

SUENY ANDRADE BATISTA

PERFIL SOCIOECONÔMICO, DE SAÚDE, NUTRICIONAL, DE ESTILOS DE VIDA E
COMPORTAMENTAL DE MULHERES ADULTAS ATENDIDAS NA CLÍNICA-
ESCOLA DE NUTRIÇÃO DO UNICEUB

SUENY ANDRADE BATISTA

PERFIL SOCIOECONÔMICO, DE SAÚDE, NUTRICIONAL, DE ESTILOS DE VIDA E
COMPORTAMENTAL DE MULHERES ADULTAS ATENDIDAS NA CLÍNICA-
ESCOLA DE NUTRIÇÃO DO UNICEUB

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Bacharelado em
Nutrição pela Faculdade de Ciências da
Educação e Saúde do Centro Universitário de
Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Prof. Ms. Patrícia Martins
Fernandez

Brasília

2013

SUENY ANDRADE BATISTA

PERFIL SOCIOECONÔMICO, DE SAÚDE, NUTRICIONAL, DE ESTILOS DE VIDA E
COMPORTAMENTAL DE MULHERES ADULTAS ATENDIDAS NA CLÍNICA-
ESCOLA DE NUTRIÇÃO DO UNICEUB

Monografia apresentada como requisito para
conclusão do curso de Bacharelado em
Nutrição pela Faculdade de Ciências da
Educação e Saúde do Centro Universitário de
Brasília – UniCEUB.

Orientadora: Prof. Ms. Patrícia Martins
Fernandez

Brasília, 02 de julho de 2013

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Cristiane Dormundo Nerys

Prof.^o Yuri Vuscovic

Prof. Ms. Patrícia Martins Fernandez

AGRADECIMENTOS

À Deus que tudo torna possível.

Aos meus pais Eli e Suely por estarem ao meu lado em todos os momentos. O amor de vocês, o estímulo, o carinho e a compreensão são a alma dessa vitória.

Aos meus irmãos Eli Júnior e Élisson pelo apoio, amizade e incentivo, mesmo estando distantes.

Ao meu namorado Felipe pela presença, paciência e amizade.

À minha cunhada Laura pela tradução do meu trabalho.

Às minhas queridas amigas de sala, que se tornaram parte fundamental da minha vida.

À professora e orientadora dessa pesquisa, Patrícia, por doar seu tempo, boa vontade, amizade e contribuições para aprimorar o trabalho.

À professora Cristiane Dormundo e ao professor Yuri Vuscovic, pela gentileza ao aceitarem meu convite para participar da banca examinadora.

Aos professores do curso e orientadores de estágio pelo aprendizado e enriquecimento pessoal.

À Dóris pela paciência e dedicação em encontrar todos os prontuários utilizados neste estudo.

À todos que de certa forma torceram e acreditaram neste sonho.

Muito obrigada!

RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil socioeconômico, de saúde, nutricional e de estilos de vida dos pacientes da Clínica-Escola de Nutrição do UniCEUB, assim como o seu estágio de mudança comportamental.

Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, de naturezas qualitativa e quantitativa. As fichas de atendimento da Clínica-Escola de Nutrição foram analisadas e, através da técnica de observação, realizou-se um levantamento dos indicadores socioeconômicos, de estilos de vida, de saúde, nutricionais e de mudança comportamental. A amostra foi constituída de prontuários de 72 mulheres adultas com mais de 20 anos de idade, atendidas no segundo semestre de 2012. Os parâmetros utilizados para avaliar os indicadores foram: o Sistema Vigitel, a Organização Mundial da Saúde, o Guia Alimentar para a população brasileira e o Modelo Transteórico. Após a coleta de dados, efetuou-se uma análise estatística-descritiva.

Resultados: As pacientes da clínica-escola apresentam perfil de excesso de peso e obesidade, medidas elevadas de circunferência da cintura e alta prevalência de transtornos gastrointestinais; baixo consumo hídrico e alto consumo de óleo e sal. Quanto ao perfil comportamental, foi possível estabelecer o estágio de decisão como predominante. Foram identificadas associações positivas entre o consumo hídrico e consumo de açúcar, consumo de sal e consumo de óleo; e ingestão de óleo e circunferência da cintura. A idade associou-se ao aumento da circunferência da cintura e ao aumento de peso. A última associação encontrada refere-se à renda e aumento de peso.

Conclusão: Tais resultados indicam a importância do planejamento de ações na área da saúde e a qualificação dos serviços prestados, levando-se em consideração o perfil do público alvo, visando enfrentar de forma mais eficaz as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco. Ressalta-se que as intervenções nutricionais podem ser aprimoradas pela utilização de ferramentas como o modelo transteórico e ações de educação alimentar e nutricional.

Palavras-chave: Doenças crônicas não transmissíveis. Obesidade. Modelo transteórico.

ABSTRACT

Objectives: To trace the socioeconomic, health, nutritional and the lifestyle profiles of the patients from the Hospital School of Nutrition of UniCEUB as well as the stage of their behavioral changes.

Methods: It is a descriptive study, with quantitative and qualitative indicators. The forms of the Hospital School of Nutrition of UniCEUB were analyzed and, applying the observation technique, a survey about the socioeconomic, lifestyle, health, nutritional profiles and behavioral changes indicators were made. The sample was constituted of 72 forms from females at ages 20 and above who were attended in the second semester of 2012. The parameters used to evaluate the indicators were the Vigitel System, the World Health Organization, the Nourish Guide for the Brazilian population and the Transtheoretical Model. After collecting the data, a descriptive statistic analysis of the variables was made and the possible relation between them was identified.

Results: The patients of the Hospital School present overweight and obesity profiles, an increase of the waist circumference measurement and the high prevalence of gastrointestinal disorders; low fluid intake and excess of oil and salt. With respect to the behavioral profile, it was possible to establish the decision stage as the predominant. Positive relations between the fluid and sugar intake; salt and oil intake; oil intake and the waist circumference measurement were identified. The age of the patients was associated to the increase of the waist circumference and to the weight gain. The last association obtained refers to the income and the weight gain.

Conclusion: Such results indicate the significance of a health planning act and the qualification of the service, taking into account the target profile, aiming to face powerfully the chronic non communicable diseases and its risk factors. Note that the nutritional interventions may be improved by the application of the transtheoretical model and actions for food and nutritional education.

Key-words: Chronic non communicable diseases. Obesity. Transtheoretical model.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 JUSTIFICATIVA	10
3 OBJETIVO	12
3.1 <i>GERAL</i>	12
3.2 <i>ESPECÍFICOS</i>	12
4 MATERIAIS E MÉTODOS	13
4.1 <i>SUJEITOS DA PESQUISA</i>	13
4.2 <i>CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS SUJEITOS</i>	13
4.2.1 Critérios de inclusão	13
4.2.2 Critérios de exclusão	13
4.2.3 Aspectos éticos	13
4.3 <i>METODOLOGIA</i>	13
4.3.1 Parâmetros para avaliar os indicadores	15
4.3.1.1 <i>Estilos de vida</i>	15
4.3.1.2 <i>Saúde</i>	15
4.3.1.3 <i>Nutricional</i>	16
4.3.1.4 <i>Mudança comportamental</i>	16
4.3.2 Análise dos dados	17
5.0 RESULTADOS	20
5.1 <i>PERFIL DAS PACIENTES</i>	20
5.1.1 <i>Socioeconômico</i>	20
5.1.2 <i>Estilos de vida</i>	20
5.1.3 <i>Saúde</i>	20
5.1.4 <i>Nutricional</i>	20
5.1.5 <i>Mudança Comportamental</i>	22
5.2 <i>RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS</i>	22
6 DISCUSSÃO	25
7 CONCLUSÃO	29
REFERÊNCIAS	30
APÊNDICE A – CHECK-LIST	34

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	35
ANEXO B – FICHA DE ANAMNESE.....	38
ANEXO C – FICHA DO PROTOCOLO DE TRIAGEM DO ESTÁGIO DE MUDANÇA ALIMENTAR COMPORTAMENTAL DOS PACIENTES	41
ANEXO D – FICHA DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	43

1 INTRODUÇÃO

Com o aumento da expectativa de vida e conseqüente envelhecimento da população, associados às profundas mudanças sociais, econômicas, demográficas e culturais ocorridas mundialmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como obesidade, câncer, diabetes mellitus e doenças cardiovasculares têm configurado como a maior causa de mortalidade e incapacidade no mundo inteiro, sendo responsáveis por 63% dos óbitos anuais (OPAS,2003; BRASIL, 2012a).

