

LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE

RAIANE MARIA MACIEL DELGADO

**ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO
FÍSICA DO UNI-RN**

NATAL/RN
2012

RAIANE MARIA MACIEL DELGADO

ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO
FÍSICA DO UNI-RN

ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO
FÍSICA DO UNI-RN

Trabalho de Conclusão de Curso de
Nutrição do Centro Universitário do Rio
Grande do Norte- UNI-RN como
requisito final para obtenção do título de
Nutricionista.

Orientador: Prof^a. Ms. Célia Regina.

NATAL/RN
2012

UNI-RN
BIBLIOTECA
RR: 36-274
Número de Barra: M001986
Data: 23 / 04 / 13

612.39

D352a

2012

64.01

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Delgado, Raiane Maria.

Análise do consumo alimentar de estudantes de educação física do
UNI-RN. – Natal, 2012.

34 f.

Orientador: Prof. Ms. Célia Regina.

Monografia (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário do Rio
Grande do Norte.

1. Nutrição – Monografia. 2. Consumo Alimentar – Monografia. 3.
Alimentação Saudável – Monografia. I. Regina Célia. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 612.39

RAIANE MARIA MACIEL DELGADO

**ANÁLISE DO CONSUMO ALIMENTAR DE ESTUDANTES DE EDUCAÇÃO
FÍSICA DO UNI-RN**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Nutrição do Centro Universitário do Rio
Grande do Norte- UNI-RN como
requisito final para obtenção do título de
Nutricionista.

Orientador: Prof^ª. Ms. Célia Regina.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. MS. Célia Regina
Orientadora

Erika A. Melo Costa

Heleni Aires Clemente

AGRADECIMENTOS

A Deus, em primeiro lugar, por estar presente em todos os momentos da minha vida, o qual agradeço por tudo que tenho, que está me proporcionando mais esta vitória, marcando o início de uma nova etapa na minha vida.

A minha Mãe, Eugênia Maria Maciel Delgado, como exemplo de pessoa e profissional, estando presente em todos os momentos de dificuldades e alegrias da minha vida, me apoiando em todas as decisões. Obrigada por todo carinho e amor, pelos ensinamentos de vida, pela mãe linda e coruja que Papai do Céu pode me dar. Devo tudo que sou hoje a você. Te amo incondicionalmente!

A meu Pai, João Alberto Toscano Delgado, por toda proteção, carinho, esforço e incentivo que sempre me deu. Exemplo de homem honesto e prestativo. Saiba que tenho muito orgulho por ser sua filha. Te amo muito.

A minha Irmã e Amiga, Priscila, por todo carinho, amor e paciência que teve comigo durante esses 21 anos de minha vida. Obrigada por todos os ensinamentos que me deu, por estar presente em todas as etapas da minha vida. Amor de irmã é para sempre, te amo!

A meu Namorado e Amigo, Cássio, que Deus colocou neste ano em minha vida. Agradeço por todo carinho, amor, paciência, incentivo e apoio que tem me dado. Obrigada por acreditar sempre em meu potencial, estar presente em todos os momentos que precisei, seja de felicidade ou de tristeza. Obrigada por estar presente nesta etapa tão importante da minha vida. Espero ser muito feliz ao seu lado ainda, obrigada por não ser apenas um namorado, mais do que isso, é meu melhor amigo e companheiro. Te amo demais meu amor.

A minha Orientadora, Célia, que estendeu a mão quando estava com grande dificuldade em meu TCC, que é responsável por grande parte dos conhecimentos que aprendi ao longo do curso. Muito Obrigada.

A todas as amigas de faculdade, em especial a minha amiga, Kênia, amizade verdadeira que quero levar pelo resto da vida.

A todos os Professores e Funcionários, que contribuíram para realização desse sonho, em especial a nutricionista Lorena Tinôco que me auxiliou na correção das dietas prescritas aos alunos.

RESUMO

A demanda por atendimento nutricional, tanto na rede básica de Saúde quanto em clínicas e consultórios, tem crescido significativamente, em decorrência do aumento da prevalência de doenças crônicas e do reconhecimento de que a adoção de uma dieta saudável representa um dos principais determinantes dessas doenças. A intervenção dietoterápica é comprovadamente reconhecida como tratamento isolado ou coadjuvante de doenças como obesidade, cardiovasculares, hipertensão, diabetes melito, osteoporose e câncer. O presente trabalho teve a finalidade de caracterizar o padrão alimentar de um grupo de estudantes de educação física, pois sendo estes profissionais da área de saúde são também responsáveis pela promoção à saúde da população, incluindo a importância de uma alimentação saudável juntamente com o exercício físico na prevenção e tratamento de várias doenças. O objetivo do trabalho foi delinear o perfil do consumo alimentar de um grupo de estudantes do curso de educação física da UNI-RN. O presente estudo foi do tipo transversal por método de entrevista que foi realizado na clínica do UNI-RN com um grupo de estudantes do sexto período de educação física do mesmo centro universitário, durante dois meses (foram escolhidos os alunos deste período, pois já haviam cursado a disciplina de Introdução a Nutrição, já obtendo, portanto, noções sobre uma alimentação saudável). Assim, quando avaliado parâmetros do consumo alimentar, percebeu-se uma incidência de 56% entre os indivíduos com consumo alimentar acima das suas necessidades energéticas, ao ser calculado o gasto energético total. Além disso, a distribuição de macronutrientes mostrou-se insatisfatória. Tendo em vista os parâmetros avaliados, percebe-se que a maior parte dos entrevistados encontra-se com consumo alimentar inadequado. Consumo excedente às necessidades energéticas, alta ingestão de lipídios e proteínas, e baixa ingestão de carboidratos, sem levar em conta o consumo de suplementos. Entretanto, quando avaliado o questionário de frequência alimentar, percebeu-se um resultado satisfatório com ingestão diária de alimentos in natura e baixo consumo de frituras e alimentos industrializados.

Palavras-chave: Saúde. Consumo Alimentar. Alimentação Saudável.

