

**OBESIDADE EM RESTAURANTE INDUSTRIAL: REALIDADE OU MITO?**

**Camila Barbosa Carvalho<sup>1,2</sup>, Ivani Teresinha Kohler<sup>1,3</sup>, Rafaela Liberali<sup>1</sup>**

**RESUMO**

Com o objetivo de traçar o perfil antropométrico e os hábitos alimentares de usuários de ambos os gêneros na faixa etária entre 20 a 71 anos de um restaurante industrial situado em Joinville – SC. Realizou-se um estudo descritivo com uma amostra de n=161. Os dados foram coletados no intervalo do almoço dos usuários do restaurante que participaram da pesquisa por livre demanda. Foram coletados medidas antropométricas para cálculo do índice de massa corporal e aplicado questionário para a avaliação de hábitos alimentares. Observou-se que 65% da população estudada apresentam excesso de peso, sendo 50% com sobrepeso e 11% com obesidade com maiores percentuais no gênero masculino. O acréscimo de sal na comida é relatado por 45,34% da população e de óleo vegetal por 65,22%. E 43,48% afirmam consumirem doces e guloseimas semanalmente e 9,94% diariamente. As preparações mais consumidas durante a refeição principal são arroz, feijão, carne, saladas e sucos respectivamente. Os resultados indicam risco nutricional nessa população e confirmam a obesidade como realidade, deste modo buscar alternativas para alterar este quadro se torna urgente e necessário através de campanhas educativas, orientação nutricional personalizada e em grupo, além da elaboração de cardápios de lanches e refeição com maior volume de fibras e baixas calorias para que se possa atender adequadamente esta população.

**Palavras Chaves:** Obesidade, hábitos alimentares, Restaurante Industrial.

1- Programa de Pós-graduação Lato-Sensu em Obesidade e Emagrecimento da Universidade Gama Filho – UGF.

2- Graduada em Nutrição pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Pós Graduada em Marketing Empresarial pela UFPR.

3- Graduada em Nutrição pela Universidade de Ijuí –RS (UNIJUÍ).

**ABSTRACT**

Obesity or Industrial Restaurant: Reality or Mit

With the objective of drawing the anthropometric profile and the eating habits of users of both sexes in the age group between 20 to 71 years old of an industrial restaurant located in Joinville – Santa Catarina. A cross study was carried out with population composed of N = 2000, which was assessed a sample of n = 161. Data were collected during the lunch break from users of the restaurant that participated on free demand in the research. Anthropometric measures were collected for body mass index calculation and, a query was also applied to evaluate the eating habits. Clarity of 0.98 and validity 0.89 was obtained on this study. It was observed that 65% of the population studied exceeded weight, where 50% are overweight and 11% with obesity with higher percentages in males. The addition of salt in the food is reported by 45.34% of the population and of vegetable oil by 65.22%. 43.48% say that they consume candy and sweets weekly and 9.94% daily. The most consumed preparations during the main meal are rice, beans, meat, salads and juices respectively. The results show nutritional risks on this population and confirm obesity as a reality, in this way, searching alternatives to change this scenery becomes urgent and necessary through educational campaigns, personalized nutritional guidance and in groups, in addition, preparation of snacks and meal menus, with a higher volume of fibers and calories reduction on the way to serve this population properly.

**Key Words:** Obesity, eating habits, industrial restaurant.

Endereço: Rua Augusto Bruno Nielson 345, Distrito Industrial.

Joinville –SC

Email: puras@busscar.com.br

## INTRODUÇÃO

A obesidade está crescendo em prevalência em todos os países do mundo. É uma patologia que tem deixado de ser exclusiva de países industrializados, uma vez que foi demonstrado recentemente que existem mais pessoas obesas no mundo do que desnutridas. Em países em desenvolvimento, onde a desnutrição é tradicionalmente vista como endêmica, a obesidade está começando a emergir como um problema. Em países industrializados a obesidade já é uma questão de saúde significativa e grave. Essa situação é, em parte, resultado de uma mudança importante nos hábitos alimentares da população que irão favorecer a expressão diferencial de uma informação genética que facilita o depósito de gordura. Este comportamento genérico é modulado por uma série de fatores ambientais e sociais que definitivamente favorecem o acúmulo de gordura (Farret, 2005).

