Nesse caso, estima-se que “o problema da obesidade é mais grave nas áreas urbanas (19,5% dos adolescentes) do que na rural (11,4% de adolescentes) e mais evidente nas Regiões Sul e Sudeste do país, onde atinge 23,6% e 22,0% dos adolescentes, respectivamente”, conforme dados divulgados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2011).

No Brasil, e em outros países desenvolvidos e em desenvolvimento, o aumento do peso da população está se tornando um problema de saúde pública mundial e é de suma importância que esse quadro seja revertido para que não haja uma população futura obesa e com doenças crônicas não transmissíveis acarretando em uma mudança na sobrevida e no aumento da longevidade dos mesmos, como destaca a ABESO (2009).

3.3 – TRATAMENTO DA OBESIDADE

Antes de se iniciar qualquer tipo de tratamento, segundo Cuppari (1996), é preciso diferenciar os termos sobrepeso e obesidade, muitas vezes usados como sinônimos. Enquanto o primeiro significa um aumento exclusivo de peso, o segundo representa o aumento da adiposidade corpórea.

Sobre isso, Jelliffe (*apud* CUPPARI, 1996, p. 25) define antropometria como “medidas das variações das dimensões físicas e da composição bruta do corpo humano em diferentes níveis de idade e graus de nutrição”.

Mancini (*apud* DUARTE, 2007, p. 177), por sua vez, afirma ainda que uma das formas mais fidedignas e fáceis de medir a gordura corporal “é através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), tendo excelente correlação com a quantidade de gordura corporal”.

Com a alta procura para os tratamentos contra a obesidade ou até mesmo para deixar o corpo saudável e perfeito, muitos métodos para esse fim estão surgindo no mercado da saúde, métodos esses algumas vezes ineficazes para o seu

fim, podendo acarretar distúrbios e até mesmo comprometer a saúde do indivíduo. Dietas e tratamentos de diversas localidades e promessas de efeitos milagrosos estão lançados ao alcance de todos. Sobre isso, a ABESO (2009, p.19) adverte:

De acordo com Borges *et al* (2006, p. 247), deve-se enfatizar os antecedentes pessoais, familiares e socioculturais do paciente e determinar o momento do início de ganho de peso e seu curso clínico, fatores desencadeantes e de manutenção, hábitos nutricionais, atividade física e estilo de vida, aspectos psicológicos. Ainda Borges *et al*, além disso, a investigação de tratamentos anteriores e seus resultados, sintomas sugestivos de doenças endócrinas, uso de medicamentos para perda de peso e presença de fatores de risco associada dos e seus tratamentos são extremamente úteis no planejamento do tratamento.

Os tratamentos farmacológicos também entraram no mercado com força total, mas esse tipo de tratamento é muito limitado e causa efeitos colaterais diversos. O uso de medicamentos no tratamento da obesidade deve sempre visar auxiliar o processo de mudança de estilo de vida e facilitar a adaptação às mudanças dietéticas. Assim, a farmacoterapia “deve servir apenas como auxílio ao tratamento dietético e não como estrutura fundamental do tratamento da obesidade” (BORGES *et al*, 2006, p. 249). Três tipos de fármacos são utilizados para o tratamento, são eles: os que diminuem a fome ou modificam a saciedade; os que reduzem a digestão e a absorção de nutrientes e os que aumentam o gasto energético, sendo que estes últimos não são aprovados no Brasil (BORGES *et al*, 2006, p. 249).

De acordo com Borges *et al* (2006, p. 248), A obesidade deve ser reconhecida como uma enfermidade e tratada como tal. O paciente deve compreender que a perda de peso é muito mais que uma medida cosmética e visa à redução de morbidade e mortalidade associadas à obesidade.

As dietas da moda ou dietas dos artistas têm uma grande influência na escolha dos tipos de tratamento para perda de peso. Revisão sistemática de estudos randomizados e não randomizados, sobre a efetividade em longo prazo de vários tratamentos dietéticos para a obesidade, publicados entre 1931 e 1999, mostrou que de 881 publicações revisadas, apenas 17 preencheram os critérios para inclusão. A manutenção da perda de peso foi maior naqueles pacientes “com acompanhamento em longo prazo ou quando se combinou dieta com terapia de grupo” (ABESO, 2009).

Segundo as diretrizes brasileiras de obesidade da ABESO (2009, p. 36) destaca que:

Outra revisão sistemática com mais de 700 estudos randomizados e não randomizados, realizados de 1972 a 1997, sobre os efeitos de diferentes dietas na perda de peso, mostrou resultados muito semelhantes aos da anterior. Programa de dieta de 15 semanas ocasionou perda de 11 kg e manutenção de $6,6 \pm 0,5$ kg do peso perdido após um ano¹⁰. Estes e vários outros estudos subsequentes indicam que os pacientes obesos perdem peso quando mantidos com dieta restrita, mas que sua perda de peso tende a não se manter em longo prazo.

A exposição destes estudos evidencia que, muitas vezes, essas dietas dão um resultado esperado muito rápido, mas se não houver um acompanhamento o efeito pode ser adverso e devastador. Algumas dietas como as ricas em gorduras e escassas em carboidratos; dietas escassas em gorduras e muito escassas em gorduras (menos de 19%); dietas de baixíssimas calorias, substituições de refeição e dietas com gorduras modificadas “são utilizadas para fins de emagrecimento, mas nenhuma delas se equipara à simples e velha dieta balanceada associada à prática de atividade física” (ABESO, 2009, p. 27).

As cirurgias bariátricas, atualmente, vêm sendo muito utilizadas, mas como todos os tipos de tratamento devem ser cuidadosamente respeitadas suas limitações para que não haja problemas futuros. A obesidade mórbida é um problema de saúde que resulta em outras co-morbidades com consequências econômicas importantes. O tratamento cirúrgico para obesidade mórbida deve ser considerado quando outras tentativas terapêuticas não obtiverem sucesso.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a principal finalidade da cirurgia bariátrica é diminuir o conteúdo gástrico causando saciedade precoce. Sendo assim, independente da maneira a ser conduzido (dietético, medicamentoso ou cirúrgico), o tratamento da obesidade exige identificação e mudança de componentes inadequados de estilo de vida do indivíduo incluindo mudanças na alimentação e prática de atividade física (BORGES et al, 2006, p. 249).

3.4 – SPAS COMO ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO DA OBESIDADE

Campos (2005) define a palavra SPA como “O uso da água no tratamento de doenças remonta aos primórdios da civilização humana, quando o homem descobriu que a lavagem das feridas com águas de determinadas fontes provocava cicatrização mais rápida”.

De acordo com Mill (2003), os banhos já eram utilizados desde a época dos gregos e romanos, os quais se reuniam em regiões de águas termais para relaxar e cuidar do corpo. Atualmente SPA é sinônimo no mundo todo de saúde, beleza e bem-estar. Cada vez mais o mercado de SPA's vem crescendo e diversificando as suas tipologias e serviços. A preocupação com a saúde e a vaidade evoluiu com o passar dos anos, houve o surgimento de estudos técnicos e avanços tecnológicos. Com isso, o conceito de SPA também mudou, acompanhando tendências e necessidades típicas da vida moderna. A variedade de diferentes tipos de público-alvo com características homogêneas direciona o mercado de SPA's, direcionando a utilização de ferramentas adequadas que permitem as empresas obterem o maior retorno possível do investimento realizado e uma satisfação através de um melhor entendimento das necessidades dos *spazianos*, conforme Soares (2006).

Na conjuntura atual os SPA's dividem-se em espaços para fins estéticos e espaços para fins de reeducação alimentar e cuidados com a saúde do corpo e da mente. No mundo, os SPA's europeus dedicam-se às curas e à saúde, já os SPA's americanos se dedicam à promoção de um estilo de vida saudável, com base em uma combinação de exercícios físicos, perda de peso e atendimento personalizado. Nesse sentido, no Brasil, os SPA's tendem a ter uma postura mesclada que atendem as indicações de saúde, estética e beleza (FREIRE, 2008).

Possivelmente a maior procura de mulheres (70%) para o tratamento no *spa* deve-se ao fato de haver maior prevalência de obesidade no sexo feminino, e ao impacto social a que as mulheres que vivem esta situação são submetidas (SAVI et al, 2000, p. 499).

Ainda segundo Savi et al (2000, p. 500):

Vários aspectos podem estar envolvidos na maior prevalência de mulheres que procuram os *spas*. As mudanças sociais estão levando a uma inserção cada vez maior das mulheres no mercado de trabalho, onde a boa aparência física é muito valorizada. A sociedade contemporânea está dando particular ênfase ao corpo, por vezes resultando em anormalidades de comportamento, a chamada morfomania. Portanto, indivíduos que não se enquadram neste modelo, principalmente as mulheres, são alijados socialmente. Ocorrem ainda mudanças na composição corporal e no ganho de peso progressivo à medida que a idade avança. A diminuição da energia despendida associada com menor atividade física, as mudanças no estilo de vida e a diminuição da função ovariana, estão fortemente associadas com as mulheres. As trocas na composição corporal que acompanham a menopausa expõem as mulheres a um acúmulo de gordura abdominal, aumentando os riscos para doenças cardiovasculares.

