

**PERFIL NUTRICIONAL DE PORTADORES DE OBESIDADE
 DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE IBATÉ-SP**

Leny Lourenço¹

Angélica de Moraes Manço Rubiatti²

RESUMO

Objetivo: Determinar o perfil nutricional de pessoas com obesidade, usuários de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Ibaté (SP). Materiais e Métodos: Estudo do tipo transversal, com população de 50 usuários de ambos os sexos, maiores de 18 anos e IMC acima de 30Kg/m². A metodologia empregada envolveu avaliação antropométrica e aplicação de questionário (informações pessoais, problemas de saúde, hábitos alimentares e estilo de vida). Resultados: Os resultados apontaram que a maioria eram mulheres, entre 18 e 30 anos e com antecedentes familiares com obesidade. Grande parte desses participantes nunca realizou tratamento para obesidade. Mais da metade apresentou problemas de saúde. O consumo alimentar indicou que 40% não ingeriam *fast foods*, 32% realizavam três refeições ao dia, o uso de sal e óleo mensal ultrapassou a recomendação e a ingestão de água encontrou-se adequada. Cinquenta e seis por cento afirmaram necessitar de melhorias na alimentação e a avaliação antropométrica indicou que 48% foram classificados como obeso grau I e o risco do desenvolvimento de complicações metabólicas foram diagnosticados em todo o grupo. O sedentarismo foi observado em 82% dos entrevistados. Discussão: A alimentação inadequada, rica em açúcares e gorduras, e o sedentarismo são umas das principais causas da obesidade. Conclusão: Diante do perfil encontrado, a recomendação é a realização de um trabalho de conscientização das complicações da obesidade sobre a saúde dessas pessoas, para que sejam estimulados hábitos alimentares e de estilo de vida mais saudáveis, visando à qualidade de vida.

Palavras-chave: Obesidade. Avaliação Nutricional. Hábito Alimentar.

1-Graduanda em Nutrição no Centro Universitário Central Paulista-UNICEP, São Carlos, Brasil.

ABSTRACT

Nutritional profile of obese from a basic health unit of Ibaté-SP

Aim: To prescribe the nutritional profile of overweight people users from a Basic Health Unit in the city of Ibaté, state of São Paulo. Materials and Methods: A cross-sectional study was performed, with a population of 50 subjects of both sexes, older than 18 years and IMC above 30 Kg/m². The methodology involved anthropometric evaluation and the use of a questionnaire (personal information, health problems, eating habits and lifestyle). Results: The results showed that the most overweight subjects were women, between 18 and 30 years old with obesity in the family history. Most of participants never had any kind of obesity treatment. However, more than half of participants showed health problems. The food consumption showed that 40% does not eat fast food, 32% eat three meals per day. The consumption of salt and oil monthly exceeded the recommendation but the water intake was considered adequate. Fifty-six percent stated that they were in need of improvements in nutrition since the anthropometric measurement indicated that 48% were classified as obese grade I and the risk of development metabolic complication were diagnosed in the entire group. The sedentary lifestyle was diagnosed in 82% of the subjects. Discuss: The principal cause of overweight is the inadequate diet which is plenty of sugar and fats, and the sedentary. Conclusion: According to these results, the recommended action is to perform a campaign to raise awareness about the dangers of overweight and healthy complications for these people, so that they can develop better eating habits and a healthier lifestyle in order to improve their quality of life.

Key words: Obesity. Nutritional Assessment. Food Habit.

2-Professora Doutora do Centro Universitário Central Paulista-UNICEP, São Carlos, Brasil.

INTRODUÇÃO

A obesidade é considerada como um dos maiores problemas nutricionais públicos analisados nos últimos anos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde é o maior causador de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas em todo o mundo e atinge as diferentes condições socioeconômicas.

Essa patologia é resultante de um desequilíbrio energético, em que há um consumo excessivo de energia e pouca liberação das calorias ingeridas, devido ao sedentarismo, sendo descrita pelo aumento de gordura corporal, que pode ser prejudicial à saúde (World Health Organization, 2013).

É a situação mais profunda e mais grave de excesso de peso e compõe um grupo de doenças não transmissíveis (Lino, Muniz, Siqueira, 2011).

Essa patologia foi considerada uma epidemia pelo crescente índice registrado em 2008-2009 pela Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), afetando 14,8% dos indivíduos adultos brasileiros, sendo 12,5% dos homens e 16,9% das mulheres (Brasil, 2010).

A obesidade pode ser designada em Androide ou Ginecoide. A obesidade androide é caracterizada pelo grande volume de gordura concentrado na região abdominal, visceral (Silva e colaboradores, 2008). Já a obesidade ginecoide é caracterizada pelo acúmulo de gordura que predomina a parte periférica do corpo humano, sendo quadril, coxas e nádegas, abrangendo os membros inferiores (Tavares, Nunes, Santos, 2010).

Segundo Kolotkin e colaboradores (2001), essa patologia pode ser causada pelos diversos fatores como a genética, fator social, ambiental, metabólico e comportamental.

A dieta inadequada, rica em açúcares e gorduras, e o sedentarismo são umas das principais causas da obesidade (Novais, Leite, 2011).

A alimentação é controlada por vários fatores cognitivos, ambientais, emocionais e psicológicos, no qual a representação do alimento para o indivíduo libera hormônios que despertam o desejo de consumi-lo, interferindo no poder de saciedade do mesmo (Landeiro, Guaratini, 2010), os obesos parecem ter menor liberação desses hormônios controladores da saciedade.

Um indivíduo obeso, comparado a um indivíduo eutrófico (peso normal para a altura/idade), possui maior probabilidade de vir a desenvolver doenças associadas à obesidade (Moreira e colaboradores, 2012).

O tratamento para obesidade deve ser baseado na procura de profissionais da área da saúde para receber orientações e planejamentos de uma vida mais saudável. As mudanças de hábitos alimentares devem ser concretizadas, como também o suporte na prática de atividades físicas (Hollo, Leite, Navarro, 2006).

A equipe multidisciplinar é notavelmente mais eficaz no tratamento da obesidade, do que apenas um profissional atuando com o paciente (Silveira e colaboradores, 2010).

O tratamento deve ser composto por profissionais de nutrição, psicologia, medicina, educação física, conjuntamente com a comunidade, escolas e governo, visando também à prevenção da obesidade e futuras patologias (Marcon, Gus, 2010).

O presente estudo foi desenvolvido devido ao alto índice de obesidade registrado no Brasil e no mundo, sendo um fator importante para o surgimento de outras patologias e maior risco de mortalidade.

Dessa forma, o conhecimento dos hábitos alimentares e de estilo de vida desse grupo poderá auxiliar o nutricionista e os demais profissionais de saúde a tratar com maior eficiência esse alarmante problema de saúde pública.