A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 mostra uma tendência crescente e grave de excesso de peso e obesidade na população, em especial entre os indivíduos com mais de 20 anos. Ainda segundo a POF, 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres apresentam obesidade (IBGE, 2010).

Tratando-se da dieta brasileira, têm-se observado uma mudança no perfil alimentar da população, contribuindo para o quadro de excesso de peso e obesidade e aumento da prevalência de DCNT. As mudanças nos hábitos alimentares da população brasileira são reforçadas pela POF 2008-2009, evidenciando o aumento do consumo de açúcares livres e calorias advindas de gorduras totais e saturadas, redução da ingestão de frutas, hortaliças e de alimentos básicos, como arroz e feijão (IBGE, 2010).

Este momento é propício para a oferta de serviços de saúde que possam auxiliar a população na tomada de escolhas alimentares saudáveis. Entende-se como escolha alimentar o ato de selecionar alimentos que satisfaçam as necessidades biológicas e/ou gustativas, sendo a mesma influenciada por aspectos socioambientais, econômicos, preferências individuais e coletivas, qualidade organoléptica dos alimentos, bem como fatores relacionados à saúde do indivíduo (JOMORI; PROENÇA; CALVO, 2008). Estes determinantes associados à valores culturais, antropológicos e psicológicos definem o comportamento alimentar, sendo o mesmo relacionado às variáveis intrínsecas do sujeito (JOMORI; PROENÇA; CALVO, 2008; TORAL; SLATER, 2007). Além disso, sabe-se que aspectos como a abertura do comércio brasileiro às indústrias alimentícias estrangeiras provenientes da globalização, bem como a busca pelo padrão estético atual, também influenciam de forma significativa no comportamento alimentar (GARCIA, 2003; BLEIL, 1998; TORAL; SLATER, 2007).

Neste sentido, a avaliação do grau de confiança das pessoas em aderir a uma recomendação, frente aos determinantes do seu comportamento, têm sido importante na

prática dos atendimentos nutricionais em ambulatórios de forma a repercutir em um planejamento adequado do modelo de intervenção nutricional e, conseqüentemente, um estado de saúde e prevenção das DCNT (SICHIERI et al, 2000). Um dos modelos de teoria do comportamento destacados para essa avaliação é o modelo transteórico, conhecido também como modelo de estágio de mudança comportamental, criado na década de 80 por Prochaska e DiClemente com o intuito de avaliar a mudança comportamental referente ao abandono do tabaco (MURTA; TRÓCCOLI, 2005). Atualmente, o método têm sido uma alternativa para se compreender a mudança de comportamento relacionada a outros aspectos além do tabagismo, como uso de álcool e drogas, câncer de mama, hábitos alimentares, entre outros (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2008; FISBERG et al., 2005; TORAL; SLATER, 2007). O modelo auxilia na compreensão do processo de mudança comportamental, sendo este avaliado por meio de cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, decisão ou preparação, ação e manutenção (FISBERG et al., 2005). Esse modelo têm sido praticado nos atendimentos individualizados da Clínica-Escola de Nutrição do Centro de Atendimento Comunitário (CAC) do UniCEUB desde o ano de 2006.

Atualmente, a Clínica é um local que reúne alunos do 5º ao 8º semestre em estágios curriculares, desenvolvendo atividades de atendimento ambulatorial. O serviço, direcionado à população em geral, é oferecido ao público prioritariamente de baixa renda e têm sido discutida a necessidade de expansão e aperfeiçoamento desses serviços, frente à crescente procura por serviços nutricionais gratuitos (LORENSATTO; OLIVEIRA, 2008; GOUDBAUM et al., 2005). Villwok et al. (2007) destacam que as clínicas-escolas constituem-se, muitas vezes, no único meio de acesso da população aos serviços especializados de saúde. Assim, as clínicas têm buscado o constante aprimoramento dos serviços e da qualificação dos profissionais que atuam diretamente com os pacientes.

Com base nestas considerações, o presente estudo busca identificar o perfil da situação socioeconômica, de saúde e de nutrição, além do grau de motivação para a mudança alimentar da clientela da Clínica-Escola de Nutrição.

2 JUSTIFICATIVA

Desde o final da década de 90, o governo brasileiro têm discutido a importância do planejamento de ações no cenário da promoção da saúde e prevenção de doenças para o enfrentamento dos fatores de risco para o surgimento das DCNT por meio da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN (BRASIL, 2012a). Tendo em vista a divulgação pela OMS dos principais fatores de risco responsáveis em grande parte pela morbimortalidade por DCNT (hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, baixa ingestão de frutas e hortaliças, sobrepeso ou obesidade, inatividade física e tabagismo), é necessária a redefinição das ações previstas no atendimento ambulatorial em Nutrição (OPAS, 2003).

Somado ao cenário epidemiológico citado, estima-se que 70% dos gastos do Sistema Único de Saúde no País são para a intervenção das DCNT (BRASIL, 2009), este em grande parte, ainda aquém em oferecer uma rede de ações que supra uma demanda cada vez maior. Diante disso, é fato que os serviços de saúde precisam discutir a busca pela qualificação das ações de saúde e que uma das maneiras para tal é o contínuo monitoramento de indicadores que resultam na escolha alimentar da população, sendo possível identificar pacientes que necessitam de cuidados e prever o recurso humano, físico e intervencional necessário à realidade encontrada (MANOS et al., 2002).

É imperativo, portanto, a investigação do perfil do público alvo atendido nas clínicas-escolas, neste caso as mulheres, como forma indicativa dos caminhos a serem percorridos na busca da qualificação de tais serviços. Tal compromisso está sendo reforçado pelo Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT entre os anos de 2011 e 2022 (BRASIL, 2011). Destaca-se nesse plano que a alimentação inadequada e a obesidade são alguns dos fatores de risco para os principais grupos de doenças crônicas no cenário epidemiológico atual (doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e que, desta forma, é fundamental o acompanhamento dos indicadores de alimentação e nutrição, de doenças e de mudança do comportamento alimentar. Tal procedimento auxiliará também no planejamento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis, de modo a fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas.

Por fim, o documento estabelece algumas metas nacionais que reforçam a relevância da presente pesquisa como a redução das prevalências do consumo nocivo de álcool e da

prevalência da obesidade, do aumento da prevalência de atividade física, do aumento do consumo de frutas e hortaliças, redução do consumo médio de sal e da prática de tabagismo.

3 OBJETIVO

3.1 GERAL

Traçar o perfil socioeconômico, de saúde, nutricional e de estilos de vida dos pacientes da Clínica-Escola de Nutrição do UniCEUB, assim como o estágio de mudança comportamental.

3.2 ESPECÍFICOS

- Levantar as características socioeconômicas, de estilos de vida, de saúde e de nutrição dos pacientes da Clínica-Escola de Nutrição.
- Observar o estágio comportamental frente às recomendações alimentares no início da intervenção nutricional.
- Correlacionar os indicadores socioeconômicos, de estilo de vida, de saúde, de nutrição e comportamental, para identificar suas possíveis relações.
- Destacar a importância da educação alimentar e nutricional nos serviços de nutrição.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 SUJEITOS DA PESQUISA

A amostra foi constituída de prontuários de 72 mulheres adultas com mais de 20 anos de idade, atendidas na Clínica-Escola de nutrição do UniCEUB, no segundo semestre de 2012.

4.2 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS SUJEITOS

4.2.1 Critérios de inclusão

Mulheres adultas, com mais de 20 anos, atendidas na Clínica-Escola de nutrição do Uniceub no segundo semestre de 2012. Deverá constar o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente preenchido e assinado (TCLE) (ANEXO A).

4.2.2 Critérios de exclusão

Mulheres com idade abaixo de 20 anos, gestantes, atendimento em outro período que não seja no segundo semestre de 2012, ou não ter devidamente preenchido ou assinado o TCLE.

4.2.3 Aspectos éticos

Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. A coleta de dados foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. E na execução e divulgação dos resultados será garantido o total sigilo da identidade dos participantes e a não discriminação ou estigmatização dos sujeitos da pesquisa, além da conscientização dos sujeitos quanto à publicação de seus dados.

4.3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de naturezas qualitativa e quantitativa, com emprego da técnica de observação através da análise das fichas de atendimento da Clínica-Escola de

Nutrição, constituído de levantamento de indicadores socioeconômicos, de estilos de vida, de saúde, nutricionais e de mudança comportamental (TABELA 1).

