

**PERFIL DE PACIENTES QUE PROCURAM ATENDIMENTO NUTRICIONAL DOMICILIAR  
(PERSONAL DIET)**Ana Beatriz Santos Guieser<sup>1</sup>  
Laura Cristina Cuvello Lopes<sup>2</sup>**RESUMO**

Nas últimas duas décadas notam-se uma tendência mundial, a chamada transição nutricional, que caracteriza-se por um decréscimo no número de pessoas com desnutrição e um aumento nos níveis de obesidade. No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada entre os anos de 2008 e 2009, mostram que 49,0% da população total de adultos apresentam sobrepeso e 14,8% são considerados obesos. Sendo assim, o objetivo desse estudo é caracterizar o perfil dos pacientes que procuram atendimento nutricional domiciliar. O estudo caracterizou-se como exploratório, transversal de campo, descritivo com abordagem quantitativa; em que foram analisadas 38 anamneses de pacientes que receberam atendimento nutricional domiciliar (personal diet). A maioria (84%) dos pacientes pertencia ao gênero feminino e a idade média foi de 33,53 anos. Com relação ao estado nutricional, (47%) se encontram na faixa de sobrepeso ou em algum nível da classificação de obesidade e (74%) já tentaram algum tipo de dieta para redução de peso anteriormente. Quando questionados a respeito do estado emocional (74%) se consideraram ansiosos. Por meio deste estudo, percebe-se a necessidade da construção de estratégias em parceria com o paciente, a fim de que o mesmo seja capaz de compreender a importância de agregar novos hábitos, com objetivo de encontrar a solução para este problema.

**Palavras-chave:** Obesidade, Qualidade de vida, Estado nutricional, Atividade física.

1-Nutricionista Especialista em Nutrição Clínica - IMEN e Obesidade e Emagrecimento - UNIFESP. Pós-graduanda do curso de Nutrição Desportiva e Qualidade de Vida – FEFISA.

**ABSTRACT**

Profile of patients seeking care nutrition household (personal diet)

In the last two decades, there is a global trend, the so-called nutrition transition, which is characterized by a decrease in the number of people with malnutrition and an increase in obesity levels. In Brazil, data from the Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), conducted between the years 2008 and 2009 show that 49.0% of the total population of adults are overweight and 14.8% are considered obese. Thus, the aim of this study is to characterize the profile of patients seeking nutritional home. The study was characterized as exploratory, cross country, descriptive quantitative approach, in which we analyzed 38 case histories of patients who received nutritional care home (personal diet). The majority (84%) of the patients were females and the average age was 33.53 years. With respect to nutritional status (47%) are in the overweight range or at some level of classification of obesity and (74%) have tried some kind of diet for weight reduction previously. When asked about the emotional state (74%) were considered anxious. Through this study, we see the need to develop strategies in partnership with the patient, so that it is able to understand the importance of adding new habits, in order to find the solution to this problem.

**Key words:** Obesity, Quality of life, Nutrition status, Physical activity.

2-Doutora em Ciências pela UNIFESP; professora do curso de Nutrição Desportiva e Qualidade de Vida - FEFISA. Professora das áreas de Saúde, Educação e Negócios do Centro Universitário Ítalo Brasileiro.

E-mail:  
anab\_guieser@hotmail.com  
lcuvello@hotmail.com

**INTRODUÇÃO**

Nas últimas três décadas notam-se uma tendência mundial, a chamada transição nutricional, que se caracteriza por um decréscimo no número de pessoas com desnutrição e um aumento nos níveis de obesidade (Popkin e Larsen, 2004).

Com o avanço da globalização e consequentemente da capitalização e do consumo, houve grandes modificações no padrão dietético da população, estando elas relacionadas a mudanças no estilo de vida, dietas inadequadas, inatividades físicas, tabagismo e etilismo (Popkin e Larsen, 2004).

Sendo assim, a ênfase na mudança não só de alimentação, mas no estilo de vida, incluindo o aspecto comportamental, dos indivíduos torna-se o foco primordial dos profissionais da área da saúde, tanto do ponto de vista da prevenção, quanto do controle das doenças (Zaccarelli, 2005).