O objetivo desse estudo foi determinar o perfil nutricional de pessoas com obesidade, usuários de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Ibaté, no interior paulista.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo do tipo transversal descritivo, aplicado em 50 indivíduos obesos, maiores de 18 anos e de ambos os sexos, usuários de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Ibaté-SP.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNICEP sob o parecer nº 37865914.6.0000.5380 e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início da coleta de dados.

Os pacientes que frequentavam a Unidade Básica de Saúde, que visualmente

apresentavam excesso de peso, eram convidados a participar da pesquisa, sendo inicialmente realizada a avaliação antropométrica para confirmação da obesidade, critério de inclusão utilizado pelas pesquisadoras.

Para a avaliação nutricional foi utilizado o índice de massa corporal (IMC), que é a relação entre o peso (em quilos) dividido pela altura (em metros) ao quadrado (Weller, Vieira, 2013).

Para obtenção do peso, o avaliado foi pesado sem sapatos e com a menor quantidade de roupas possível e solicitado que objetos que estivessem nos bolsos de calças fossem retirados.

A balança eletrônica utilizada foi a plataforma com capacidade de até 200 quilos da marca Micheletti, modelo Mic 200 PPA, onde o adulto se posicionou no centro da balança com os pés completamente apoiados e os braços estendidos e soltos ao longo do corpo.

A aferição da altura foi verificada pela régua antropométrica retrátil de material de alumínio acoplada na balança. O adulto ficou em pé, olhando para o horizonte, em posição ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo e pés juntos, encostando o glúteo na parede (Fontavine, Paula, Peres, 2007).

A classificação do estado nutricional através do IMC pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1997) indica: - IMC 30,0 a 34,9 Kg/m² - Obesidade grau 1; - IMC 35,0 a 39,9 Kg/m² - Obesidade grau 2; - IMC maior ou igual a 40,0 Kg/m² - Obesidade grau 3.

A circunferência abdominal (CA) tem sido utilizada para determinar indiretamente o depósito de gordura visceral, sendo a CA um indicador de obesidade central. Há uma relação entre a gordura abdominal com fatores de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, devido ao acúmulo de tecido adiposo visceral (Linhares e colaboradores, 2012).

Quando a CA for maior que 80 cm para indivíduos do sexo feminino e maior que 94 cm para indivíduos do sexo masculino: indica risco aumentado de doenças cardiovasculares e quando for maior que 88 cm para indivíduos do sexo feminino e maior que 102 cm para indivíduos do sexo masculino: indica risco muito aumentado de

desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Lean, Han, Morrison, 1995).

Para obtenção da CA, o paciente ficou em pé e foi passada a fita métrica na altura do seu umbigo. O avaliado manteve a respiração normal e a fita métrica foi passada sobre a pele dele, e não em cima de roupas (Lima e colaboradores, 2011).

Foi aplicado um questionário elaborado pelas próprias pesquisadoras, contendo questões sobre a situação da saúde dos participantes, além dos hábitos alimentares e estilo de vida e da obesidade.

Os resultados foram analisados de forma descritiva e apresentados em tabelas e gráficos.

RESULTADOS

Os resultados da presente pesquisa referem-se aos 50 participantes adultos, de ambos os sexos entrevistados, cujo perfil do grupo está na tabela 1.

Segundo a tabela 1, a maioria dos participantes era do sexo feminino (88%), a faixa etária mais prevalente foi entre 18 e 30 anos de idade (42%).

Cinquenta e dois por cento dos participantes não relataram antecedentes familiares para obesidade e o histórico de ganho de peso foi ligado a alguma situação que o fez engordar como gestação, menopausa e casamento.

Dos 48% que apresentaram antecedentes familiares para obesidade, o destaque foi para pais.

A tabela 2 aponta a relação dos participantes com a obesidade.

A tabela 2 mostra que 82% dos participantes afirmaram não ter realizado tratamento para obesidade.

Dos 18% que responderam já ter feito apenas 10% foi com o auxílio de algum profissional, que para a maioria foi o nutricionista.

Sobre a utilização de medicamentos para emagrecer, apenas 26% responderam positivamente e os medicamentos mais relatados foram Sibutramina e Dualid.

A tabela 3 apresenta os problemas de saúde e o uso de medicamentos pelos participantes.

Tabela 1 - Perfil dos participantes avaliados, Ibaté, 2014/2015.

Características	N	%
Sexo		
Masculino	6	12
Feminino	44	88
Idade		
De 18 a 30 anos	21	42
De 31 a 40 anos	7	14
De 41 a 50 anos	9	18
De 51 a 60 anos	8	16
Mais que 60 anos	5	10
Antecedentes familiares para obesidade		
Não	26	52
Sim	24	48
História de ganho de peso		
Acima do peso desde a infância	20	40
Ocorreu algo que fez engordar	29	58
Não reconhece seu estado físico	1	2
Total	50	100

Tabela 2 - Relação dos participantes com a obesidade, Ibaté, 2014/2015.

Características	N	%
Realização de tratamento da obesidade		
Não	41	82
Sim	9	18
Com auxílio de profissional da saúde para tratamento		
Não	45	90
Sim	5	10
Utilização de medicamentos para emagrecer		
Não	37	74
Sim	13	26
Total	50	100

Tabela 3 - Problemas de saúde e uso de medicamentos pelos participantes, Ibaté, 2014/2015.

Doenças	N	%
Problemas de saúde		
Não	21	42
Sim	29	58
Uso de medicamentos para tratamento		
Não	26	52
Sim	24	48
Total	50	100

De acordo com a tabela 3, 58% dos participantes tinham algum problema de saúde e 48% utilizavam medicamentos para tratá-los.

Dentre os problemas de saúde mais citados estavam: Hipertensão Arterial, Hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus, Hipertrigliceridemia e outros. O gráfico 1 aponta o consumo de *Fast Foods* pelos avaliados.

O gráfico 1 indica que 40% dos participantes da pesquisa não costumavam consumir *Fast Foods*. Entre aqueles que consumiram, a frequência mais prevalente foi uma vez por semana. O gráfico 2 apresenta o número de refeições diárias realizadas pelos participantes.