Os indivíduos obesos necessitam estar sob uma dieta durante um longo tempo, a dieta precisa ser aceitável. Ela deve ajustar-se aos gostos e hábitos do indivíduo e ser suficientemente flexível para possibilitar alimentação dentro e fora de casa (Shils, 2003).

No Brasil, a prevalência de obesidade cresce rapidamente e afetando adultos, adolescentes e crianças. Em adultos, o sobrepeso é mais prevalente que a desnutrição. A prevalência de obesidade é de cerca de 12% entre as mulheres e 5% entre os homens a maior prevalência é na região sudeste do país: 43% das mulheres e 34% dos homens. Os processos de industrialização e modernização desta sociedade têm facilitado a mudança de estilo de vida e favorecido o desenvolvimento desta enfermidade. A obesidade causa ou exacerba muitos problemas de saúde, independentemente ou em associação com outras doenças. Em particular, está associada com o desenvolvimento de diabetes melito tipo 2, doenças cardiovasculares e complicações respiratórias. A definição clínica de obesidade é usualmente expressa em relação ao (IMC) Índice de Massa Corporal (Farret e colaboradores, 2005).

Avaliando o IMC e os hábitos alimentares dos usuários do restaurante

industrial, poderemos então agir quanto aos resultados obtidos, adequando e oferecendo preparações no restaurante de acordo com suas necessidades nutricionais visando contribuir para uma alimentação saudável e equilibrada.

## OBESIDADE

Define-se obesidade como o excesso de gordura corporal em relação à massa magra. A obesidade deve ser considerada uma doença multifatorial, uma vez que tanto o aporte quanto o gasto energético dependem não só de fatores genéticos e fisiológicos, mas também de variáveis culturais, sociais e psicológicas, as quais determinam a quantidade e a qualidade da alimentação, bem como a intensidade da atividade física exercida pelo indivíduo (Magnoni e Cukier, 2004).

Nas últimas décadas, o aumento da prevalência da obesidade em nível mundial tem colocado esse fator de risco como um dos maiores fatores de saúde pública da humanidade. De acordo com as mais recentes estimativas globais da OMS, mais de dois bilhões de pessoas acima de 15 anos de idade apresentam excesso de peso e dentre esse, há 400 milhões de obesos. Além disso, as projeções futuras para o ano 2025 indicam que o aumento mundial de número de pessoas adultas com excesso de peso e obesidade aumentará para 3 bilhões e 700 milhões, respectivamente. A obesidade é considerada doença crônica de caráter multifatorial, bem como fator de risco para ocorrência de várias outras doenças crônicas. Fatores ambientais e estilos de vida não saudáveis, como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, desempenham um papel preponderante na ocorrência desta enfermidade, apesar de os fatores genéticos atuarem como co-fatores, aumentando a susceptibilidade do ganho de peso. O impacto do excesso de peso na saúde dos indivíduos está amplamente demonstrado na literatura científica. As doenças cardíacas, principalmente o infarto agudo do miocárdio, doenças cérebro vasculares, hipertensão, cânceres, como os de colon, mama e endométrio, desordens músculo-esqueléticas, diabetes e várias outras enfermidades tem sido risco aumentado substancialmente com o

excesso de peso e a obesidade (Vigitel Brasil, 2006).

O índice de massa corporal, relação entre o peso (em kg) e o quadrado da altura (em metros), tem sido o principal parâmetro utilizado para a avaliação da obesidade, tanto do ponto de vista clínico como de investigação científica. É considerado índice de massa corporal normal o valor entre 20 e 25kg/m<sup>2</sup>, no qual, em estudos populacionais, verificou-se que a mortalidade é mais baixa. Entre 25 e 30 classifica-se o indivíduo como portador de sobrepeso ou excesso de peso. Acima de 30, o diagnóstico de obesidade pode ser feito, sendo que acima de 40 pode-se apontar o paciente como portador de obesidade mórbida (Magnoni e Cukier, 2004).