Continua afirmando o autor que “o tratamento em *spa* é um método rápido para perda de peso, pois associa dietas de baixas calorias a atividade física intensa”. Entretanto, como o tipo de tecido perdido não representa necessariamente gordura corporal, especialmente em um período curto de tratamento, esta forma de intervenção pode servir apenas como uma alavanca inicial para os indivíduos que pretendem adotar mudanças permanentes nos seus hábitos alimentares e estilo de vida. Somente a perda de peso lenta e gradual garante o máximo de redução de gordura corporal e mínima perda de massa magra, alcançando, assim, o sucesso na manutenção do peso.

O objetivo de proposta de um SPA “é de reabilitação, estética e beleza, tratando muitas vezes pessoas com necessidades especiais, buscando trabalhar sua auto-estima através de cuidados com o corpo e a mente” (SAVI et al, 2000, p. 500).

4 – METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 – TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, onde este é apropriado para descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, PEREIRA, 2005.

4.2 – UNIVERSO DE AMOSTRA

A amostra foi constituída por 40 clientes atendidos no *SPA TERMAS CENTER*, no município de Rio do Fogo/RN, no período de Janeiro a Março de 2011. O programa do SPA consistiu em 10 dias (de sexta a domingo) de internação, incluídas todas as refeições, atividades físicas e acompanhamento da equipe de saúde.

Os critérios utilizados para inclusão ou exclusão dos clientes na pesquisa, foi a permanência dos mesmos durante os dez dias totais de tratamento bem como a adesão à dieta de 400Kcal/dia.

4.3 – MATERIAIS E MÉTODOS

Para coleta de dados de identificação, como sexo, idade e outras informações pertinentes ao estudo, foram utilizadas fichas elaboradas pelo próprio pesquisador e preenchidas pelos pacientes no momento da internação no SPA.

Para a coleta de peso e altura, todos os pacientes vestiram roupas de banho e estavam descalços. O peso foi averiguado na chegada do paciente e todos os dias, antes do desjejum, aferido em uma balança da marca Filizzola, com capacidade máxima de 150 Kg. A altura foi obtida utilizando-se o antropômetro da balança. A avaliação nutricional foi realizada através dos dados de peso, altura e circunferências, utilizando-se o método do índice de Massa Corporal (IMC) e Relação Cintura/Quadril - RCQ, seguindo a classificação proposta pela OMS.

A frequência alimentar da dieta habitualmente ingerida antes da entrada no SPA foi obtida pelo preenchimento do Questionário de Frequência Alimentar – QFA, em anexo e elaborado pelo próprio pesquisador. O Questionário de Frequência

Alimentar - QFA foi aplicado pelo pesquisador, o qual fez as perguntas diretamente aos entrevistados.

No Questionário de Frequência Alimentar aplicado – QFA, foram adotados os seguintes parâmetros para aferição da frequência de ingestão dos alimentos questionados: Frequentemente, para a ingestão por mais de três vezes por semana; Eventualmente, para a ingestão de uma a três vezes por semana; e Nunca, para a não ingestão do determinado alimento.

Para se obter a média geral de peso perdido durante o tratamento, foram somados todos os resultados por gênero e divididos pelo número de clientes do determinado gênero.

Para avaliação do grau de satisfação da clientela, uma vez que se trata de informação final, foi utilizada a mesma ficha preenchida no ato da entrada para internação.

4.4 – ANÁLISE ESTATÍSTICA

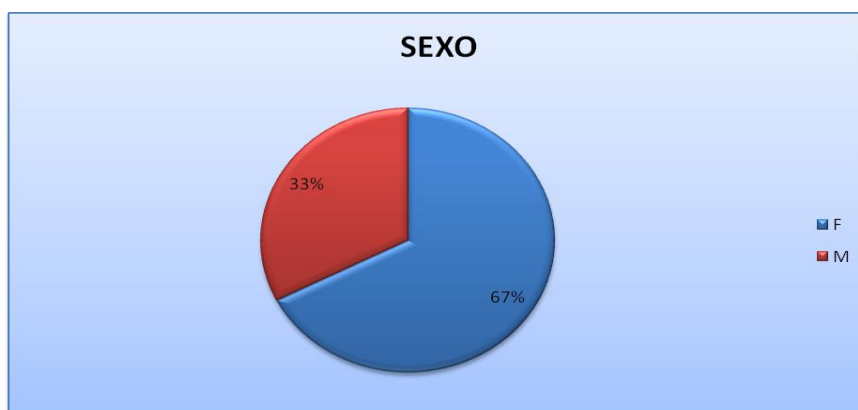
A análise estatística foi realizada utilizando-se do programa Microsoft Office Excel 2007.

5 – RESULTADOS

5.1– CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

A amostragem que se constituiu esta pesquisa foi de (n=40) entrevistados no SPA Termas Center, localizado no município de Rio do Fogo/RN. O **Gráfico 1** nos mostra que a prevalência da clientela do SPA é do sexo feminino com 67% do total enquanto que o percentual masculino ficou em 33% da amostra total da pesquisa.

Gráfico 1 - Distribuição percentual do gênero de clientes do SPA Termas Center



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

O **quadro 1** representa a faixa etária da clientela, observando-se um maior número de indivíduos na faixa entre 19 a 30 anos, totalizando em 42% dos entrevistados.

Quadro 1 - Caracterização dos entrevistados, segundo a faixa etária.

FAIXA ETÁRIA	ENTREVISTADOS Masculino – 33% N= 13	ENTREVISTADOS Feminino – 67% N= 27	TOTAL EM % 100% N= 40
≤ 18 ANOS	3%	2%	5%
19 A 30 ANOS	15%	27%	42%
31 A 40 ANOS	7%	15%	22%
41 A 59 ANOS	5%	23%	28%
≥ 60 ANOS	3%	0%	3%

Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

Quanto à prática de exercício físico dos clientes, em seu cotidiano antes de entrar no SPA, no **Gráfico 2** observou-se maior atividade física ficando com o percentual de 53% dos entrevistados, enquanto a inatividade física ficou com o percentual de 47% dos entrevistados.

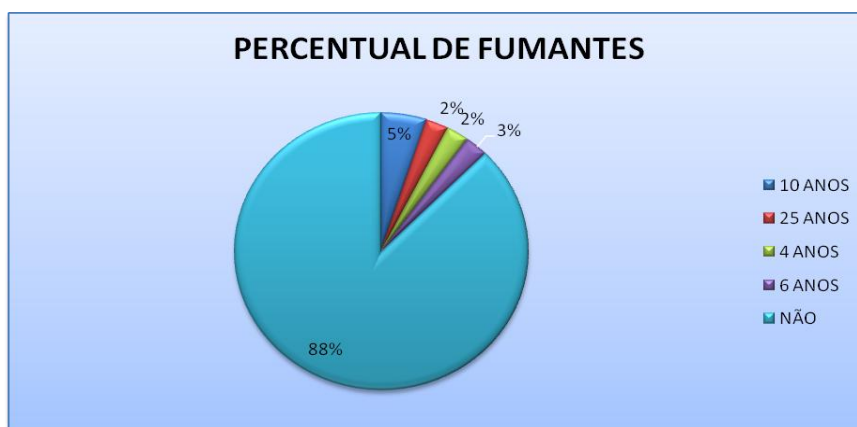
Gráfico 2 - Distribuição percentual da prática de exercício físico



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

O **Gráfico 3** informa que 88% dos entrevistados são não fumantes; 5% fumam há dez anos; 3% há 6 anos; 2% há 25 anos e 2% há 4 anos.

Gráfico 3 - Distribuição percentual do uso ou não do tabaco.



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

5.2 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

De acordo com o **Gráfico 4**, 20% dos entrevistados apresentam o Índice de Massa Corporal – IMC na eutrofia (IMC entre 18,5 e 24,9kg/m²). Observou-se

também que 40% dos entrevistados apresentam excesso de peso (IMC acima de 25kg/m²) e 40% apresentam obesidade (IMC acima de 30kg/m²).