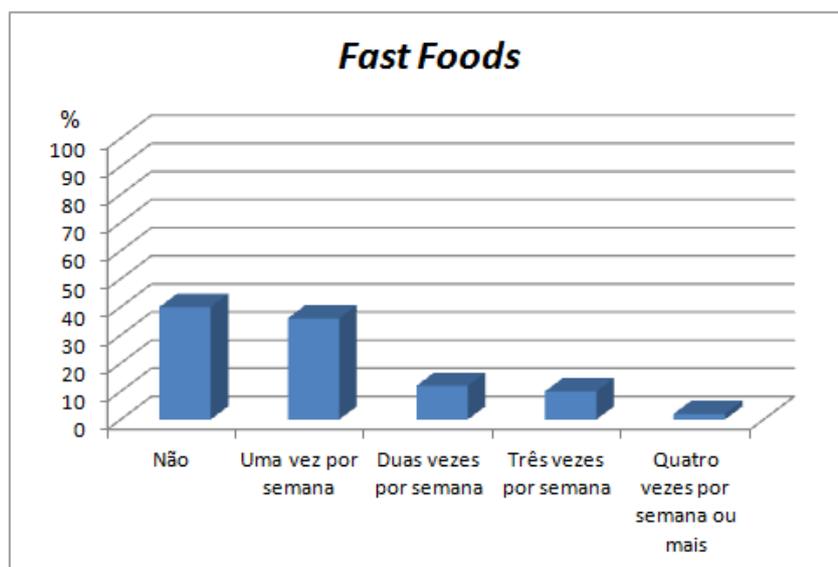


Gráfico 1 - Consumo de *Fast Foods* pelos participantes, Ibaté, 2014/2015.



Gráfico 2 - Fracionamento das refeições dos participantes diariamente, Ibaté, 2014/2015.

Segundo o gráfico 2, 32% dos entrevistados realizaram apenas três refeições por dia, seguido daqueles que responderam fazer quatro refeições por dia (22%). A tabela 4 apresenta a frequência de consumo alimentar dos participantes.

Conforme a tabela 4, os alimentos consumidos diariamente pelo grupo foram: arroz, carnes, leguminosas, refrigerantes, verduras, pães e biscoitos sem recheio, leite e derivados, legumes e doces.

O suco natural, frutas, massas e frituras aparecem com maior frequência de uma a duas vezes na semana; os embutidos,

guloseimas, sucos em pó e bebidas alcoólicas foram os mais relatados como nunca consumidos.

A tabela 5 apresenta a adequação do consumo por pessoa de óleo e sal pelas famílias dos participantes avaliados.

Conforme a tabela 5, o consumo mensal por pessoa de óleo (66%) e sal (62%) estiveram acima do recomendado, sendo considerado um consumo *per capita* de 150g de sal e 500 ml de óleo por mês (Brasil, 2014).

A seguir, no gráfico 3, a ingestão de água diária dos avaliados.

Tabela 4 - Frequência de consumo alimentar dos participantes (%).

Alimentos	Frequência de consumo alimentar (%)				
	Diária	3x ou mais/semana	1 - 2x/semana	Quinzenalmente	Nunca
Frutas	20	22	40	4	14
Verduras	58	18	16	0	8
Legumes	48	24	14	2	12
Carnes	72	22	6	0	0
Embutidos*	4	18	34	4	40
Leguminosas	66	20	6	2	6
Leite e Derivados**	52	14	8	10	16
Pães e Biscoitos sem recheio	58	10	14	12	6
Arroz	90	8	2	0	0
Massas	4	38	38	18	2
Doces	34	16	26	12	12
Guloseimas***	14	14	28	14	30
Refrigerantes	60	10	14	4	12
Suco em pó	26	22	20	0	32
Suco natural	12	16	30	28	14
Bebida alcoólica	2	4	22	14	58
Fritura	22	28	30	4	16

Legenda: *Embutidos: mortadela, linguiça, salsicha e presunto; **Derivados do leite: queijo, iogurte e requeijão.
 ***Guloseimas: salgadinhos de pacote, biscoitos recheados, bolos industrializados.

Tabela 5 - Consumo mensal por pessoa de óleo e sal pelas famílias dos participantes, Ibaté, 2014/2015.

Característica do preparo dos alimentos	N	%
Consumo Mensal de óleo por pessoa		
Adequado	18	36
Acima da recomendação	33	66
Consumo Mensal de sal por pessoa		
Adequado	19	38
Acima da recomendação	31	62
Total	50	100

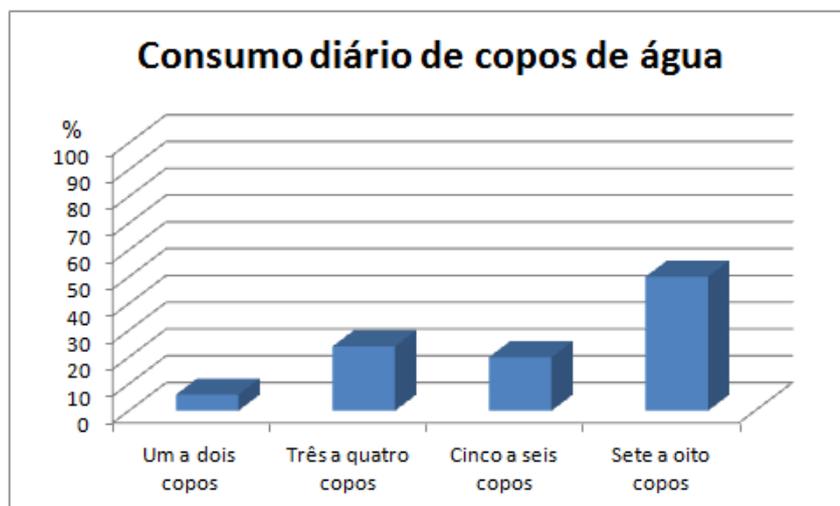


Gráfico 3 - Quantidade diária de água ingerida pelos participantes. Ibaté, 2014/2015.

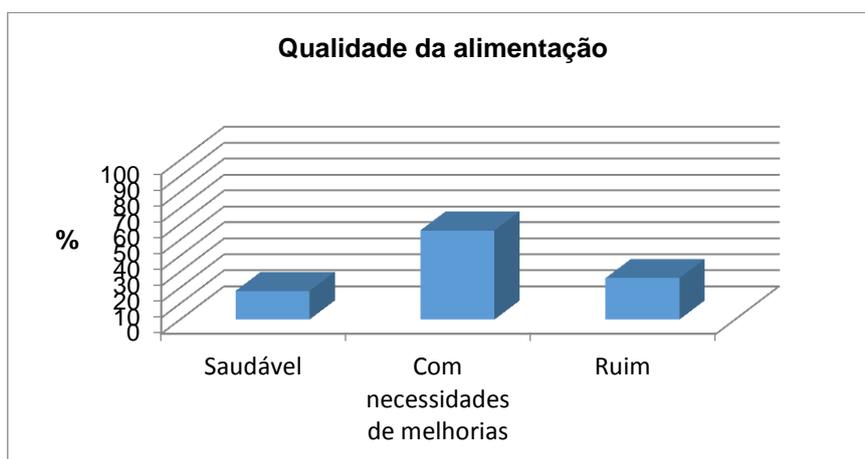


Gráfico 4 - Percepção dos participantes quanto à qualidade da própria alimentação, Ibaté, 2014/2015.



