

Volume 3, Número 2
2º semestre de 2016

ISSN: 2237-3756

lifeStyle

JOURNAL

UNASPRESS

Imprensa Universitária Adventista



Centro Universitário Adventista de São Paulo



Centro Universitário Adventista de São Paulo

Fundado em 1915 — www.unasp.edu.br

Missão: Educar no contexto dos valores bíblicos para um viver pleno e para a excelência no serviço a Deus e à humanidade.

Visão: Ser uma instituição educacional reconhecida pela excelência nos serviços prestados, pelos seus elevados padrões éticos e pela qualidade pessoal e profissional de seus egressos.

Administração da Entidade Mantenedora (IAE)	Diretor Presidente: Domingos José de Souza Diretor Administrativo: Énio Álvares de Freitas Diretor Secretário: Emmanuel Oliveira Guimarães
Administração Geral do Unasp	Chanceler: Euler Pereira Bahia Reitor: Martin Kuhn Pró-Reitora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Tânia Denise Kuntze Pró-Reitora de Graduação: Sílvia Cristina de Oliveira Quadros Pró-Reitor Administrativo: Énio Álvares de Freitas Pró-Reitor de Relações, Promoção e Desenvolvimento Institucional: Allan Novaes Secretário Geral: Marcelo Franca Alves
Campus Engenheiro Coelho	Diretor Geral: José Paulo Martini Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Francisca Pinheiro S. Costa Diretor de Graduação: Afonso Ligório Cardoso
Campus São Paulo	Diretor Geral: Douglas Jeferson Menslin Diretor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Maristela Martins Diretor de Graduação: Ilson Tercio Caetano
Campus Virtual	Diretor Geral: Valcenir do Vale Costa Gerente Acadêmica: Andressa Jackeline Oliveira M. e Paiva
Faculdade de Teologia	Diretor: Reinaldo Wesceslau Siqueira Coordenador de Pós-Graduação: Ozeas Caldas Moura Coordenador de Graduação: Vanderlei Dorneles
Faculdade Adventista de Hortolândia	Diretor: Martin Kuhn Diretora de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Tânia Denise Kuntze Diretora de Graduação: Sílvia Cristina de Oliveira Quadros Diretor Administrativo: Énio Álvares de Freitas Diretor de Relações, Promoção e Desenvolvimento Institucional: Allan Novaes Secretário Geral: Marcelo Franca Alves
Campus Hortolândia	Diretor Geral: Laureci Bueno do Canto Diretor de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão: Eli Andrade Rocha Prates Diretora de Graduação: Lélío Maximino Lellis



Imprensa Universitária Adventista

Editor: Rodrigo Follis

Editor Associado: Felipe Carmo

Conselho Editorial: José Paulo Martini, Afonso Cardoso, Elizeu de Sousa, Francisca Costa, Adolfo Suárez, Emilson dos Reis, Rodrigo Follis, Ozéas C. Moura, Betania Lopes, Martin Kuhn

A Unaspres está sediada no Unasp, campus Engenheiro Coelho, SP.

Editora e revista associadas:





revista lifestyle journal

Editor chefe
Editor associado

Prof. Dr. Elias Ferreira Pôrto
Prof. Dr. Fabio Marcon Alfieri

Corpo editorial e Conselho

Prof. Dr. Carlos Antonio Teixeira
Prof. Dr. Gil Lúcio Almeida
Prof. Dr. Antônio Adolfo Mattos de Castro
Prof. Dr. Vinicius Carlos iamonti
Dra. Kátia Ferreira de Oliveira
Prof. Dr. Leonardo Tavares Martins
Prof. Dra. Claudia kumpel
Prof. Dra. Maria Cecilia Leite de Moraes
Prof. Dra. Maria Dyrce Dias Meira
Prof. Dra. Gina Abdala
Prof. Dra. Marcia Maria Hernandes de Abreu de Oliveira Salgueiro
Prof. Dr. Marcos Natal de Souza Costa
Prof. Dra. Natália Oliveira Vargas e Silva
Prof. Dra. Marcia Cristina Teixeira Martins

unaspress

Editoração:
Revisão:
Projeto gráfico:
Normatização:

Rodrigo Follis, Felipe Carmo
Leonardo Gubert
Edimar Veloso
Giulia Pradela; Ilana de Oliveira

A revista LifeStyle Journal utiliza o Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), software desenvolvido para a construção e gestão de publicações eletrônicas, traduzindo e customizado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT).

Esta revista se encontra sob a Licença Creative Commons Attribution 3.0.

O Conselho Editorial não assume a responsabilidade pelo material publicado nesta revista. Os trabalhos publicados representam o pensamento dos autores.

FICHA CATALOGRÁFICA

L7227 LifeStyle Journal — Centro Universitário Adventista de São Paulo, v. 3, n. 2 (2º semestre de 2016). São Paulo: Unaspress — Imprensa Universitária Adventista, 2016.

Semestral

ISSN: 2237-3756 (online)

1. Interdisciplinar
2. Ciências da Saúde
3. Promoção da Saúde



lifeStyle

J O U R N A L



EDITORIAL

7

Sumário

**CARACTERÍSTICAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS
(FEATURES OF NURSING DIAGNOSIS PROCESSES FAMILY DYSFUNCTIONAL)**

*Débora da Silva Oliveira; Glauce Aparecida de Oliveira Andreoli
Granjeira; Ivone Corsi da Silva; Elias Ferreira Porto*

14

**CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO
NO PERÍODO GESTACIONAL
(CHARACTERISTICS OF GESTATIONAL FEEDING)**

*Aline Aparecida Bueno; Jéssica Aparecida
Soares Beserra; Márcia Lopes Weber*

30

ANÁLISE DO TEOR DE GORDURAS EM ALIMENTOS
INDUSTRIALIZADOS CONSUMIDOS PELO PÚBLICO INFANTIL
(Analysis of the fat content in processed foods consumed by the child public)

*Joelma Rodrigues dos Passos; Joelcio Rodrigues dos Passos; Gabriela
Fontes Teodoro Chaves; Leslie Andrews Portes; Natália Cristina de Oliveira*

44

MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE
ATIVIDADES FÍSICAS EM ACADEMIAS
(Motivation for physical activity in at fitness centers)

*Joelma Rodrigues dos Passos; Joelcio Rodrigues
dos Passos; Gabriela Fontes Teodoro Chaves; Leslie
Andrews Portes; Natália Cristina de Oliveira*

60

OFICINAS DE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE PARA
HIPERTENSOS OU PRÉ-HIPERTENSOS

**(Spirituality workshops and health for
hypertensive or pre-hypertensive)**

*Stefani da Silva Alves; Vanessa Valeria Viana da
Silva; Ivone Corsi da Silva; Carlos Antônio Teixeira;
Gina Andrade Abdala; Maria Dyrce Dias Meira*

70

Normas para Publicação

90



EDITORIAL

PROMOÇÃO DA SAÚDE E ESTILO DE VIDA: LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS

Elias Ferreira Porto
Anselmo Cordeiro de Souza

Desde a concepção de pressupostos que estruturavam o pensamento na modernidade, explicitado da tradição, tida como precursora da saúde pública (SOUZA, 2016), até as contemporâneas discussões epistemológicas, teóricas e mesmo metodológicas em promoção da saúde (SALAZAR et al., 2015; DICLEMENTE et al., 2002; LUCAS, LLOYD, 2005; DAVIES, MACDOWALL, 2006) parecem evidenciar um paradoxo ou um hiato repleto de conquistas e contradições.

Bunton e Macdonald (2003) relatam a promoção da saúde como temática de reflexão tomada por diversas áreas do saber, tais como a psicologia, sociologia, educação, economia, política, epidemiologia, entre outros. De modo mais recente, a promoção da saúde tem sido pensada também no espaço da Medicina do Estilo de Vida com interessantes perspectivas (EDINGTON, 2013).

Em outros artigos tem demonstrado relações entre promoção da saúde e estilo de vida, inferindo da existência de espaços abertos de reflexão e posicionamento interdisciplinar e intersetorial, diante de apresentadas lacunas no âmbito acadêmico científico, no que diz respeito a uma melhor explicitação dos entendimentos consoantes ao construto por meio de um terminus aquo detalhados por uma etimologia científica e ainda das necessárias considerações a qualidade dos instrumentos de mensuração usados atualmente na avaliação do estilo de vida, ambos

desejáveis ao rigor científico (SOUZA et al., 2016; PORTO et al. 2016; PORTO et al. 2015).

Destaca-se ainda a crítica no cenário nacional de vários autores a respeito da tradicional abordagem de promoção da saúde, orientada pela proposição de um estilo de vida tido saudável, como intrincado por sensíveis repercussões passíveis de sua implementação (SILVA-ARIOLI et al., 2013; CASTIEL, 2006). Por outro lado, outros autores têm inquerido da viabilidade e operacionalização de outras propostas, algumas originadas no campo da saúde coletiva (CZERESNIA, FREITAS, 2009).

O que entre outras coisas nos parece sugerir espaço a uma acurada e necessária disposição por novas, mais amplas e relevantes propostas e/ou abordagens que deem conta dos agigantados desafios da saúde pública, com especial olhar a integridade e integralidade do ser humano contemplando suas dimensões físicas, mentais, psíquicas, sociais e espirituais, esta última outrora espoliada e atualmente emergente em diversos espaços científicos relacionados a saúde (ABDALA et al. 2015).