The demand for nutrition assistance, both in the primary and in health clinics and has grown significantly, due to the increased prevalence of chronic diseases and the recognition that adopting a healthy diet is a major determinant of these diseases. The intervention is proven "dietoterápica" recognized as isolated or adjunctive treatment of diseases such as obesity, "cardiovascular" disease, hypertension, diabetes mellitus, osteoporosis and cancer. This study aims to characterize the dietary patterns of a group of physical education students, as being these health professionals are also responsible for promoting the health of the population, including the importance of a healthy diet along with exercise the prevention and treatment of various diseases. The objective of this study was to delineate the profile of food intake in a group of students of physical education from UNI-RN. This study is a cross-sectional method for interview which was held at the UNI-RN clinic with a group of students of sixth semester of physical education from the same university center for two months (students were chosen this period because had attended the course Introduction to Nutrition, already getting, so notions about healthy eating). So, when evaluated parameters of food consumption, realizes an incidence of 56% among individuals with food intake above your energy needs to be calculated the total energy expenditure. Moreover, the distribution of macronutrients proved unsatisfactory. Given the parameters, it is clear that most respondents find themselves with inadequate food consumption. Consumer surplus energy needs, high intake of fat and protein, and low carbohydrate intake, without regard to the use of supplements. However, when the assessed food frequency questionnaire, realizes a satisfactory result with daily intake of fresh food and low consumption of fried foods and processed foods.

Key words: Health. Food Consumption. Healthy Eating.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Caracterização do Grupo Estudado	22
GRÁFICO 2 – Análise Quantitativa do Consumo Alimentar- R-24	22
GRÁFICO 3 – Distribuição de Macronutrientes	23
GRÁFICO 4 – Consumo de Fibras Alimentares	23
GRÁFICO 5 – Uso de Suplementos Protéicos	24
GRÁFICO 6 – Análise Qualitativa do Consumo Alimentar- QFA SISVAN	24
GRÁFICO 7 – Análise da Circunferência da Cintura (CC)	25

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CC: CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA	09
CHO: CARBOIDRATOS	11
CM: CENTÍMETROS	11
DCNT: DOENÇA CRÔNICA NÃO TRANSMISSÍVEL	11
DCV: DOENÇAS CARDIOVASCULARES	12
GET: GASTO ENERGÉTICO TOTAL	12
IAM: INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO	12
IBGE: INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA	13
IMC: ÍNDICE DE MASSA CORPORAL	14
KG: KILOGRAMA	16
LIP: LIPÍDIOS	19
M: METROS	18
MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE	18
OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE	18
POF: PESQUISA DE ORÇAMENTOS FAMILIARES	19
PNAN: POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	20
PTN: PROTEÍNAS	25
RN: RIO GRANDE DO NORTE	27
R-24: RECORDATÓRIO 24 HORAS	29
SISVAN: SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	31
UNI-RN: CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	09
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL	12
3.2 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	12
3.3 PESQUISAS	13
3.4 PAPEL DO EXERCÍCIO FÍSICO	14
3.5 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	15
4 METODOLOGIA	18
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	18
4.2 ANTROPOMETRIA	18
4.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	19
4.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	27
APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido	29
ANEXO A- Ficha de atendimento	31
ANEXO B- Questionário de Frequência Alimentar (QFA)- SISVAN	34

1 INTRODUÇÃO

Os padrões de consumo alimentar de diversos países vêm sofrendo intensas e rápidas transformações nas últimas décadas. Atualmente, se pode constatar uma progressiva substituição da escassez pelo consumo excessivo de alimentos, caracterizando o processo de transição nutricional: um fenômeno que atinge de forma bastante desigual as diferentes regiões mundiais, assim como registrado no Brasil, sendo observado em áreas de significativa urbanização e maior renda. Essas modificações no padrão alimentar são consideradas causas centrais do aumento nas taxas de obesidade e doenças crônicas mundialmente (SARTI; CLARO; BANDONI, 2011).

A demanda por atendimento nutricional, tanto na rede básica de Saúde quanto em clínicas e consultórios, tem crescido significativamente, em decorrência do aumento da prevalência de doenças crônicas e do reconhecimento de que a adoção de uma dieta saudável representa um dos principais determinantes dessas doenças. A intervenção dietoterápica é comprovadamente reconhecida como tratamento isolado ou coadjuvante de doenças como obesidade, cardiovasculares, hipertensão, diabetes melito, osteoporose e câncer, bem como na prevenção dessas. Porém, para que o tratamento nutricional seja eficaz, deve-se partir de um diagnóstico adequado, o que demanda conhecimentos aprofundados sobre os fatores que fundamentam o consumo alimentar individual (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

O estado nutricional de um indivíduo é resultado da relação entre o consumo de alimentos e as necessidades energéticas. A avaliação do estado nutricional tem a finalidade de identificar os pacientes em risco, colaborar para a promoção ou recuperação da saúde e monitorar sua evolução (FISBERG; MARCHIONI; COLUCCI, 2009).

O presente trabalho tem a finalidade de caracterizar o padrão alimentar de um grupo de estudantes de educação física, pois sendo estes profissionais da área de saúde são também responsáveis pela promoção à saúde da população, incluindo a

importância de uma alimentação saudável juntamente com o exercício físico na prevenção e tratamento de várias doenças.

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil do consumo alimentar de um grupo de estudantes do curso de educação física da UNIRN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1. Descrever o perfil alimentar dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 2. Avaliar a ingestão energética dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 3. Avaliar a ingestão de macronutrientes dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 4. Avaliar a ingestão de micronutrientes dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 5. Avaliar a ingestão de fibras dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 6. Avaliar a ingestão de água dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 7. Avaliar a ingestão de álcool dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 8. Avaliar a ingestão de cafeína dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 9. Avaliar a ingestão de açúcar dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.
- 10. Avaliar a ingestão de sal dos estudantes do curso de educação física da UNIRN.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil do consumo alimentar de um grupo de estudantes do curso de educação física do UNI-RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar uma análise quantitativa e qualitativa da dieta consumida pelos estudantes de Educação Física da UNI-RN,
- Analisar o valor calórico total, distribuição de macronutrientes e quantidade de fibras presentes; bem como a prevalência dos grupos alimentares.
- Verificar se o consumo calórico está de acordo com as necessidades energéticas.
- Observar o consumo de suplementos protéicos.
- Averiguar a circunferência da Cintura (identificar riscos ao desenvolvimento de síndromes metabólicas).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

O mundo todo tem passado por uma série de mudanças desde a década de 50, entre as quais as mais plausíveis talvez sejam os fenômenos da urbanização e da globalização. (BLEIL, 1998)

Com essas mudanças, destacam-se algumas condições seletivamente indicadas para o entendimento do processo saúde/doença em escala populacional. Observar-se que houve uma transição demográfica: de uma população fundamentalmente rural (66%), no advento dos anos 50 passamos à condição de um país urbano, com mais de 80% das pessoas atualmente radicadas nas cidades (BATISTA FILHO; RISSIN apud PATARRA, 2003).