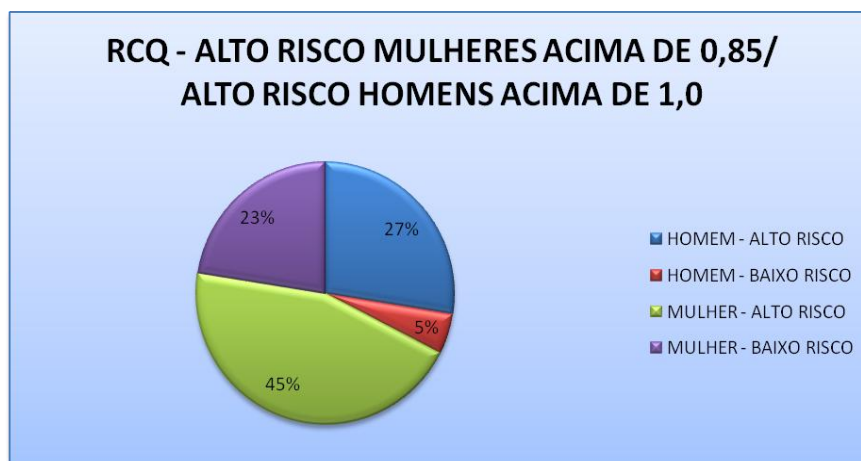
Gráfico 4 - Distribuição percentual da classificação do IMC



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

Com relação à razão cintura/quadril, observou-se nos dados obtidos que o maior percentual de risco de complicações metabólicas foi no gênero feminino. O **Gráfico 5** mostra que 45% dos entrevistados do gênero feminino estão com risco elevado a complicações metabólicas, já os do gênero masculino apresentou um percentual de 27% com o mesmo risco. Dentre os entrevistados do gênero feminino 23% não apresentam alto risco para complicações metabólicas enquanto os do gênero masculino apenas 5% não apresentam alto risco.

Gráfico 5 - Distribuição percentual da classificação da relação cintura/quadril



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

O **gráfico 6** nos mostra o tipo de obesidade dos clientes, se são androide ou ginoide. Com 72% dos analisados, o tipo de obesidade encontrada foi o do tipo androide e 28% dos entrevistados a obesidade ginoide.

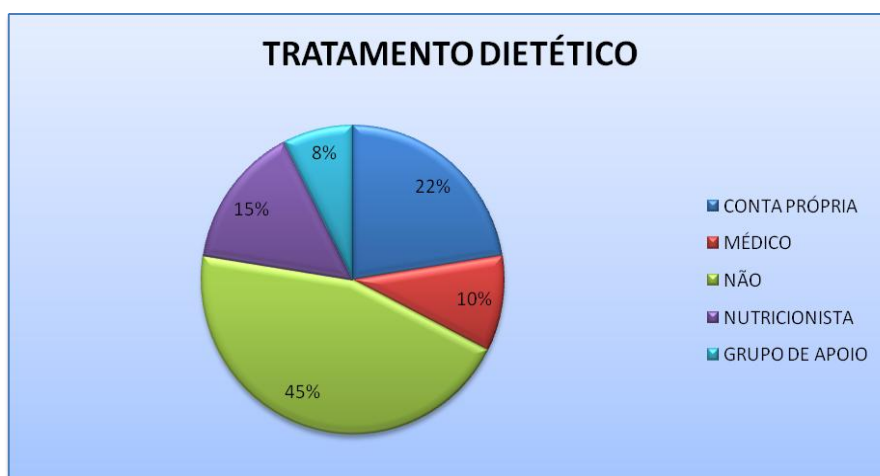
Gráfico 6 - Distribuição percentual do tipo de obesidade



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

Quando os entrevistados foram abordados em relação a algum tipo de tratamento para fins de emagrecimento, tratamento dietético, várias respostas foram citadas pelos mesmos como demonstra o **Gráfico 7**. Com nenhum tipo de tratamento, 45% das pessoas responderam o questionário. Tratamento dietético com nutricionista 15%; por conta própria 22%; tratamento com médico 10% e 8% já tentaram emagrecer com algum grupo de apoio.

Gráfico 7 - Distribuição percentual da realização de algum tratamento dietético



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

No **Gráfico 8** vemos a média de peso perdido por gênero, onde o gênero masculino, que representa 33% dos entrevistados, obteve uma média de perda de peso de 6,03Kg e o gênero feminino, que representa 67% dos entrevistados, apontou para uma média de perda de peso de 4,51kg.

Gráfico 8 - Distribuição percentual da média de peso perdido no tratamento

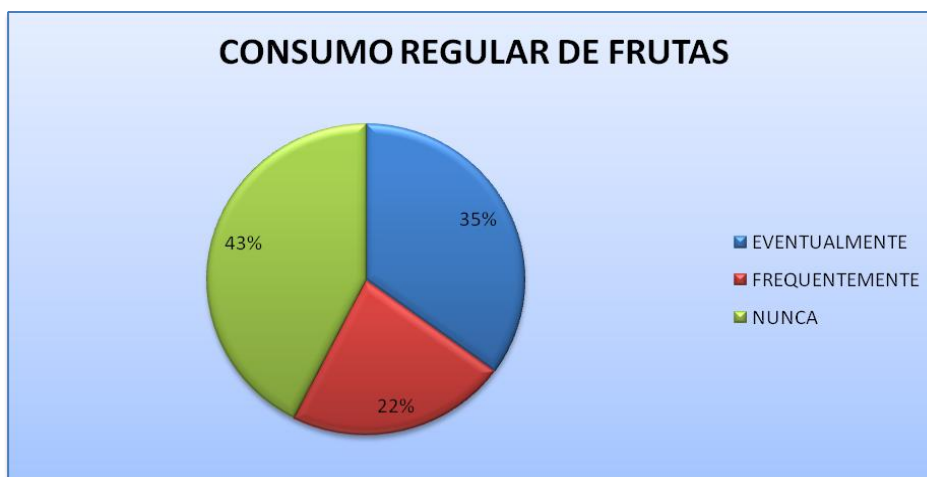


Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

5.3 – FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Quando abordados no quesito frequência alimentar regular, 22% dos entrevistados consomem frequentemente frutas; 35% consomem eventualmente e 43% dos entrevistados relataram que não consomem regularmente frutas em seu cardápio diário como demonstra o **Gráfico 9**.

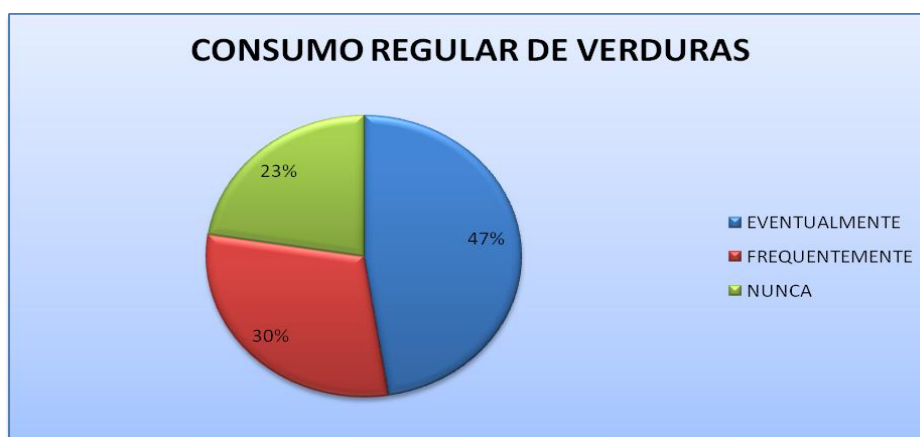
Gráfico 9 - Distribuição percentual do consumo regular de frutas



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

Sobre o consumo regular de verduras, 30% dos entrevistados disseram consumir frequentemente verduras em sua dieta; 47% consomem eventualmente e 23% não consomem verduras regularmente como demonstra o **Gráfico 10**.

Gráfico 10 - Distribuição percentual do consumo regular de verduras



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

O consumo regular de leite e derivados ficou com a seguinte porcentagem: 20% alegam consumir frequentemente; 40% eventualmente e 40% nunca como demonstra o **Gráfico 11**.

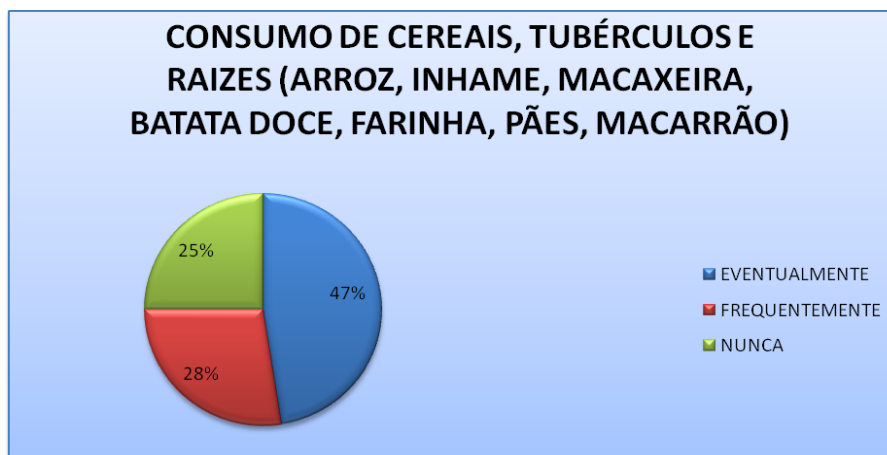
Gráfico 11 - Distribuição percentual do consumo regular de leite e derivados



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

O consumo de cereais, tubérculos e raízes acusaram os seguintes resultados: 28% dos entrevistados disseram consumir frequentemente cereais, tubérculos e raízes, enquanto 47% responderam consumir eventualmente e 25% nunca como mostra o **Gráfico 12**.