Para iniciar, construiu-se um *check-list* (APÊNDICE I) de dados contemplando todos os indicadores para a análise dos prontuários a partir da 1ª consulta dos pacientes do sexo feminino com 20 anos ou mais atendidos no segundo semestre de 2012 na Clínica-Escola de Nutrição.

Este check-list construído no Microsoft *Excell* 2007 contemplou os indicadores anteriormente citados (TABELA 1), obtidos a partir da análise qualitativa da Ficha de Anamnese (ANEXO B), da ficha do protocolo de triagem do estágio de mudança alimentar comportamental dos pacientes (ANEXO C) e da ficha de avaliação antropométrica (ANEXO D), contidas no prontuário do paciente. Foram incluídas as opções “prontuário inadequado” e “dado indisponível”, onde a primeira se refere ao não entendimento da informação escrita pelo estagiário e a segunda pela ausência da informação.

Tabela 1 – Tabela de indicadores e variáveis descritivas analisadas das pacientes do sexo feminino da Clínica-Escola de Nutrição do UniCEUB, Brasília, DF- Brasil, 2013.

INDICADOR	VARIÁVEIS DESCRITIVAS
SOCIOECONÔMICO	Sexo, idade, renda familiar, escolaridade e número de pessoas por domicílio.
ESTILOS DE VIDA	Etilismo, atividade física e tabagismo.
SAÚDE	Doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial sistêmica e dislipidemia), circunferência da Cintura (CC), índice de massa corporal (IMC) e transtornos gastrintestinais.
NUTRICIONAL	Ingestão hídrica, frequência diária de frutas e hortaliças, quantidade mensal de óleo e sal e frequência diária do consumo de alimentos adoçados.
MUDANÇA COMPORTAMENTAL	Estágio de mudança comportamental baseado no modelo transteórico: Pré-contemplação, Contemplação, Decisão, Ação e Manutenção.

Fonte: autoria própria

A coleta de dados iniciou-se após autorização da responsável da Clínica-Escola de Nutrição do UniCEUB. Os procedimentos metodológicos do presente trabalho foram preparados dentro dos procedimentos éticos e científicos fundamentais, como disposto na Resolução N.º 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério

da Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - Centro Universitário de Brasília no parecer N° 127.964/2012.

4.3.1 Parâmetros para avaliar os indicadores

4.3.1.1 Estilos de vida

A ingestão de álcool foi considerada independente da quantidade e da frequência consumidas, assim, o indivíduo que auto-relatou o consumo de álcool, entrará na estatística como portador deste estilo de vida. Para avaliar a prática de exercício físico, foi considerada qualquer atividade física, independente da sua duração. Para a análise da variável descritiva tabagismo, foi utilizado como parâmetro o Sistema Vigitel (2010). Este preconiza como fumante o indivíduo que relatou a prática do hábito, independente do número de cigarros, da frequência e da duração do hábito de fumar.

4.3.1.2 Saúde

O indicador saúde foi avaliado por diferentes classificações. Foram coletados os seguintes dados da ficha de avaliação antropométrica: peso, altura e circunferência da cintura (CC).

A Circunferência da Cintura foi classificada de acordo com a Organização Mundial da Saúde (1998), onde valores > 80 cm caracterizam risco alto e > 88 cm, risco muito alto para o desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).

O peso e a altura foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), calculado a partir do peso em quilos dividido pelo quadrado da altura em metros, o qual será interpretado segundo critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008). Os valores de referência de IMC utilizam como pontos de corte para normalidade ou eutrofia, o IMC entre 18,5 e 24,99 kg/m²; desnutrição leve entre 17 e 18,49 kg/m², desnutrição moderada entre 16 e 16,99 kg/m², desnutrição grave com valores abaixo do IMC 16 kg/m²; sobrepeso, IMC entre 25 e 29,99 kg/m², obesidade grau I entre 30 e 34,99 kg/m², obesidade grau II entre 35 e 39,9 kg/m² e obesidade grau III com valores acima de 40 kg/m². Para indivíduos idosos, os pontos de corte proposto pela OMS (2008) são: 22 a 27 kg/m² para eutrofia, abaixo de 22 kg/m² para desnutrição e a cima de 27 kg/m² para sobrepeso/obesidade.

4.3.1.3 Nutricional

O consumo hídrico foi avaliado de acordo com o gasto energético total (GET) do recordatório apresentado na primeira consulta. Segundo o Guia Alimentar para a população brasileira (2008), deve-se consumir 1ml/kcal de energia gasta para adultos em condições moderadas de gasto energético e temperaturas ambientais não muito elevadas. Assim um indivíduo que gasta 2.000 kcal deve consumir no mínimo 2 litros de água.

Para analisar a variável descritiva de consumo de frutas e hortaliças, utilizou-se o Sistema Vigitel, 2010, que considerou como recomendação, o consumo de 5 porções diárias de frutas e hortaliças. Para o cálculo de frutas e suco de frutas, considerou-se cada fruta ou cada suco de fruta como equivalente a uma porção. Para hortaliças, considerou-se como porção o hábito de consumir hortaliças cruas no almoço e no jantar e hortaliças cozidas também no almoço e no jantar, assim totalizando 4 porções. A metodologia do Sistema Vigitel (2010), limita em “três” o número máximo de porções diárias computadas para frutas e em “um” o número máximo computado para sucos. Em relação às hortaliças, computou-se um número máximo de quatro porções diárias, situação que caracteriza indivíduos que informam o hábito de consumir hortaliças cruas no almoço e no jantar; e hortaliças cozidas também no almoço e no jantar. No presente trabalho, foram computadas todas as porções de frutas e hortaliças, não tendo um número máximo.

As variáveis de consumo de sal e consumo de óleo foram analisadas segundo a diretriz 6 do Guia Alimentar para a População Brasileira (2008). O consumo de sal deve ser de no máximo 5g/dia por pessoa, que equivale a 2000 mg de sódio. Segundo o mesmo guia 900 ml de óleo é suficiente para o preparo de alimentos de uma família composta por quatro pessoas.

Em relação à ingestão de açúcar, computou-se como 1 frequência de consumo, uma fonte de alimento adoçado com sacarose ou a presença de açúcar isolado

4.3.1.4 Mudança comportamental

O estágio de mudança comportamental foi baseado no algoritmo da percepção alimentar das mulheres em função do modelo transteórico, que contempla os seguintes estágios: Pré-contemplanção, Contemplanção, Decisão, Ação e Manutenção (TABELA 2). A

identificação do estágio comportamental é feita utilizando um questionário aplicado na primeira consulta de nutrição na Clínica-Escola do UniCEUB.

Tabela 2 – Descrição das principais características dos estágios de mudança comportamental.

ESTÁGIO	CARACTERÍSTICAS DOS INDIVÍDUOS
PRÉ – CONTEMPLAÇÃO	Não há intenção de realizar mudanças nos próximos seis meses. O indivíduo reconhece que suas práticas alimentares são inadequadas, mas não está disposto a modificar sua alimentação. Encontra-se desmotivado e tende a apresentar maior resistência para seguir orientações nutricionais.
CONTEMPLAÇÃO	Existe uma intenção de realizar mudanças nos próximos seis meses. O indivíduo está decidido a modificar seu comportamento, mas sem um comprometimento decisivo. São reconhecidos os possíveis benefícios decorrentes de uma mudança alimentar, mas diversas barreiras são percebidas, como falta de tempo, o sabor e o preço dos alimentos, a falta de habilidade na cozinha, etc.
PREPARAÇÃO (OU DECISÃO)	Existe uma intenção de realizar mudanças no próximo mês. Muitas vezes o indivíduo já prevê um plano de ação, como começar uma dieta de emagrecimento, mas as mudanças ainda são pequenas e inconsistentes.
AÇÃO	Há um envolvimento ativo na mudança de comportamento há menos de 6 meses. O indivíduo colocou em prática o plano de ação previsto para modificar sua alimentação e superou de alguma forma as barreiras antes percebidas.
MANUTENÇÃO	As mudanças de comportamento são mantidas há pelo menos 6 meses. Há uma consolidação dos ganhos obtidos até o momento, adotando-se uma alimentação saudável como hábito.

Fonte: TORAL (2010).