A obesidade é mais bem definida como sendo o estado no qual o peso corporal está demasiadamente acima daquele considerado normal devido ao acúmulo excessivo de gorduras no corpo, a tal ponto que a saúde do indivíduo obeso esteja comprometida (Carvalho, 2005; Coutinho e Lucatelli, 2006).

É considerado, provavelmente, o mais antigo distúrbio metabólico, havendo relatos da ocorrência desta desordem em múmias egípcias e em esculturas gregas (Francischi e colaboradores, 2000).

Trata-se de um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos, sendo visto como uma epidemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (Abrantes, Lamounier, Colosimo, 2003).

Esta situação poderá determinar-se por uma vida sedentária e a excessos alimentares. Os obesos tendem a apresentar um padrão alimentar em que os lipídeos e doces tem lugar preferencial (Viana, 2002).

No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), realizada entre os anos de 2008 e 2009, mostram que 49,0% da população total de adultos apresentam sobrepeso e 14,8% são considerados obesos (IBGE, 2010).

Já em estudo realizado no Canadá, pode-se observar que indivíduos com um índice de massa corporal superior a 30 kg / m<sup>2</sup>, classificados como obesos, possuem 4

vezes mais chances de desenvolver diabetes, 3,3 mais chances de ter pressão alta e 1,5 chances mais propensos a ter doenças cardíacas (Tjepkema, 2006).

O ser humano tem necessidade fisiológica de se alimentar, mas é seu funcionamento psíquico e o contexto sócio-cultural em que vive irão modular esse comportamento.

Seu funcionamento psíquico determinará a relação que ele terá com o alimento, suas preferências, como organiza a rotina de suas refeições (Perez, Romano, 2004; Bernardi, Cichelero e Vitolo, 2005).

O nutricionista atua como um educador em saúde, e deve conhecer seu paciente para descobrir suas reais necessidades, para assim envolvê-lo em um processo de reeducação alimentar, adequando seus hábitos, preferências e intolerâncias alimentares (Manassero e colaboradores, 2011).

Nota-se que, muitas vezes os pacientes buscam mudanças de comportamento alimentar por tempo determinado e desejam resultados rápidos. No entanto, hábitos alimentares precisam ser reconstruídos e assimilados ao cotidiano; e não limitados a um período determinado (Koehnlein, Salado, Yamada, 2008).

O objetivo desse estudo é caracterizar o perfil dos pacientes que procuram atendimento nutricional domiciliar (personal diet).

**MATERIAIS E MÉTODOS**

Foi realizado um estudo exploratório, transversal de campo, descritivo com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada através de um questionário a respeito do estilo de vida, estado nutricional e prática de atividade física.

A população do estudo foi formada por pacientes que receberam atendimento domiciliar nutricional (personal diet) entre outubro e dezembro de 2012.

Foram incluídos os indivíduos com idade entre 18 e 60 anos, sem restrição de gênero e excluídos os indivíduos que não concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

O peso foi verificado por meio de uma balança do tipo eletrônica digital da marca WISO®, com capacidade de 150 Kg,

previamente calibrada e a altura foi verificada com duas fitas métricas FIBER GLASS®, com comprimento de 2,00m e precisão em milímetros afixada na parede (Duarte e Castellani, 2002).

Para a avaliação do estado nutricional dos adultos, utilizou-se o Índice de Massa Corporal (IMC), que foi obtido dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros.

Os valores de IMC foram classificados utilizando os critérios preconizados pela World Health Organization (WHO), sendo eutrofia (IMC 18,5 – 24,9 Kg/m<sup>2</sup>), pré- obeso ou sobrepeso (IMC 25 – 29,9 Kg/m<sup>2</sup>), obesidade grau I (IMC 30- 34,9 Kg/m<sup>2</sup>), obesidade grau II (IMC 35- 39,9 Kg/m<sup>2</sup>) e obesidade grau III (IMC ≥40 Kg/m<sup>2</sup>) (WHO, 1998).