Imediatamente à rápida transição demográfica, especificamente acelerada no período 1960-1980, ocorreram outras mudanças substanciais, como na estrutura de ocupações e empregos, passando de um mercado de trabalho fundado no setor primário (agropecuária e extrativismo) para uma demanda de mão-de-obra concentrada no setor secundário e, sobretudo, no setor terciário da economia. Dessa forma, as reformas foram decisivas, no que diz respeito à geração de renda, estilos de vida e, particularmente, demandas nutricionais (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

Esse novo estilo de vida provocou mudanças nos padrões dietéticos e nutricionais, acometendo todas as faixas-etárias e camadas sociais, gerando assim, um quadro de transição nutricional que se caracteriza pela redução nas prevalências dos déficits nutricionais e aumento expressivo de sobrepeso e obesidade (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

3.2 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS

O panorama mundial e brasileiro de doenças crônicas não transmissíveis revela-se como um novo desafio para a saúde pública. A complexidade do perfil nutricional

que ora se apresenta no Brasil revela a importância de um modelo de atenção à saúde que agregue definitivamente ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2006).

As ocorrências de sobrepeso e obesidade cresceram de uma forma significativa nos últimos 30 anos. Neste painel epidemiológico do grupo de doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se a obesidade por ser concomitantemente uma patologia e um fator de risco para outras doenças deste grupo, como, por exemplo, a hipertensão e a diabetes, que também apresentam taxas de elevação no país (BRASIL, 2006).

O estilo de vida da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, associado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem entre seus escopos a promoção de hábitos alimentares e modos de vida saudáveis e, neste contexto, a prevenção e o tratamento da obesidade tornaram-se grandes desafios (BRASIL, 2006).

3.3 PESQUISAS

No Brasil o Ministério da Saúde tem feito um levantamento bianual, o VIGITEL (Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico), realizado por meio de contato telefônico, pesquisando hábitos de vida de indivíduos com mais de 18 anos de idade. Os métodos de amostragem utilizados têm obtido em cada uma das capitais brasileiras e no Distrito Federal, amostras probabilísticas da população que reside em domicílios servidos por pelo menos uma linha telefônica fixa no ano (BRASIL, 2010).

O VIGITEL analisa os indicadores: hábito de fumar, presença de excesso de peso ou de obesidade, características do padrão de alimentação e da atividade física, consumo abusivo de bebidas alcoólicas, autoavaliação do estado de saúde, referência a diagnóstico médico de hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia, proteção contra radiação ultravioleta e realização de mamografia e citologia oncótica para detecção de câncer de útero (BRASIL, 2010).

O consumo alimentar é avaliado segundo os itens: Percentual de adultos que consomem frutas e hortaliças regularmente e os que consomem conforme o

recomendado, percentual de indivíduos que costumam consumir carnes com gordura visível, leite integral; refrigerantes e feijão, ambos por cinco ou mais dias da semana. A atividade física é questionada segundo a prática efetuada no tempo livre (lazer), percentual de indivíduos que se deslocam para trabalho, escola de bicicleta ou caminhando, indivíduos fisicamente inativos, percentual de adultos que costumam assistir televisão por três ou mais horas em cinco ou mais dias da semana e o diagnóstico de excesso de peso ou obesidade é realizado a partir do índice de massa corpórea (IMC), obtido pela divisão entre o peso (medido em quilogramas) e o quadrado da altura (medida em metros) (BRASIL, 2010).

Outra pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em parceria com o Ministério da Saúde é a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). A obtenção dos dados é feita por amostragem a partir de visitas domiciliares e são incluídos indivíduos de todas as idades em todos os estados brasileiros, moradores das zonas rural e urbana. (MELO, 2011).

3.4 PAPEL DO EXERCÍCIO FÍSICO

A saúde e a qualidade de vida do homem podem ser preservadas e aprimoradas pela prática regular de atividade física. O sedentarismo é condição indesejável e representa risco para a saúde.

Estudos epidemiológicos vêm demonstrando expressiva associação entre estilo de vida ativo, menor possibilidade de morte e melhor qualidade de vida. Os malefícios do sedentarismo superam em muito as eventuais complicações decorrentes da prática de exercícios físicos, os quais, portanto, apresentam uma interessantíssima relação risco/benefício. Considerando a alta prevalência, aliada ao significativo risco relativo do sedentarismo referente às doenças crônico degenerativas, o incremento da atividade física de uma população contribui decisivamente para a saúde pública, com forte impacto na redução dos custos com tratamentos, inclusive hospitalares, uma das razões de seus consideráveis benefícios sociais (CARVALHO et al., 1996).

De acordo com o Ministério da Saúde, a atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia. Esse conceito não se confunde com o de exercício físico, que é uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. Ambos são formas importantes de manter o balanço energético; contudo, o primeiro implica adotar hábitos mais ativos em pequenas, mas importantes, modificações no cotidiano, optando-se pela realização de tarefas no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e sociais mais ativas. O segundo geralmente requer locais próprios para sua realização, sob a supervisão e orientação de um profissional capacitado em academias de ginástica, clubes e outros locais. A atividade física adotada ao longo do curso da vida contribui para a prevenção e para a reversão de limitações funcionais. Isso é particularmente importante ao considerar-se o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, o crescimento da população idosa no Brasil (BRASIL, 2006).

Dessa forma, Pitanga (2002) relata que altos níveis de atividade física ou aptidão física estão associados à diminuição no risco de doença arterial coronariana, diabetes, hipertensão, osteoporose. Atividade física e aptidão física são duas diferentes, porém interrelacionadas formas de medida. A primeira é uma opção comportamental, enquanto que a segunda é parcialmente determinada por fatores genéticos, sendo que atividade física regular pode melhorar a aptidão física.

3.5 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Para muitos estudantes, o ingresso na universidade equivale ao primeiro momento em que eles terão de se responsabilizar por sua moradia, alimentação e gestão de suas finanças. A incapacidade para realizar tais tarefas, juntamente com fatores psicossociais, estilo de vida e situações próprias do meio acadêmico, podem resultar em ausência de refeições, ingestão de lanches rápidos e consumo de refeições nutricionalmente desequilibradas (PETRIBÚ; CABRAL; ARRUDA, 2009).

Uma alternativa de ação para a alimentação saudável deve favorecer, por exemplo, o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis, respeitando a identidade cultural alimentar das populações ou comunidades. As proibições ou limitações impostas devem ser evitadas, a não ser que façam parte de orientações individualizadas e particularizadas do aconselhamento nutricional de pessoas portadoras de doenças ou distúrbios nutricionais específicos, devidamente fundamentadas e esclarecidas. Por outro lado, supervalorizar ou mistificar determinados alimentos em função de suas características nutricionais ou funcionais também não deve constituir a prática da promoção da alimentação saudável. Alimentos nutricionalmente ricos devem ser valorizados e entrarão naturalmente na dieta adotada, sem que se precise mistificar uma ou mais de suas características, tendência esta muito explorada pela propaganda e publicidade de alimentos funcionais e complementos nutricionais (BRASIL, 2006).