4.3.2 Análise dos dados

Em relação à análise descritiva do *check-list*, as categorias foram identificadas em termos de porcentagem, ressaltando que as mulheres com dados indisponíveis ou prontuários inadequados foram excluídas de determinadas variáveis, como idade, renda familiar, escolaridade, número de pessoas por domicílio, circunferência da cintura, índice de massa corporal, transtornos gastrointestinais, ingestão hídrica, frequência diária de frutas e hortaliças, consumo mensal de óleo, consumo mensal de sal, frequência diária de alimentos

adoçados com sacarose ou açúcar de adição e estágio de mudança comportamental. Na tabela 3 é possível identificar a quantidade de prontuários com dados válidos para cada variável.

Tabela 3 – Total de dados válidos para as variáveis analisadas, apresentadas pelos pacientes do sexo feminino da Clínica Escola de Nutrição do UniCeub, Brasília, DF- Brasil, 2013.

VARIÁVEL	TOTAL DE DADOS VÁLIDOS
Idade	71
Renda familiar	46
Escolaridade	27
Número de pessoas por domicílio	71
Etilismo	72
Atividade Física	72
Tabagismo	72
Doenças Crônicas	72
Tipo de Doença Crônica	72
Circunferência da Cintura	62
IMC	69
Transtornos Gastrointestinais	71
Ingestão Hídrica	60
Frequência diária de frutas e hortaliças	55
Consumo mensal de óleo	43
Consumo mensal de Sal	41
Frequência diária de alimentos adoçados com sacarose ou açúcar de adição	71
Estágio de Mudança Comportamental	69

Fonte: autoria própria.

Para verificar associações entre as variáveis, foram utilizados os testes qui-quadrado, p-valor simulado de Monte Carlo, coeficiente de correlação de Pearson, coeficiente de correlação dos Postos de Spearman, *t* de Student, de Wilcoxon e de Kruskal-Whallis, em função do tipo de variável investigada e das correlações necessárias para alcance dos objetivos propostos na pesquisa. Para análise de correlações, foi utilizado p-valor <0,5 como padrão de significância.

Para facilitar a análise dos dados, as faixas de IMC e os estágios de mudança comportamental foram subdivididos em grupos menores. O IMC passou a ter quatro categorias: baixo peso (desnutrição leve, desnutrição moderada e desnutrição grave), eutrofia, sobrepeso e obesidade (obesidade grau I, obesidade grau II e obesidade grau III); enquanto

que os estágios de mudança comportamental foram subdivididos em três: pré-contemplação/contemplação, decisão e ação/manutenção.

5.0 RESULTADOS

5.1 PERFIL DAS PACIENTES

As porcentagens informadas correspondem aos dados válidos referentes à tabela 3. A amostra foi constituída por 72 mulheres.

5.1.1 Socioeconômico

A idade variou entre 20 a 71 anos, com média de 34,8 anos. A renda média encontrada aproximou-se de R\$ 2.500,00, onde cerca de 74% (n=34) das mulheres atendidas possuem renda superior a dois salários mínimos. Houve um único ponto atípico de renda (R\$ 8.000,00). Quanto ao nível de escolaridade, observou-se que cerca de 89% (n=24) do total de 27 respostas válidas correspondem a mulheres com nível maior ou igual ao ensino médio.

5.1.2 Estilos de vida

Entre as pacientes, cerca de 39% (n=28) consomem bebidas alcoólicas, 6% (n=4) possuem o hábito de fumar e 50% (n=36) realizam a prática de atividade física.

5.1.3 Saúde

A presença de doenças crônicas não transmissíveis foi declarada por 18% (n=13) das mulheres atendidas, enquanto que cerca de 62% (n=44) referiram apresentar transtornos gastrointestinais.

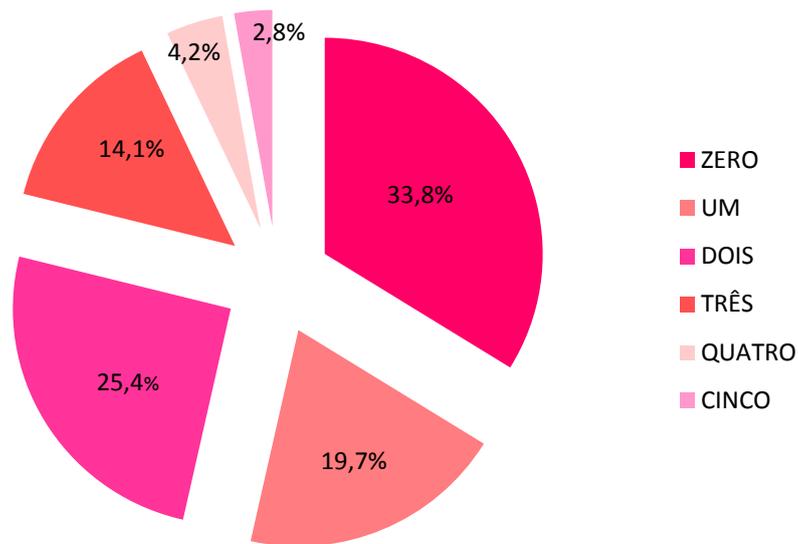
Constatou-se que cerca de 55% (n=34) das pacientes, apresentaram risco muito alto para doenças crônicas não transmissíveis, conforme a circunferência da cintura. Em relação ao IMC, 32% (n=22) das pacientes apresentaram sobrepeso e 35% (n=24) algum grau de obesidade.

5.1.4 Nutricional

A ingestão hídrica e o consumo de frutas e hortaliças foram considerados adequados para, respectivamente cerca de 43% (n=26) e 22% (n=12) das mulheres.

A distribuição do consumo de açúcar apresentou uma variação de frequências de 0 a 5 vezes/dia, observando-se elevada porcentagem de pacientes que apresentaram frequência zero de açúcar. As frequências do consumo de alimentos adoçados com sacarose e de açúcar de adição podem ser observadas na figura 2 a seguir.

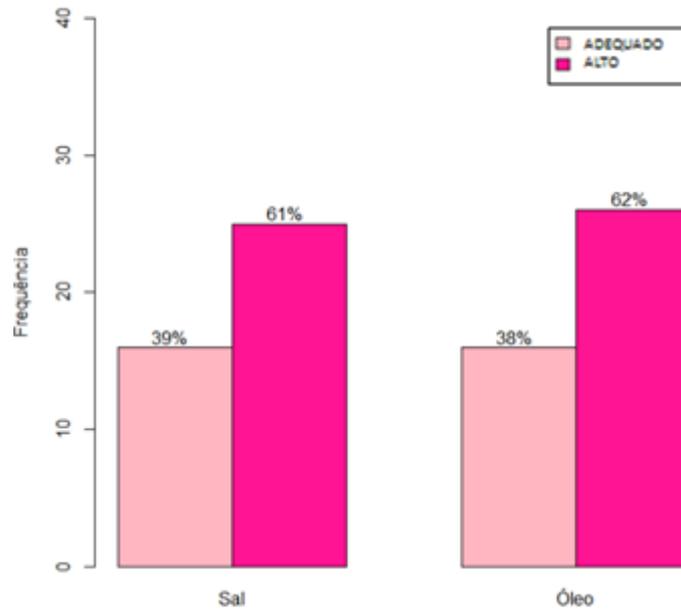
Figura 2 - Frequências do consumo de alimentos adoçados com sacarose ou açúcar de adição apresentadas pelos pacientes do sexo feminino da Clínica Escola de Nutrição do UniCeub, Brasília, DF- Brasil, 2013.



Fonte: autoria própria.

Em relação ao consumo mensal de sal e óleo, foi possível identificar que cerca de 61% (n=25) das pacientes apresentaram alto consumo de sal, enquanto que 62% (n=26) alto consumo de óleo. As frequências podem ser observadas na figura 3.

Figura 3 - Gráfico em barras da porcentagem dos consumos mensais de sal e óleo apresentados pelos pacientes do sexo feminino da Clínica Escola de Nutrição do UniCeub, Brasília, DF- Brasil, 2013.



Fonte: autoria própria.

5.1.5 Mudança Comportamental

Ao analisar o estágio de mudança comportamental, cerca de 62% (n=43) das pacientes se enquadraram no estágio de decisão, 30% (n=21) em pré-contemplação/contemplação e 7% (n=5) em ação/manutenção.

5.2 RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

Observou-se, que as mulheres que fazem atividade física tendem a estar mais no estado de mudança comportamental de ação/manutenção. No entanto, isso não se verificou pelo teste Qui-quadrado com significância de 5%, apenas com 10%.

A proporção de mulheres que não consumiam açúcar foi semelhante para as que possuíam ingestão hídrica adequada e inadequada. Porém as que apresentaram ingestão hídrica adequada tendem a apresentar baixas frequências de consumo de açúcar (1 a 2 vezes), sendo estatisticamente significativo.