A obesidade está, claramente, associada com aumento da morbidade e da mortalidade. Há profundas evidências de que a perda de peso, em pessoas com excesso de peso e obesidade, reduz os fatores de risco do diabetes e das doenças cardiovasculares. Também há evidências de que a perda de peso reduz a pressão arterial, reduz os triglicerídios e aumenta o HDL-colesterol; e geralmente, produz redução no colesterol sérico total e no LDL-colesterol como, também, na concentração da glicose sanguínea. O risco de desenvolver complicações metabólicas é proporcional ao excesso de gordura presente no corpo. Existem inúmeras evidências de que a localização ou a distribuição do excesso de gordura influencia na severidade destas complicações (Godoy-Matos e colaboradores, 2005).

## CONSUMO ALIMENTAR

Destaca-se que para que os indivíduos possam realizar seu direito à escolha, é preciso garantir a disponibilidade de alimentação adequada, o que implica a oferta de refeições saudáveis, saborosas, em ambientes agradáveis – seja em restaurantes (comerciais e institucionais), creches, escolas, hospitais (alimentação de funcionários, usuários e acompanhantes), locais de trabalho ou em suas proximidades, e em qualquer estabelecimento público que ofereça refeições. Desta forma, as medidas de promoção da alimentação saudável deve se

adequar aos diferentes espaços públicos, como as de redes de ensino e de saúde, meios de comunicação de massa, indústrias, locais de comercialização de alimentos, organizações sociais e governamentais (Conferencia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2004).

Segundo a legislação vigente em nosso país, a "Pirâmide Alimentar é um instrumento, sob a forma gráfica, de orientação da população para uma alimentação mais saudável". (RDC nº39, de 21 de março de 2001). Ela constitui um guia para uma alimentação saudável, onde você pode escolher os alimentos a consumir, dos quais pode obter todos os nutrientes necessários e ao mesmo tempo, a quantidade certa de calorias para manter um peso adequado.

A pirâmide possui 4 níveis com 8 grandes grupos de produtos, de acordo com a sua participação relativa no total de calorias de uma dieta saudável. Os alimentos dispostos na base da pirâmide devem ter uma participação maior no total de calorias da sua alimentação, ao contrário dos alimentos dispostos no topo da pirâmide, que devem contribuir com a menor parte das calorias de toda a sua alimentação. Cada grupo de alimentos é fonte de nutrientes específicos e essenciais a uma boa manutenção do organismo. Grupo de pães, massas, tubérculos: Fonte de carboidratos, nutriente fornecedor de energia. Pães, massas e biscoitos integrais são ainda boa fonte de fibras, que ajudam no bom funcionamento do intestino. Grupo das frutas e hortaliças: Ótimas fontes de vitaminas e sais minerais, dentre eles, antioxidantes que diminuem o efeito deletério do estresse oxidativo e dos radicais livres. Também possuem boa quantidade de fibras. Grupo das carnes: São alimentos compostos basicamente de proteína, muito bem utilizada por nosso organismo para produção de tecidos, enzimas e compostos do sistema de defesa. Além disso, são ricas em ferro e vitaminas B6 (pirixodina) e B12 (cianocobalamina), tendo sua ingestão (nas quantidades adequadas) efeito preventivo nas anemias ferropriva e megaloblástica. Grupo do leite e derivados: São os maiores fornecedores de cálcio, mineral envolvido na formação de ossos e dentes, na contração muscular e na ação do sistema nervoso. Além disso, possuem uma boa quantidade de proteína de boa qualidade. Açúcares e óleos: são pobres

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

em relação ao valor nutritivo, sendo considerados, por isso, calorias vazias.

Todos os grupos de alimentos são importantes para suprir as necessidades de nutrientes dos indivíduos e manter sua saúde, por isso, todos devem ser consumidos em suas quantidades adequadas. Estas quantidades variam de acordo com as necessidades de cada indivíduo (Philipp e colaboradores, 1996).