Atualmente, em função das exigências do padrão de estética em moda, muitas vezes inapropriado para a grande maioria das pessoas, são muitas as opções de dietas milagrosas que prometem a perda de peso, de forma acentuada e rápida. Não faltam exemplos, como a dieta da lua, dieta das frutas, dietas da sopa, dieta das proteínas, dietas dos shakes, dietas com restrição a carboidrato, entre tantas outras. São dietas que geralmente restringem o tipo de alimento a ser consumido (tipo e qualidade) e a quantidade diária de ingestão. Em sua grande maioria causam efeitos negativos na saúde e não atendem aos requisitos exigidos de uma alimentação saudável para manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

A formação dos hábitos alimentares se processa de modo gradual, principalmente durante a primeira infância; é necessário que as mudanças de hábitos inadequados sejam alcançadas no tempo adequado, sob orientação correta. Não se deve esquecer que, nesse processo, também estão envolvidos valores culturais, sociais, afetivos/emocionais e comportamentais, que precisam ser cuidadosamente integrados às propostas de mudanças (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária. A alimentação saudável deve fornecer água,

carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e conseqüente manutenção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A ciência comprova aquilo que ao longo do tempo a sabedoria popular e alguns estudiosos, há séculos, apregoavam: a alimentação saudável é a base para a saúde. A natureza e a qualidade daquilo que se come e se bebe é de importância fundamental para a saúde e para as possibilidades de se desfrutar todas as fases da vida de forma produtiva e ativa, longa e saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O total de atividades realizadas atingiu o quantitativo de 15, em que se encontram participando do inquérito, assinando assim o termo de comprometimento de não divulgação de dados sobre total responsabilidade do participante da pesquisa (Apêndice A).

4.2 ANTROPOMETRIA

A caracterização da amostra foi realizada por meio de medidas antropométricas, visando a obtenção de dados sobre o estado nutricional dos indivíduos, bem como a identificação de possíveis alterações metabólicas.

Foi realizada uma análise antropométrica por meio de medição da circunferência da cintura, que está relacionada com o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos, segundo estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (1997). Os parâmetros estabelecidos são de risco elevado (homem ≥ 94 cm, mulher ≥ 88 cm) e risco muito elevado (homem ≥ 102 cm, mulher ≥ 94 cm).

Não foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), pois praticantes de atividades de carga podem apresentar percentual de gordura dentro do ideal, alto percentual de

4 METODOLOGIA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

O presente estudo foi do tipo transversal, realizado no período de Agosto a Outubro de 2012, por método de entrevista na clínica do UNI-RN com um grupo de estudantes do sexto período de educação física do mesmo centro universitário. Foram escolhidos os alunos deste período, pois já haviam cursado a disciplina de Introdução a Nutrição, já obtendo, portanto, noções sobre uma alimentação saudável.

Foi feita a divulgação do presente estudo por meio de avisos em sala de aula juntamente com os professores e o coordenador do curso. Assim, foi realizada uma avaliação do consumo alimentar desses indivíduos. Foi utilizada a ficha de atendimento da Clínica Integrada (Anexo A).

O total de estudantes atendidos atingiu o quantitativo igual a 16, os quais aceitaram participar do inquérito, assinando assim o termo de consentimento livre e esclarecido sobre total responsabilidade de participante da pesquisa (Apêndice A).

4.2 ANTROPOMETRIA

A circunferência da cintura foi medida com uma fita métrica inelástica, estando o indivíduo de perfil, circundando o mesmo na região mais estreita entre o tórax e o quadril, no ponto médio entre a última costela e a crista ilíaca.

Foi realizada uma análise antropométrica por meio da medição da circunferência da cintura, que está relacionada com o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e síndromes metabólicas, segundo critério estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (1998). Os parâmetros estabelecidos são de risco elevado (homem ≥ 94 cm, mulher ≥ 80 cm) e risco muito elevado (homem ≥ 102 cm, mulher ≥ 88 cm).

Não foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), pois praticantes de atividades de carga podem apresentar percentual de gordura dentro do ideal, alto percentual de

massa magra e, conseqüentemente, um IMC elevado. Nesse caso, uma avaliação somente do IMC poderia levar a uma interpretação errada da condição do indivíduo, ou seja, no caso de atletas nem sempre um IMC (Kg/m^2) acima de 25 significa sobrepeso. Nesse caso, parâmetros como IMC e a relação cintura quadril (RCQ) devem ser usualmente estudados e analisados sempre em conjunto com o resultado do percentual de gordura (HICRSBRUSH; CARVALHO, 2008).

4.3 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Para avaliação da ingestão dietética foi realizado o inquérito recordatório de 24 horas. Esse método permite obter informação do consumo alimentar em um curto período de tempo, sem que ocorra alteração do consumo habitual, e sem interferências na vida familiar (CUPPARI, 2009). Vale salientar que para análise deste método não foi incluído o consumo de suplementos protéicos, apenas alimentos.

Associado a este método foi utilizado um questionário de frequência e consumo alimentar (QFA) do SISVAN (Anexo B). O que possibilita um viés de memória minimizando o erro que pode ocorrer no método escolhido anteriormente citado.

A análise do consumo de fibras alimentares foi realizada segundo a recomendação de Gosttschall e Busnello, 2009 (20 a 30 g/dia para adultos).

O consumo alimentar foi calculado conforme o cálculo do Gasto Energético Total (GET) realizado a partir das recomendações nutricionais segundo a OMS (1998), levando em conta fatores como faixa etária, sexo e fator atividade. E a distribuição de macronutrientes, segundo o Guia Alimentar para população brasileira, 2005.

4.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

As análises da composição dietética foram realizadas por meio da tabela de Sonia Tucunduva (2002), caracterizando o quantitativo de consumo destes indivíduos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A caracterização do grupo estudado (gráfico 1) obteve-se maior prevalência no sexo masculino, com 56% dos entrevistados.

Quando avaliado parâmetros do consumo alimentar (gráfico 2), percebe-se uma incidência de 56% entre os indivíduos com consumo alimentar acima das suas necessidades energéticas, ao ser calculado o gasto energético total (GET), de acordo a recomendação da OMS, 1998 que menciona fator atividade, sexo e faixa etária.