Cabe destacar que as mulheres que apresentaram alto consumo de sal tendem a ter alto consumo de óleo. As pacientes com elevada ingestão de óleo, estão propensas ao risco muito alto para doenças crônicas não transmissíveis, segundo a circunferência da cintura.

O IMC apresentou correlação significativa com a variável circunferência da cintura, dessa forma quanto mais elevado o IMC, maior o risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

As correlações descritas anteriormente são verificadas pelos valores de p-valor apresentadas na tabela 4, a seguir:

Tabela 4 – Relações significativas encontradas entre as variáveis relacionadas ao consumo e antropometria do público feminino da Clínica Escola de Nutrição do UniCEUB, Brasília, DF- Brasil, 2013.

RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS	P-VALOR
INGESTÃO HÍDRICA ADEQUADA E FREQUÊNCIA DE AÇÚCAR	0,035
CONSUMO DE SAL E CONSUMO DE ÓLEO	0,032
CONSUMO DE ÓLEO E CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA	0,009
IMC E CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA	<0,001

Fonte: autoria própria

A análise da Tabela 5 descreve que as mulheres em eutrofia tendem a estar nos estágios de ação/manutenção, enquanto que as pacientes com baixo peso e sobrepeso estão no estágio de decisão. As mulheres em sobrepeso ou algum grau de obesidade apresentam a tendência de estarem nos estágios de pré-contemplação/contemplação. Porém, estas tendências não apresentam um p-valor significativo.

Tabela 5 - Distribuição conjunta das variáveis “IMC” e “Estágio de Mudança Comportamental”, apresentadas pelos pacientes do sexo feminino da Clínica Escola de Nutrição do UniCeub, Brasília, DF- Brasil, 2013.

IMC	COMPORTAMENTO			TOTAL
	PRÉ CONTEMPLAÇÃO/ CONTEMPLAÇÃO	DECISÃO	AÇÃO/ MANUTENÇÃO	
BAIXO PESO	0 (0,00%)	4 (100,00%)	0 (0,00%)	4 (100,00%)
EUTROFIA	4 (21,05%)	11 (57,89%)	4 (21,05%)	19 (100,00%)
SOBREPESO	5 (25,00%)	15 (75,00%)	0 (0,00%)	20 (100,00%)
OBESIDADE	10 (41,67%)	13 (54,17%)	1 (4,17%)	24 (100,00%)
TOTAL	19 (28,36%)	43 (64,18%)	5 (7,46%)	67 (100,00%)

Fonte: autoria própria

Através dos testes de comparação de média das variáveis, observou-se que as mulheres com doenças crônicas não transmissíveis possuem idades mais elevadas. Isto é, as médias das idades das pacientes aumentam de acordo com a gravidade da circunferência da cintura e as médias de renda das pacientes aumentam com o excesso de peso, conforme apresentado na tabela 6.

Tabela 6 – P-valores encontrados a partir dos resultados dos testes de comparação das médias das variáveis apresentadas pelos pacientes do sexo feminino da Clínica Escola de Nutrição do UniCeub, Brasília, DF- Brasil, 2013.

RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS	RESULTADOS ENCONTRADOS	P-VALOR
IDADE X PORTADORAS DE DOENÇAS CRÔNICAS	MÉDIA DE IDADE MAIOR	
MULHERES COM DOENÇAS CRÔNICAS MULHERES SEM DOENÇAS CRÔNICAS	58,04 ANOS 31,52 ANOS	< 0,0001
IDADE X CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA	MÉDIA DE IDADE MAIOR	
RISCO MUITO ALTO RISCO ALTO SEM RISCO	37,18 ANOS 33,27 ANOS 14,62 ANOS	0,01
RENDA X IMC	MÉDIA DE RENDA MAIOR	
BAIXO PESO EUTROFIA SOBREPESO OBESIDADE	R\$ 550 R\$ 923,53 R\$ 1,859,18 R\$ 2.004,67	0,026

Fonte: autoria própria

6 DISCUSSÃO

Ao traçar o perfil socioeconômico da clientela feminina da Clínica-Escola de Nutrição, alguns fatores podem ter prejudicado a análise dos dados, como o preenchimento inadequado dos prontuários, assim a variável escolaridade pode não apresentar um perfil condizente com a realidade, já que os dados não estiveram disponíveis em 45 prontuários, refletindo perda de 62,5% da amostra. A perda amostral da variável escolaridade e também de outras variáveis reflete a necessidade de uma maior qualificação dos estudantes no registro do prontuário.

Ressalta-se que os dados indisponíveis constituem-se em sua maioria falha do estagiário no preenchimento do prontuário, onde este é considerado elemento fundamental e básico no gerenciamento, atendimento e como instrumento de educação permanente e de pesquisa, possibilitando o registro de ampla quantidade de informações, pois contempla dados relativos à identificação e à história do indivíduo no que tange o processo de adoecimento e situação social, assim o seu preenchimento adequado é indispensável (MESQUITA; DESLANDES, 2010; STUMPF et al, 1997).

A partir dos inquéritos do Estudo Nacional de Despesas Familiares (ENDEF) de 1974-1975; da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989; e das Pesquisas de Orçamentos Familiares (POFs) de 2002 -2003 e 2008-2009 foi possível realizar a descrição da tendência secular do estado nutricional dos adultos, tornando notável o aumento das prevalências de excesso de peso e obesidade entre as mulheres pertencentes às faixas de renda mais baixas (IBGE, 2010), não corroborando com os dados encontrados no presente estudo, pois o ganho de peso aumenta proporcionalmente à elevação da renda das mulheres.

Segundo a POF 2008-2009, cerca de metade das mulheres possuem excesso de peso no Brasil, sendo que 16,9% destas apresentaram algum grau de obesidade. (IBGE, 2010) Tal tendência é reforçada na Clínica Escola de Nutrição, porém no presente estudo observou-se que a prevalência da obesidade é elevada quando comparada a pesquisa, cerca de 18,1% maior.

Grande parcela das pacientes atendidas na Clínica Escola de Nutrição não apresentou diagnóstico referido para DCNT, porém possuem fatores de risco para o seu desenvolvimento, como excesso de peso, obesidade, circunferência da cintura elevada e hábitos alimentares inadequados como alto consumo de sal e óleo. No Brasil, as doenças do sistema circulatório ganham destaque, pois são responsáveis por 30% de mortes relativas às DCNT, sendo a

hipertensão com maior prevalência no presente estudo e considerada importante fator de risco para outras doenças crônicas, como doença renal crônica, diabetes, acidente vascular cerebral, entre outras. (BRASIL, 2011)

Outra constatação da pesquisa foi a relação da circunferência da cintura elevada com os diferentes graus de obesidade abdominal ou obesidade andróide, apontada como a medida antropométrica melhor correlacionada à quantidade de tecido adiposo abdominal. O acúmulo de gordura nesta região é considerado fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemias e síndrome metabólica, mesmo que o IMC esteja dentro da faixa de eutrofia, representando risco diferenciado quando comparada com outras formas de distribuição corporal (VELOSO, SILVA, 2010; OLINTO et al, 2006).

Frente a isto, torna-se preocupante que grande parcela das pacientes atendidas tenha risco para o desenvolvimento de DCNT, a partir da medida da circunferência da cintura. Resultados semelhantes puderam ser constatados em estudos que realizaram tal medida. A porcentagem de mulheres com $cc > 80$ cm chegou a 57,4% em São Paulo (CRISTÓVÃO; SATO; FUJIMORI, 2011), 62% em Pelotas, RS (OLINTO et al, 2006) e 58% no Maranhão (VELOSO E SILVA, 2010).

A leitura da análise descritiva dos hábitos de vida deste estudo apontam para a baixa porcentagem de mulheres com o hábito de fumar, apresentando resultados mais positivos do que os apresentados pela Pesquisa Especial de Tabagismo (PETab, 2008), que apontou a prevalência desse hábito em 13,1% das mulheres. Este resultado merece destaque, já que a redução da prevalência de tabagismo em adultos é uma das metas propostas pelo Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento de DCNT no Brasil, entre os anos 2011 e 2022. Outro fato apontado pela análise é relativo ao baixo consumo de álcool, sendo relevante, já que seu consumo nocivo é responsável por 2,3 milhões de morte anualmente, correspondendo a 3,8% de todas as mortes do mundo. Assim seu baixo consumo corrobora com as expectativas e metas de redução da prevalência de álcool, apontadas no Plano de ações anteriormente citado (BRASIL, 2011).