Fonte: Philipp e colaboradores, 1996.  
Ilustração: Graziela Mantoanelli  
Dados de Porções: software "Virtual Nutri"

No Brasil, os padrões alimentares variam entre as diferentes regiões brasileiras, dependendo do clima, das condições de produção de alimentos, das condições sócio-econômicas da população e das suas características culturais. Tradicionalmente, para a maior parte da população brasileira, até meados do século XX, a alimentação habitual consistia basicamente de cereais, leguminosas e tubérculos combinados com pequenas quantidades de alimentos de origem animal. Entretanto, nas últimas três décadas, acompanhado de mudanças observadas em várias regiões do mundo, o padrão da alimentação da população brasileira vem sofrendo grandes modificações, caracterizadas por diminuição da participação na dieta dos alimentos básicos e pelo aumento do consumo de carnes e leite e derivados e de alimentos industrializados ricos em gorduras, açúcar e sal. Importa notar que, ao longo das três últimas décadas, a participação de frutas, verduras e hortaliças no consumo alimentar da

população brasileira manteve-se estagnada e bastante inferior ao consumo mínimo diário recomendado de 400 gramas (Vigitel Brasil, 2006).

### ATIVIDADE FÍSICA

A prática regular de atividades físicas proporciona uma série de benefícios, como por exemplo: aumenta a auto-estima e o bem-estar, alivia o estresse, estimula o convívio social, melhora a força muscular, contribui para o fortalecimento dos ossos e para o pleno funcionamento do sistema imunológico. Além disso, é um importante fator de proteção contra obesidade, o diabetes, as doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer e alguns transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2006).

Embora as sociedades humanas tradicionalmente associem atividade física a um bom estado de saúde, são relativamente recentes as evidências que comprovam que um estilo de vida ativo protege o indivíduo de várias doenças (Vigitel Brasil, 2006).

Atualmente a OMS recomenda a prática de atividades físicas de intensidade leve ou moderada diariamente ou na maior parte dos dias da semana, sendo que, para a prevenção das doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer, a recomendação é de pelo menos 30 minutos e, para o controle do peso, de pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas. Essas atividades podem ser praticadas de forma contínua (30 ou 60 minutos seguidos) ou acumulados ao longo do dia (World Health Organization, 2003).

Portanto o objetivo deste trabalho é traçar o perfil antropométrico e os hábitos alimentares de usuários de ambos os sexos na faixa etária entre 20 a 71 anos de um restaurante industrial em Joinville-SC.

### MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa caracteriza-se como uma pesquisa descritiva. Segundo Thomas e Nelson (2002), pesquisa descritiva é aquela que levanta dados da realidade sem nela interferir.

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

A população do estudo foi composta por N = 2000 indivíduos que almoçam em um restaurante industrial. Destas foram selecionadas uma amostra de n=161 de maneira acidental, ou seja, as pessoas que passavam pelo local, após o almoço no restaurante, eram convidadas a participar da pesquisa, onde assinaram formulário de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram coletados na data de 18 de julho de 2007, no intervalo para o almoço dos usuários do restaurante da empresa e participaram da pesquisa os usuários do restaurante por livre demanda.

Foi utilizado um questionário previamente validado, com índice de clareza de 0,98 e validade de 0,89.

Antes da coleta dos dados de peso e altura o participante da pesquisa era convidado a retirar os sapatos, casacos ou quaisquer roupas extras que pudessem ser retiradas, além de objetos pesados dos bolsos, ficando com a coluna ereta mantendo o plano aurículo-orbitário paralelo ao solo (Plano de Frankfurt), olhando para um ponto no infinito e com os braços relaxados. Foi usada balança com capacidade de até 150 kg da marca Filizzola com precisão de 100g e um

estadiômetro da mesma marca, com precisão de 1 cm. O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado segundo a fórmula:  $IMC = \text{peso(kg)}/\text{altura(m)}$ . Foi utilizada a classificação do IMC segundo a Organização Mundial da Saúde.