Além disso, os macronutrientes mostraram-se com a distribuição insatisfatória (gráfico 3). Com prevalência de alta ingestão de lipídios e proteínas, e baixo consumo de carboidratos, de acordo com a recomendação estabelecida pelo Guia Alimentar para população brasileira, 2005.

Em comparação com o estudo de Pulcenio, 2009, foi visto que o consumo de lipídeos manteve-se em percentual significativo de indivíduos com dietas hiperlipídicas, o que é preocupante, pois se sabe que o consumo excessivo de lipídeos está direcionado ao surgimento de doenças crônicas na população em geral. Em longo prazo, um consumo elevado de lipídeos e baixo em carboidrato pode levar os praticantes de exercícios físicos a sentirem-se mais cansados fisicamente, adiantando a fadiga muscular já que o carboidrato representa a fonte energética mais importante no momento do exercício físico e principalmente após este, pois auxilia a recuperação muscular. Aumentando o consumo de carboidrato, proporciona-se melhor benefício para a prática de exercícios físicos, uma vez que o consumo de lipídeos será diminuído.

Cuppari, 2009 relata que as dietas dos países ocidentais apresentam em média 30 a 40% do total de energia da dieta sob a forma de gordura, porém, recentemente, com a progressiva modernização da sociedade, a inclusão da mulher no mercado de trabalho e o excesso na oferta de alimentos mais práticos e industrializados têm-se observado o consumo excessivo de energia e de gorduras, principalmente as saturadas e hidrogenadas. Consequentemente há um aumento da prevalência de obesidade e de doenças crônicas como as dislipidemias, inclusive em faixas etárias jovens, e o aumento da incidência de doenças do coração.

Ainda foram avaliados presença de fibras alimentares (gráfico 4), as quais são ingeridas em quantidade suficiente por apenas 44% dos entrevistados, seguindo a recomendação de Gosttschall e Busnello, 2009 (20 a 30 g/dia para adultos).

Foi observado que 37% dos entrevistados estavam consumindo suplementos protéicos (gráfico 5). Em comparação a outra pesquisa realizada em Ribeirão Preto-SP, com praticantes de atividade física, relatou que 52% dos entrevistados consumiam algum tipo de suplemento alimentar. Destes, 45% suplementos protéicos (GOMES, et al., 2008).

Quando avaliado o questionário de frequência alimentar (QFA) – SISVAN (gráfico 6), que revela o qualitativo do consumo habitual de alimentos, percebe-se uma prevalência na ingestão diária de saladas cruas, frutas, feijão, leite ou iogurte (consumo > 50%) e baixo consumo de frituras, embutidos, alimentos industrializados em geral (salgados e doces) e refrigerante (obtiveram-se ausente ou consumo de 1 a 3 dias na semana). Mostrou-se insatisfatório, apenas o consumo de legumes e verduras cozidos (prevalência de 1 a 3 dias na semana).

Quando observado os parâmetros de antropometria, a circunferência da cintura avaliada demonstrou que 81% dos entrevistados encontravam-se no parâmetro adequado e 19% com valores aumentados (gráfico 7).

As doenças crônicas não transmissíveis são consideradas como doenças preveníveis. Apesar de serem necessárias mais pesquisas elementares para esclarecer determinados aspectos mecanísticos que relacionam a dieta com a saúde, as evidências atualmente disponíveis são suficientes para que se justifique a tomada de ações imediatas. Enquanto idade, sexo e a suscetibilidade genética são fatores de risco não-modificáveis, muitos dos riscos relacionados com a idade e o sexo são modificáveis. Tais riscos incluem fatores comportamentais como dieta, atividade física, uso de tabaco, consumo de álcool; biológico (hipertensão, dislipidemia, sobrepeso, hiperinsulinemia) e também os fatores sociais, que incluem os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que interagem (CUPPARI, 2009).

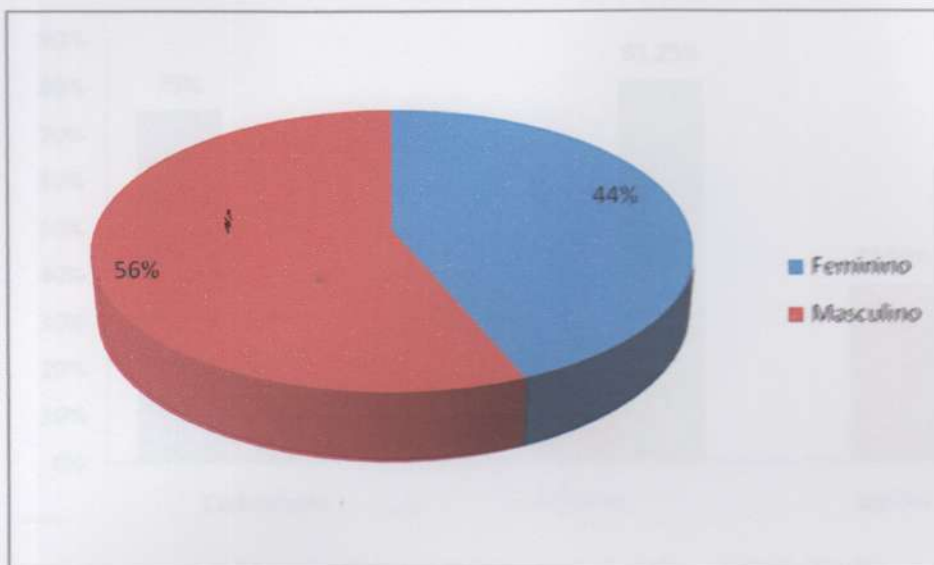


Gráfico 1 - Caracterização do grupo estudado.