Quanto aos hábitos alimentares, o alto consumo de óleo resulta em excesso de ingestão calórica, sendo este armazenado no tecido adiposo, frequentemente responsável pela formação de gordura localizada na região abdominal. Os depósitos de gordura existentes podem ser classificados como depósitos gerais e depósitos hereditários, sendo que os últimos

possuem metabolismo mais lento, englobando o tecido adiposo abdominal, que tem como característica resistência ao emagrecimento (MELO et al., 2012; NEVES; OLIVEIRA, 2007).

O consumo insuficiente de frutas e hortaliças aumenta o risco de DCNT, como obesidade, câncer, diabetes e doenças cardiovasculares, responsáveis pelas principais causas de morbidades e mortalidade no Brasil. Pesquisas desenvolvidas demonstram que esses alimentos desempenham papel protetor no surgimento de DCNT, sendo que seu consumo adequado e variado pode atuar na prevenção de 20% ou mais dos casos de câncer e na redução no risco de desenvolvimento de cardiopatias. Este fato pode ser atribuído por estes alimentos apresentarem baixa densidade energética, alto aporte de fibras, micronutrientes, substâncias fitoquímicas e antioxidantes. A baixa ingestão de alimentos reguladores está associada a 31% das doenças isquêmicas do coração e 11% dos casos de acidente vascular cerebral. (BRASIL, 2009);

O baixo consumo de frutas e hortaliças têm se tornado fenômeno recorrente no Brasil, identificado através das Pesquisas de Orçamentos familiares realizadas desde 1987. (BRASIL, 2010) Os resultados referentes ao consumo de frutas e hortaliças do presente estudo mostraram que reduzida parcela da clientela feminina atendeu à recomendação mínima de consumo diário de frutas e hortaliças estabelecido pelo Ministério da Saúde. O delineamento transversal utilizado no presente trabalho impossibilita identificar o consumo regular desse grupo de alimentos, podendo não refletir um perfil condizente com a realidade, mas os resultados encontrados podem abrir caminhos para futuras intervenções.

Em relação ao baixo consumo hídrico identificado na pesquisa, isso implica no papel da água em atuar em todos os sistemas e órgãos do organismo e também na regulação da temperatura, necessária em todos os processos metabólicos, no transporte e excreção de substâncias (BRASIL, 2008). Em contrapartida observaram-se fatores positivos nas pessoas com consumo adequado de água, como a baixa frequência do consumo de alimentos e bebidas processadas com alta concentração de açúcar e açúcar de adição em preparações caseiras e bebidas, com alta prevalência de frequência zero de consumo.

Frente ao perfil nutricional e de saúde identificados no presente estudo, torna-se positivo o fato destas pacientes estarem decididas a realizarem mudanças em seus hábitos alimentares, comprovado pela alta classificação destas no estágio de decisão do modelo transteórico. A identificação do estágio comportamental em que o paciente se encontra possibilita um maior impacto na intervenção nutricional, uma vez que se pode desenvolver

ações educativas voltadas para cada estágio, promovendo maior motivação quanto às mudanças alimentares no indivíduo (TORAL, 2010).

Neste sentido, discute-se a importância dos serviços de saúde assumirem o seu papel em motivar os pacientes a evoluírem para o estágio de ação. O modelo transteórico torna-se uma ferramenta para o alcance deste objetivo, mas deve ser aliado às ações de educação alimentar e nutricional (EAN). As abordagens educativa e pedagógica da EAN devem dar preferência a processos ativos, integrando a teoria e a prática, através do envolvimento de conhecimentos e práticas populares, contextualizados na realidade dos indivíduos, suas famílias e grupos. Este processo resulta no fortalecimento da participação ativa e ampliação dos graus de autonomia, para as escolhas e práticas alimentares (BRASIL, 2012b).

Assim, a educação alimentar e nutricional deve basear-se numa perspectiva problematizadora, ultrapassando a simples transmissão de informações, sendo capaz de gerar situações de reflexão sobre situações cotidianas, buscando soluções e práticas alternativas, envolvendo os vários determinantes do comportamento alimentar, dessa forma aumentando o impacto de uma ação de promoção com vista a práticas alimentares saudáveis (BRASIL, 2012; TORAL et al, 2007).

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil identificado das mulheres frequentadoras da Clínica-Escola de Nutrição do UniCEUB apontam para a importância do planejamento de ações na área da saúde, levando em consideração o perfil do público alvo, para qualificação dos serviços, enfrentado de forma mais eficaz as Doenças Crônicas Não Transmissíveis e seus fatores de risco. Ressalta-se que as intervenções nutricionais podem ser aprimoradas pela utilização de ferramentas como o modelo transteórico e ações de educação alimentar e nutricional.

Por fim, para que haja fortalecimento dos serviços prestados, torna-se fundamental a capacitação dos estagiários para o preenchimento adequado dos prontuários, de modo a contribuir para um melhor mapeamento do perfil, o aprimoramento de estratégias no campo da educação para interferir nas realidades identificadas, além da integração de esforços entre a equipe de trabalho da Clínica-Escola para a supervisão dos atendimentos e do monitoramento dos prontuários, possibilitando melhora nos serviços e o desenvolvimento de futuros estudos.

REFERÊNCIAS

- ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth da Silva. Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. **Revista estudos de psicologia**, Campinas, v. 25, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2008000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jun. 2013.
- ALVES, Patrícia da Silva. **A economia da obesidade: Teoria e Evidências**. Monografia (requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em Economia) - Departamento de Ciências Econômicas da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRS, 2008. Disponível em: <<http://www.ppge.ufrgs.br/giacomo/arquivos/eco02072/alves-2008.pdf>>. Acesso em 22 Jun. 2013.
- BLEIL, S.I. O Padrão Alimentar Ocidental: considerações sobre a mudança de hábitos no Brasil. **Revista cadernos de debate**; São Paulo, vol.6, n.1, 1998. Disponível em <<http://www.uftm.edu.br/upload/ensino/AVIdiscednu090804095840.pdf>>. Acesso em: 22 Jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência**, Brasília, Ministério da Saúde, 2008. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/mp3/diretrizes_recomendacoes_dcnt.pdf>. Acesso em 22 Jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**, Brasília, Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2008.pdf>. Acesso em: 22 Jun. 2013.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**, Brasília: MDS: Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012b. Disponível em: <<http://www.fnpe.gov.br/arquivos/category/116-alimentacao-escolar?download=7898:marco-de-referencia>>. Acesso em: 22 Jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>. Acesso em: 22 Jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 22 Jun .2013.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**: manual técnico, Rio de Janeiro, 2. ed. rev. e atual: ANS, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_prevencao_riscos_doencas.pdf>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final do 5º congresso pan-Americano de incentivo ao consumo de frutas, verduras e hortaliças para a promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/relatorio5congresso.pdf>>. Acesso em: 18 maio 2012.

CRISTÓVÃO, Maria Fernanda; SATO, Ana Paula Sayuri; FUJIMORI, Elizabeth. Excesso de peso e obesidade abdominal em mulheres atendidas em Unidade da Estratégia Saúde da Família. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000800005&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 17 Jun. 2013.

FISBERG, R.M. et al. **Inquéritos alimentares**: métodos e bases científicas. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2005.

DIEZ GARCIA, Rosa Wanda. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de nutrição**., Campinas, v. 16, n. 4, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732003000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

GOLDBAUM, Moisés et al. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, Jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de orçamento familiar**: antropometria, estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm> Acesso em: 18 maio 2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Pesquisa de Orçamento Familiar**: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. 2010a. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/xml/pof_2008_2009.shtm> Acesso em :18 maio 2012.

JOMORI, Manuela Mika; PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa; CALVO, Maria Cristina Marino. Determinantes de escolha alimentar. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 21, n. 1, Fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

LORENSATTO, S. C.; OLIVEIRA, A.F. Perfil dos pacientes que procuram atendimento nutricional na clínica de nutrição da faculdade de Gurgacs. **Revista salus**, São Paulo, v. 2 (1).2008. Disponível em

<[http://www.fag.edu.br/graduacao/nutricao/resumos2007/\(PERFIL%20DOS%20PACIENTES%20QUE%20PROCURAM%20O%20ATENDIMENTO%20NUTRICIONA_.pdf](http://www.fag.edu.br/graduacao/nutricao/resumos2007/(PERFIL%20DOS%20PACIENTES%20QUE%20PROCURAM%20O%20ATENDIMENTO%20NUTRICIONA_.pdf)>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

MANOS, D. B.A., PETRIE, D.A., BEVERIDGE, R.C., WALTER, S. DUCHAME, J. Inter-observer agreement using Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. **Revista CJEM-JCMU**, Canadá, v. 4(1), p. 16-22, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17637144>>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

MELO, Natália Ribeiro de et al . Eletrolipólise por meio da estimulação nervosa elétrica transcutânea (Tens) na região abdominal em pacientes sedentárias e ativas. **Revista fisioterapia em movimento**, Curitiba, v. 25, n. 1, Mar. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502012000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jun. 2013.