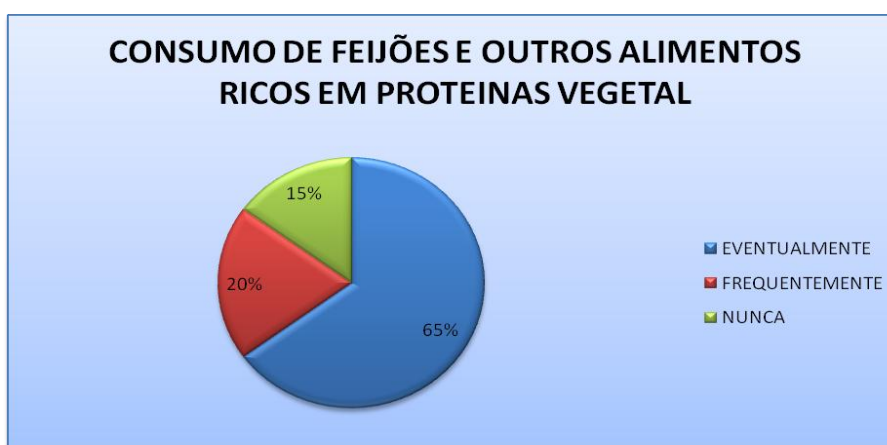
Gráfico 12 - Distribuição percentual do consumo regular de cereais, tubérculos e raízes



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

No consumo de feijões e outros alimentos ricos em proteínas vegetal, 30% dos entrevistados consomem frequentemente esses tipos de alimentos; 65% consomem eventualmente e apenas 15% nunca consomem esses alimentos em sua alimentação diária como mostra o **Gráfico 13**.

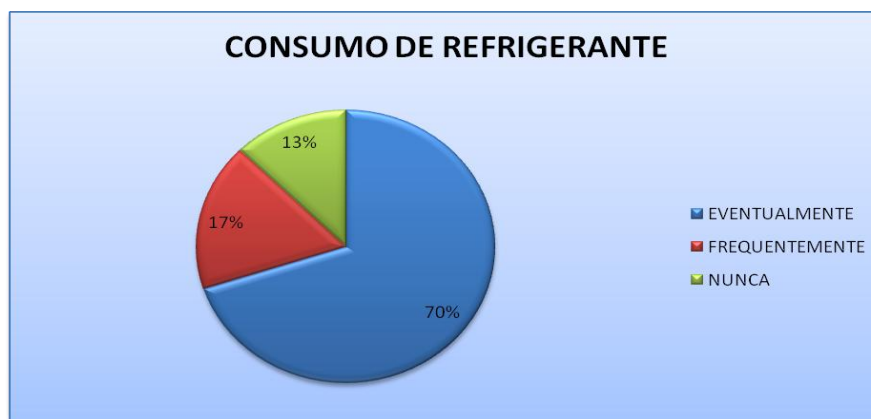
Gráfico 13 - Distribuição percentual do consumo de feijões e outros alimentos ricos em proteína vegetal



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

Quanto ao consumo de refrigerantes, as seguintes informações foram coletadas: 17% consomem frequentemente; 70% consomem eventualmente e 13% não consomem regularmente, informações estas apresentadas no **Gráfico 14**.

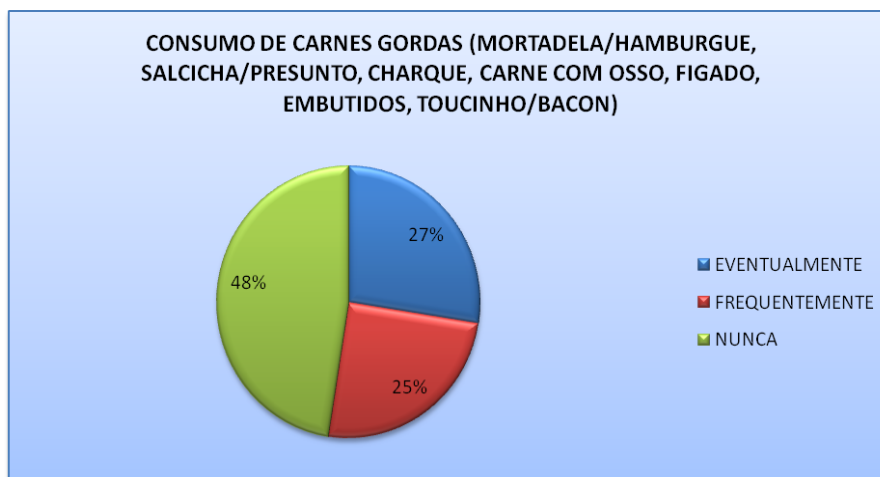
Gráfico 14 - Distribuição percentual do consumo regular de refrigerantes



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

O consumo alimentar de carnes gordas apresentou as seguintes porcentagens: 25% consomem frequentemente; 27% eventualmente e 48% nunca consomem tal alimento regularmente como apresenta o **Gráfico 15**.

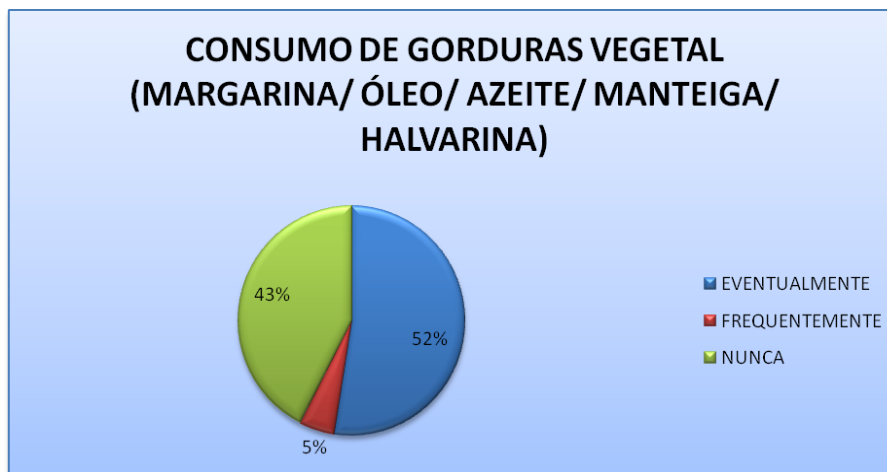
Gráfico 15 - Distribuição percentual do consumo de carnes gordas



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

Na entrevista realizada com os clientes do SPA, quando abordado o consumo regular de gorduras vegetal, apenas 5% dos entrevistados relataram consumir frequentemente esses tipos de alimentos, enquanto 52% consomem eventualmente e 43% nunca consomem em sua dieta habitual como mostra o **Gráfico 16**.

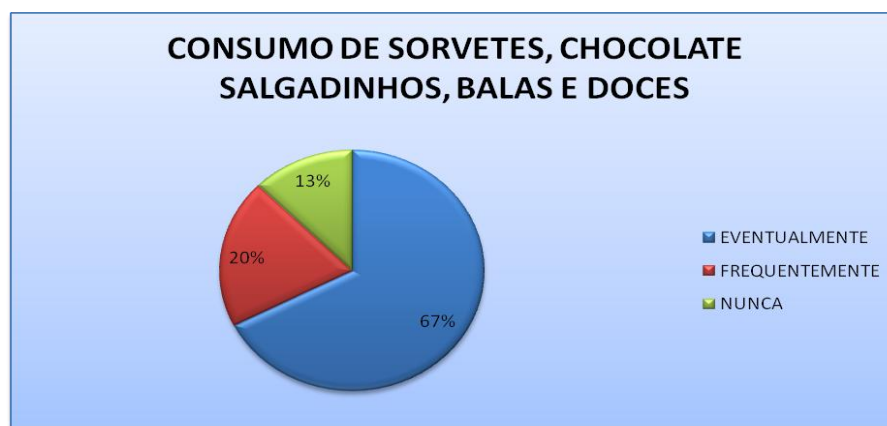
Gráfico 16 - Distribuição percentual do consumo de gorduras vegetal



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

No **Gráfico 17**, quanto ao consumo regular de sorvetes, chocolates, salgadinhos, balas e doces, 20% dos entrevistados consomem frequentemente; 67% eventualmente e apenas 13% não consomem esses alimentos regularmente.