A análise dos dados foi através da estatística, com tabelas de freqüência.

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados serão apresentados em tabelas com as variáveis relacionadas ao sobrepeso e obesidade de usuários de um restaurante industrial.

A Tabela 1 indica que se tem maior percentual de sobrepeso e obesidade (61%) na população analisada do que eutróficos (38%) e baixo peso (1%). A obesidade mórbida não foi constatada entre os participantes. Observa-se também maior prevalência de homens (87%) em detrimento das mulheres (13%) participantes da pesquisa.

**Tabela 1** – Freqüência dos usuários do restaurante com baixo peso, sobrepeso e obesidade de 17 a 71 anos de acordo com o IMC

Estado nutricional - IMC	Homens ( 140 )		Mulheres ( 21 )		Todos ( 161 )	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Baixo peso < 19,9 kg/m	1	0,7%	0	0%	1	1 %
Eutróficos 20-24,99kg/m	52	37%	10	48 %	62	38%
Sobrepeso 25 – 29,99 kg/m	71	51%	9	43%	80	50%
Obesidade classe I 30 – 34,99 kg/m	13	9%	2	9%	15	9%
Obesidade classe II 35 – 39,99 kg/m	3	2%	0	0%	3	2%
Obesidade mórbida > 40kg/m	0	0%	0	0%	0	0%

Os valores entre parênteses referem-se ao número de usuários entrevistados  
FA = Freqüência absoluta e FR = Freqüência Relativa

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Outros estudos revelaram realidades similares em diferentes regiões do país. A maior frequência de adultos de ambos os gêneros com excesso de peso, segundo estudo Vigitel (2006) foi encontrado no Rio de Janeiro - RJ (48,3%) e a menor em São Luís - MA (34,1%), em Florianópolis - SC este valor ficou em 40,4%, sobressaindo-se o excesso de peso na população masculina (48,5%).

Segundo Repetto, Rizzolli e Bonatto (2003) que estudaram a Prevalência, Riscos e Soluções na Obesidade e Sobrepeso no Brasil a prevalência do sobrepeso (IMC  $\geq 25\text{kg/m}^2$ ) está 38,5% em homens e 39% das mulheres.

Sávio e colaboradores (2005) avaliaram 1.044 clientes, em 52 UAN,

representativa dos indivíduos que se alimentam em restaurantes filiados ao PAT, no Distrito Federal e verificaram que o sobrepeso e a obesidade foram prevalentes e mais expressivos no gênero masculino. Tal observação mostra a necessidade de se avaliar, entre outros fatores, o padrão alimentar desses indivíduos. Os dados encontrados indicam que 43% dessa população apresentavam excesso de peso, sendo o percentual maior no gênero masculino (48,1%) do que no gênero feminino (35,1%). No Brasil, nas últimas décadas, também tem sido observado o aumento crescente nas prevalências de excesso de peso.

**Tabela 2** – Tabela sobre a pergunta: “Você costuma acrescentar mais sal na comida?”

Alternativas	FA (n)	FR (%)
Sempre	73	45,34
As vezes	43	26,71
Raramente	34	21,12
Nunca	11	6,83
Total	n = 161	100

FA = Frequência absoluta e FR = Frequência Relativa

A Tabela 2 indica que o acréscimo de sal na comida além do já existente nas preparações. O acréscimo de sal é relatado sempre por 45,34% dos participantes. O alto consumo de sal, atualmente, é preditor de doenças cardiovasculares. Em países ocidentais, o consumo de sal é elevado não só na preparação como na conservação dos alimentos (Molina e colaboradores, 2003).

O estudo desenvolvido por Tian e colaboradores, (1996), na população chinesa, identificou um consumo aproximado de 6g de sódio na área urbana sendo 53% provenientes de sal de adição, dado similar encontramos no presente estudo. É freqüente a associação de hipertensão e obesidade ou sobrepeso. Está

bem reconhecido que a perda de peso poderá controlar a pressão arterial sem a necessidade concomitante do tratamento farmacológico. A restrição na ingestão de sal poderá beneficiar alguns pacientes, contudo esta restrição deverá chegar a pelo menos 6 gramas de sal por dia (Oigman,2004).