Legenda: *Arroz; *Comer excessivamente; *Não ter horário fixo para refeições.

Gráfico 5 - Avaliação dos fatores contribuintes com o ganho de peso entre os participantes, Ibaté, 2014/2015.

Segundo o gráfico 3, 50% dos entrevistados relataram ingerir de sete a oito copos de água por dia. O gráfico 4 mostra a percepção dos participantes quanto à própria alimentação.

O gráfico 4 indica que na percepção dos avaliados, 56% classificaram a qualidade

da sua alimentação com necessidades de melhorias.

O gráfico 5 apresenta os fatores mencionados pelos participantes que contribuíram com o ganho de peso ou dificuldade de emagrecer.

O gráfico 5 aponta que o motivo do ganho de peso mais relatado foi o consumo de

frituras e gorduras (27%), mas todos os alimentos citados apresentaram alta densidade energética. O gráfico 6 aponta se há um maior consumo de alimentos nos momentos de ansiedade.

Conforme o gráfico 6, 70% dos avaliados relataram consumir mais alimentos em momentos de ansiedade. O hábito de praticar atividades físicas pelos participantes da pesquisa está ilustrado no gráfico 7.

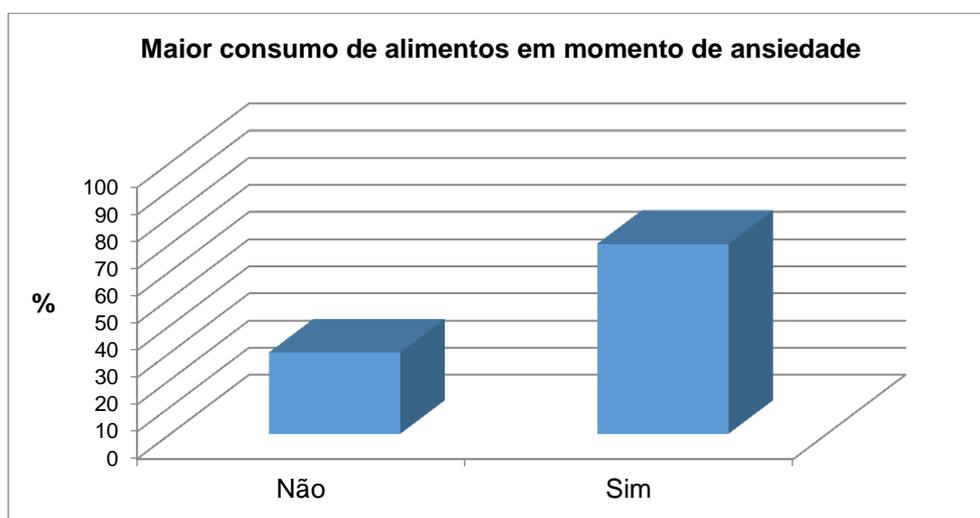


Gráfico 6 - Maior consumo de alimentos em períodos de ansiedade, Ibaté, 2014/2015.

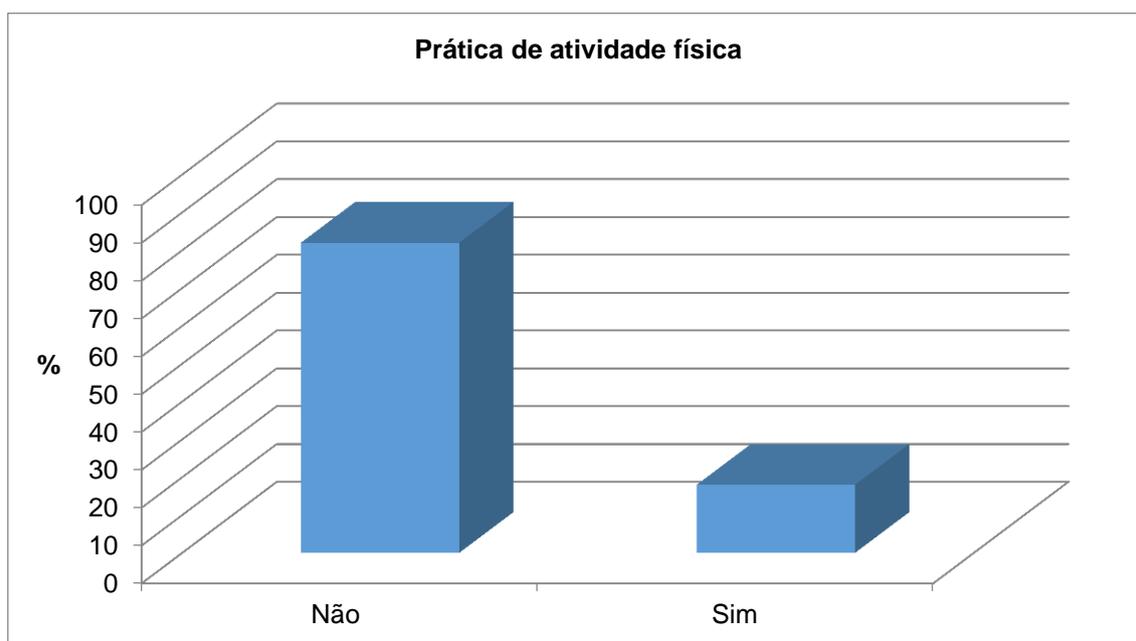


Gráfico 7 - Realização de atividades físicas pelos participantes, Ibaté, 2014/2015.

Conforme o gráfico 7, 82% não praticavam atividade física. Os 18% (n=9) que praticavam, relataram realizar atividade aeróbica (caminhada) e a frequência encontrada foi de uma a duas vezes na semana (n=5) e 3 a 4 vezes (n=4). O gráfico 8 apresenta a classificação de obesidade apresentada pelos avaliados, segundo o IMC.

O gráfico 8 mostrou que 48% dos avaliados se enquadraram em obesidade grau 1, seguido de 36% com obesidade grau 2. O gráfico 9 revela o risco de complicações metabólicas apresentadas pelos participantes por meio da circunferência abdominal.