Gráfico 17 - Distribuição percentual do consumo de sorvetes, chocolate, salgadinhos, balas e doces



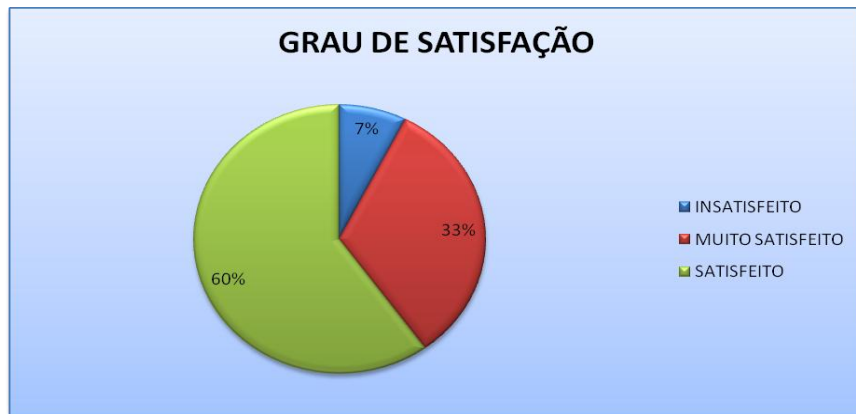
Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

5.4 – GRAU DE SATISFAÇÃO

No último quesito da pesquisa, os clientes se pesaram e souberam o peso total perdido no tratamento, momento em que foi avaliado o grau de satisfação da clientela, chegando-se aos seguintes resultados: 33% dos indivíduos alegaram estar

muito satisfeitos com o resultado do TTO; 60% alegaram estar satisfeitos e apenas 7% disseram não estar satisfeitos, como demonstra o **Gráfico 18**.

Gráfico 18 - Distribuição percentual do grau de satisfação da clientela



Fonte: Dados obtidos na pesquisa (2011)

6 – DISCUSSÃO

Nos dias atuais, o sobrepeso e a obesidade estão relacionados diretamente com o aumento significativo do consumo de alimentos fontes de gorduras, carboidratos simples e produtos industrializados, associados a isso estão o sedentarismo e a diminuição gradativa de atividade física praticada.

Diante desse quadro, observa-se que, no Brasil, nos últimos 50 anos, houve uma transição nutricional muito forte, onde os desnutridos se tornaram supernutridos ou mal nutridos ocorrendo um consumo calórico elevado, com baixa ingestão de nutrientes essenciais. Entende-se por transição nutricional, o fenômeno no qual ocorre uma inversão nos padrões de distribuição dos problemas nutricionais de uma determinada população, causando mudanças na magnitude e no risco de agravos associados ao padrão de doenças atribuídas ao atraso e à modernidade (KAC; VELASQUEZ-MELENDZ, 2003).

Os erros e excessos alimentares causam danos à saúde, assim como a obesidade e fatores associados. Mas a alimentação, quando realizada de forma adequada, contribui de forma positiva na prevenção do desenvolvimento de diversas doenças crônicas. Estas estão relacionadas diretamente com o valor nutricional das dietas. Dessa forma, observa-se sempre mais a importância da avaliação dos hábitos alimentares da população (CARVALHO, 2006).

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2004) mostram que as DCNT são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005. No Brasil, as DCNT seguem padrão semelhante, e em 2007 foram a principal causa de óbito, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (29,4%) e as neoplasias (15,4%). Segundo Malta et al (2006), as séries históricas de estatísticas de mortalidade disponíveis para as capitais dos estados brasileiros indicam que a proporção de mortes por DCNT aumentou em mais de três vezes entre 1930 e 2006.

6.1– CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA

Observou-se que a maioria da população estudada é do sexo feminino e grande parte está na faixa etária de 19 a 30 anos. No universo masculino, a faixa

etária ficou na mesma proporção. No que se refere à prática de exercício físico, a grande maioria dos entrevistados relatou fazer algum tipo de exercício regular. O exercício físico tem papel adjuvante no tratamento da obesidade, pois o gasto calórico proveniente da atividade física se mostra como grande aliado na perda de massa corporal, sendo também fator contribuinte para o aumento dos níveis de aptidão física, aumento da capacidade aeróbia e diminuição da gordura corporal (SABIA; SANTOS; RIBEIRO, 2004).

É de importância enfatizar que os benefícios para a saúde podem ser conseguidos através de uma alimentação saudável e balanceada, aliada a níveis moderados de atividade física: 30 minutos diários, na maioria dois dias da semana. Esse nível de atividade pode ser alcançado com movimentos corporais da vida diária, como caminhar para o trabalho, subir escadas e dançar, bem como atividades de lazer e de esportes recreativos.

Observou-se que a grande maioria dos entrevistados não faz uso do tabaco, dado satisfatório, pois o tabaco está relacionado diretamente com o alto índice de DANT – Doenças e Agravos Não-Transmissíveis. O tabagismo é um dos fatores de risco mais importantes para as DANT, a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil. Da década de 1930 até os anos 90, a proporção de mortes por DANT cresceu mais de três vezes no país. Em 2004, as DANT foram responsáveis por aproximadamente 63% da mortalidade devida a causas conhecidas, conforme expressa o programa de Controle do Tabagismo no Brasil (BRASIL, 2011).

6.2 – AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Do universo estudado de 40 indivíduos frequentadores do SPA, a amostra resultou em 16 indivíduos com obesidade, 16 com sobrepeso e 8 com IMC de eutrofia, de ambos os sexos, mas, predominantemente, do sexo feminino. Estudos têm mostrado que a obesidade ocorre predominantemente em pessoas do sexo feminino e que sua incidência aumenta com a idade. Isso foi comprovado na análise de uma amostra na cidade de Jaú, em São Paulo, onde a faixa etária de 30 a 40 anos apresentou maior frequência de excesso de peso, conforme Oliveira e Araújo (2002). Isso nos dá uma melhor compreensão acerca do índice de mulheres que procuram os serviços de emagrecimentos como os SPA's, são de sua grande

maioria do sexo feminino, e não somente os SPA's, mas também outros tipos de tratamentos para redução de peso corporal.

Um fator relacionado diretamente ao excesso de peso e considerado um dos determinantes de riscos para o surgimento de doenças metabólicas é a verificação da circunferência abdominal (SCHNEIDER et al, 2007). Na avaliação dos spazianos foi verificada a prevalência de 72% dos indivíduos com risco muito elevado para desenvolvimento de doenças metabólicas, onde 27% são do sexo masculino e 45% do sexo feminino, enquanto apenas 28% estão com baixo risco de desenvolvimento de doenças metabólicas, sendo 5% do sexo masculino e 23% do sexo feminino. Estudos que corroboram com a presente pesquisa sugerem que a maior determinante da obesidade abdominal seria a adiposidade geral (Kac, 2001). Estudos conduzidos por Rose (2001) e Olinto e colaboradores, (2006), a obesidade abdominal também esteve mais associada ao avanço da idade.

Atualmente sabe-se que é a localização abdominal da gordura (obesidade central) que se mostra mais associada a distúrbios metabólicos e risco cardiovascular. Medidas regionais de obesidade, entre elas a circunferência abdominal, são capazes de fornecer estimativa da gordura abdominal, que, por sua vez, está correlacionada à quantidade de tecido adiposo visceral, conforme enfatizam Lerário *et al* (*apud* REZENDE *et al*, 2008).

No tipo de obesidade encontrada, detectamos que 72% dos entrevistados encontram-se dentro da faixa superior ao recomendado, caracterizada a obesidade do tipo androide, enquanto 28% apresentaram-se dentro da faixa abaixo do recomendado, caracterizando-se como o tipo de obesidade ginoide. Alguns especialistas consideram que a medida de quadril fornece informações adicionais valiosas relacionadas à massa muscular gluteofemoral e estrutura óssea. A RCQ pode, portanto, continuar sendo um método de pesquisa útil, mas os indivíduos podem ser identificados como estando em risco aumentado de morbidade relacionada à obesidade pelo uso da circunferência abdominal apenas como um método de triagem inicial conforme Relatos Técnicos da OMS (BRASIL, 2004). Valores superiores aos considerados normais para cada sexo e idade indicam risco metabólico, independentemente do peso do indivíduo. Os maiores riscos correspondem a valores superiores a 1,0 em homens e 0,85 em mulheres, indicativos de distribuição androide. Se os valores são inferiores a 0,75 em mulheres

e 0,85 em homens, considera-se que a distribuição da gordura é ginóide (HALPERN et al, 1998).