A avaliação da composição corporal foi composta pela medida da circunferência abdominal (Duarte e Castellani, 2002), e a realização o cálculo da % gordura corporal, através da somatória das medidas de quatro dobras cutâneas: dobra cutânea Tricipital (DCT), bicipital (BCT), subescapular (PCT) e supra-ílica para (SICT) (Duarte e Castellani, 2002), segundo a tabela (Pollock e Wilmore, 1993) com os valores equivalentes de gordura em porcentagem, de acordo com os diferentes

sexos e idades, para determinada medida da soma das quatro pregas.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação da Plataforma Brasil (CAAE-06773012.1.0000.5429).

Os dados obtidos foram analisados computados e armazenados numa planilha do Excel-2007 ®. Por se tratar de uma pesquisa quantitativa, utilizamos a estatística descritiva e trabalhamos com a margem de erro de 5%.

A análise descritiva foi realizada através de medidas de posição e dispersão para variáveis contínuas. Já para as variáveis categóricas, as informações estão apresentadas em tabelas de frequência.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram avaliados 38 pacientes, todos receberam atendimento individual em domicílio, cada qual com seu objetivo, que posteriormente será abordado, sendo 32 (84%) do gênero feminino e 6 (16%) do gênero masculino.

A idade média apresentada foi de 33,53 ± 10,74. As características sociodemográficas e clínicas dos participantes estão apresentadas na Tabela 1 e as características segundo o estado nutricional na Tabela 2.

**Tabela 1** - Características gerais dos pacientes que procuraram atendimento nutricional (personal diet)

| Características          | n  | %   |
|--------------------------|----|-----|
| <b>Sexo</b>              |    |     |
| Feminino                 | 32 | 84% |
| Masculino                | 6  | 16% |
| <b>Idade</b>             |    |     |
| 19-29                    | 18 | 47% |
| 30-39                    | 9  | 24% |
| 40-49                    | 8  | 21% |
| 50-59                    | 3  | 8%  |
| <b>Estado Civil</b>      |    |     |
| Solteiro                 | 17 | 45% |
| Casado                   | 19 | 50% |
| Separado                 | 2  | 5%  |
| <b>Atividade Física</b>  |    |     |
| Não realiza              | 28 | 74% |
| Realiza                  | 10 | 26% |
| <b>Tabagismo</b>         |    |     |
| Sim                      | 2  | 5%  |
| Não                      | 36 | 95% |
| <b>Refeições diárias</b> |    |     |
| ≤ 3 refeições            | 16 | 42% |
| ≥ 4 refeições            | 22 | 58% |

**Tabela 2** - Características clínicas e antropométricas dos participantes do estudo com relação a estado nutricional

| Avaliação Antropométrica      | Média ± DP   |
|-------------------------------|--------------|
| Peso atual (Kg)               | 73,53 ±23,42 |
| Altura (m)                    | 1,65 ±0,90   |
| Circunferência Abdominal (cm) | 81,78 ±16,77 |
| *IMC (Kg/m <sup>2</sup> )     | 26,69 ±6,16  |
| Porcentagem de gordura        | 29,96 ±5,86  |

**Legenda:** \*IMC: Índice de Massa Corporal

Foi perguntado aos participantes qual era o objetivo em estar procurando o atendimento nutricional: 74% relataram estar procurando emagrecer, 13% aumentar massa muscular e 13% procurava emagrecer e também adquirir uma porcentagem maior de massa magra.

A alimentação saudável é essencial para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, sendo que inúmeras doenças poderiam ser evitadas, se a nutrição fosse enfatizada como prevenção e tratamento. Além disso, o governo diminuiria os custos, que são altos em relação à assistência à saúde para o tratamento das doenças de saúde pública.