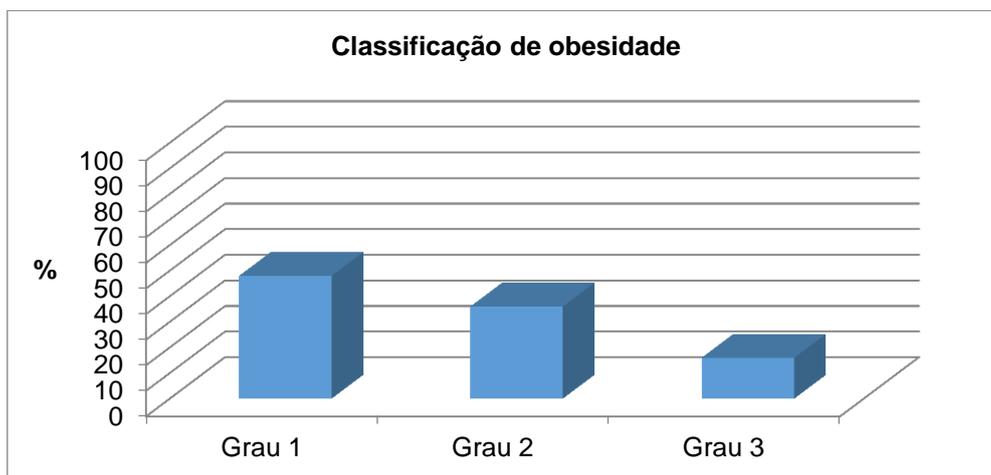


Gráfico 8 - Avaliação do grau de obesidade dos participantes, Ibaté, 2014/2015.

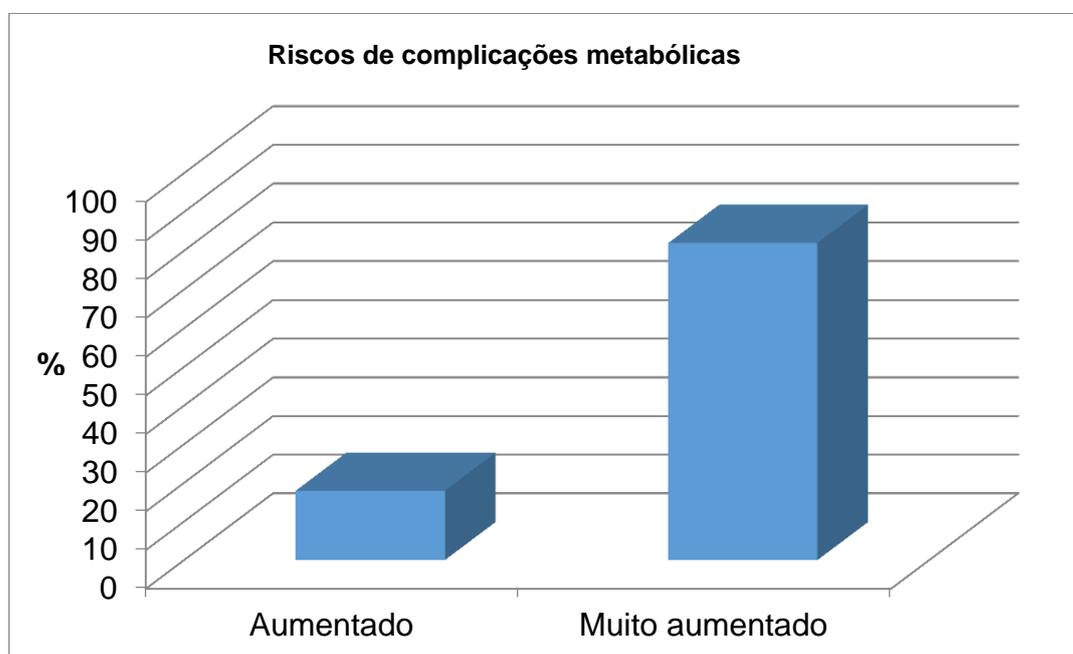


Gráfico 9 - Risco de complicações metabólicas pela avaliação da circunferência abdominal, Ibaté, 2014/2015.

De acordo com o gráfico 9, 82% dos participantes apresentaram risco muito aumentado de complicações metabólicas e o restante apresentou risco aumentado, ou seja, todos os participantes avaliados estiveram em risco de complicações metabólicas.

DISCUSSÃO

A obesidade desenvolvida na infância é muito preocupante, pois uma criança obesa tem grandes chances de ser um adulto obeso,

vindo a desenvolver diversas patologias relacionadas ao excesso de peso, quando comparadas a uma criança não obesa (Silva, Balaban, Motta, 2005).

Com o envelhecimento, tem-se um aumento no acúmulo de gordura corporal, que é próprio desse processo e agravado pela vida sedentária. Esse acúmulo também acontece quando se tem uma alimentação desequilibrada e altamente calórica, e alterações nos hormônios que são quantitativamente modificados ao longo da

vida e a diminuição do metabolismo (WHO, 2002).

Na tabela 2, foi informada a relação dos avaliados com o excesso de peso, sendo observado que a maioria nunca realizou tratamento para obesidade e não utilizavam medicamentos para emagrecer.

O nutricionista tem o papel de promover hábitos alimentares saudáveis ao seu paciente e a educação nutricional é uma ótima forma de fornecer conhecimento sobre os tipos de alimentos e suas composições, o que é mais saudável, o que se deve evitar e contribui com adoção de hábitos saudáveis.

O profissional da nutrição é capacitado para a prescrição de dietas a um indivíduo e leva em consideração a vida do paciente, suas patologias, suas necessidades e gasto energético, devendo trabalhar em conjunto com o médico (Saar, Trevizan, 2007).

O nutricionista atua com o papel de reeducar a alimentação, orientar na qualidade e quantidade da dieta de um indivíduo, ensinando a fazer escolhas saudáveis e equilibradas (Pereira, Oliveira, 2012).

O psicólogo atua na investigação da relação afetiva do paciente com o alimento, avalia a ansiedade, depressão, ajuda a enfrentar os problemas de saúde, analisa o que leva o paciente a comer excessivamente, trata de problemas emocionais que levam a compulsão alimentar e também atua na preparação para a mudança de hábitos alimentares como também a preparação para uma possível cirurgia (Akamine, Ilias, 2013).

O médico endocrinologista acompanha a evolução clínica do indivíduo e prescreve medicamentos para controlar os hormônios (Lira e colaboradores, 2013).

O educador físico avalia a postura, faz teste de esforço, é o profissional habilitado para prescrever atividades físicas para cada tipo de pessoa, para a melhora do sistema cardiovascular e física do indivíduo (Rabbo e colaboradores, 2010).

A equipe multidisciplinar pode ainda ser constituída por outros profissionais também, dependendo da necessidade do paciente.

Essa equipe visa à saúde do paciente e o tratamento, por meio da diminuição de peso e propõe a melhora na qualidade de vida do indivíduo obeso para reduzir os fatores de risco associados à obesidade (Zilberstein, Galvão, Ramos, 2001).

Gigante e colaboradores (2011) alertam que o tratamento para a obesidade é um processo duradour, persistente e de longo prazo, que exige mudança de comportamento como a melhora da alimentação e inclusão da atividade física no cotidiano do indivíduo. A prevenção e o controle do ganho de peso são imprescindíveis, pois o excesso de peso já atinge metade da população adulta.