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

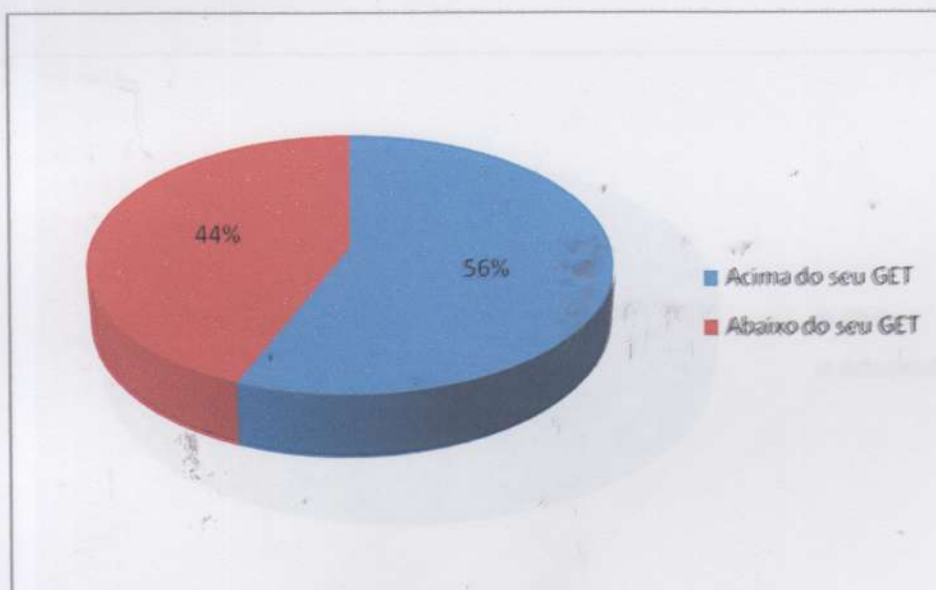


Gráfico 2: Análise quantitativa do consumo alimentar- R-24.

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

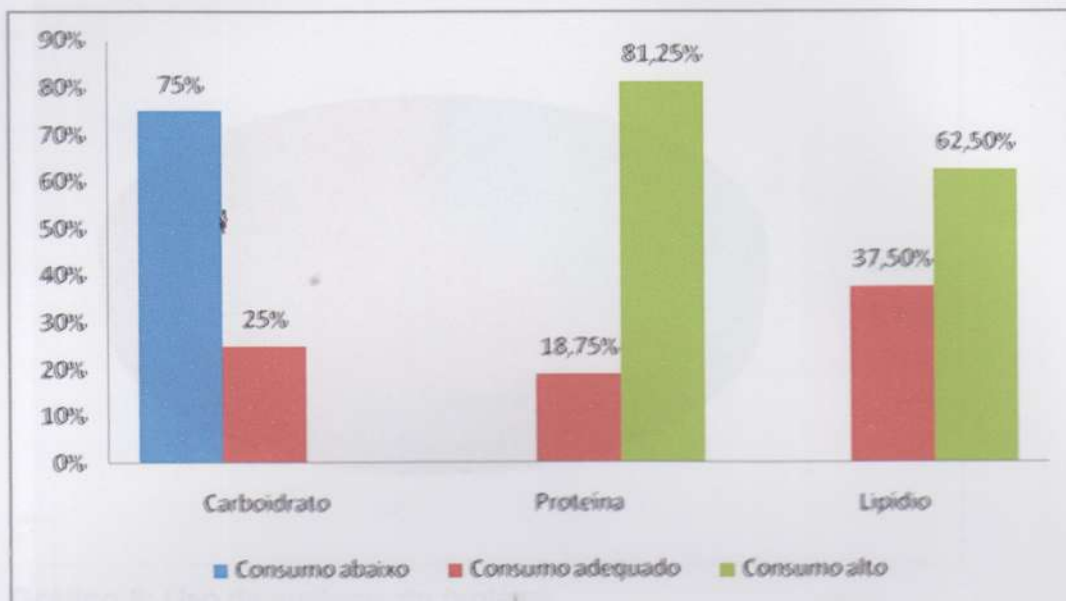


Gráfico 3: Distribuição de Macronutrientes.

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

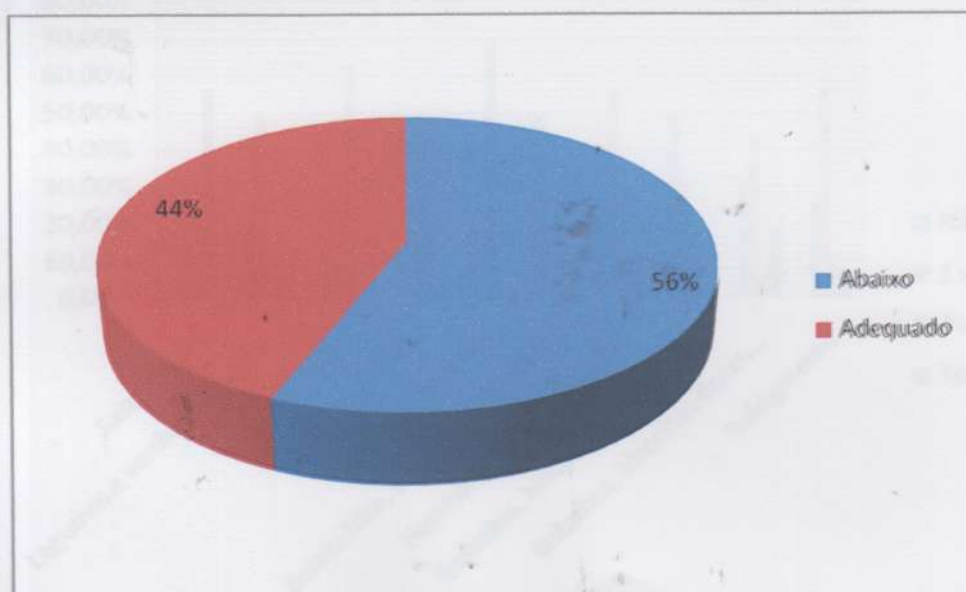


Gráfico 4: Consumo de fibras alimentares.

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

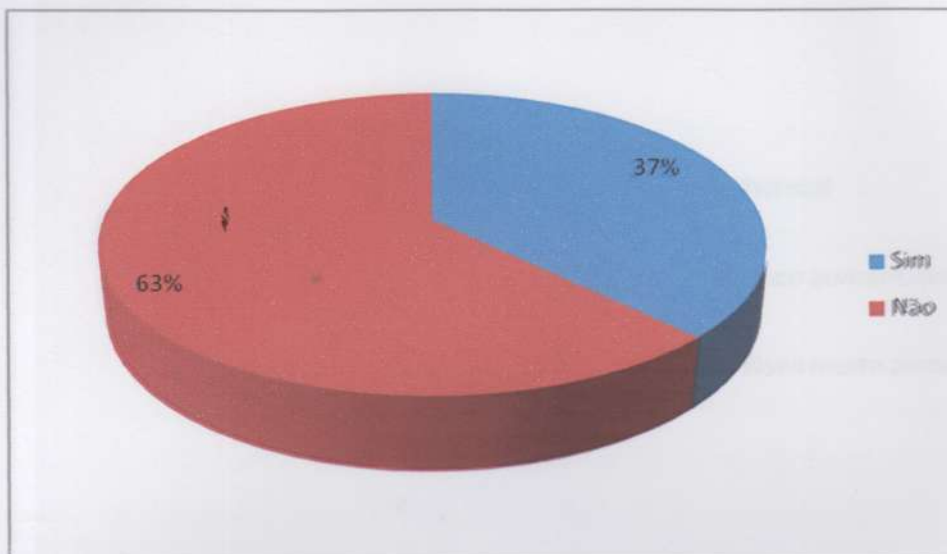


Gráfico 5: Uso de suplemento protéico.