Cabe dizer que implicações relacionadas ao estilo de vida relacionado a saúde não estão descoladas da realidade e da vida prática. Estão conectadas a própria sustentabilidade social, econômica e ambiental, ou seja, ao paradigma do saudável, como destacado pelas cartas e políticas de promoção da saúde. Como corroborado pela literatura, é imprescindível uma corresponsabilização equitativa num contexto e condições de vida coerentes, que favoreçam não apenas a prevenção, mas a promoção da saúde, mediada por um estilo de vida realmente saudável (BUSS, CARVALHO, 2009).

Logo, contribuições que venham elucidar de aspectos relacionados a componentes do estilo de vida que apresentem impactos na qualidade de vida e saúde humana são extremamente relevantes. Desejáveis ainda contribuições interdisciplinares de outras áreas do saber, que façam interface com a saúde em áreas pouco ou recentemente contempladas, numa proposta integradora.

Portanto o estilo de vida saudável deve ser uma Política de Estado, visto que é um modelo protetivo da saúde coletiva do indivíduo.

Referências

ABDALA, Gina Andrade et al. Religiosity and quality of life in older adults: literature review. **Life Style**, v. 2, n. 2, 2016.

BUNTON, R.; MACDONALD, G.; MACDONALD, G. (Ed.). **Health promotion: disciplines and diversity**. Routledge, 2003.

BUSS, Paulo Marchiori; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CASTIEL, L. D. A noção de 'estilo de vida' em promoção de saúde: um exercício crítico de sensibilidade epistemológica. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; DA ROS, M. A. (Orgs.). **A saúde em debate na educação física**. Blumenau,: Nova Letra, 2006. v. 2.

DAVIES, M.; MACDOWALL, W. **Health Promotion theory**. London: Open University Press, 2006.

DICLEMENTE, R. J.; CROSBY, R. A.; KEGLER, M. (Ed.). **Emerging theories in health promotion practice and research**. London: John Wiley & Sons, 2002.

EDINGTON, D. W. Future of Health Promotion in the Twenty-First Century. In :RIPPE, J. M. (Ed.). **Lifestyle medicine**. New York: CRC Press, 2013.

LUCAS, K.; LLOYD, B. **Health promotion: evidence and experience**. New York: Sage, 2005.

PÔRTO, E. F.; KUMPEL, C.; OLIVEIRA, I. M.; FILONI, E.; SOUZA, A. C.; CASTRO, A. A. M. Estilo de vida e suas relações com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, 2016.

PÔRTO, E. F.; KUMPEL, C.; CASTRO, A. A. M.; OLIVEIRA I. M; ALFIERI, F. M. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta fisiátrica**. v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015.

SALAZAR, L. F.; CROSBY, R. A.; DICLEMENTE, R. J. **Research methods in health promotion**. London: John Wiley & Sons, 2015.

SILVA-ARIOLI, I. G.; SCHNEIDER, D. R.; BARBOSA, T. M.; DA ROS, M. A. Promoção e Educação em saúde: uma análise epistemológica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 672-687, 2013.

SOUZA, A. C. Nó górdio em Maquiavel? Exercício reflexivo introdutório a partir da metáfora médica. **Revista Ideação**, Foz do Iguaçu, 2016.

SOUZA, A. C.; OLIVEIRA, I. M.; MARTINS, L. T. Promoção da Saúde: espaço interdisciplinar para o estudo do estilo de vida. **Lecturas: Educación Física e Deportes**, v. 218, p. 1-4, Jun, 2016.



Artigos



CARACTERÍSTICAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PROCESSOS FAMILIARES DISFUNCIONAIS: PERSPECTIVA DO FAMILIAR DE USUÁRIO DE DROGAS ILÍCITAS

Débora da Silva Oliveira¹

Glauce Aparecida de Oliveira Andreoli Grangeia²

Ivone Corsi da Silva³

Elias Ferreira Porto⁴

Resumo: Droga é definida como qualquer substância capaz de alterar as funções biológicas dos organismos vivos. O Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais”, identificado pelo enfermeiro através da consulta de enfermagem sistematizada, é composto por três características definidoras: as comportamentais, as de papéis e relacionamentos e as de sentimentos. Este é um estudo transversal de abordagem qualitativa descritiva exploratória. Foram entrevistados oito familiares de usuários de drogas ilícitas, maiores de 18 anos, que não estavam vinculados a um grupo de apoio e sabiam que tinham um membro/familiar dependente químico. O referido diagnóstico apresenta 115 características definidoras. Identificou-se 28 características definidoras nas respostas dos familiares de usuários de drogas ilícitas, agrupados em 15 características comportamentais, quatro

.....

¹ Graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP). E-mail: debora.s.olyveyra@gmail.com

² Graduanda do curso de enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp -SP). E-mail: glauce_grangeia@hotmail.com

³ Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. E-mail: ivone.corsi@ucb.org.br

⁴ Doutor e Mestre em Fisioterapia, Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp -SP). E-mail: elias.porto@ucb.org.br

características de papéis e relacionamentos e nove características de sentimentos. Destacam-se: abuso de drogas, conflito crescente, conhecimento deficiente sobre o abuso de substâncias, falta de habilidades necessárias para relacionamento e culpa. O enfermeiro deve identificar e utilizar esse diagnóstico em suas consultas sistematizadas com mais precisão.

Palavras chaves: Diagnóstico de enfermagem; Drogas ilícitas; Família.

Features of nursing diagnosis processes family dysfunctional: perspective of the user of familiar drug illicit

Abstract: A drug is defined as any substance capable of altering the biological functions of living organisms. The Nursing Diagnosis “Dysfunctional Family Processes”, identified by the nurse through systematic nursing consultation, consists of three defining characteristics, behavioral, the roles and relationships and feelings. This cross-sectional study of descriptive exploratory qualitative approach. Eight were interviewed relatives of illicit drug users, over 18, who were not tied to a support group and knew they had a member / family drug addict. That diagnosis has 115 defining characteristics. It identified 28 defining characteristics in the responses of the family of illicit drug users, grouped into 15 behavioral characteristics, features four roles and relationships and nine characteristics of feelings. They include drug abuse, increasing conflict, lack knowledge about substance abuse, lack of skills for relationship and guilt. The nurse should identify and use this diagnosis in their consultation systematized more precisely.

Keywords: Nursing diagnosis; Illicit drugs; Family.

Droga é definida como qualquer substância capaz de alterar as funções biológicas dos organismos vivos, resultando em mudanças de comportamento, humor e cognição, podendo levar à dependência. Considera-se como drogas lícitas (permitidas) a cafeína, o álcool, o tabaco e as medicações; por sua vez as drogas ilícitas (proibidas) são maconha, crack e heroína, podendo variar de acordo com a cultura de cada povo. A carga global das doenças requerentes ao consumo de substâncias psicoativas é de 8,9%, sendo o tabaco 4,1%, o álcool 4,0% e as drogas ilícitas 0,8%. O consumo dessas substâncias químicas acomete mais os jovens; cerca de 3,9% das pessoas, com idade mínima de 15 anos, consumiram maconha pelo menos uma vez em sua vida, segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015).

O enfermeiro utiliza um guia definitivo para diagnósticos de enfermagem, denominado NANDA Internacional (North American Nursing Diagnosis Association). Esse instrumento possui 235 Diagnósticos de Enfermagem separados por 13 domínios e 47 classes. A cada dois anos é realizado um Comitê de Desenvolvimento para revisão, compreensão e introdução de novos diagnósticos. Cada um deles mantém uma estrutura com definição, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco. É papel do enfermeiro identificar o diagnóstico específico para cada paciente, através de consultas sistematizadas, bem como suas características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco que confirme o mesmo (GARCEZ et al., 2016).

Na pesquisa realizada por Gómez et al. (2008), é relatado que dos 50 adolescentes usuários de drogas ilícitas entrevistados, 32 responderam que não possuem apoio dos seus familiares, no qual identificou-se o Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais”. Esse diagnóstico é definido como as funções psicossociais, espirituais e fisiológicas da unidade familiar que estão cronicamente desorganizadas, levando ao conflito, à negação de problemas, à resistência, às mudanças, à resolução ineficaz de problemas e a uma série de crises autopertuadas. Nele encontrou-se 115 características definidoras classificadas em 3 grupos: comportamentais,

papéis e relacionamentos, e sentimentos. O Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais” era utilizado apenas para alcoolismo, no ano de 2012 foi revisado, ampliando sua definição e as características definidoras, de modo que pode ser usado para alcoolismo e para usuários de drogas. Está inserido no Domínio 7 Papéis e Relacionamentos, Classe 2 Relações Familiares (GARCEZ et al., 2016).

Segundo a OMS (2015), um dos tratamentos recomendados para dependentes de substâncias químicas são as terapias cognitivo-comportamentais e prevenção de recaídas. Essas medidas implicam na tentativa de desaprender o comportamento ligado com a dependência química e aprender respostas mais adaptativas. Os grupos de apoio Amor Exigente, Nar-Anon e Recomeço Família são grupos de portas abertas, livre demanda, criados para acolher as famílias de dependentes químicos. Os seus membros compartilham experiências próprias, forças e esperanças com o intuito de solucionar os problemas. Os grupos são formados por familiares de dependentes químicos e voluntários, e tudo o que é falado durante as reuniões é mantido em sigilo e respeito, protegendo-se sempre o anonimato (CARDIM; LOURENÇO, 2007).