No Brasil, o número de hospitalizações associadas ao sobrepeso/obesidade e às doenças associadas correspondeu de janeiro de 2008 até janeiro de 2013, a 34.880 internações. Além disso, o aumento no número de internações apresentado entre 2011 e 2012 é de 8,4 %, segundo a base de dados DATASUS (Brasil, 2013).

Foi verificado que dentre 33 (87%) pacientes estudados, 23 (70%) não apresentavam patologias; 1 (3%) era diabético, 3 (9%) eram dislipidêmicos, 3 (9%) apresentavam desordens hormonais, 3 (9%) possuíam complicações gastrointestinais. Do restante dos pacientes avaliados, 5 (13%) que totalizam os 38 analisados no estudo, 2 (40%) apresentaram três patologias associadas e 3 (60%) apresentaram duas patologias, das acima citadas.

Outro estudo, realizado em 2008, com a avaliação de 267 anamneses, observou-se que a hipertensão arterial foi a mais prevalente 90 (33,7%), sendo seguida pela hipercolesterolemia 45(16,9%), o diabetes 38 (14,2%), a hipertrigliceridemia 25 (9,4%) e outras 69 (25,8%); diferente do apresentado

no presente estudo provavelmente devido ao número inferior de indivíduos participantes (Oliveira, Lorenzatto e Fatel, 2008).

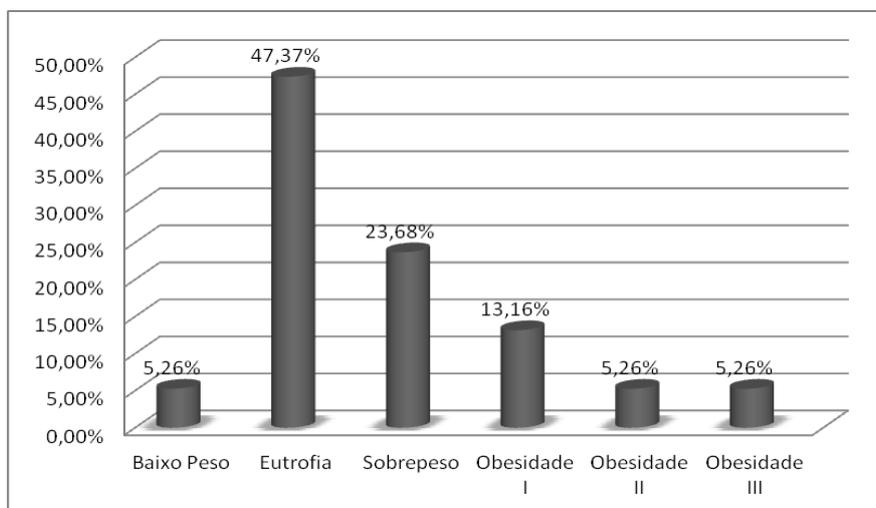
Quanto ao uso dos medicamentos, 18 (47%) não utilizam nenhum tipo de medicamento, 1 (3%) fazem o uso de vitaminas, 2 (5%) utilizam suplemento, 17 (45%) fazem uso de medicamentos alopáticos e nenhum paciente mencionou o uso de homeopatia.

Ao questionar sobre a velocidade da mastigação, oferecemos três opções de resposta aos participantes: rápida (menos de 5 minutos de duração de uma refeição principal), moderada (entre 5 – 10 minutos), lenta (15 – 20 minutos). Obtivemos o seguinte resultado; 21 (55%) rápido, 15 (40%) moderado e 2 (5%) lento.

Em estudo realizado em 2008, com 30 pacientes, 4 (13,3%) apresentaram ritmo de mastigação rápida, 16 (53,3%) ritmo médio e 10 (33,3%) ritmo lento, porém cabe ressaltar que a grande maioria dos pacientes foi orientada a mastigar devagar, esperando - se portanto uma prevalência mais expressiva da mastigação lenta (Apolinário, Moraes, Motta, 2008).

Com relação ao estado nutricional, observa-se na Figura 1, que metade da população estudada (47%) está eutrófica, e a outra metade (47%) se encontra na faixa de sobrepeso ou em algum nível da classificação de obesidade. Somente 2 (6%) estão classificados com baixo peso.