A Tabela 3 mostrou os problemas de saúde apresentados pelos participantes e o uso de medicamentos para essas patologias como a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus tipo II, Hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia e outras.

A obesidade apresenta associação com outras comorbidades como a Hipertensão Arterial (HAS). Setenta e cinco por cento dos hipertensos são obesos (Ho, 2009).

A diabetes tipo II também tem relação com a obesidade. Um indivíduo obeso tem uma maior produção de substâncias que fazem o organismo ter dificuldade em ligar a glicose à insulina após a alimentação, devido ao acúmulo de gordura excessiva (Aguiar, Manini, 2013).

Corrêa e colaboradores (2003) destacaram que a obesidade tem relação com a menor captação de insulina pelo fígado, menor captação de glicose pelo músculo e maior produção de glicose no fígado.

Para a prevenção e melhora do quadro da obesidade e diabetes mellitus tipo II é indicada alimentação adequada e exercício físico (Bernardes e colaboradores, 2009).

A dislipidemia refere-se aos desequilíbrios metabólicos, no qual apresentam níveis elevados de lipoproteínas, que são moléculas que transportam os lipídeos para o meio aquoso, sendo mensurado o colesterol VLDL, LDL, HDL e também os Triglicerídeos. O acúmulo de quilomícrons e VLDL no plasma resulta em hipertrigliceridemia e o acúmulo de LDL-colesterol em hipercolesterolemia (Xavier e colaboradores, 2013).

No gráfico 1, a frequência de ingestão de *Fast Foods*, mostrou que a maioria dos avaliados não tinham o costume de consumir tais alimentos.

Há uma troca de valores do ponto de vista alimentar, onde a comida caseira balanceada que apresenta mais qualidade nos seus ingredientes está sendo substituída pelo *Fast Food*, pela comodidade e sabor devido

ao alto teor de lipídeo que aumenta a palatabilidade desses alimentos (Monteiro, Mondini, Costa, 2000).

Os participantes dessa pesquisa relataram não fracionar adequadamente a alimentação (gráfico 2).

Para enfrentar a obesidade, devem ser seguidos horários para que haja uma rotina alimentar, com refeições completas para que diminua o consumo de guloseimas durante todo o dia e para que o indivíduo se alimente corretamente (Triches, Giugliani, 2005).

A tabela 4 mostrou que a frequência alimentar diária dos participantes foi composto por alimentos saudáveis, mas também por refrigerantes e doces.

A oferta de um alimento, a demanda, o preço e a renda familiar são diretamente relacionados ao fator ambiental e socioeconômico, que influenciam na escolha e compra de um alimento para ser colocado na mesa de uma família (Oliveira, Thébaud-mony, 1997).

Segundo Beck e colaboradores (2011), a obesidade é uma doença fortemente relacionada à ingestão inadequada de alimentos com alta demanda calórica por serem altamente palatáveis, contribuindo com o ganho de peso.

Foi observado um consumo mensal de sal e óleo maior que a recomendação (tabela 5).

O alto consumo de alimentos gordurosos e calóricos está associado diretamente ao peso corpóreo de um indivíduo e ao acúmulo de gordura no tecido adiposo (Monteiro, Riether, Burini, 2004).

O estudo de Silva e colaboradores (2014), com 123 policiais militares, na cidade de Vale de Guaribas (PI) avaliou que diversos fatores contribuem com a hipertensão arterial e todos ligados aos hábitos de vida. A maior ênfase foi dada ao padrão alimentar, que consistiu em uma dieta rica em sal.

O gráfico 3 mostrou que a maioria dos avaliados ingere a quantidade adequada de água.

O *Institute of Medicine* com as recomendações da *Dietary Reference Intakes - DRI* (2004) apontam que as mulheres devem ingerir em média 2,7 litros de água, e os homens na faixa de 3,7 litros totais de água. Esses valores também incluem as bebidas e os líquidos presentes nos alimentos e são

adequados para as necessidades de pessoas saudáveis e sedentárias.

Ao ser analisada a percepção dos entrevistados sobre a qualidade de sua alimentação mostrou que a maioria necessita de melhorias, gráfico 4.

Sichieri e colaboradores (2000) afirmam que uma alimentação saudável deve conter alimentos variados, fazer mais que quatro refeições diárias, evitar alimentos industrializados, ricos em sal, preferir sucos naturais, reduzir o consumo de refrigerantes e açúcares e fazer trocas por alimentos em sua forma natural.

Os avaliados da pesquisa citaram os alimentos que eles achavam que contribuíam com o ganho de peso e dificuldade para emagrecimento como apresentado no gráfico 5.

A obesidade e comorbidades como a dislipidemia tem uma grande relação, pois surgem dos mesmos fatores de riscos, que são favorecidos pelo grande consumo de alimentos ricos em açúcares e gorduras (Howard, Ruotolo, Robbins, 2003).

A educação nutricional foi criada com o propósito de construir conhecimento sobre a alimentação dos indivíduos, com o intuito de estabelecer hábitos saudáveis para prevenir ou reverter o quadro de obesidade (Fernandes e colaboradores, 2009).

Segundo o gráfico 6, em momentos de ansiedade foi observado o maior consumo de alimentos nesse período.

A alta ingestão de alimentos ocorre visivelmente em situações de estresse, como no período da ansiedade, quando a pessoa usa o alimento como forma de reparar a ansiedade (Faith, Allison, Geliebter, 1997).

Alimentos doces enviam mensagens para o cérebro que liberam neurotransmissores chamados endorfinas, que provocam a saciedade, assim justifica a grande procura de alimentos ricos em açúcares por pessoas com estresse emocional (Match, 1999).

O sedentarismo foi relatado pela maior parte dos participantes, gráfico 7. Contudo para a redução de peso, é importante a prática de atividade física, pois evita o balanço energético positivo e o aparecimento da obesidade (Mendonça, Anjos, 2004).

A prática de atividade física apresenta benefícios para qualidade de vida de um indivíduo, quando a prática é cotidiana e bem

orientada, independente da modalidade (Macedo e colaboradores, 2003).

Segundo Rique, Soares, Meirelles (2002), a alimentação adequada interligada a atividade física está relacionada na diminuição da prevalência dos riscos de doenças cardiovasculares.

Hauser, Benetti, Rabelo (2004) apontam que a prática de atividade física é eficiente para a perda de peso e controle da obesidade, quando ocorre um aumento do gasto calórico, assim diminuindo o percentual de gordura corporal.

O gráfico 8 mostrou que foi mais prevalente pessoas com obesidade grau 1, ao ser realizada a avaliação antropométrica do grupo estudado.