A Hipertensão arterial é um problema crônico bastante comum. Sua prevalência é alta e aumenta em faixas etárias maiores. Estudos epidemiológicos brasileiros realizados a partir da medida casual da pressão arterial registram prevalência da hipertensão de 40 a 50% entre adultos com mais de 40 anos de idade (Vigitel, 2006).

**Tabela 3** – Tabela sobre a pergunta: “ Você costuma acrescentar mais óleo vegetal na comida?”

Alternativas	FA (n)	FR (%)
Sempre	105	65,22
As vezes	28	17,39
Raramente	26	16,15
Nunca	2	1,24
Total	n = 161	100

## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Em estudo realizado por Molina e colaboradores, (2003) pesquisaram o consumo de sal em 2268 pessoas em vitória com idades entre 25 a 64 anos e demonstraram que a ingestão de sal é fortemente influenciada pelo nível socioeconômico e pode, parcialmente, explicar a alta prevalência de hipertensão arterial nas classes socioeconômicas mais baixas.

A tabela 3 indica que 65,22% da população em estudo acrescentam mais óleo na comida (Incluindo-se saladas) além do já existente nas preparações e somente 1,24% nunca acrescenta óleo.

Segundo Monteiro, Mondine e Costa (2000) ao contrário do presente estudo houve

redução nas áreas metropolitanas do País da participação de óleos vegetais de 14,4% para 12,4% na composição da refeição. A participação dos lipídios na dieta do Centro – Sul do País ultrapassaria o máximo preconizado para o consumo de gorduras, não fosse o declínio do consumo de gorduras vegetais registrado.

Em estudo Multicêntrico sobre consumo alimentar realizado em 1997, a proporção de gorduras na dieta da população de Curitiba-Pr esteve em torno de 30%, a maior porcentagem ocorreu entre os homens de 26 a 45 anos de idade (35%) e entre as mulheres de 19 a 25 anos e os homens de 46 a 64 anos de idade este valor foi de 33%.

**Tabela 4** - Tabela sobre a pergunta: "Você costuma consumir guloseimas (balas, chocolates, bolos e refrigerantes)?"

Alternativas	FA (n)	FR (%)
Diariamente	16	9,94
Semanalmente	70	43,48
Mensalmente	18	11,18
Raramente	55	34,16
Nunca	2	1,24
Total	n = 161	100

A tabela 4 indica que 43,48% dos participantes do presente estudo tem o hábito de consumir guloseimas semanalmente.

Em estudo realizado de forma qualitativa por Garcia, Gambardella e Frutuoso (2003) com adolescentes da cidade de São Paulo observou-se que 70% da população estudada consumia refrigerantes, balas, biscoitos recheados, bolos e doces em geral.

No estudo de consumo alimentar de crianças realizado na Ilha de Paquetá (RJ) por Barbosa e colaboradores, (2005) observou-se que o consumo de açúcar foi três vezes maior que a recomendada( uma porção) por Phillippi e colaboradores, (1996) tanto durante a semana como no final de semana principalmente pelo alto consumo de refrescos industrializados, refrigerantes, balas e açúcar adicionado a preparações diversas.

**Tabela 5** – Freqüência absoluta quanto ao consumo de preparações na refeição principal.

	ARROZ	CARNE	DOCE	FEIJÃO	FRUTA	OVOS	SALADA	SUCO
SEMPRE	148	136	36	130	57	20	117	111
ÁS VEZES	13	24	72	27	77	74	37	31
RARAMENTE	0	0	40	4	26	57	5	12
NUNCA	0	1	13	0	1	10	2	7
TOTAL	161	161	161	161	161	161	161	161

Em estudo realizado por Andrade, Pereira e Sichieri (2003) sob consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso os alimentos de alta densidade energética que mais contribuíram para o consumo total de energia de meninos com e sem sobrepeso foram açúcar, batata frita e refrigerantes.