Por esse motivo é importante para o profissional de enfermagem obter embasamento científico para identificar essas características e incentivar a participação dos familiares no tratamento do dependente químico. Devem promover a reestruturação familiar, mostrando para os familiares de usuários de drogas ilícitas que eles necessitam de tratamento tanto quanto o dependente químico e encaminhá-los para grupos de apoio que os ajudarão a minimizar e compreender as características comportamentais, papéis e relacionamentos e sentimentos.

O objetivo desta pesquisa foi identificar e descrever as características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais” nas respostas dos familiares de usuários de drogas ilícitas segundo as propostas teóricas por NANDA Internacional, e encaminhar os

familiares de usuários de drogas ilícitas aos grupos de apoio Amor Exigente, Nar-Anon e Recomeço Família. Esta pesquisa é norteada com a seguinte questão: Quais são as características definidoras, mais frequentes, dos familiares de usuário de drogas, associadas ao Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais”?

Metodologia

Este foi um estudo transversal de abordagem qualitativa descritiva exploratória, realizado na zona sul de São Paulo. Submeteu-se o projeto da pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp-SP), que o aprovou sob o protocolo nº 1.084.559 em 28/05/2015 e, por envolver seres humanos, contempla os princípios normativos propostos pela Resolução nº 466/12 do CNS/MS/Brasil (BRASIL, 2012).

A seleção da amostra se deu através do método Bola de Neve (*snowball sampling*). Esse método de amostragem é utilizado em população rara ou desconhecida, onde o primeiro indivíduo, também denominado de semente, pertence à população-alvo e indica novos participantes para o estudo. Objetivou-se o número de participantes de acordo com a saturação dos dados alcançados (DEWES; NUNES, 2013).

A coleta de dados foi realizada no período de 29/05/2015 - 26/10/2015 em familiares de usuários de drogas ilícitas, maiores de 18 anos, que não estavam vinculados a um grupo de apoio e terem descoberto que o membro/familiar é usuário de drogas ilícitas. Todos os participantes foram informados sobre o anonimato e foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias. Após cada entrevista o familiar recebia um folder informativo, produzido pelas pesquisadoras, contendo informações sobre os grupos de apoio para os quais seriam encaminhados. O critério de exclusão foi o familiar não apresentar convívio direto com o usuário de drogas.

O local da coleta de dados foi escolhido pelo participante, onde foi realizada uma entrevista com três perguntas abertas, elaboradas pelas pesquisadoras, dispostas oralmente e gravadas, baseadas nas três características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais”, segundo a proposta teórica por NANDA Internacional. Essas gravações foram posteriormente transcritas minuciosamente e analisadas.

Para interpretar os dados utilizou-se o método análise de discurso, que consiste em trabalhar com os sentidos nas formas de apresentação do objeto analisado; pode ser verbal ou não verbal, escrito ou oral, imagens ou linguagem corporal, o conjunto de ideias que constituiu o sentido que o sujeito quer dar (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Para garantir o anonimato colocou-se a letra F, que é a inicial da palavra familiar, seguida de um número (F1, F2, F3...), que não corresponde à sequência das entrevistas. No teste piloto foi percebido que deveriam ser feitas algumas mudanças como, ao iniciar a entrevista, informar idade, sexo e grau de parentesco. As gravações serão guardadas durante um período de cinco anos e posteriormente deletadas.

Resultado e discussão

O total de familiares participantes foi oito, sendo dois homens e seis mulheres, idade entre 31 - 69 anos com média de 49 anos, o grau de parentesco variou entre pai/mãe, cônjuge e irmão/irmã.

Obteve-se 28 características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais” nas respostas de familiares de usuário de drogas ilícitas, agrupados em 15 características comportamentais, quatro características de papéis e relacionamentos e finalizando com nove características de sentimentos.

Destacou-se abuso de drogas, conflito crescente e conhecimento deficiente sobre o abuso de substâncias ilícitas, como características definidoras

comportamentais, onde 75% dos entrevistados relataram que o consumo de drogas afeta toda a família, dificuldade em aceitar o problema, revolta familiar gerando conflitos entre os membros e a falta de conhecimento sobre o assunto, causando, conseqüentemente, espanto ao descobrir que tinham um membro dependente químico (Tabela 1).

Tabela 01: Características Definidoras Comportamentais do Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais” nas Respostas dos Familiares de Usuários de Drogas Ilícitas, São Paulo, 2016.

Características Definidoras Comportamentais	Nº	%
Abuso de drogas	06	75.0
Conflito crescente	06	75.0
Conhecimento deficiente sobre o abuso de substâncias	06	75.0
Expressão de raiva inapropriada	05	62.5
Isolamento social	05	62.5
Tristeza não resolvida	03	37.5
Agitação	03	37.5
Incapacidade de lidar construtivamente com experiências traumáticas	03	37.5
Luta por poder	03	37,5
Falta de confiabilidade	03	37,5
Incapacidade de lidar com conflitos	02	25.0
Incapacidade de suprir as necessidades emocionais de seus membros	01	12.5
Habilidades ineficazes para resolução de problemas	01	12.5
Incapacidade de aceitar ajuda	01	12,5
Críticas	01	12,5
Total*	49	612,5

*Os familiares poderiam apontar uma ou mais características definidoras comportamentais.

“Por que a gente sabe que *as drogas prejudicam a família inteira.*” (F1)

“*É muito difícil da gente aceitar que o filho usa droga, é muito difícil. Muda tudo dentro de casa, né?*” (F3)

“*tem esse problema que é a droga.*” (F5)

“*Então quando eu soube que ele estava usando, eu pensava que iria ficar só naquilo mesmo, na maconha e, pronto, acabou.*” (F6)

“*E quando ele sumia, ficava muitos dias fora com pessoas estranhas, eu pensava que ele não iria voltar...*” (F7)

“*no início das drogas, como eu já falei, ele queria resolver batendo...*” (F8)

O abuso de drogas afeta família, pessoas, nações e relações internacionais, tendo como fatores de risco o envolvimento com gangues, atividades criminais, curiosidade em conhecer novas experiências, amigos que são usuários de drogas e a pressão que esses exercem (VARGENS *et al.*, 2009). Bernady e Oliveira (2010) verificaram em seu estudo que 10 dos 11 jovens entrevistados não sabiam identificar inicialmente o que os levaram ao uso abusivo de drogas ilícitas; porém no decorrer das entrevistas destacaram as amizades, más companhias, ciúmes entre irmãos, falta de carinho paterno/materno, envolvimento com o crime e condições socioeconômicas da família.

Conflito crescente

“*Então no início a gente fica meio revoltado. Eu, como irmã, fiquei um pouco revoltada. [...] Tentar fazer a pessoa enxergar. Você está fazendo errado!*” (F1)

“*Então a reação da minha família a princípio foi um pouco desproporcional àquilo que deveria ser.*” (F2)

“*A gente também fica revoltado porque a gente dá conselho, tudo, depois não escuta, né? Aí a gente fica revoltado também, né?*” (F3)

“Olha, na minha casa era uma casa de terror. Era uma casa de terror.” (F6)

“Ele começou a ficar *agressivo, violento, começou a ficar irritado, muito nervoso*, ele ficava com o olhar muito estranho.” (F7)

“*Já invadiram minha casa*, pra pegar ele dentro de casa por conta de droga.” (F8)

Para Bernardy e Oliveira (2010), a falta de cuidado e a falta de diálogo entre os membros da família são alguns fatores de risco, que influenciam os jovens a procurar as drogas como forma de lidar com os conflitos familiares.

Conhecimento deficiente sobre o abuso de substâncias

“Já pra minha madrasta que tem um pouco menos de... não um *pouco menos de conhecimento acerca do problema em si, mas é por não está focada nessas coisas*, sempre deu mais atenção ao trabalho, as coisas de casa [...]” (F2).

“Fica nervoso, às vezes *não sabe como lidar com ele e sei lá*, se torna assim muito complicado, todo mundo aqui dentro de casa” (F3).

“Eu falo francamente, *a gente é um pouco ignorante e se torna pior as coisas*, entendeu” (F4).

“Então quando eu soube que ele estava usando, *eu pensava que iria ficar só naquilo mesmo, na maconha e, pronto, acabou*” (F6).

“Fiquei assim muito cansada, muito esgotada, comecei a ficar realmente assim depressiva mesmo de ver aquilo, *porque pra mim foi um choque*” (F7).

“Já alguns da minha família, *a maioria não acreditaram, falavam que não era para eu acreditar em tudo que as pessoas me falavam*” (F8).

Bermúdez-Herrera *et al.* (2011) observaram que há desconhecimento sobre o tema e falta de instruções acerca de abuso de drogas, o que não auxilia em situações conflitantes bem como em normas de condutas e nos valores que sustentam os lares e a sociedade.

A característica definidora de papéis e relacionamentos destacada pelos entrevistados foi falta de habilidades necessárias para relacionamentos (50%), pois o ambiente fica tenso e muito difícil para ocorrer diálogo entre os membros da família (Tabela 2).