Fato que também foi apresentado em estudo publicado por Sauressig e Berleze, (2010) com 39 pacientes, na sua maioria (84,6%) do gênero feminino, onde 46,2 % foram classificados como eutróficos, 41% sobrepeso, 10,3% obesos grau I e 2,6 % obesos grau II.



**Figura 1** - Estado Nutricional de acordo com IMC, classificados pela OMS, dos pacientes que receberam atendimento nutricional (personal diet)

**Tabela 3** - Características dos pacientes que receberam atendimento nutricional (personal diet), com relação a quantidade e/ou frequência de horas de sono, hidratação, hábito intestinal e prática de atividade física dos pacientes que procuraram atendimento nutricional.

| Características                               | n  | %   |
|---|----|-----|
| <b>Frequência de atividade física</b>         |    |     |
| Todos os dias da semana                       | 1  | 4%  |
| 1-3 vezes na semana                           | 15 | 53% |
| 3-5 vezes na semana                           | 12 | 43% |
| <b>Quantidade de água em copos</b>            |    |     |
| 1-4 copos por dia                             | 12 | 32% |
| 4-8 copos por dia                             | 13 | 34% |
| Mais do que 8 copos por dia                   | 13 | 34% |
| <b>Frequência do funcionamento intestinal</b> |    |     |
| 1-3 vezes ao dia                              | 26 | 68% |
| 2 em 2 dias                                   | 11 | 29% |
| Obstipação                                    | 1  | 3%  |
| Diarréia                                      | 0  | 0%  |
| <b>Quantidade de horas de sono</b>            |    |     |
| Menos de 6 horas/dia                          | 9  | 24% |
| 2-6 horas/dia                                 | 27 | 71% |
| Mais de 8 horas/dia                           | 2  | 5%  |

Segundo a Pesquisa Vigitel (2011) no Brasil, no conjunto da população adulta das 27 cidades, a frequência do excesso de peso foi de 48,5%, sendo maior entre homens (52,6%) do que entre mulheres (44,7%).

Em ambos os sexos, a frequência dessa condição tendeu a aumentar com a idade – até os 44 anos de idade em homens e até os 64 anos de idade em mulheres, já com relação a obesidade a frequência de adultos obesos foi de 15,8%, similar ao presente estudo (Brasil, 2011).

As oportunidades para indivíduos adultos serem fisicamente ativos podem ser classificadas em quatro domínios: no tempo livre (lazer), no trabalho, no deslocamento e no âmbito das atividades domésticas.

Considerando o conjunto da população adulta das cidades estudadas, a frequência de adultos que praticam o volume recomendado de atividade física no tempo livre foi de 30,3%, sendo maior entre os homens (39,6%) do que entre as mulheres (22,4%) (Brasil, 2011).

No presente estudo 28 indivíduos (74%) relataram praticar atividade física e somente 10 (26%) não realizam nenhum tipo de atividade. O tipo de atividades realizadas é diversificado, foram citados esportes como: natação, futebol, corrida, musculação, caminhada, hidroginástica.

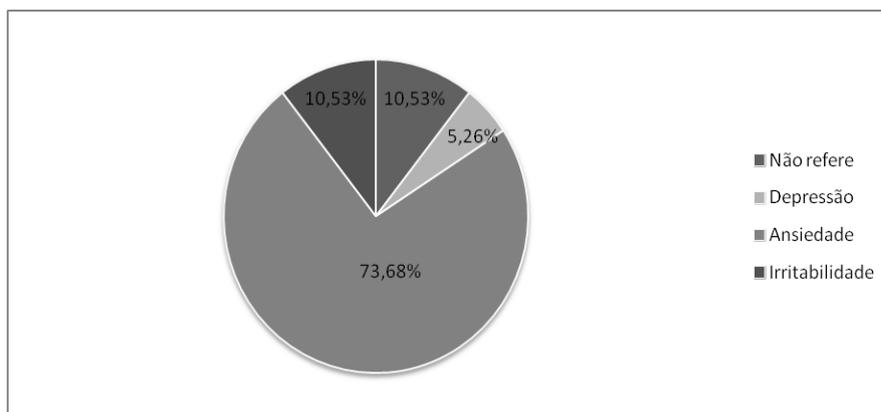
Desta forma dentre os que praticam atividade, (10%) praticam atividades aeróbicas isoladamente e (10%) praticam somente atividades anaeróbicas e os outros (80%) realizam um treinamento misto, com atividades aeróbicas e anaeróbicas.