Em estudo realizado por Santos e Sichieri (2005), foi constatado que a circunferência da cintura é um indicador da distribuição abdominal da gordura e também da gordura corporal total, dados que corroboram com o estudo em questão.

No tocante ao tratamento dietético já realizado, 45%, ou seja, 18 indivíduos, alegaram não terem feito nenhum tipo de tratamento antes de darem entrada no SPA, enquanto 55%, 22 indivíduos, tentaram emagrecer com algum método ou tratamento para perda de peso corporal, tratamentos com nutricionistas, médicos, por conta própria e grupos de apoio. Estudos sugerem que pacientes recebam orientação alimentar por meio de dieta individual, utilizando, também, lista de alimentos contendo o valor calórico para eventuais substituições (LOTTENBERG, 2006). O tratamento dietético indicado, objetivando perda e manutenção de peso, deverá ser realizado por meio de alterações de estilo de vida com ênfase em reeducação nutricional associada a técnicas de mudança comportamental, associado a essas mudanças, a prática de atividades físicas regular. Segundo Lottenberg (2006), o fracasso do tratamento é atribuído ao método que foi utilizado para a perda de peso, assim quando o resultado não é o esperado, troca-se por outro com muita facilidade. Por este motivo, as pessoas procuram sempre por novas fórmulas para emagrecer, uma vez que a utilizada não corresponde ao resultado esperado.

Na média de peso perdido entre os indivíduos estudados, a média do gênero masculino é superior ao do gênero feminino. Entre as mulheres as mudanças na composição corporal e ganho de peso progressivo ocorrem à medida que a idade avança. A diminuição de energia despendida associada com menor atividade física, mudanças no estilo de vida e diminuição da função ovariana, está fortemente associada com as mulheres. (SAVI; SALLES; ZENI;FIATES, 1999). O fator massa muscular interfere diretamente na diminuição da perda de peso por parte das mulheres. (HALPERN, 1994).

6.3 – FREQUÊNCIA ALIMENTAR

No que se refere ao perfil alimentar dos pacientes estudados, do ponto de vista qualitativo, a alimentação pré-SPA nos permitiu observar que o consumo

apresentou bastante semelhança entre si. As proporções adequadas de todos os nutrientes são importantes, pois se qualquer um desses alimentos estiver em falta ou excesso, poderá causar desequilíbrio, e se isso perdurar por longos períodos poderá acarretar graves danos (ANDRADE, 2000).

O consumo de frutas ficou bem abaixo do recomendado, ficando com 43% dos indivíduos com o não hábito de comer frutas diariamente. As verduras, por outro lado, apresentam 30% do consumo frequente, 47% eventualmente e 23% nunca. As frutas, os legumes e as verduras são considerados excelentes alimentos e são abundantes no Brasil. As regiões brasileiras têm uma riqueza e variedades incalculáveis desses alimentos.

O consumo regular de uma variedade de frutas, legumes e verduras, juntamente com alimentos ricos em carboidratos pouco processados, oferece garantia contra a deficiência da maior parte de vitaminas e minerais, isoladamente ou em conjunto, aumentando a resistência às infecções. As frutas, legumes e verduras são ricos em fibra alimentar e diferentes tipos de vitaminas como os carotenoides (precursores vegetais da vitamina A, que existem em grande quantidade nos vegetais verde-escuros e frutas de coloração amarela ou avermelhada); os *folatos* ou vitaminas B9 (assim chamados porque, em latim, o termo significa “folhas”) e o ácido ascórbico (vitamina C), segundo relata Scrimshaw (*apud* BRASIL, 2004).

O leite, independentemente de seu conteúdo de gordura, é a principal fonte alimentar de cálcio, que juntamente com a vitamina D (sintetizada pelo organismo a partir da luz do sol), necessário para o fortalecimento dos ossos durante a fase de crescimento, bem como se faz importante para a manutenção da saúde óssea. Mesmo com a grande facilidade atualmente de se ter acesso aos alimentos, o consumo de leite e derivados dos clientes do SPA não chega a parâmetros satisfatórios. Sendo assim, vemos que 40% dos entrevistados, ou seja, 16 indivíduos, não consomem regularmente leite e derivados em sua dieta diária, lembrando que o leite e seus derivados são as maiores fontes de cálcio em nossa alimentação. O ser humano atinge o pico de massa óssea por volta dos 25 anos de idade. A partir dessa idade, a velocidade de fixação do cálcio nos ossos diminui progressivamente. Uma das consequências do envelhecimento é a perda de massa óssea que torna os ossos mais frágeis e a pessoa, às vezes, reduz de tamanho segundo o Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006). Os leites e

derivados são também uma excelente fonte de proteínas, nutrientes necessários para manutenção e reparação corporal.

As principais fontes de carboidrato na alimentação do brasileiro são os grãos, como o arroz, o trigo e o milho; os tubérculos, como as batatas; e as raízes, principalmente a mandioca. Os grãos contêm na sua composição cerca de 70% de carboidrato. Além da presença de carboidratos complexos, nutrientes importantes para uma alimentação saudável são compostos por proteínas e vitaminas do complexo B e outras vitaminas, minerais, ácidos graxos essenciais e fibras alimentares, conforme o Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006). Mesmo com todos os benefícios, os cereais, tubérculos e raízes sofrem um grande preconceito como sendo alimentos que engordam. Em nosso estudo, 25% dos entrevistados ainda não têm o hábito do consumo dessas fontes de alimentos, ficando 47% consumindo eventualmente e 28% frequentemente. A inclusão de alimentos integrais incrementa o aporte de fibras, as quais desempenham importantes funções na dieta para a redução do peso. Dietas ricas em carboidratos complexos são consideradas úteis na prevenção da obesidade e de vários tipos de câncer; além do controle da hiperlipidemia e *diabetes mellitos* (MONTEIRO; MONDINI; COSTA, 2000).

O consumo de feijões e outros alimentos vegetais ricos em proteínas foi bem avaliado, 20% dos indivíduos relataram consumir frequentemente e 65% eventualmente esses tipos de alimentos. Os alimentos vegetais mais ricos em proteínas são as leguminosas; quando cozidos, contêm 6% a 11% de proteína. As leguminosas incluem os feijões verde, branco, jalo, preto, largo, flageolé, carioquinha, azuki, da-colônia, manteiguinha, rim, mungo, pinto, fradinho, decorda ou macassar, guandu ou andu, mangalô e também as lentilhas, ervilhas secas, fava, soja e grão-de-bico, segundo o Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006). Esses tipos de alimentos, além de ricos em proteínas, são fontes de fibras, vitaminas e minerais. A diminuição no consumo de feijões no Brasil resultou em uma redução importante na ingestão de fibra alimentar, que era de 20g na década de 70 e de 12g na década de 90 (MENEZES et al, 2000).

Quando abordados a respeito do consumo de refrigerantes no seu dia a dia, apenas 13% dos entrevistados responderam que não consomem regularmente esse tipo de alimento em sua dieta diária, enquanto 70% consomem eventualmente e 25% frequentemente. Resultados obtidos pelo sistema de monitoramento feito

através da Vigilância de Fatores de Risco e Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL (BRASIL, 2011) convergem significativamente com a pesquisa do atual estudo sobre o consumo de refrigerantes (aí incluídos os sucos artificiais) em pelo menos um dia da semana atingiu 77% da população estudada. A grande maioria dos consumidores de refrigerantes (cerca de 85%) referiu que consumia versões regulares desses produtos, sendo que somente 15% consumia apenas versões *diet* ou *light*. Ainda segundo o sistema VIGITEL (BRASIL, 2011), a frequência de adultos que referem consumir refrigerantes de qualquer tipo em cinco ou mais dias da semana, doravante denominado consumo regular de refrigerantes, variou entre 15,2% em Natal.

Nos resultados encontrados para o consumo regular de carnes gordas observou-se que ainda 25% dos entrevistados consomem frequentemente esse tipo de alimento muitas vezes em excesso. Dados do sistema VIGITEL (BRASIL, 2011) relatam que no conjunto da população adulta das 27 cidades brasileiras estudadas, cerca de um terço (34,2%) das pessoas declarou ter o hábito de consumir carnes com excesso de gordura, sendo esta condição quase duas vezes mais frequente em homens (45,5%) do que em mulheres (24,5%). Já no consumo regular de gorduras vegetais, apenas 5% dos indivíduos entrevistados relataram consumir frequentemente, ficando 52% com o consumo eventual e 43% sem o consumo deste tipo de alimento.