Tabela 2: Características Definidoras de Papéis e Relacionamentos do Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais” nas Respostas dos Familiares de Usuários de Drogas Ilícitas, São Paulo, 2016.

Característica Definidoras de Papéis e Relacionamentos	Nº	%
Falta de habilidades necessárias para relacionamentos	04	50,0
Baixa percepção de apoio paterno/materno	03	37,5
Capacidade reduzida dos membros da família de se relacionarem entre si visando ao crescimento e amadurecimento mútuos	01	12,5
Problemas conjugais	01	12,5
Isolamento social	05	62,5
Total*	09	112,5

*Os familiares poderiam apontar uma ou mais características definidoras de papéis e relacionamentos.

Falta de habilidades necessárias para relacionamentos

“Então, assim, fica bem difícil, *fica um ambiente bem tenso, difícil, muito difícil!*” (F1)

“Acho que *eles deveriam ser mais compreensivos e não tratar o assunto com tom de acusação*” (F2).

“E sempre questioneei: ‘Meu filho, o que falta?’ É a única coisa que sempre faço. ‘O que é que falta? O que é que eu deixei de te dar, que você ficou desse jeito? O que faltou?’ (F5).

“O relacionamento era um *relacionamento de guerra, de guerra mesmo [...]*” (F6).

Jovens que já usaram drogas ilícitas, álcool ou tabaco têm mais chances de apresentar problemas familiares do que aqueles que não usam nenhuma substância. Os adolescentes que usavam drogas relatam discutir frequentemente com os pais, passar a maior parte do tempo livre com amigos, sentir que os pais não se importam ou não cuidam deles e ter um membro da família que já foi preso (MALBERGIER et al., 2012). O diálogo entre familiares é considerado como fator protetor para evitar o uso de drogas, aumentando o respeito mútuo e o suporte familiar, fazendo assim com que o jovem tenha resistência às drogas (BERNARDY; OLIVEIRA, 2010).

A culpa foi apontada devido a os familiares não entenderem ou não saberem o motivo da procura de drogas ilícitas por seus membros/familiares e culparem-se pelo envolvimento do familiar com o abuso de substâncias, sendo assim a característica definidora de sentimentos com 50% das respostas dos familiares de usuário de drogas ilícitas, conforme vemos na Tabela 3.

Tabela 3: Características Definidoras de Sentimentos do Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais” nas Respostas dos Familiares de Usuários de Drogas Ilícitas, São Paulo, 2016.

Características Definidoras de Sentimentos	Nº	%
Culpa	04	50,0
Raiva	03	37,5
Relato de sentimento de incompreensão	02	25,0
Desesperança	02	25,0
Vergonha	02	25,0
Medo	02	25,0

Características Definidoras de Sentimentos	Nº	%
Frustração	02	25,0
Abandono	01	12,5
Fracasso	01	12,5
Total*	20	237,5

*Os familiares poderiam apontar uma ou mais características definidoras de sentimentos.

Culpa

“Porque eu entendo que por parte *as coisas que aconteceram foram também culpa da maneira em que ele foi criado, sem muitos limites [...]*” (F2).

“Então, assim, *eu me culpo* de: o que é que faltou que ele não teve forças para dizer não?” (F5).

“Acho que *essa culpa eu tenho até hoje*, porque como eu sempre fui mãe e pai dos meus filhos, eu não fui aquela mãe presente” (F6).

“*Eu comecei a me sentir culpada sim, muito. Eu me culpava*, eu falava: “O que eu fiz?” (F7).

Comparando o relato acima com o estudo realizado por Oliveira *et al.* (2014), sobre gestantes usuárias de drogas, no qual elas sentem-se culpadas por manter a dependência química durante a gestação e esse hábito prejudicar o bebê, observamos que esse mesmo sentimento está presente nas famílias, pois eles culpam-se por ter feito algo que gerou um dependente químico dentro do ambiente familiar.

Em sua pesquisa, Mangueira *et al.* (2013) fizeram uma revisão da literatura para identificar os indicadores clínicos do Diagnóstico de Enfermagem “Processos Familiares Disfuncionais” em Alcoólatras, na qual a característica comportamental que se destacou foi abuso verbal (69,6%), a característica de papéis e relacionamentos foi problemas conjugais (61,53%) e a característica de sentimentos apontada foi depressão (38,46%). Estes resultados

são diferentes dos obtidos neste estudo, pelas respostas dos familiares de usuários de drogas ilícitas, onde as características comportamentais apresentadas foram abuso de drogas, conflitos crescentes e conhecimento deficiente sobre o abuso de substâncias (75%); como característica de papéis e relacionamentos foi falta de habilidades necessárias para relacionamentos (50%), e a culpa (50%) destacou-se como característica de sentimentos. Tais resultados, de ambos os estudos, mostram que a abordagem deve ser individualizada e personalizada, com foco na coleta de dados, anamnese e histórico familiar, para conseguir apontar as características definidoras de cada família, por isso a importância de estudar esse diagnóstico em familiares de dependentes químicos.

Considerações finais

As características definidoras comportamentais destacadas pelas respostas dos familiares de usuários de drogas ilícitas foram abuso de drogas (75,0%), onde os familiares consideram as drogas como prejuízo para toda a família; conflito crescente (75,0%) como consequência da revolta familiar; e conhecimento deficiente sobre o abuso de substâncias (75,0%) causado pela surpresa dos familiares ao descobrir o problema. Dentre as características de papéis e relacionamentos ressalta-se a falta de habilidades necessárias para relacionamentos (50,0%) pois o ambiente fica tenso e muito difícil o convívio. Evidenciou-se como característica definidora de sentimento a culpa (50,0%), os familiares se culpam por ter um membro/familiar usuário de drogas.

O referido Diagnóstico de Enfermagem é identificado pelo enfermeiro, através de uma consulta sistematizada e individualizada, para apontar as características definidoras comportamentais, papéis e relacionamentos e sentimentos. No presente estudo destacou-se as principais características facilitando ao enfermeiro utilizar esse diagnóstico com mais precisão.

Todos os participantes receberam o folder informativo sobre os grupos de apoio Amor Exigente, Nar-Anon e Recomeço Família e foram encaminhados para eles. Não foi objetivo da pesquisa estudar sobre os grupos de apoio encaminhados, por esse motivo a sugestão para novos estudos é que abordem o impacto dos grupos de apoio nas relações familiares e/ou realizar terapias cognitivo-comportamentais em familiares de dependentes químicos.

Uma limitação do estudo foi que a população-alvo, às vezes, não se sentia à vontade para realizar as entrevistas, não estava no local e na hora marcada ou o membro/familiar usuário de drogas estava no ambiente familiar, o que impedia a realização da entrevista.

Referências

BERMÚDEZ-HERRERA, A; SILVA, M.; PRIOTTO, E.; SAMPAIO, J. M. C. Percepción de los estudiantes de una escuela de enfermería acerca del consumo de drogas lícitas e ilícitas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, São Paulo, v. 19, n. esp., p. 684-690, 2011.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, 2010.

CARDIM, E. G.; LOURENÇO, J. S. **Intervenções familiares no tratamento da dependência química**, 2007. Disponível em: <<http://bit.ly/2eS3Fv>>. Acesso em: 10 mar. de 2015.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

DEWES, J. O.; NUNES, L. N. **Amostragem em Bola de Neve e Respondent-Driven Sampling**: uma descrição dos métodos. Monografia. (Bacharel em estatística). Departamento de Estatística do Instituto de Matemática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2013.

GARCEZ, R. M.; BARROS, A. L. B. L.; CRUZ, D. A.; AVENA, M.; NAPOLEÃO, A. A.; BRASIL, V. V. **Diagnóstico de enfermagem da NANDA Internacional**: definições e diagnósticos. Porto Alegre: Editora Artmed, 2016.

GÓMEZ, M. A. ; RODRÍGUEZ, M. L. C. ; GÁRCIA, M. T. S.; ROJAS, J. C. Diagnóstico de enfermaria, perfil social y clínico de adolescentes en tratamiento para la drogadicción en un centro de rehabilitación de Medellín. **Revista Electrónica Salud Mental Alcohol y Drogas**, Colombia, v. 41, n. 7, p. 1-16, 2008.

MALBERGIER, A.; CARDOSO, L. R. D.; AMARAL, R. A. Uso de substâncias na adolescência e problemas familiares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 678-688, 2012.

MANGUEIRA, S. O.; FERNADES, A. F. C; PINHEIRO, A. K. B.; LOPES, M. V. O. Indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem processos familiares disfuncionais em alcoolistas: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Ceará, v. 15, n. 3, p. 819-828, 2013.

OLIVEIRA, M. M.; KANTORSKI, L. P.; COIMBRA, V. C. C.; FERREIRA, R. Z.; FERREIRA, G. B.; CRUZ, V. D. Consequências relacionadas ao consumo de crack entre mulheres e motivações para o abandono da droga. **Revista eletrônica Saúde Mental Álcool Droga**, Pelotas, v.10, n. 3, p. 119-125, 2014.

OMS. **Neurociência**: consumo e dependência de substâncias psicoativas. 1. ed. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2004.