Fonte: Dados da pesquisa (2012).

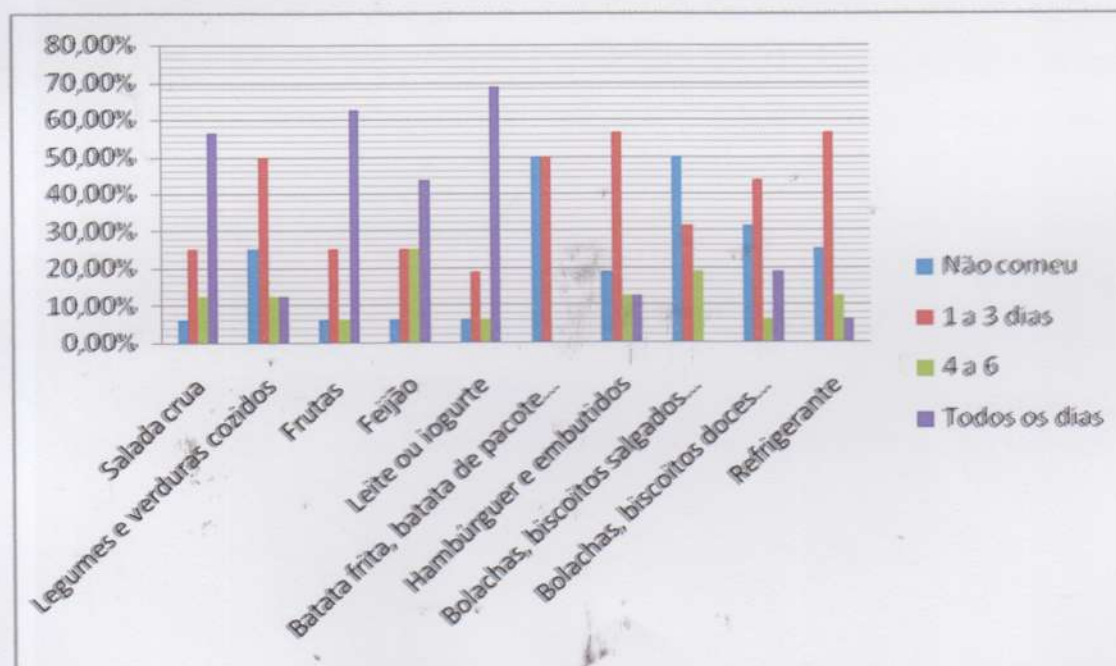
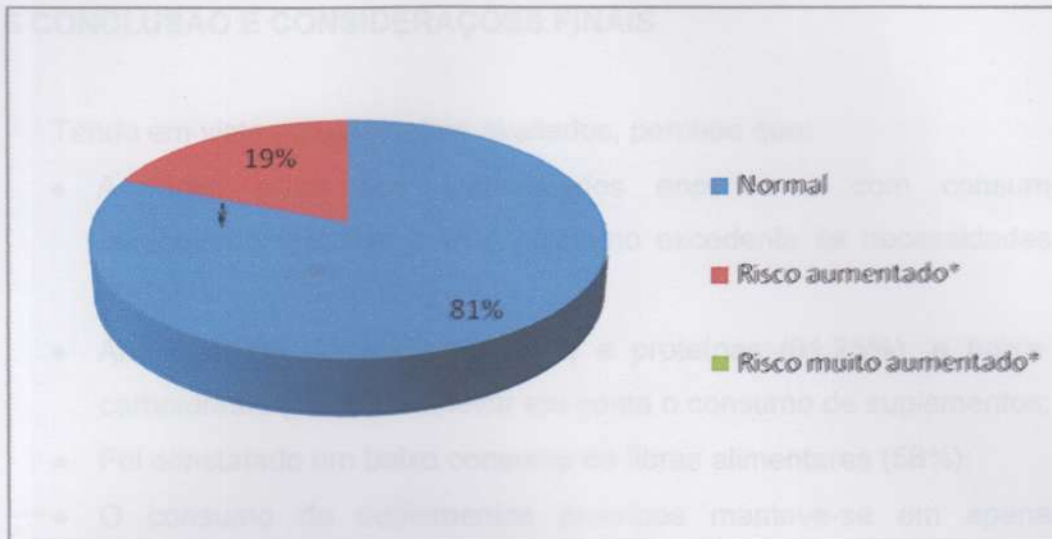


Gráfico 6: Análise qualitativa do consumo alimentar- QFA SISVAN.

Fonte: Dados da pesquisa (2012).



*Ao desenvolvimento de síndromes metabólicas, segundo OMS, 1998.

Gráfico 7: Análise da circunferência da cintura (CC).

FONTE: Dados da pesquisa 2012.

6 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os parâmetros avaliados, percebe que:

- A maior parte dos entrevistados encontra-se com consumo alimentar inadequado, estando com o consumo excedente às necessidades energéticas (56%);
- Alta ingestão de lipídios (62,5%) e proteínas (81,25%), e baixa ingestão de carboidratos (75%), sem levar em conta o consumo de suplementos;
- Foi constatado um baixo consumo de fibras alimentares (56%);
- O consumo de suplementos proteicos manteve-se em apenas 37% dos entrevistados. Porém deve-se entender que o consumo de proteínas por alimentos já se encontra elevado, não sendo necessário o consumo excedente de suplementos.
- O questionário de frequência alimentar demonstrou um resultado satisfatório, no que diz respeito à ingestão diária de alimentos in natura (saladas, frutas, feijão, leite) e ao baixo consumo de frituras e alimentos industrializados (salgados ou bolachas, doces, chocolates, balas, refrigerante, outros).
- E quando visto os parâmetros de antropometria (circunferência da cintura), o mesmo mostra-se satisfatório (81% manteve-se na faixa normal), revelando baixos riscos ao desenvolvimento de síndromes metabólicas, segundo parâmetros da OMS, 1998.

Sugere-se mais estudos na área para um melhor entendimento do processo.

CUPPARU, Liane. *Nutrição nas doenças crônicas não transmissíveis*. Barueri, SP: Manole, 2009.