A contribuição das gorduras nos processos fisiopatológicos não se resume apenas ao seu papel adipogênico, mas também à sua forte associação ao fenômeno de resistência periférica à ação da insulina (LOTTENBERG, 2006). As gorduras e os carboidratos são fontes de energia para o organismo. Além disso, as gorduras são fontes de ácidos graxos essenciais e de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K), que necessariamente devem ser veiculados pelos alimentos, pois o organismo não pode produzi-los. Assim, todos os seres humanos precisam de fonte de gordura como recomenda o Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006). A gordura saturada está presente em alimentos de origem animal, é sólida à temperatura ambiente e seu consumo deve ser moderado. A OMS recomenda que não mais que 10% do total de energia consumida seja fornecida por esse tipo de gordura. A gordura insaturada naturalmente presente nos óleos vegetais são fontes de ácidos graxos essenciais e devem compor a alimentação em todas as fases do curso da vida, em quantidades moderadas.

Uma alimentação com alto teor de açúcar simples (sacarose), além de estar associada ao excesso de peso e obesidade, está também relacionada às cáries dentárias entre crianças, especialmente as bebidas doces e guloseimas de consistência pastosa (FREIRE, 2000). No quesito do consumo alimentar de sorvetes, chocolates, salgadinho, balas e doces, também chamados de guloseimas, 67% dos entrevistados alegaram consumir eventualmente esses tipos de alimentos, 20% consomem frequentemente e apenas 13% relatam não consumir esses alimentos regularmente. As quantidades exageradas de calorias, somadas a poucos nutrientes e substâncias químicas prejudiciais, geram uma combinação extremamente nociva à saúde, pois são fontes de calorias vazias, na maioria das vezes provenientes de açúcares refinados e gorduras *trans*. Por isso, o consumo de guloseimas deve ser uma exceção a regra na alimentação de crianças, assim como na de adultos (MORAIS; MURTA, 2011)

6.4 – GRAU DE SATISFAÇÃO

Ao final do tratamento foi realizada a pesquisa de grau de satisfação dos spazianos ao qual a soma de uma resposta positiva atingiu o montante de 93% dos entrevistados contra apenas 7% de insatisfação. Segundo Lottenberg (2006), o tratamento dietético da obesidade deve objetivar metas realistas quanto à velocidade de perda ponderal e quantidade de peso perdido. O tratamento dietético da obesidade contempla, ainda, a utilização de métodos comportamentais, direcionados à educação alimentar, resultando na escolha de alimentos saudáveis e com o valor energético adequado.

Os objetivos dos SPA's em relação à educação alimentar estão de acordo com a afirmação de Busch e Heyde (2003), cujos autores relatam que a reeducação alimentar se apresenta, atualmente, como a mais apropriada quando o objetivo preconiza o controle da obesidade ou a melhora do estado geral e da saúde e, na prática significa: aprender a encarar a alimentação por um novo ponto de vista, sem medos ou ansiedades, escolhendo os alimentos adequados em quantidade e qualidades (SCHNEIDER *et al*, 2007).

7 – CONCLUSÃO

Conclui-se que a população estudada apresentou índices elevados de obesidade e sobrepeso em relação aos eutróficos e a maior prevalência foi do gênero feminino, pois são os maiores consumidores, não só desse tipo de tratamento para fins de emagrecimento, mas outras formas para perda de peso. O tipo de obesidade mais freqüente encontrado foi a do tipo andróide, onde a maior prevalência está no gênero feminino. A média de perda de peso ao final do tratamento ficou em 6,03kg para o gênero masculino e 4,51kg para o gênero feminino indicando que nos homens existe uma facilidade melhor para a perda de peso.

Com o desenvolvimento deste estudo, verificou-se que os spazianos avaliados possuem de um modo geral, um consumo de frutas abaixo do recomendado pela OMS que preconiza o consumo de 5 porções diárias. Quanto ao consumo de verduras, houve um aumento quase que em 10% nas pessoas que consomem frequentemente e eventualmente esse tipo de alimento. Em relação às frutas, declinou o percentual de pessoas que não consomem em sua alimentação habitual. O consumo de cereais, tubérculos e raízes, leite e derivados, feijões e outros alimentos ricos em proteína vegetal demonstraram um consumo razoável, uma vez que esses alimentos são consumidos mais eventualmente pela população estudada.

O consumo excessivo de alimentos como refrigerantes, gordura vegetal, sorvetes, chocolates, salgadinhos, balas e doces tiveram uma prevalência de mais de 50% da totalidade com o consumo eventual desses tipos de alimentos na dieta habitual. As carnes gordas ficaram com 52% entre frequentemente e eventualmente contra 48% de indivíduos que não tem o hábito de consumir esses alimentos.

Observou-se que em relação aos hábitos de vida 88% dos entrevistados alegaram não fazer uso do tabaco, a prática de exercício físico ficou em 53% de adeptos a prática de exercício contra 47% de inatividade física.

O grau de satisfação encontrou-se muito satisfatório, haja vista que este atingiu um percentual positivo de 93% contra apenas 7% de insatisfeitos.

8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, uma vez que vários autores e estudos apontam a obesidade e o excesso como os grandes vilões para aparecimento de várias outras doenças crônicas não transmissíveis do século XXI, considerada um problema de saúde pública e que a mídia lança no mercado vários tipos de tratamentos para redução e/ou manutenção do corpo magro, é importante lembrar que os resultados do presente estudo reforçam a importância da reeducação alimentar como instrumento para diminuição dos índices de excesso de peso e obesidade, concomitante com a prática de exercícios físicos e uma alimentação saudável.

Diante disso, é importante entendermos que necessitamos de alimentos para a manutenção de saúde, obtenção de energia e também para nos proporcionar muito prazer. Todo mundo gosta de saborear uma boa refeição. A Reeducação Alimentar é uma linha de trabalho que procurar aliar nutrição e satisfação. Com mudanças na conduta alimentar é possível consumir alimentos saudáveis e ao mesmo tempo apetitosos.

Sobre os SPA's, entendemos que nesses espaços as pessoas são vistas holisticamente, pois nelas são reestruturadas características orgânicas, emocionais, alimentares e estéticas tendo como objetivo reequilibrá-las e também de lhes educarem as posturas alimentares. Normalmente, elas preservam nestes recantos um contato salutar com os elementos naturais.

Nestes recantos o cliente é avaliado inicialmente através de uma entrevista grátis, com o auxílio de um grupo de profissionais diversos, entre eles homeopatas, nutricionistas, *personal trainer*, esteticistas e outros. Dependendo das necessidades do cliente, cria-se um projeto voltado para promover o seu bem-estar.

Sendo assim, o estudo vem responder satisfatoriamente a pergunta inicial que norteou o referencial teórico e metodológico da pesquisa, possibilitando a análise do problema através da questão: Qual o perfil nutricional da clientela de um SPA em Rio do Fogo/RN?

Nesse sentido, a pesquisa estudou a atuação de nutricionistas em um SPA, analisando sua atuação profissional como promotor de saúde, com relação à gestão nutricional da clientela do SPA já referido.

REFERÊNCIAS

ABESO. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/2010**. 3. ed. Itapevi, SP: AC Farmacêutica, 2009.

ANDRADE, L. I. Avaliação nutricional de uma refeição rápida (fast food). In: **Simpósio Sul-Brasileiro de Alimentação e Nutrição: História, Ciência e Arte, 2000, Florianópolis**. Anais. Florianópolis: UFSC, 2000.

BENI, M. C. **Análise estrutural do turismo**. 5 ed. São Paulo: Senac, 2001.

BORGES, C. B. N et al. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. **Rev. Nutr.**, Campinas, maio/jun., 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de discussão: Controle do tabagismo no Brasil**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/controle-do-tabagismo-no-brasil>. Acesso em 07 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel>. Acesso em 07 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Termo de referência para definição de temas cirurgia bariátrica 2**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel>. Acesso em 07 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. OMS. Organização Mundial de Saúde. **Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global / relatório da consultoria da OMS**. São Paulo: Roca, 2004.

BUSCH, F.; HEYDE R. Proposta de Reeducação Alimentar para pacientes com sobrepeso e obesidade com base na dieta do mediterrâneo. **Revista de Nutrição em Pauta**. São Paulo, ano XI, n. 60, p. 57-61, mai/junh. 2003.

CAMPOS, José Ruy Veloso. **Introdução ao universo da hospitalidade**. Campinas – SP: Papirus, 2005.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição clínica no adulto**. 3. Ed. Barueri – SP: Malone, 2005.

DUARTE, Antonio Cláudio Goulart. **Avaliação Nutricional: Aspectos Clínicos e Laboratoriais**. São Paulo – SP: Atheneu, 2007.

FISBERG, R. M. Índice da qualidade da dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 17, n.3, p. 301-308, jul./set. 2004.

FREIRE, Maria do Carmo Matias. Prevalência de cárie e fatores sócio-econômicos em pré-escolares – Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 43-49, jan./jun. 2000.

HALPERN, Alfredo et al. **Obesidade**. São Paulo: Lemos Editorial, 1998.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/estatistica/pnad98>. Acesso em 05 de nov. 2011.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad. Saúde Pública**. v.19, sup 1, p.4-5, 2003.