BRASIL. Resolução nº466, 12 de dezembro de 2012. **Plenário do Conselho Nacional de Saúde**. Define os termos dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

VARGENS, O. M. C.; BRANDS, B.; ADLAF, E.; GIESBRECHT, N.; SIMICH, L.; WRIGHT, M. G. M. Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas, na cidade do Rio de Janeiro, Zona Norte, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 17, n. Esp., p. 776-782, 2009.



CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO NO PERÍODO GESTACIONAL

Aline Aparecida Bueno¹

Jéssica Aparecida Soares Beserra²

Márcia Lopes Weber³

Resumo: A alimentação balanceada e o fornecimento adequado de nutrientes no período gestacional são de fundamental importância, pois é a fase na qual as exigências nutricionais são elevadas a fim de permitir os ajustes fisiológicos no organismo materno e o desenvolvimento fetal. O objetivo do estudo foi identificar, através de literatura científica, características da alimentação no período gestacional. Foi efetuada pesquisa de revisão bibliográfica, com busca nas bases SciELO, LILACS e MEDLINE, e considerados artigos publicados entre 2003 e 2014. Foram localizados 316 artigos, dos quais 21 atendiam o tema central deste estudo. A partir dos estudos analisados, observou-se que os alimentos mais consumidos por gestantes de todas as faixas etárias foram: arroz, feijão, pão com margarina, sucos, refrigerantes, laranja, vegetais verde-escuros, batata frita, pizza, embutidos, massas, carnes, doces e salgadinhos industrializados, citados nesta ordem. A maioria das gestantes realizava duas a quatro refeições por dia, e nem todas as escolhas alimentares eram adequadas. Observou-se que múltiplos fatores que interferiam nas escolhas alimentares, desde a aceitação da gestação, situação socioeconômica, faixa etária, horários disponíveis para

.....

- 1 Graduanda do Curso de Nutrição Centro Adventista de São Paulo. E-mail:
- 2 Graduanda do Curso de Nutrição Centro Adventista de São Paulo. E-mail:
- 3 Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-graduada em Gerência de Empresas pela Faculdade de Ciências Econômicas, Contábeis e de Administração (FACECA). Graduação em Nutrição pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Docente dos Cursos de Nutrição do Centro Adventista de São Paulo e da Universidade Anhembi Morumbi. E-mail: marciaaws@yahoo.com.br.

realizar refeições, tabus e estética. Constatou-se também que a dieta das gestantes não encontrava-se adequada com relação à necessidade energética e recomendação de micronutrientes, como vitaminas A e C, cálcio e ferro. Concluiu-se que as gestantes apresentavam dieta inadequada em relação ao número de refeições diárias, necessidade energética e recomendações de micronutrientes essenciais na gestação. O acompanhamento nutricional é fundamental para o estabelecimento de uma dieta que atenda as necessidades da gestante. Sugere-se realização de novas pesquisas com este tema, incrementando as informações sobre alimentação na gestação, em que o consumo alimentar adequado é um ponto relevante ao crescimento fetal e manutenção da saúde da gestante. Sugere-se ainda que sejam efetuados estudos específicos sobre tabus e mitos alimentares, tema que é pouco explorado na literatura.

Palavras-chave: Gestação; Comportamento alimentar; Nutrição materna.

Characteristics of gestational feeding

Abstract: A balanced diet and adequate supply of nutrients during pregnancy are fundamental importance. In each age group or course of life, consumption of foods and ways of eating can be influenced by physiological and emotional issues, culture, and the socioeconomic situation. The objective was to identify dietary standards during pregnancy, observing a possible adaptation and factors that may be associated in choosing and eating habits of pregnant women. This study was a research review of literature. The search was conducted in the electronic library SciELO, LILACS and MEDLINE. 316 articles, of which 21 were used for the central theme were located, feeds during pregnancy. Articles published from 2003 to 2014 were considered. The question of food is very important, however the food culture is also present from beliefs, prescriptions and prohibitions, which interfere when choosing food. Some

foods are often removed from the diet when pregnant are considered "bad" or "good" according to the culture or belief. One of the other factors that can influence positively or negatively the food is the acceptance of pregnancy, and women who accepted pregnancy fed up better than those who did not accepted pregnant. A very important question during pregnancy is a appropriate diet because the baby and mother maintenance. However nausea and vomiting can interfere with food intake due to a lack of desire to eat and another point mentioned is access to food and socioeconomic status. The diet of pregnant women of consulted research was inappropriate about energy requirement, and not all pregnant women was healthy food choices due to various factors that interfere in their choices.

Keywords: Pregnancy; Food behavior; Maternal nutrition.

Hábitos alimentares não saudáveis estão presentes em todas as fases do ciclo vital e podem prejudicar ainda mais grupos populacionais mais vulneráveis, como mulheres no período da gestação (MARTINS; BENICIO, 2011). A alimentação balanceada e o fornecimento adequado de nutrientes no período gestacional são de fundamental importância, pois é a fase na qual as exigências nutricionais são elevadas a fim de permitir os ajustes fisiológicos no organismo materno e o desenvolvimento fetal (JOB, 2007). Estudar o consumo alimentar humano é uma tarefa complexa, pois a alimentação envolve dimensões biológicas, socioeconômicas, culturais e simbólicas (BERTIN et al., 2006).

A gestação é um período que impõe necessidades nutricionais aumentadas, e a adequada nutrição é primordial para a saúde da mãe e do bebê. Gestantes devem consumir alimentos em variedade e quantidade específica, considerando as recomendações (MELERE et al., 2012).

Objetivo

Identificar, através de literatura científica, características da alimentação no período gestacional.

Metodologia

O estudo consistiu de pesquisa bibliográfica, com coleta de dados nas bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave, em português: avaliação nutricional, gestação, comportamento alimentar, nutrição materna, nutrição pré-natal, gestante, nutrição gestacional, consumo alimentar e alimentação na gestação.

Os critérios de inclusão adotados foram: estudos publicados entre 2003 e 2014, com gestantes de todas as faixas etárias, envolvendo questões pertinentes sobre alimentação na gestação. Foram considerados tanto artigos de revisão como exploratórios e de campo, e excluídos estudos que não encaixavam-se no tema. Na busca sistematizada nos bancos de dados, foram obtidos 316 artigos, sendo utilizadas efetivamente no estudo 21 publicações.

Resultados e discussão

Entre os 21 trabalhos em estudo, 7 utilizaram recordatório 24 horas (R24), 6 utilizaram questionário de frequência alimentar (QFA), 4 foram de revisão bibliográfica e 4, entrevistas e formulários abertos (Tabela 1).

Tabela 1. Trabalhos em estudo, em ordem cronológica, com descrições dos objetivos e métodos.

AUTOR/ANO	OBJETIVO	MÉTODOS
AZEVEDO E SAMPAIO 2003	Analisar o consumo de gestantes adolescentes	Inquérito alimentar e recordatório 24 horas

BARROS et al, 2004	Investigar o consumo alimentar de gestantes adolescentes, descrendo os alimentos mais consumidos	Questionário de frequência alimentar (QFA)
DIAS et al, 2005	Conhecer p estado nutricional em relação ao ferro das gestantes adolescentes.	Dados antropométricos, dietéticos bioquímicos, anamnese alimentar e recordatório 24 horas.
BERTIM et, al 2006.	Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes	Revisão bibliográfica
BAIÃO E DESLANDES, 2006.	Procurar refletir e discutir a alimentação e as práticas alimentares na gravidez e no puerpério.	Revisão bibliográfica
JOB, 2007.	Avaliar a quantidade e qualidade dos alimentos consumidos pelas gestantes.	Recordatório de 24 horas e inquérito de frequência alimentar.
OLIVEIRA et al, 2007.	Avaliação nutricional de gestantes.	Recordatório de 24 horas, registro alimentar e questionário de frequência alimentar (QFA)
LACERDA et al, 2007.	Avaliação do consumo alimentar durante a gestação.	Questionário de frequência alimentar (QFA)
BAIÃO E DESLANDES, 2008.	Compreender os sentidos de aceitação atribuídos a gravidez e como eles influenciam no comportamento alimentar.	Abordem qualitativa, entrevista.
BELARMINO et al, 2008.	Investigar risco nutricional em gestantes adolescentes, averiguar hábitos alimentares e percepção quanto a importância da nutrição na gestação.	Recordatório de 24 horas e gráfico de acompanhamento nutricional da gestante.