FIGGERS, Regina Maria; MARCHIONI, Dina Maria Lobo; COLUCCI, Ana Carolina Almeida. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*. São Paulo, v. 53, n. 5, julho 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/abcde/pdf/art-101581-S0004-2730200900050001451ng-en3nm-iso>>. Acesso em: 03 nov. 2011.

REFERÊNCIAS

BATISTA FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, sup. 1, p. 181-191, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19s1/a19v19s1.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2011.

BLEIL, Susana Inez. O padrão alimentar ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Caderno de Debate**, São Paulo, v. 6, p.1-25, 1998. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/AVIdiscenu090804095840.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**, Brasília, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf>. Acesso em: 04 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Obesidade, Brasília, 2006, **Caderno de Atenção Básica**, n. 12. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_obesidade.pdf>. Acesso em: 04 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **VIGITEL Brasil 2009**, Brasília, 2010.

CARVALHO, T. et al. Posição oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 2, n. 4, 1996. Disponível em: <http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsmms/media/artigo_sbmesporte.pdf>. Acesso em: 04 out. 2011.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição: nas doenças crônicas não transmissíveis**. Barueri, SP: Manole, 2009.

FISBERG, Regina Mara; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo; COLUCCI, Ana Carolina Almada. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, São Paulo, v. 53, n. 5, Julio 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art-text&pid=S0004-27302009000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 nov. 2011.

GOMES, G. et al. Caracterização do consumo de suplementos nutricionais em praticantes de atividade física em academias. **Medicina (Ribeirão Preto)**. v. 41, n. 3, p. 327-331, 2008. Disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2008/VOL41N3/ao_caracterizacao_do%20consumo_suplementos_nutricionais.pdf. Acesso em: 22 nov. 2012.

GOSTTSCHALL, Catarina Bertaso Andreatta; BUSNELLO, Fernanda Michielin. **Nutrição e Síndrome metabólica**. São Paulo: Atheneu, 2009.

HICRSBRUSH, Marcia Daskal; CARVALHO, Juliana Ribeiro. **Nutrição Esportiva: uma visão prática**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2008. 10 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. POF 2008-2009: **Desnutrição cai e peso das crianças brasileiras ultrapassa padrão internacional**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1. Acesso em: 04 out. 2011.

MELO, Maria Edna. **Os Números da Obesidade no Brasil: VIGITEL 2009 E POF 2008-2009**, São Paulo, 2011. Disponível em: http://www.abeso.org.br/pdf/Obesidade%20no%20Brasil%20VIGITEL%202009%20POF2008_09%20%20II.pdf. Acesso em: 04 out. 2011.

PETRIBU, Marina de Moraes Vasconcelos; CABRAL, Poliana Coelho; ARRUDA, Ilma Kruze Grande de. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo em universitários. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 22, n. 6, nov./dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000600005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 oct. 2011.

PITANGA, Francisco José Gondim. Epidemiologia, atividade física e saúde. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 10, n. 3, p. 49-54, jul. 2002. Disponível em: <http://portalsaudebrasil.com/artigospsb/ativfis205.pdf>. Acesso em: 04 out. 2011.

SARTI, F.; CLARO, R.; BANDONI, D. Contribuições de estudos sobre a demanda de alimentos à formulação de políticas públicas de nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v27n4/03.pdf>. Acesso em: 02 out. 2011.

APÊNDICE A- Termo de consentimento livre e esclarecido

Sr(a). _____ você está sendo convidado para participar da pesquisa: Análise do consumo alimentar de estudantes de Educação Física do UNI-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: Realizar uma análise quantitativa e qualitativa da dieta consumida pelos estudantes de educação física da UNI- RN, analisando o valor calórico total, macronutrientes, quantidade de fibras presentes; Verificar se o consumo calórico está de acordo com as necessidades energéticas. Associar os resultados encontrados aos riscos de doenças crônicas não transmissíveis.

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, traçar o perfil alimentar desse grupo de estudantes de educação física do UNI-RN e associar aos riscos de doenças crônicas não transmissíveis. Assim, poderão ser feitas intervenções, no tocante a melhoria da qualidade de vida e promoção da saúde. Além do ganho de um plano alimentar (Dieta), não obrigatório, supervisionado pela professora e nutricionista responsável pelo setor de nutrição da clínica integrada- Lorena Tinôco. 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

ANEXO A- Ficha de atendimento

AMBULATÓRIO DE NUTRIÇÃO CLÍNICA
FICHA DE ATENDIMENTO

Nº

Data:

DADOS PESSOAIS:

Nome:	D/N:
Endereço:	
Ocupação:	Fone:

HISTÓRIA CLÍNICA:

Queixas Atuais:	
Antecedentes Mórbido-Familiares:	
() Diabetes () HAS () Câncer () Cardiopatia () Obesidade	
() Outros _____	
Medicamentos :	
() Sim () Não	
Quais: _____	
Já fez tratamento dietético?	() Sim () Não
Atividade Física:	() Sim () Não
Qual? _____	
Frequência: _____	

EXAMES LABORATORIAIS:

Exames	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Glicemia (mg/dl)						
HbA1c (%)						
CT (mg/dl)						
LDL (mg/dl)						
HDL (mg/dl)						
TGL (mg/dl)						
Ac úrico (mg/dl)						
Uréia (mg/dl)						
Creatinina (mg/dl)						
Hemoglobina						

Hematócrito (%)						

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Data	P. atual (Kg)	P. Usual (Kg)	Altura (m)	IMC (Kg/m ²)	C.C (cm)	C.Q (cm)	RC/Q	PA

AVALIAÇÃO DIETÉTICA

Refeição	Alimentos
Desjejum Hora:	
Lanche Hora:	
Almoço Hora:	
Lanche Hora:	
Jantar Hora:	

Preferências Alimentares:	
Aversões Alimentares	
Alergias / Intolerâncias	
Alterações do TGI	() Náuseas () Constipação Intestinal () Diarréia () Disfagia () Pirose () Outros:
Diagnóstico Nutricional	
Conduta Nutricional	

ANEXO B- Questionário de Frequência Alimentar (QFA) – SISVAN

Ministério da Saúde/ SAS/ DAB/ CGPAN SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL	
Estabelecimento de Saúde	Nº CNES*
Nome ou Matrícula do Profissional de Saúde	
Nome completo*	Data de nascimento* / /
Endereço completo*	
Documentação (tipo, número e outras especificações)	Data de preenchimento* / /

* Campos de preenchimento obrigatório (função crítica)

FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR - INDIVÍDUOS COM 5 ANOS DE IDADE OU MAIS -

Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								