Com relação a inatividade, no Brasil do total da população consultada para o estudo Vigitel (2011) a frequência de inatividade física foi de 14,0%, semelhante

entre homens (14,1%) e mulheres (13,9%) (Brasil, 2011).

Quando perguntados se já haviam realizado algum tipo de dieta anteriormente 28 (74%) responderam que sim, e 10 (26%) que nunca tentaram realizar qualquer mudança na alimentação com a intenção de melhorar a qualidade, emagrecer ou ganhar massa muscular.

Na Figura 2, pode-se observar que a maioria dos participantes se considerou ansioso 28 (74%), 4 (10%) referiram irritabilidade e outros 4 (10%) não referiram nenhuma das opções e por fim, 2 (6%) depressão e estavam consumindo medicamento para o tratamento.



**Figura 2 - Análise percentual do Estado Emocional dos participantes**

No estudo de Sauressig e Berleze (2010), 76,9% referiu ansiedade, resultado similar ao do presente estudo.

Já de acordo com Cataneo, Carvalho e Galindo (2005) um alto nível de ansiedade pode ter como consequência à obesidade, que possivelmente mascara dificuldades internas, afetivas e relacionais, requerendo um tratamento psicológico imediato.

Quando questionados sobre se procuram algum tipo de alimento e, qual seria esse alimento, no momento em que sentem mais fome, obteve-se o seguinte: não referem modificar o comportamento 7 (18%), procuram mais por doces 21 (55%), procuram mais por massas 1 (3%), aumentam quantidade da comida que estão ingerindo 9 (24%).

Cade e colaboradores (2009) relataram em seu estudo que uma das causas dos pacientes comerem muito, geralmente

estava relacionada a ansiedade, raiva, tristeza, culpa e preocupação.

## CONCLUSÃO

Nota-se uma maior procura pelo atendimento nutricional para perda de peso, tanto por indivíduos eutróficos e com excesso de peso, principalmente pelo gênero feminino, o que pode revelar uma maior preocupação com estética e saúde.

No entanto, a maioria dos pacientes busca mudanças de comportamento alimentar por tempo determinado e resultados rápidos. Diante da complexidade das demandas do mundo moderno torna-se urgente a reformulação de hábitos alimentares, principalmente em função do estilo de vida peculiar a cada indivíduo.

A criação de estratégias em parceria com o paciente pode auxiliá-lo a compreender

# Revista Brasileira de Nutrição Esportiva

ISSN 1981-9927 *versão eletrônica*

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

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

a necessidade de assimilar novos hábitos que lhe permitam acesso à alimentação adequada e saudável.