LOTTENBERG, Ana Maria Pita. **Tratamento dietético da obesidade**. Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira. São Paulo: Vol. 4. Num. (supl. 1), 2006.

MALTA, D. C. et al. Construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do sistema único de saúde. **Epidemiologia e serviços públicos de saúde**, n. 15, p. 47-64, 2006.

MENEZES, E.W et al. Perfil da ingestão de fibra alimentar e amido resistente pela população brasileira nas últimas três décadas. In: **Fibra dietética en Iberoamérica tecnologia y salud Obtección, caracterización, efecto fisiológico y aplicación en alimentos**. São Paulo: Ed. Varela. 2000.

MILL, Robert Christie. **Resorts: administração e operação**. Porto Alegre, RS: Bookman, 2003.

MONTEIRO, R. C. A.; RIETHER, P. T. A.; BURINI, R. C. Efeitos de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. **Rev. Nutr.**, v.17, p. 479-489, 2004.

MONTEIRO, R. C. A.; MONDINI, L. & COSTA, R. B. L. **Mudanças na Composição e Adequação Nutricional da Dieta Familiar nas Áreas Metropolitanas do Brasil (1988-1996)**. Revista de Saúde Pública 34(3): 251-8. 2000.

MORAIS, Flávia. **Guloseimas saudáveis? Parece impossível, mas existe!** Disponível em: <http://www.destaque.sp.com/index.php/Saude/Nutricao>. Acesso em 07 nov. 2011.

MURTA, Bruna. **Atenção aos rótulos dos alimentos**. Disponível em: <http://www.destaque.sp.com/index.php/Saude/Nutricao>. Acesso em 07 nov. 2011.

OLIVEIRA, M. R. M.; ARAÚJO, E. C. F. **Fatores determinantes da obesidade em mulheres**. Ver. Nutrição em Pauta, v. 35, n. 10, p. 36-38, out. 2002.

REZENDE, Amanda Batista et al. Caracterização dos níveis de obesidade e sobrepeso de indivíduos atendidos no ambulatório de nutrição clínica – FARN/RN. **Revista da FARN**. Natal, v.7, n. 1, p. 51-61, jan./jun. 2008.

ROSA, L. G. **Turismo em saúde em Novo Trento: fé e cura**. Dissertação de Mestrado. Univali. Balneário Camboriú – SC, 2003.

ROSE, K.M.; Newman, B; Mayer-Davis, E.J. Selby, J.V. **Genetic and behavioral determinants of waist-hip and waist circumference in women twins**. Obes. Res., v. 6, n. 1, p. 283-292, 2001.

SABIA, Renata Viccari; SANTOS, José Ernesto dos; RIBEIRO, Rosane Pilot Pessa. **Efeito da Atividade Física Associada à Orientação Alimentar em Adolescentes Obesos**: comparação entre o exercício aeróbico e anaeróbico. Ver Brás Med Esporte. v.10, n.5, p.349-355, set./out. 2004.

SAVI, Cristine B.; SALLES, Raquel K. de; ZENI, Lúcia A.Z.R.; FIATES, Giovanna M.R. **Dietas hipocalóricas em internação**: perda de peso em seis dias. 2000, vol. 44, n. 6.

SANTOS, D. M. dos; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 2, 2005.

SBEM. **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/saude-brasil>. Acesso em 01 nov. 2011.

SBCM. **Sociedade Brasileira de Clínica Médica**. Disponível em: <http://www.clinicamedica.org.br/>. Acesso em 03 nov. 2011.

SCHNEIDER, Carine et al. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**. São Paulo, v.1, n.1, p. 90-101, jan/fev, 2007.

SOARES, Mayara Luana G. **SPA Butterfly**: Projeto piloto destinado ao segmento de necessidades especiais. Balneário Camboriú – SC, 2006.

SOWERS, M.F.; Crutchfield, M; Jannausch, M.L.; Russell-Aulet, M. **Longitudinal changes in body composition in women approaching the midlife**. Ann Hum Biol., v. 23, n. 7, p. 253-269.

APÊNDICES

APÊNDICE I

QUESTIONÁRIO

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NUTRICIONAL

Data de entrada: _____ Data de saída: _____
Nome: _____
Idade: _____ anos Data de nascimento: ____/____/____
Sexo: () M () F
Altura: _____ Peso Atual: _____ IMC: _____
CC: _____ CQ: _____ RCQ: _____
Ocupação: _____ Naturalidade: _____
Estado Civil: _____
Escolaridade: () Nenhuma () Fundamental () Média () Superior
Plano de saúde: () Sim () Não Qual: _____
Fuma: () Sim () Não Quanto tempo: _____
Histórico familiar: () Diabetes () HAS () Cardiopatia () Renal
Outro: _____
Ativ.: Física: () Sim () Não Tipo: _____
Duração: _____ Freq _____ Horas de sono: _____
Alergias: _____
Uso de medicamento para controle de peso: () Sim () Não
Qual: _____
Já fez tratamento dietético: () Sim () Não
Com quem: () Nutricionista () Grupo de apoio () Médico () Conta própria
Peso máximo perdido em TTO.: _____
Grau de satisfação: () Muito satisfeito () Satisfeito () Insatisfeito

APÊNDICE II

ANAMNESE ALIMENTAR

FREQUÊNCIA DE CONSUMO ALIMENTAR

NOME _____ DATA ____/____/____

REFEIÇÃO	ALIMENTOS	QUANT.	FREQUÊNCIA				
			FR	EV	N	SEMANAL	MENSAL
DESJEJUM	Fruta						
	Leite int/desn						
	Café/ suco						
	Açúcar/adoçante						
	Pão						
	Bolacha Salg/doce						
	Tapioca						
	Cuscuz						
	Macaxeira						
	Batata doce						
	Inhame						
	Mant/marga/halvarina						
	Becel						
	Ovo coz/frit						
	Queijo amar/branco						
	Mortadela/hamburgue						
	Salsicha/presunto						
COLAÇÃO	Fruta /suco						
	Bolacha						
	Leite						
ALMOÇO	Feijão c/s charq						
	Arroz br/integ-S/R						
	Macarrão						
	Farinha/farofa						
	Carne verm-g/m						
	Carne c/osso						
	Carne de sol						
	Frango coz/frit/assada						
	Peixe frit/coz c/s coco						
	Fígado						
	Soja						
	Ovo frito/cozido						
	Embutidos (Sal/M/lin)						

	Toucinho/bacon						
	Salada crua (al/to/ce)						
	Salada cozida (c/ce/b)						
	Azeite/maionese						
	Suco						
	fruta						
	Doce/sobremesa						
	Refrigerante						
	Água						
LANCHE	Suco/café/leite/refrig						
	Bolacha/pão/bolo						
	Mant/marga/halvarina						
	Doce/sorvete						
	Queijo/pres/mort						
JANTAR	Sopa carne/feijão						
	Cuscuz						
	Raiz						
	Arroz						
	Carne/frang/peixe/ovo						
	Soja						
	Salada crua/cozida						
	Sanduíche						
	Suco/café/leite/iogurt						
	Mant/marga/halvarina						
CEIA	Suco/café/leite/iogurt						
	Fruta						
	Biscoito/pão						
	Queijo/pres/mort						
	Mant/marga/halvarina						
Utiliza	FR	EV	Nunca				
Balas							
Sorvete							
Salgadinho							
Pipoca doce/salgada							
Farelo de aveia/trigo							
Linhaça							
Chocolate							
Óleo vegetal (lata p/mês)							
Sal (kg) mês							
Nº de pessoas							

APÊNDICE III

TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa: **Perfil nutricional da clientela de um SPA em Rio do Fogo - RN**, e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Os objetivos deste estudo são: Caracterizar o perfil da clientela que frequenta o SPA Termas Center, Rio do Fogo / RN, conhecer o principal motivo que o levou a procurar o SPA, realizar avaliação nutricional da clientela por meio de peso, estatura e IMC, observar a existência de sinais e sintomas clínicos de doenças crônicas não transmissíveis, verificar a média quantitativa de perda de peso durante o período da estadia, averiguar a frequência de consumo alimentar antes do período da hospedagem.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder questionário realizado pelo pesquisador, submeter-se a avaliação antropométrica, pesagem, aferição de estatura e circunferências.

Os benefícios relacionados com a sua participação são principalmente, fazer um levantamento do perfil da clientela do SPA. Não há riscos relacionados com sua participação.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, poderão ser utilizados os termos X ou Y, para identificar as diferenciações existentes entre os grupos.

Nome do entrevistador
Igor Guedes de Medeiros

Telefone: (84) 3211-1193 / 8804-9973 / 9135-1180

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Sujeito da pesquisa