Carneiro e colaboradores (2003) fizeram um estudo com 499 indivíduos adultos no Ambulatório de Obesidade da UNIFESP-SP, portadores de excesso de peso, e desses, 83% foram classificados no perfil de obesidade.

A relação entre obesidade abdominal e riscos de complicações metabólicas foi mostrada no gráfico 9, em que foi verificado que todos os participantes encontravam-se em risco.

Um estudo feito por Diniz e Tavares (2013) com 134 idosos do município de Água Comprida-MG mostrou que a circunferência abdominal aumentada é um dos fatores predominante de riscos de doenças cardiovasculares nos avaliados. O sedentarismo e hipertensão arterial também são fatores para tais riscos.

Pinho e colaboradores (2013) estudaram 1.580 adultos do estado de Pernambuco e constataram que 51,9% dos avaliados apresentavam obesidade abdominal, do qual foi verificada maior prevalência no sexo feminino.

Mariano e colaboradores (2014) realizaram um estudo em 41 indivíduos maiores de 18 anos, estudantes do ensino superior, da cidade de Curitiba-PR, e foram identificados os principais motivos da evolução da síndrome metabólica nesses participantes como o sedentarismo, a hipertensão, e maus hábitos de vida (como tabagismo e alto consumo de bebida alcoólica), porém o principal fator foi o aumento da circunferência abdominal.

CONCLUSÃO

Conclui-se que o perfil dos portadores de obesidade de Ibaté apontou que a maioria eram mulheres, entre 18 e 30 anos de idade, com antecedentes familiares obesos e história de ganho de peso associada a alguma situação vivida.

Grande parte desses participantes nunca realizou tratamento para obesidade antes e também não fizeram uso de medicamentos para emagrecer. Mais da metade apresentou problemas de saúde como a Hipertensão Arterial.

O consumo alimentar indicou, segundo o relato do grupo, que 40% não ingeriam *fast foods*, 32% realizavam apenas três refeições ao dia, o uso de sal e latas de óleo mensal ultrapassou a recomendação e a ingestão de água encontrou-se adequada.

Os alimentos mais consumidos diariamente foram arroz, carnes, leguminosas, refrigerantes, verduras, pães e biscoitos sem recheio, leite e derivados, legumes, doces, suco em pó e outros.

Ao serem questionados como analisam a qualidade de sua alimentação, 56% afirmaram necessitar de melhorias e os alimentos que mais contribuíram com o ganho de peso do grupo foram aqueles com alta densidade energética, em momentos de ansiedade.

Quarenta e oito por cento foram classificados como obeso grau I e o sedentarismo foi observado em 82% dos entrevistados. O risco do desenvolvimento de complicações metabólicas, por meio da circunferência abdominal, foi diagnosticado em todo o grupo.

A recomendação é a realização de um trabalho de conscientização das complicações da obesidade sobre a saúde dessas pessoas, para que sejam estimulados hábitos alimentares e de estilo de vida mais saudáveis, visando à qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- 1-Aguiar, R.S.; Manini, R.A. A fisiologia da obesidade: bases genéticas, ambientais e sua relação com o diabetes. *ComCiência*. Num. 145. 2013.
- 2-Akamine, A.M.B.C.; Ilias, E.J. Por que avaliação e preparo psicológicos são

necessários para o paciente candidato à cirurgia bariátrica?. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 59. Num. 4. 2013. p. 316-317.

3-Beck, C.C.; e colaboradores. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes de município do sul do Brasil: prevalência e associações com variáveis sociodemográficas. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 14. Num. 1. 2011. p. 36-49.

4-Bernardes, F.B.; e colaboradores. Relação da obesidade com diabetes mellitus tipo 2 com ênfase em nutrição e atividade física. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 3. Num. 15. 2009. p. 241-250.

5-Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira. 2ª edição. Brasília. 2014. p. 5-152.

6-Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro. IBGE. 2010. p. 130.

7-Carneiro, G.; e colaboradores. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 49. Num. 3. 2003.

8-Corrêa, F.H.S.; e colaboradores. Influência do gordura corporal no controle clínico e metabólico de pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo. Vol. 47. Num. 1. 2003. p. 62-68.

9-Diniz, M. A.; Tavares, D. M. S. Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. Texto Contexto Enfermagem. Vol. 22. Num. 4. 2013. p. 885-892.

10-Faith, M. S.; Allison, D. B.; Geliebter, A. Emotional eating and Obesity: Theoretical considerations and practical recommendations. In: Dalton S. Overweight and weight management. Maryland. Aspen Publishers. 1997. p.439-65.

11-Fernandes, P. S.; e colaboradores. Avaliação do efeito da educação nutricional na prevalência de sobrepeso/obesidade e no consumo alimentar de escolares do ensino fundamental. J Pediatr. Vol. 85. Num. 4. 2009. p. 315-321.

12-Fontanive, R.; Paula, T.P.; Peres, W.A.F. Avaliação em adultos - Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais. In: Duarte, A.C.G. São Paulo. Atheneu. 2007.

13-Gigante, D.P.; e colaboradores. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 14. Num. 1. 2011. p. 157-165.

14-Hauser, C.; Benetti, M.; Rabelo, F. P. Estratégias para o emagrecimento. Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano. Vol. 6. Num. 1. 2004. p. 72-81.

15-Ho, T.F. Cardiovascular risks associated with obesity in children and adolescent. Annals Academy of Medicine. Vol. 38. Num. 1. 2009. p. 48-49.

16-Hollo, R. A.; Leite, M. D. O.; Navarro, F. A educação nutricional como forma de viabilizar o tratamento de mulheres com sobrepeso e obesidade, com baixa renda, atendidas numa Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Cabreúva-SP. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. São Paulo. Vol. 1. Num. 4. 2006. p. 109-118.

17-Howard, B.V.; Routolo, G.; Robbins, D.C. Obesity and dyslipidemia. Endocrinology and metabolism clinics of North America. Vol. 32. Num. 4. 2003. p. 855-867.

18-Institute of Medicine; Food and Nutrition Board. Dietary References Intakes: Water, Potassium, Sodium, Chloride, and Sulfate. 11 de fevereiro de 2004. Washington - USA. 2006.

19-Kolotkin, R.L.; e colaboradores. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. Obesity Research. Durham. Vol. 9. Num. 2. 2001. p. 102-111.

20-Landeiro, F.M.; Guaratini, L.C. Obesidade: Controle neural e hormonal do comportamento alimentar. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. Vol. 10. Num. 3. 2010. P. 236-245.

21-Lean, M.E.J.; Han, T.S.; Morrison, C.E. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management. *BMJ*. Vol. 311. 1995. p. 158-161.