## REFERÊNCIAS

- 1-Abrantes, M.M.; Lamounier, J.A.; Colossimo, E. A. Prevalência de sobrepeso e obesidade nas regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Rev. Assoc. Méd. Bras.* Vol. 49. Núm. 2. p.162-166. 2003.
- 2-Apolinario, R. M. C; Moraes, R. B.; Motta, A. R. Mastigação e dietas alimentares para redução de peso. *Rev. CEFAC.* Vol. 10. Núm. 2. p. 191-199. 2008.
- 3-Bernardil, F.; Cichelero, C.; Vitolo, M.R. Comportamento de Restrição Alimentar e Obesidade. *Revista de Nutrição.* Vol. 18. Núm.1. p. 85-93. 2005.
- 4-Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2011: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.* Brasília-DF. 2012.
- 5-Brasil. Ministério da Saúde. Datasus: Morbidade Hospitalar do SUS-CID 10. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 15/04/2013.
- 6-Cade, N. V.; Borloti, E.; Vieira, A. R.; Perin, R.; Silveira, K. A.; Ferraz, L.; Bergamini, M.P. Efeitos de um treinamento de autocontrole, aplicado em obesos. *Cogitare Enfermagem.* Vol. 14. Núm.1. p. 65-72. 2009.
- 7-Cataneo, C.; Carvalho, A. M. P.; Galindo, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: Maturidade emocional, auto-conceito, lócus de controle e ansiedade. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* Vol. 18. Núm. 1. p. 39-46. 2005.
- 8-Carvalho, K. M. B. Obesidade. In: Cuppari, L. *Nutrição: Nutrição clínica no adulto.* Manole. 2005. p.149-170.
- 9-Coutinho, M.; Lucatelli, M. Produção Científica em Nutrição e Percepção Pública da Fome e Alimentação no Brasil. *Revista de Saúde Pública.* São Paulo. Vol. 40. p 86-92. 2006.
- 10-Duarte, C. A.; Castellani, F. R. *Semiologia Nutricional.* Rio de Janeiro. Axcel Books. 2002.
- 11-Francischi, R. P. P.; e colaboradores. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. *Revista de Nutrição.* Vol. 12. Núm.1. 2000.
- 12-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de Orçamentos Familiares 2010. Despesas, Rendimentos e Condições de vida.* Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_2009/POFpublicacao.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009/POFpublicacao.pdf)> Acesso em: 01/08/2012.
- 13-Koehnlein, E. A.; Salado, G. A.; Yamada, A. N. Adesão à reeducação alimentar para perda de peso: determinantes, resultados e a percepção do paciente. *Rev. Bras. Nutr Clin.* Núm. 23. p. 56-65. 2008.
- 14-Manassero, J. P.; Morel, R. A.; Dias, R. L.; Pizatto, A.C. Perfil dietético de participantes de um programa de apoio para reeducação alimentar de acordo com o programa "5 ao dia". *Revista da Graduação.* Vol. 4. Núm. 2. 2011.
- 15-Oliveira, A. F.; Lorenzatto, S.; Fatel, E. C. S. Perfil de pacientes que procuram atendimento nutricional. *Revista Salus.* Guarapuava. Vol. 2. Núm.1. p.13-21. 2008.
- 16-Perez, G. H.; Romano, B. W. Comportamento alimentar e síndrome metabólica: aspectos psicológicos. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo.* Vol. 14. Núm. 4. p.544-550. 2004.
- 17-Pollock, M. L.; Wilmore, J. H. *Exercício na Saúde e na Doença.* Rio de Janeiro. Medsi. 1993.
- 18-Popkin, B. M.; Larsen, G. The nutrition transition: worldwide obesity dynamics and their determinants. *International Journal of Obesity.* Núm.28. p.s2-s9. 2004.
- 19-Sauressig, M. R.; Berleze, K. J. Análise de influências em dietas de emagrecimento. *Revista Psico.* Vol. 41. Núm. 2. p.231-238. 2010.

## Revista Brasileira de Nutrição Esportiva

ISSN 1981-9927 *versão eletrônica*

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

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

---

20-Tjepkema, M. Adult Obesity. Health Reports, Vol. 17. Núm. 3. p.9-25. 2006.

21-Viana, V. Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. Análise Psicológica. Vol. 4. p. 611-624. 2002.

22-World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Geneva, p. 276, 1998.

23-Zacarelli, E. M. Modelo transteórico e curso de vida. In: Fisberg, M. R.; Slater, B.; Marchioni, D. M. L.; Martini, L. A. Inquéritos Alimentares: Métodos e bases científicas. Manole. 2005. p.53-70.

Endereço de correspondência:

Rua João Pessoa, 259, apto 92, Centro.

São Bernardo do Campo - São Paulo.

CEP: 09715-000.

Recebido para publicação em 15/05/2013

Aceito em 10/07/2013