A Pesquisa de Orçamento Familiar de 1995/96 mostrou, também, entre a população estudada, um incremento no que tange ao consumo de bebidas não alcoólicas (refrigerantes). Nas UANs do DF, a bebida mais consumida foi o suco artificial, oferecido como cortesia, na maioria das vezes (Philippi e colaboradores, 1996), assim como o presente trabalho.

A Tabela 5 indica que a maioria da população analisada relata sempre consumir arroz, carne, feijão, salada e suco na refeição principal realizada no restaurante.

Em estudo realizado por Savio e colaboradores (2005) indica que há diferença significativa entre os gêneros para o percentual de calorias provenientes das proteínas (carnes) e dos carboidratos (arroz e feijão), sendo maiores no sexo masculino.

Em análise do comportamento alimentar dos motoristas da empresa de Ônibus Jotur / Palhoça- SC ( verificou-se que 78,2% consomem diariamente o grupo de carnes e aves, 85,5% o grupo de leite e derivados. Observa-se um grande consumo de carboidratos, pães 81,8%, arroz e massas 87,3%. Por outro lado, o consumo diário de frutas, verduras e legumes estão abaixo do recomendado para uma dieta saudável, sendo respectivamente de 34,5%, 49,1% e 47,3% (Faria e colaboradores, 2007) este estudo vem de encontro com os resultados encontrados no presente trabalho.

Com o crescente aumento na expectativa de vida dos brasileiros, cada vez mais se observa à ocorrência das doenças crônicas não-transmissíveis, em grande parte associadas há hábitos alimentares inadequados, onde o elevado consumo de gorduras tem papel preponderante. A associação dessas doenças com o excesso de peso reflete a necessidade de intervenções nutricionais de cunho preventivo visando a solucionar esse problema (Savio e colaboradores, 2005).

O almoço padrão identificado nas UANs confirma serem o arroz e feijão itens

básicos do padrão alimentar dos brasileiros, assim como no presente estudo, estando em consonância com os dados obtidos por Sichieri (1998) e Mattos e Martins (2000).

## CONCLUSÃO

Os resultados mostram os seguintes dados: 61% de sobrepeso e obesidade, 45,34% têm o hábito de acrescentar sempre mais sal a comida e 65,22% sempre acrescentam mais óleo vegetal a comida.

Constatou-se também que 43,48% dos participantes do estudo consomem guloseimas semanalmente. A maioria da população analisada 91,92% consome sempre arroz, 84,47% consomem sempre carne, 80,74% consomem sempre feijão e 68,94% sempre tomam suco artificial, as saladas são relatadas por 72,67% da população analisada.

Os resultados indicam risco nutricional nessa população e confirmam a obesidade como realidade indicando a necessidade de efetivas ações educativas de intervenção alimentar e nutricional que promovam a reorientação das opções alimentares, visando a oportunidade de escolhas mais saudáveis por parte dos freqüentadores da UAN.

Esses grupos populacionais devem ser alvos de estratégias com foco na promoção da saúde. O nutricionista deve exercer seu papel de educador e cumprir as atribuições a ele destinadas, usando seu espaço de trabalho nas UAN para efetivar, de forma concreta, seu papel como profissional da área de saúde, promovendo palestras, atendimentos nutricionais personalizados, participando de campanhas educativas e elaborando cardápios adequados nutricionalmente.

## REFERÊNCIAS

- 1- Andrade, R.G.; Pereira, R.A.; Sichieri, R., Consumo Alimentar de Adolescentes com ou sem Sobrepeso do Município do Rio de Janeiro. Cad de Saúde Publica, v9, n 5, Rio de Janeiro, Set./Out., 2003.
- 2- Barbosa, R.M.S.; e colaboradores. Consumo Alimentar de crianças com base 4



## Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.

ISSN 1981-9919 *versão eletrônica*

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

[www.ibpex.com.br](http://www.ibpex.com.br) - [www.rbone.com.br](http://www.rbone.com.br)

na Pirâmide Alimentar Brasileira Infantil. Rev de Nutrição, vl18, n. 5, Campinas, 2005.