LUCYK E FURUMOTO, 2008.	Investigar a saúde da mulher, saúde do concepto e bem-estar materno.	Revisão bibliográfica
COTTA et al, 2009.	Conhecer os principais aspectos relacionados aos hábitos e práticas alimentares das gestantes.	Questionário de frequência alimentar (QFA)
ALMEIDA E MIRANDA, 2009.	Avaliar o estado nutricional de gestantes e os fatores de risco gestacionais.	Questionário semiestruturado
VALDUGA E FREITAS, 2010.	Avaliar o estado nutricional de gestantes e hábitos alimentares.	Avaliação antropométrica e anamnese alimentar.
BAIÃO E DESLANDES, 2010.	Analisar praticas alimentares durante a gestação.	Entrevista semiestruturada
MARTINS E BENICIO, 2011	Avaliar a influência da alimentação durante a gestação	Recordatório de 24 horas
GOMES et al, 2011.	Investigar os tabus e crenças alimentares no período gestacional.	Formulário aberto.
FAZIO et al, 2011.	Conhecer o consumo dietéticos de gestantes, visando macro e micronutrientes.	Questionário de frequência alimentar (QFA) e antropometria
MELERE et al, 2012.	Avaliar a qualidade da dieta de gestantes.	Questionário de frequência alimentar (QFA).
SANTANA, 2013.	Descrever o consumo alimentar e o ganho de peso durante a gestação.	Recordatório 24 horas e antropometria
NETO et al, 2013.	Explicar as práticas alimentares durante o período gestacional	Revisão bibliográfica

Azevedo e Sampaio (2003) realizaram um estudo sobre o consumo alimentar de gestantes adolescentes, sendo aplicado um questionário socioeconômico e inquérito alimentar R24h, com 99 adolescentes gestantes. De acordo com a média dos três R24h aplicados, 39% das gestantes realizavam duas a quatro refeições ao dia e as demais, cinco a sete. Embora a maioria realizasse o número de refeições adequadas, a quantidade e qualidade de alimentos não correspondiam ao recomendado para a faixa etária e estado fisiológico. Nas refeições ao longo do dia, constatou-se que o desjejum era composto por café e pão com margarina ou biscoito tipo *cream cracker*. No almoço havia sempre arroz e feijão, macarrão e um tipo de carne. O jantar, quando não repetia o almoço, era composto de pão com margarina e café, e os lanches da manhã e da tarde eram pão ou bolachas com margarina, com café, suco ou fruta. A maioria das gestantes consumia quantidades insuficientes de frutas. Verificou-se pouca variação no cardápio diário.

O estudo realizado por Barros et al. (2004), sobre o consumo alimentar de gestantes adolescentes, mencionou os alimentos mais consumidos pelas gestantes: arroz, açúcar, manteiga, pão e feijão. Outros alimentos relatados foram leite, refrigerantes, sucos, legumes e laranja. Havia relato de consumo semanal de alimentos ricos em gorduras e calorias, como pizza, salgadinhos e batata frita. Almeida e Miranda (2009), que avaliaram gestantes adolescentes no município de Capelinha, relataram que leite, manteiga, beterraba e cenoura tiveram relato de consumo anual por algumas gestantes, e 50% delas relataram ainda consumir diariamente refrigerantes e doces.

Estudo de Valduga (2010), sobre avaliação do estado nutricional e hábitos alimentares de gestantes em Guarapuava-PR, com 30 gestantes entre 16 e 45 anos, observou que o feijão foi um dos alimentos mais consumidos pelas mães, com boa aceitação e acessível financeiramente. Observou baixa frequência de consumo de carnes vermelhas, frango, fígado e vísceras, e vegetais verde-escuros eram largamente consumidos.

O estudo realizado por Baião e Deslandes (2010) envolveu 18 gestantes, presentes na sala de espera de uma unidade básica de saúde. Aplicou-se

entrevista semiestruturada para investigação de preferência alimentares da dieta habitual e durante a gestação. As entrevistadas apontaram como adequados alimentos que na sua visão eram saudáveis, mas não necessariamente eram os que comiam. Os alimentos citados para o café da manhã foram café puro ou com leite, chá preto, guaraná, pão com manteiga ou com embutidos (mortadela e presunto) e biscoito. No almoço e jantar, era comum consumo de arroz com feijão, farinha, macarrão ou miojo “sem o pozinho” (combinação que, segundo elas, engordava). Verduras e legumes eram pouco consumidos e as frutas eram preferidas como vitamina e suco. As gestantes apresentavam dieta monótona e com alimentos não saudáveis.

Em um estudo de Belarmino et al. (2009), sobre risco nutricional entre gestantes adolescentes, envolvendo 40 gestantes entre 10 e 19 anos, as gestantes apresentaram hábitos alimentares pouco diversificados, com alimentação rica em cereais, leguminosas, carnes, doces, massas e gorduras, e pobre em frutas e verduras.

Baião e Deslandes (2008) realizaram um estudo sobre gravidez e comportamento alimentar, com gestantes entre 15 e 33 anos. Os autores observaram que as mulheres que “assumiram a gravidez” revelaram dois tipos de comportamento alimentar, caracterizados por elas como “bom” para uma alimentação visualmente saudável, e “ruim” quando tinham má alimentação. As mulheres que não se sentiam preparadas para assumir a gravidez tinham um comportamento alimentar negativo, revelavam pouca ou nenhuma vontade de comer, e esse comportamento podia estender-se temporariamente ou por toda a gestação. A confirmação da gravidez podia desencadear insatisfação, tristeza e pouco apetite, além de perda de peso. Para a maioria das gestantes, em relação à quantidade, até o quinto mês de gestação o consumo alimentar era insuficiente, a partir do sétimo mês passou a aumentar, e no oitavo mês elas relatavam comer muito. A negativa ao ato de comer podia ser desencadeada por situações que causavam tristeza à mulher, e o fato de já ter outro filho era algo que pesava negativamente na decisão de levar a gravidez adiante, agravando a falta de interesse pela comida. A dificuldade financeira também comprometia o acesso aos alimentos.

Baião e Deslandes (2010) realizaram estudo sobre práticas alimentares na gravidez, com 18 gestantes de 15 a 46 anos. As adolescentes grávidas que estavam estudando ou trabalhando relataram não ter horário para comer. Elas comiam assistindo televisão, dizendo que a televisão tornava mais prazeroso o ato de comer, principalmente porque a comida era pouco atrativa. A principal forma de diversão era sair para comer fora “coisas da rua” (churrasquinhos e cachorro-quente), mas saíam pouco para evitar despesas. Os fins de semana significavam dias de comida diferente, como lasanha, rabada, empadão e doces na sobremesa. As mulheres revelaram que os primeiros quinze dias do mês eram os mais favoráveis a uma comida saudável, porque depois o dinheiro acabava. A “comida” era representada pela refeição que era feita diariamente no almoço e no jantar com pouca variedade, costumando causar enjojo, por isso as mulheres acabavam desenvolvendo preferências por “besteiras”, embora reconhecessem que podiam ser prejudiciais à saúde. As “besteiras” estavam disponíveis na comunidade, sendo possível comprar pizzas e cachorro-quente com valores acessíveis. A comida exigia gás de botijão e preparo mais trabalhoso, além de maior disponibilidade da mulher, incluindo gastos extras para torná-la atrativa.

Gomes et al. (2011) realizaram um estudo sobre tabus e crenças alimentares com gestantes de hospital regional no Mato Grosso do Sul, com 30 gestantes entre 18 e 43 anos. Segundo algumas gestantes, comidas muito temperadas, conservantes e refrigerantes, poderiam causar cólicas e problemas “no umbigo do bebê”. Outros alimentos apontados foram pimenta, que segundo elas poderia ocasionar fortes cólicas no bebê, e cebola que é algo que “dá gosto ruim ao leite”. Segundo as gestantes, esses alimentos deveriam ser evitados. Os alimentos listados pelas gestantes para evitar no grupo das proteínas foram ovo, peixe e carne de porco. Alegaram que esses alimentos eram alergênicos, o que poderia “passar para o leite”. Eliminavam canela da alimentação, dada sua “condição abortiva”. Tabus e crenças estavam fortemente presente entre elas, interferindo na escolha dos alimentos.

Baião e Deslandes (2006), em estudo sobre alimentação na gestação e puerpério, revelaram que os alimentos apontados como causadores de enjoos integravam a alimentação das gestantes, como carne, feijão, tomate e pimentão, considerados “alimentos fortes”. Também se observou fortes imposições estéticas ao corpo da mulher, o que fazia muitas gestantes evitarem alguns alimentos que “engordam”, como frituras, pães, massas e doces.

Cotta et al. (2009), em estudo sobre aspectos relacionados aos hábitos e práticas alimentares de gestantes no município de Teixeira-MG, observaram que a renda e o conhecimento sobre alimentação saudável era fator relevante nas escolhas e utilização dos alimentos. Estudo de Neto et al. (2013), sobre práticas alimentares no período gestacional, concluiu que práticas alimentares desenvolvidas pelas gestantes eram influenciadas diretamente por diversos fatores externos, como cultura, crença e tradições.

Oliveira et al. (2007) realizaram estudo sobre estado nutricional de gestantes atendidas em uma unidade básica de saúde em Piracaia-SP, utilizando R24h, com 33 gestantes de idade entre 14 e 38 anos. Os autores identificaram que gestantes menores de 19 anos consumiram em média 131 calorias a menos que o recomendado. A ingestão de micronutrientes como vitamina A, cálcio, ácido fólico e ferro, era baixa. Já as gestantes maiores de 19 anos tiveram um consumo médio de energia de 655 calorias menor que o recomendado, o consumo em gramas de carboidrato foi maior e o de proteínas foi menor do que a recomendação.

Fazio et al. (2011) desenvolveram estudo sobre consumo dietético de gestantes realizado em um hospital universitário, com 187 gestantes. Utilizaram um QFA, e verificaram que a proporção de carboidrato no consumo das gestantes variou de 55 a 59%. O consumo proteico foi superior à recomendação, e a ingestão de lipídios mostrou-se adequada. Entre os micronutrientes, o cálcio e o ferro foram os que apresentaram menor ingestão. Os autores também concluíram não haver grande variação nos hábitos alimentares ao longo da gravidez.