MESQUITA, Ana Maria Otoni; DESLANDES, Suely Ferreira. A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde. **Revista saúde e sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, Set. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jun. 2013.

MONDINI, Lenise et al . Consumo de frutas e hortaliças por adultos em Ribeirão Preto, SP. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 44, n. 4, Ago. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 Jun. 2013.

MURTA, S.G; TROCCOLI, B.T. Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas. **Revista estudos de psicologia**, Campinas, vol.22, n.2, p.157-166, 2005.

NEVES, S.R; OLIVEIRA, D. Eficácia da associação de técnicas manuais e eletrotermoterapia na redução de medidas do abdome. **Revista de biologia e saúde da UNISEP**, Paraná, v.1, p. 67-71, 2007. Disponível em <http://www.unisep.edu.br/ípanel/uploads/revista_topico/40/9.pdf> Acesso em 10 jun 2013.

OLINTO, Maria Teresa Anselmo et al . Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. **Caderno de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, Jun, 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2003. Disponível em: <<http://www.maeterra.com.br/site/biblioteca/Obesidade-OPAS.pdf>>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

SICHIERI, Rosely et al . Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Revista arquivo brasileiro de endocrinologia e metabologia**, São Paulo, v. 44, n. 3, Jun. 2000 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

TARDIDO, A.P; FALCÃO, M.C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista brasileira de nutrição clínica**, São Paulo, v. 21 (2), p. 117-24, 2006. Disponível em:

<http://www.ucg.br/ucg/eventos/Obesidade_Curso_Capacitacao_Ambulatorial/Material_Consulta/Material_Nutricao/O%20impacto%20da%20moderniza%20na%20transi%20E7%20E3o%20nutricional%20e%20obesidade.pdf>. Acesso em: 22 Jun. 2013

TORAL, Natacha; SLATER, Betzabeth. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Revista ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, Dez. 2007 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000600025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 Jun. 2013.

TORAL, N. **A alimentação saudável na ótica dos adolescentes e o impacto de uma intervenção nutricional com materiais educativos baseados no modelo transteórico entre escolares de Brasília-DF**. (Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Doutor). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2010. Disponível em:

< <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-14052010-080331/pt-br.php> >. Acesso em: 22 Jun. 2013.

VELOSO, Helma Jane Ferreira; SILVA, Antônio Augusto Moura da. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. **Revista brasileira de epidemiologia**., São Paulo, v. 13, n. 3, Set, 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jun. 2013.

VILLWOCK, C. *et al.* **Perfil sociodemográfico e principais queixas dos pacientes encaminhados à clínica-escola do serviço de atendimento psicológico – SESAP/ULBRA**. X Seminário Intermunicipal de Pesquisa. Universidade Luterana do Brasil, Guaíba, p. 1-4. 2007.

APÊNDICE A – CHECK-LIST

CHECK-LIST:											
ESCOLARIDADE:	NUNCA ESTUDOU	E. FUNDAMENTAL	E.FUNDAMENTAL INCOMPLETO	E.MÉDIO	E.MÉDIO INCOMPLETO	E.SUPERIOR	E.SUPERIOR INCOMPLETO			D.I.	P.I.
IDADE (ANOS):										D.I.	P.I.
RENDA FAMILIAR:										D.I.	P.I.
POSSUI DCNT?	SIM	NÃO								D.I.	P.I.
	SE SIM:										
	DIABETES	HAS	DISLIPIDEMIA							D.I.	P.I.
POSSUI TRANSTORNOS TGI?	SIM	NÃO								D.I.	P.I.
	SE SIM:										
	ÊMESE	PIROSE	FLATULÊNCIA	NÁUSEAS	EPIGASTRALGIA					D.I.	P.I.
ETILISMO:	SIM	NÃO								D.I.	P.I.
TABAGISMO:	SIM	NÃO								D.I.	P.I.
ATIVIDADE FÍSICA:	SIM	NÃO								D.I.	P.I.
INGESTÃO HÍDRICA	GET=	IH=	NORMAL	BAIXO	ALTO					D.I.	P.I.
CONSUMO DIÁRIO DE HORTALIÇAS		1 PORÇÃO	2 PORÇÕES	3 PORÇÕES	4 PORÇÕES	5 PORÇÕES	> 5 PORÇÕES			D.I.	P.I.
CONSUMO DIÁRIO DE FRUTAS		1 PORÇÃO	2 PORÇÕES	3 PORÇÕES	4 PORÇÕES	5 PORÇÕES	> 5 PORÇÕES			D.I.	P.I.
CONSUMO DIÁRIO DE AÇÚCAR										D.I.	P.I.
QUANTIDADE MENSAL DE SAL										D.I.	P.I.
QUANTIDADE MENSAL DE ÓLEO										D.I.	P.I.
NÚMERO DE PESSOAS POR DOMICÍLIO:										D.I.	P.I.
CC	CC =	SEM RISCO	COM RISCO ALTO	COM RISCO MUITO ALTO						D.I.	P.I.
IMC	IMC=	D. INTENSA	D.MODERADA	D. LEVE	EUTROFIA	SOBREPESO	O. GRAU I	O. GRAU II	O.GRAU III	D.I.	P.I.
ESTÁGIO COMPORTAMENTAL (APÓS PROPOSTAS METAS)	PRÉ-CONTEMPLAÇÃO	CONTEMPLAÇÃO	DECISÃO	AÇÃO	MANUTENÇÃO					D.I.	P.I.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ESTÁGIO SUPERVISIONADO NA CLÍNICA-ESCOLA DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO

Nome: _____ Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____

Endereço: _____

Telefones: _____

Por este instrumento de consentimento por mim assinado dou plena autorização ao UniCEUB, através do Estágio Supervisionado em Nutrição, por intermédio de seu supervisor responsável, orientadores, professores e alunos devidamente autorizados a fazer a avaliação, o diagnóstico, o planejamento de terapia nutricional em minha pessoa ou menor sob minha responsabilidade de acordo com os conhecimentos e habilidades do nutricionista e dos objetivos da clínica-escola de Nutrição, sintetizados a seguir:

- 1) Oferecer ao indivíduo e comunidade informações em nutrição, metas educativas e plano alimentar individualizado segundo necessidade avaliada por estagiário e profissional nutricionista responsável pela orientação no atendimento.
- 2) Propiciar a participação do indivíduo ou comunidade na tomada de decisão para a prática de hábitos alimentares saudáveis por meio de técnicas e instrumentos especialmente elaborados para tal finalidade.
- 3) Contribuir para o processo de formação do aluno a partir do contato com indivíduo ou comunidade que precisem modificar suas práticas alimentares.

Tenho pleno conhecimento de que os diversos métodos e técnicas aqui aplicados para fins de diagnóstico e tratamento nutricional serão selecionados e aplicados de acordo com a avaliação nutricional detalhada durante o período de consultas individuais.

Além disso, declaro que fui informado que a fim de obter um melhor diagnóstico e tratamento, a clínica-escola realiza avaliação corporal dos pacientes e, para isso, preciso trajar ou autorizar o menor sob minha responsabilidade a vestir roupas próprias para esta avaliação de peso, altura e composição de massa magra e gordura corporal (uso de short- sexo masculino e short e top- sexo feminino) dentro dos consultórios.

Concordo com os métodos de avaliação e tratamento dietético adotados pela clínica-escola, assim como a utilização dos dados do meu caso clínico ou do menor sob minha responsabilidade para fins de pesquisas e estudos universitários, discussão da equipe da clínica e encaminhamento de pareceres nutricionais para outras áreas da saúde. O uso dessas informações será com a garantia de sigilo quanto aos dados pessoais e confidenciais envolvidos no tratamento, assegurando absoluta privacidade no tratamento dos mesmos. Estou ciente de que prontuário com tais informações ficará arquivado por até dois anos após a alta ou abandono ao tratamento e que, posteriormente, será incinerado.