3- BRASIL, Ministério da Saúde, VIGITEL BRASIL 2006, Brasília, DF, 2007.

4- BRASIL, Ministério da Saúde, Estudo Multicêntrico Sobre Consumo Alimentar, 1997.

5- Conferência de Segurança Alimentar e Nutricional, Olinda, Pe, 2004.

6- Farret, J.F.; e colaboradores. Nutrição e Doenças Vasculares. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

7- Faria, B.K.; Amorim, G.; Vancea, D.M.M., Perfil Alimentar e Antropométrico dos Motoristas de Ônibus da Empresa de Transporte Coletivo JOTUR/ PALHOÇA – SC. Rev Bras de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento. V.1, n1, p.11-20, São Paulo, Jan. e Fev., 2007.

8- Garcia, G.C.B.; Gambardella, A.M.D.; Frutuoso, M.F.P. Estado Nutricional e Consumo Alimentar de Adolescentes de um Centro de Juventude da Cidade de São Paulo. Rev de Nutrição, vl.16, n. 1, Campinas, Jan./Mar., 2003.

9- Goddoy-Matos, A.F.; e colaboradores. Síndrome Metabólica. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

10- Mattos L.L.; Martins I.S. Consumo de Fibras alimentares em população adulta. Rev Saúde Pública, 2000 34-50-5.

11- Martins, I.S.; Mazzilli, R.N.; Nieto, R.A.; Oshiro, E.D.A.; Marucci, M. de F.N.; Casajus, M.I. Hábitos Alimentares Aterogênicos de Grupos Populacionais em Área Metropolitana na Região Sudeste do Brasil. Rev de Saúde Pública, v.28, nº. 5, São Paulo, Out. 1994.

12- Molina, M. Del C.B.; Cunha, R. de S.; Herkenhoff, L.F.; Mill, G. Hipertensão Arterial e Consumo de Sal em População Urbana. Rev de Saúde Pública, 2003; 37(6): 743-50.

13- Magnoni, D.; Cukier, C. , Nutrição Clínica, 2ª edição – São Paulo: Editora Roca, 2004.

14- Monteiro, C.A.; Mondini, L.; Costa, R.B.L.

Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta família nas áreas metropolitanas do Brasil. Rev de Saúde Pública, v 34, n 3, São Paulo, jun.2000.

15- Oigman, W.; Rritsch, Mario. Farmacologia e terapêutica cardiovascular. São Paulo: Atheneu, 2004.

16- Philipp, S.T.; e colaboradores. Virtual Nutri São Paulo: Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo. Nutrição, 1996.

17- Repetto, G.; Rizzolli, J.; Bonatto, C. Prevalência, Riscos e Soluções na Obesidade e Sobrepeso. Arq Bras Endócrino Metab, v.47 n6, Dezembro, 2003.

18- Schwengber, P.R.; Bello T.M.L. Obesidade na Infância e na Adolescência. Universidade Veiga de Almeida, 2006.

19- Savio, K.E.O.; e colaboradores. Avaliação do almoço servido a participantes do programa de alimentação do trabalhador. Rev. Saúde Pública, v 39,n 2 p148-155, São Paulo, 2005.

20- Sichieri, R. Epidemiologia da obesidade. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Rio de Janeiro, 1998.

21- Shils, M.E.; e colaboradores. Tratado de Nutrição Moderna na Saúde e na Doença, 9 ed. São Paulo: Editora Manole, 2003.

22- Tian, e colaboradores. Dietary sodium and potassium, socioeconomic status and blood pressure in a Chinese population. Appetite v26 p 235 -246, 1996.

23- Wielewski, D.C.; Cemin, R.N.A.; Liberalli, R., Perfil Antropométrico e Nutricional de Colaboradores de Unidade de Alimentação e Nutrição do Interior de Santa Catarina. Rev Bras de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo v1, n1, p.39-52, jan./fev. 2007.

24- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on Obesity. Geneva, 1998.

Recebido para publicação em 15/03/2008  
Aceito em 28/04/2008