O estudo de Santana (2013) sobre consumo alimentar na gestação e ganho ponderal, em São Paulo-SP, revelou que o consumo energético das

gestantes foi em média de 2.200 calorias no segundo e no terceiro trimestres, o consumo de gordura saturada foi acima da recomendação, e o consumo de frutas legumes e verduras e fibras foi abaixo do recomendado.

Dias et al. (2005) realizaram um estudo sobre anemia e consumo alimentar de gestantes adolescentes em posto de saúde na periferia da cidade de Araraquara-SP, envolvendo 90 gestantes adolescentes. Os autores observaram que o consumo energético das gestantes encontrava-se satisfatório, e o consumo de carboidratos, proteínas e lipídios encontrava-se adequado. A ingestão de vitamina C estava acima e o ferro estava abaixo da recomendação. Lacerda et al. (2007) identificaram consumo excessivo de energia, carboidratos, proteínas e ácidos graxos saturados, além de consumo deficiente de cálcio e ferro. Segundo o autor, consumo inadequado de vitaminas e minerais está associado a desfechos gestacionais desfavoráveis. De acordo com Lucyk et al. (2008), gestantes com reserva inadequada de nutrientes, aliada a uma ingestão dietética insuficiente, poderão apresentar comprometimento do crescimento fetal.

Considerações finais

As gestantes apresentavam dieta inadequada em relação ao número de refeições diárias, necessidade energética e recomendações de vitaminas, cálcio e ferro. Os fatores que interferiram nas escolhas alimentares observados foram situação socioeconômica, aceitação da gestação, faixa etária, horários disponíveis para realizar refeições, tabus e estética.

O acompanhamento nutricional é fundamental para o estabelecimento de uma dieta que atenda às necessidades da gestante. Sugere-se realização de novas pesquisas com este tema, incrementando as informações sobre alimentação na gestação, em que o consumo alimentar adequado é um ponto relevante ao crescimento fetal e manutenção da saúde da gestante. Sugere-se ainda que sejam efetuados estudos específicos sobre tabus e mitos alimentares, tema que é pouco explorado na literatura.

Referências

ALMEIDA, M, E, F, A; MIRANDA, D, C. Avaliação de gestantes adolescentes no município de Capelinha. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v. 2, n. 1, p. 134-143, 2009.

AZEVEDO, D, V; SAMPAIO, H, A, C. Consumo alimentar de gestantes adolescentes atendidas em serviço de assistência pré-natal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 16, n. 3, p. 273-280, 2003.

BAIÃO, M, R; DESLANDES, S, Gravidez e comportamento alimentar em gestantes de uma comunidade urbana de baixa renda do município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2633-2642, 2008.

BAIÃO, M, R; DESLANDES, S, F. Alimentação na gestação e puerpério. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 19, n. 2, p. 245-253, 2006.

BAIÃO, M, R; DESLANDES, S, F. Práticas alimentares na gravidez: um estudo com gestantes e puérperas de um complexo de favelas do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 3199-3206, 2010.

BARROS, D, C; PEREIRA, R, A; GAMA, S, G, N; LEAL, M, C. O consumo alimentar de gestantes adolescentes no município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, S121-S129, 2004.

BERTIN, R, L; PARISENTI, J; PIETRO, P, F; VASCONCELO, F, A, G; Métodos de avaliação do consumo alimentar de gestantes: uma revisão. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 383-390, 2006.

BERLAMINO, G, O; MOURA, E, R, F; OLIVEIRA, N, C, O; FREITAS, G, L. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 169-75, 2009.

COTTA, R, M, M; REIS, R, S; RODRIGUES, J, F, C; CAMPOS, A, C, M; COSTA, G, D; SANT'ANA, L, F, R; CASTRO, F, A, F. Aspectos relacionados aos hábitos e práticas alimentares de gestantes e mães de criança menores de dois anos de idade. O programa de saúde da família em pauta. **O mundo da saúde**, São Paulo, n. 33, v. 3, p. 294-302, 2009.

DIAS, A, C, P; LESSA, A, C; JUNIOR, R, T. Anemia e consumo alimentar de gestantes adolescentes. **Alimentos Nutrição**, Araraquara, v. 16, n. 3, p. 227-232, 2005.

FAZIO, E, S; NOMURA, R, M, Y; DIAS, M, C, G; ZUGAIB, M. Consumo dietético de gestantes e ganho ponderal materno após aconselhamento nutricional. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 87-92, 2011.

GOMES, M, R, T; SILVA, L, T; SALAMONI, R, M. Investigação dos tabus e crenças alimentares em gestantes e nutrizes do hospital regional de Mato Grosso do Sul-Rosa Pedrossian. **Ciências Agrárias, Biológicas e da Saúde**, Campo Grande, v.15, n. 6, p. 121-133, 2011.

JOB, H. G. C. Nutrição na gestação. **Revista Racine**, São Paulo, v. 17, n. 100, p. 88-96, 2007.

LACERDA, E, M, A; KAC, G; CUNHA, C, B; LEAL, M, C. Consumo alimentar na gestação e no pós-parto segundo cor da pele no município do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 985-994, 2007.

LUCYK, J, M; FURUMOTO, R, V. Necessidades nutricionais e consumo alimentar na gestação: uma revisão. **Comunicação Ciências Saúde**, Brasília, v. 19, n. 4, p. 353-363, 2008.

MARTINS, A, P, B; BENICIO, M, H, D. Influência do consumo alimentar na gestação sobre a retenção de peso pós-parto. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 870-877, 2011.

MELERE, C; HOFFMANN, J, F; NUNES, M, A, A; DREHMER, M; BUSS, C; OZCARIZ, S, G, I; SOARES, R, M; MANZOLLI, P, P; DUNCAN, B, B; CAMEY, S, A. Índice de alimentação saudável para gestantes: adaptação para uso em gestantes brasileiras. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 20-28, 2012.

NETO, V, L, S; TRIGUEIRO, J, S; TORQUATO, I, M, B. As práticas alimentares no período gestacional: uma revisão integrativa. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 10, n. 1, p. 315-325, 2013.

OLIVEIRA, J, L; CINTRA, J, F; SILVA, I, C, M. **Estado nutricional de gestantes atendidas em unidades básicas de saúde no município de Piracaia, São Paulo**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição). Universidade São Francisco, Bragança Paulista, 2007.

SANTANA, A, C. **Consumo alimentar na gestação e ganho ponderal**: um estudo de corte de gestantes da zona oeste do município de São Paulo. Dissertação. (Mestrado em Nutrição). Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2013.

VALDUGA, L. **Avaliação do estado nutricional, hábitos e utilização de sulfato ferroso e ácido fólico por uma amostra de gestantes de Guarapuava – PR**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição). Guarapuava, Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), 2010.



ANÁLISE DO TEOR DE GORDURAS EM ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS CONSUMIDOS PELO PÚBLICO INFANTIL

Tiffany Bustamante Machado¹

Márcia Lopes Weber²

Resumo: A ingestão excessiva de gorduras, comumente presentes em alimentos industrializados, está associada a vários agravos à saúde e deve ser evitada desde a infância. O objetivo deste estudo foi identificar o teor de gorduras totais, saturadas e trans em alimentos industrializados consumidos por crianças. Foram analisados cinco tipos de alimentos industrializados presentes na alimentação infantil (chocolate ao leite, biscoito recheado, salgadinho, macarrão instantâneo e iogurte petit suisse), selecionando-se cinco marcas de cada produto, totalizando 25 alimentos. Foi realizada análise das informações constantes no rótulo dos produtos. A quantidade de gorduras totais contidas na porção dos alimentos foi comparada com recomendações de consumo para a faixa etária de 4 a 8 anos. Os níveis de gorduras totais por porção de alguns produtos apresentaram valores próximos à recomendação para consumo diário. O alimento que apresentou maior quantidade de gorduras totais em relação à porção foi o macarrão instantâneo, seguido do chocolate. Considerando a porção, o teor de gorduras totais apresentado nos produtos não excedeu a recomendação para a faixa etária, porém apresentou níveis próximos desta recomendação. No conteúdo total

.....

- 1 Pós-graduanda do Curso de Especialização de Nutrição Clínica Ambulatorial do Centro Universitário Adventista de São Paulo. Email: tiffanyaltro@hotmail.com
- 2 Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Pós-graduada em Gerência de Empresas pela Faculdade de Ciências Econômicas, Contábeis e de Administração (FACECA). Graduação em Nutrição pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUI). Docente dos Cursos de Nutrição do Centro Adventista de São Paulo e da Universidade Anhembi Morumbi. E-mail: marciaaws@yahoo.com.br

da embalagem, o teor de gorduras totais de chocolates, biscoitos recheados e salgadinhos ultrapassou a recomendação para a faixa etária. A quantidade de gorduras totais e saturadas apresentou grande variabilidade, e somente foi observada quantidade de gorduras trans em uma marca de um dos produtos. Considerando o conteúdo total da embalagem, o teor de gorduras totais de chocolates, biscoitos recheados e salgadinhos ultrapassou os requerimentos diários para a faixa etária em estudo.

Palavras-chave: Alimentos industrializados; Gorduras; Nutrição da criança; recomendações nutricionais.