22-Linhares, R.S. e colaboradores. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 28. Num. 3. 2012. p. 438-448.

23-Lima, C.G. e colaboradores. Circunferência da cintura ou abdominal? Uma revisão crítica dos referenciais metodológicos. *Revista Simbio-Logias*. Vol. 4. Num. 6. 2011. p. 108-131.

24-Lino, M.Z.R.; Muniz, P.T.; Siqueira, K.S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. *Cad Saúde Pública*. Vol. 27. Num. 4. 2011. p. 797-810.

25-Lira, C.T.C.; e colaboradores. Efeitos de diferentes intensidades de treinamento aeróbio sobre a lipemia de adolescentes obesos. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Vol. 18. Num. 6. 2013. p. 761-770.

26-Macedo, C. S. G.; e colaboradores. Benefícios do exercício físico para saúde e qualidade de vida. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. Vol. 8. Num. 2. 2003. p. 19-27.

27-Marcon, E.R.; Gus, I. A influência dos fatores ambientais no tratamento prevenção da obesidade. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 4. Num. 20. 2010. p. 88-92.

28-Mariano, K. G. T. S.; e colaboradores. Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de síndrome metabólica e doença cardiovascular em estudantes universitários. *Caderno da Escola da Saúde*. Vol. 2. 2014. p. 50-60.

29-Match, M. Characteristics of eating in anger, fear, sadness and joy. *Appetite*. Vol. 33. Num. 1. 1999. p. 129-139.

30-Mendonça, C.P.; Anjos, L.A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública*. Vol. 20. Num.3. 2004. p. 698-709.

31-Monteiro, C. A.; Mondini, L.; Costa, R. B. L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Revista de Saúde Publica*. Vol. 34. Num. 3. 2000. p. 251-258.

32-Monteiro, R. C. A.; Riether, P. T. A; Burini, R. C. Efeito de um programa misto de intervenção nutricional e exercício físico sobre a composição corporal e os hábitos alimentares de mulheres obesas em climatério. *Rev. Nutr*. Vol. 17. Num. 4. 2004. p. 479-489.

33-Moreira, N.F.; e colaboradores. Obesidade: principal fator de risco para hipertensão arterial sistêmica em adolescentes brasileiros participantes de um estudo de coorte. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia e Metabolismo*. Vol. 57. Num. 7. 2012. p. 520-526.

34-Novais, M.; Leite, F. Hábitos de vida: uma análise da alimentação, do sedentarismo e do tabagismo. *Instituto de Estudos de Saúde Complementar*. Vol. 41. 2011. p. 1-10.

35-Oliveira, S. P.; Thébaud-Mony, A. Estudo do consumo alimentar: em busca de uma abordagem multidisciplinar. *Rev. Saúde Pública*. Vol. 3. Num. 2. 1997. p. 201-208.

36-Pereira, J. O.; Oliveira, E. F. A. A importância do profissional nutricionista no âmbito hospitalar. *CIEGESI - Conferência internacional de estratégia em gestão, educação e sistemas de informação*. 2012. p. 878-891.

37-Pinho, C. P. S.; e colaboradores. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal em indivíduos na faixa etária de 25 a 59 anos do Estado de Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 29. Num. 3. 2013. p. 313-324.

38-Rabbo, M. P. S.; e colaboradores. O papel de uma equipe multidisciplinar em programas de reabilitação cardiovascular. *Ciência em Movimento*. Num. 23. 2010. p. 99-106.

39-Rique, A. B. R.; Soares, E. A.; Meirelles, C. M. Nutrição e exercício na prevenção e controle das doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. Vol. 8. Num. 6. 2002. p. 244-254.

40-Saar, S. R. C.; Trevisan, M. A. Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes. *Revista Latino Americano de Enfermagem*. Vol. 15. Num. 1. 2007. p. 1-7.

41-Sichieri, R.; e colaboradores. Recomendações de Alimentação e Nutrição Saudável para a População Brasileira. *Arquivo Brasileiro de Endocrinologia*. Vol. 44. Num. 3. 2000.

42-Silva, G. A. P.; Balaban, G.; Motta, M. E. F. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes de diferentes condições socioeconômicas. *Revista Brasileira de Saúde Materna Infantil*. Vol. 5. Num. 1. 2005. p. 53-59.

43-Silva, L. L. R.; e colaboradores. Avaliação da interferência do exercício físico e da alimentação em adultos com obesidade abdominal. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. São Paulo. Vol. 2. Num. 9. 2008. p. 256-266.

44-Silva, L. R.; e colaboradores. Fatores de risco para hipertensão arterial em policiais militares do Centro-Sul Piauiense. *Rev. Baiana de Saúde Pública*. Vol. 38. Num. 3. 2014. p. 679-692.

45-Silveira, A. M.; e colaboradores. Efeito do atendimento multidisciplinar na modificação dos hábitos alimentares e antropometria de crianças e adolescentes com excesso de peso. *Revista Medicina*. Vol. 20. Num. 3. 2010. p. 277-284.

46-Tavares, T. B.; Nunes, S. M.; Santos, M. O. Obesidade e qualidade de vida: revisão da literatura. *Revista de Medicina*. Vol. 20. Num. 3. 2010. p. 359-366.

47-Triches, R. M.; Giugliani, E. R. J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Revista Saúde Pública*. Vol. 39. Num. 4. 2005. p. 541-547.

48-Xavier, H. T.; e colaboradores. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica - V diretriz brasileira de dislipidemias e prevenção da aterosclerose. *Arq Brasileiro de Cardiologia*. Vol. 101. Num. 4. 2013. p. 1-17.

49-Weller, M. R.; Vieira, E. L. Avaliação do estado nutricional de colaboradores de uma indústria de refrescos do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. In: XVIII Jornada de Pesquisa, 2013. Ijuí-RS. Salão do conhecimento: saúde, ciência e esporte. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. 2013.

50-World Health Organization. Obesity and overweight, fact sheet. Num. 311. Geneva. WHO. 2013.

51-World Health Organization. The world health report 2002. reducing risks, promoting healthy life. Geneva. WHO. 2002.

52-World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva. WHO. 1997.

53-Zilberstein, B.; Galvão, M. N.; Ramos, A. C. O. O papel da cirurgia no tratamento da obesidade. *Revista Moreira Junior*. 2001. p. 258-264.

E-mail dos autores:
 angelicamanso@terra.com.br
 leh.lourenco12@hotmail.com

Endereço do autor correspondente:
 Professora Angélica de Moraes Manço Rubiatti
 Centro Universitário Central Paulista-UNICEP.
 Rua Miguel Petroni, 5111 São Carlos-SP.
 CEP: 13.563-470. Telefone: (16) 3362-2106

Recebido para publicação em 15/06/2015
 Aceito em 28/07/2015