Declaro também que essas informações podem ser utilizadas para o monitoramento de saúde e nutrição e do estágio de mudança comportamental dos pacientes da Clínica-Escola de Nutrição do Centro Universitário de Brasília, que tem por objetivo realizar um monitoramento dos indicadores de saúde, nutrição e motivacionais entre os pacientes da clínica-escola de Nutrição. Para isso, a pesquisa será realizada por meio da análise dos prontuários dos pacientes em relação às variáveis socioeconômicas dos indivíduos, situação de saúde como presença de patologias, práticas sociais como etilismo e tabagismo, perfil dos hábitos alimentares em relação ao consumo de frutas, verduras, sódio e óleo, além do nível motivacional segundo modelo comportamental adotado pela clínica-escola de Nutrição. Após esta análise, serão selecionados pacientes que se encontram em risco nutricional importante segundo a situação de saúde e o perfil nutricional citado acima, que serão convidados, de forma voluntária, a realizar exames bioquímicos para o melhor acompanhamento na clínica escola. A coleta se dará por meio da parceria já existente do curso de biomedicina na Clínica Escola para a rotina destes exames. Em relação à coleta de material biológico, este respeitará todas as normas de respeito ao sigilo das informações do prontuário e resultados dos exames

(somente pela equipe responsável pelo monitoramento), assim como atendimento aos critérios sanitários de realização da coleta de sangue, resultando em riscos não significativos para os pacientes. Quanto aos benefícios, os dados serão utilizados para traçar um perfil de saúde e nutrição dos pacientes da clínica-escola de Nutrição a fim de obter informações úteis para o desenvolvimento de estratégias eficazes na adesão ao tratamento nutricional. Por fim, o paciente poderá solicitar em qualquer momento do monitoramento de saúde e nutrição descrito acima.

Eu, _____, aceito a participar do projeto de pesquisa descrito acima. Fui informada de maneira clara e detalhada dos objetivos e da metodologia da pesquisa e declaro ter lido e compreendido totalmente o presente termo de consentimento.

Atenciosamente,

Brasília, ____ de _____ de _____.

Prof. Patrícia Martins Fernandez

Supervisora da Clínica-Escola de Nutrição

Centro de Atendimento Comunitário do UniCEUB

ANEXO B – FICHA DE ANAMNESE

ANAMNESE (1ª Consulta)

Queixa principal (QP) (registrar o motivo da procura pelo serviço)

Histórico da QP (identificar a evolução da queixa)

Antecedentes pessoais (AP)

- Doenças Crônicas. Qual(is)?
 Outros.

Cirurgias. Qual(is)?

Antecedentes familiares (AF) (marcar com X somente se manifestarem em mãe e/ou pai)

- HAS Obesidade Diabetes Dislipidemia Cardiopatia

Uso de medicamentos/ suplementos (registros os medicamentos, suplementos e/ou vitaminas em uso)

Interação droga-nutriente: (Após a consulta)

Última vez que se consultou com médico e que fez exames: (Anexar exames- cópia ao prontuário) ____/____/____

Data da última menstruação (Sexo Feminino) ____/____/____

Apresenta algum distúrbio do Trato Gastrointestinal?

- Êmese Pirose Flatulência Náuseas Epigastralgia

Alergia Alimentar (Qual?) _____

Intolerância Alimentar (Qual?) _____

Trânsito intestinal

Diário Obstipado Diarréia Frequência: _____

Consistência das fezes: _____

História Social e Ambiental

- Tabagismo (Frequência, tipo e quantidade):
 Etilismo (Frequência, tipo e quantidade):
 Atividade física (Frequência, intensidade, duração):
 Sono (Quantidade de horas e qualidade)

Atividades rotineiras: (Escola, Atividades Físicas) - Tentar perceber através desta a rotina do paciente e possíveis fatores que interferem nas escolhas alimentares como tempo para se alimentar, local onde faz as refeições, disponibilidade de alimentos, etc...

Período do dia	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado

ANEXO C – FICHA DO PROTOCOLO DE TRIAGEM DO ESTÁGIO DE MUDANÇA ALIMENTAR COMPORTAMENTAL DOS PACIENTES

Protocolo de Triagem do Estágio de Mudança Alimentar Comportamental dos Pacientes

Nome do Paciente: _____

Entrevistador(a): _____

Data: ___/___/_____

1. Por que procurou o serviço de nutrição do CAC ? OBS: Pode ser assinalada mais de uma opção.
 - Gravidez
 - Tentar emagrecer*
 - Tentar comer de forma mais saudável
 - Vontade da família
 - Tentar ganhar peso
 - Presença de alguma doença. Qual(is) doença(s)? _____**
 - Pelo serviço ser muito barato
 - Decisão de outra pessoa
 - Outros motivos _____

*ATENÇÃO ESTAGIÁRIO: divulgar a OFICINA DE REEDUCAÇÃO ALIMENTAR

**ATENÇÃO ESTAGIÁRIO: divulgar a OFICINA DE DIABETES para pacientes diabéticos e familiares.
2. Como você avalia sua alimentação de maneira geral?
 - Adequada (**passa para questão 3**)
 - Relativamente adequada (não atingi a alimentação que considero ideal) - (**passa para questão 4**)
 - Inadequada (**passa para questão 5**)
3. Há quanto tempo você mantém uma alimentação adequada (“saudável”)?
 - Há menos de 6 meses (ESTÁGIO DE AÇÃO). (**passa para questão 4**)
 - Há 6 meses ou mais (ESTÁGIO DE MANUTENÇÃO). (**passa para questão 4**)
4. Caso você receba uma proposta para realizar novas mudanças em seus hábitos alimentares, você se sente:
 - Confiante, continuarei mudando (AÇÃO/MANUTENÇÃO).
 - Confiante, estou decidido a iniciar uma mudança (DECISÃO).
 - Pouco confiante, mas posso tentar um início de mudança (CONTEMPLAÇÃO).
 - Não sinto necessidade de mudar (PRÉ-CONTEMPLAÇÃO).

OBS: Caso tenha respondido adequada ou relativamente adequada (não atingi a alimentação que considero ideal) na questão 2, termine o questionário nesta questão 4.

5. Você pretende realizar mudanças na sua alimentação buscando hábitos mais saudáveis?

- Sim (DECISÃO)
- Sim, mas não sei quando iniciarei essas mudanças (CONTEMPLAÇÃO).
- Não me sinto preparado (ESTÁGIO DE PRÉ-CONTEMPLAÇÃO).

OBS: Caso tenha respondido inadequada na questão 2, termine o questionário nesta questão 5.

PERGUNTA PARA SER REALIZADA APÓS AS METAS:

6. Diante da proposta de recomendações/metast para mudar seus hábitos alimentares, você se sente: **(escolha apenas 1 opção).**

- Muito confiante em continuar mudando (AÇÃO/MANUTENÇÃO).
- Confiante, este é o momento certo (DECISÃO).
- Pouco confiante, mas posso tentar (CONTEMPLAÇÃO).
- Acredita que ainda não chegou o momento certo (PRÉ-CONTEMPLAÇÃO).

PARECER COMPORTAMENTAL

Estágio de mudança comportamental em que o paciente se encontra:

Dobras Cutâneas
FEMININO

Jackson & Pollock – 7 dobras	DATA									
Diâmetro do Fêmur:										
Diâmetro do Rádio Ulnar:										
Diâmetro Úmero Radial:										
Dobra Abdominal:										
Dobra Medial da Coxa*:										
Dobra Axilar Média:										
Dobra Subescapular **::										
Dobra Supraílica*:										
Dobra Torácica (peitoral):										
Dobra Tricipital* (**):										
Circunferência da Cintura:										
Circunferência do Tórax:										
Circunferência da Panturrilha**:										
Circunferência do Braço**:										
% adequação de CB**										
% adequação de CMB**										

*idosos

Exame de Bioimpedância

Condicionamento: Sedentário () Ativo () Atleta ()

Dados da Bioimpedância	Data	Data	Data	Data
% Gordura corporal				
(B. Fat %)				
Peso de gordura (Kg)				
(B. Fat Kg)				
% gordura alvo (Max/min)				
(T. Fat %)				

IMC (BMI)				
TMB (BMR)				
R				
Peso ideal (T. Wgt Kg)				
(Max/min)				
Massa magra (Lean Kg)				
% massa magra (Lean %)				
Água (L) (Wtr Lt)				
% água (Wtr %)				
% água ideal (Max/min)				
(T. Wtr %)				