Analysis of the fat content in processed foods consumed by the child public

Abstract: healthy eating is essential for growth and development. Observed trend of increased consumption of processed foods, which often contain high-fat, generating excess weight. The weight gain during childhood can make higher the risk of obesity in adults. The objective of this study was to identify the content of total fat, saturated and trans processed foods consumed by children. The sample consisted of 5 kinds of foods chosen for their significant presence in baby food (milk chocolate, Oreo flavor chocolate, snacks, instant noodles and yogurt petit suisse strawberry flavor). Of these foods, 5 marks were chosen for each product, totaling 25 products. Data collection was performed by analyzing the labeling of the products. The amount of total fat contained in the portion of food was compared with the recommendation proposed by the Dietary References Intakes for the age group 4-8 years (24 g). The levels of total fat per serving of some products very high values, very close to the recommendation of daily consumption. The food that had the highest amount of total fat in relation to the portion was noodles (15.6 g), followed by milk chocolate (8.3 g). When considering

the portion, the content of total fat presented the products did not exceed the recommended amount in grams per day for the age group. Total contents of the package, the content of total fat chocolate, sandwich cookies and snacks exceeded the recommendation for the age group.

Keywords: Industrialized foods; Fats; Child nutrition; Recommended dietary allowances.

A alimentação saudável é essencial para o crescimento, desenvolvimento e manutenção da saúde. Os hábitos alimentares inadequados acarretam problemas de saúde imediatos e também a longo prazo (VALLE; EUCLYDES, 2007, p. 56-65). Os principais problemas nutricionais decorrem do excesso ou da carência de determinados nutrientes. Os sinais e os sintomas dessas doenças ocorrem após um período prolongado de inadequação no consumo alimentar. Sendo assim, a alimentação durante a infância, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, também representa um dos principais fatores de prevenção de algumas doenças na fase adulta (ROSSI et al., 2008, p. 739-748).

O consumo alimentar tem sido relacionado à obesidade não somente quanto ao volume da ingestão, mas também à composição e qualidade da dieta. Além disso, os padrões alimentares foram alterados, explicando em parte o contínuo aumento da adiposidade nas crianças, com o consumo reduzido de frutas, hortaliças e leite, e o aumento no consumo de guloseimas, tais como bolachas recheadas, salgadinhos, doces e refrigerantes. As práticas alimentares são destacadas como determinantes diretos dessa doença e a educação nutricional é fundamental para que a população tenha uma

alimentação mais saudável e um peso adequado (TRICHES; GIUGLIANI, 2005, p. 541-547).

O acesso a uma alimentação saudável na infância é essencial em virtude do crescimento e desenvolvimento dos ossos, dentes e músculos, que necessitam de altos índices de alimentos nutritivos para um melhor desempenho (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2005).

A infância é o período de formação dos hábitos alimentares. A compreensão dos fatores determinantes no comportamento alimentar possibilita a elaboração de processos educativos, que são efetivos para mudanças no padrão alimentar das crianças. Tais mudanças irão contribuir no comportamento alimentar na vida adulta (VALLE; EUCLYDES, 2007, p. 56-65).

Atualmente há um crescimento de alternativas alimentares que caracterizam grandes vantagens nutricionais, ao facilitar o transporte, armazenamento e preparo de refeições. Tal crescimento, no entanto, traz também algumas influências negativas que vêm piorando o padrão de consumo das crianças. A alimentação inadequada está vinculada ao estímulo de alimentos em quantidade excessiva e qualidade inadequada, com excesso de açúcares, sódio, gorduras e deficiência de fibras e micronutrientes (PONTES et al., 2009, p. 99-105).

As crianças tendem a comer apenas aquilo de que gostam; por isso as preferências adquirem uma grande importância na questão de se esclarecer os determinantes do comportamento alimentar. A alimentação infantil é determinada pelas preferências da criança e estas manifestam-se em geral em torno dos alimentos e dietas ricas em lipídios e doces. Esta preferência provavelmente inata tende a reduzir se a criança tiver pouca oportunidade de consumir alimentos com características correspondentes. Pelo contrário, o contato e a experiência com estes produtos, alimentos doces e salgados, será responsável por grande preferência e consumo nos anos seguintes, condicionando assim alguns aspectos da dieta (VIANA et al., 2009, p. 209-231). A possibilidade de orientação da população quanto ao consumo adequado de alimentos pode corrigir erros alimentares, diminuir seus efeitos

deletérios e, simultaneamente, melhorar o padrão alimentar, inclusive das crianças (PONTES et al., 2009, p. 99-105).

As crianças exercem influência considerável sobre as compras da família em várias categorias de produtos, inclusive alimentos. Essa situação provocou o surgimento de uma ampla gama de mensagens comerciais meticulosamente direcionadas ao público infantil, especialmente guloseimas e *fast foods*, que são os produtos mais frequentemente anunciados durante os programas infantis de televisão. A preferência infantil por guloseimas é amplamente reconhecida e sofre influência tanto ambiental quanto genética (FIATES et al., 2008).

A ingestão de guloseimas, *fast foods*, refrigerantes, biscoitos recheados, salgadinhos e outros alimentos do gênero, associados à omissão de café da manhã e substituição de refeições por lanches tem sido relacionado à obesidade tanto em crianças e adolescentes quanto em adultos (TRICHES; GIUGLIANI, 2005, p. 541-547).

Salgadinhos fritos, recheios, cremes, biscoitos, sorvetes e batata frita são alimentos que agradam o paladar das crianças, mas possuem grande quantidade de gordura e alta densidade calórica, que quando ingeridos em excesso podem levar ao aumento do peso corporal e elevação de lipídeos sanguíneos. Tão importante quanto controlar a quantidade de gordura consumida é considerar a qualidade dessas gorduras, diminuir o consumo de alimentos gordurosos e melhorar a qualidade da gordura ingerida implica em proteger o organismo de patologias crônicas, que poderão acompanhar o indivíduo por toda vida (SONATI, 2008, p. 31).

Os alimentos industrializados são obtidos com a adoção do elevado grau de processamento, contendo alto teor de gorduras, em especial gorduras trans, sal, açúcar, colesterol e energia (LOBANCO, 2009, p. 1-6). A ingestão excessiva de gorduras saturadas, trans e/ou colesterol está associada ao aumento do risco para doença arterial coronariana e, por isso, deve ser evitada desde a infância (Vardavas et al., 2007, p. 924- 931). Estudo de Henson et al. (2010, p. 52-61) demonstrou que a qualidade de gordura

consumida na dieta é mais importante que a quantidade de gordura consumida. Como as gorduras trans não são essenciais e nem fornecem benefício algum à saúde, não possuem recomendação de ingestão diária. Logo, devem ser evitadas sempre que possível (OTTEN et al., 2006, p. 543).

Considerando o papel do consumo alimentar à saúde atual e futura de crianças, e considerando o contínuo aumento de alimentos industrializados e ricos em gordura no consumo alimentar na infância, o objetivo deste estudo foi identificar o teor de gorduras totais, gordura saturada e gordura trans em alimentos industrializados consumidos pelo público infantil.

Metodologia

Foi realizado estudo transversal envolvendo alimentos processados. Foram selecionados cinco tipos de alimentos industrializados pela sua presença relevante na alimentação infantil, considerando a faixa etária de 4 a 8 anos (AIRES et al., 2011, p. 350-355). Foram escolhidas cinco marcas de cada alimento, totalizando 25 produtos. As marcas escolhidas foram as de maior frequência em estabelecimentos de médio e grande porte que comercializam alimentos na região sul do município de São Paulo. As marcas foram identificadas por letras, de A a E, para cada tipo de alimento.

Os alimentos selecionados foram: chocolate ao leite, porção 25g; biscoito recheado sabor chocolate, porção 30g; salgadinho porção 25g; macarrão instantâneo, porção 85 g; e iogurte *petit suisse* sabor morango, porção 45g. A quantidade de gorduras totais, saturadas e trans presentes nestes alimentos foi representada em gramas (g), e a porcentagem de valor diário de referência (% VD) foi calculada em relação à recomendação das *Dietary Reference Intakes - DRI's* para a faixa etária em estudo.

A quantidade de gorduras totais contidas na porção dos alimentos foi comparada com a recomendação proposta pelas DRI's para a faixa etária de 4 a 8 anos. As DRI's não apresentam recomendação em quantidade (g)

para gorduras, mas uma faixa de determinação aceitável de percentagem de energia proveniente de gorduras para crianças de 4 a 8 anos, que é de 25% a 35%.³ Assim, considerou-se esta faixa, além da faixa recomendada para carboidratos (45% a 65%) e proteínas (10% a 30%) (VIEIRA et al., 2008, p. 67-76). Partindo disto, e da recomendação proposta nas DRI's de 130g de carboidratos e 19g de proteínas/dia, calculou-se a necessidade energética diária para a faixa etária em estudo, que totalizou 866 Kcal/dia e 24g de gorduras totais (25% da energia diária). Esse valor que serviu de base para a comparação com os resultados do estudo.

Não foi possível realizar a comparação da quantidade de gorduras saturadas e trans, uma vez que as DRI's não apresentam as demais frações lipídicas como recomendação para a faixa etária em estudo.

A porção dos alimentos foi padronizada de acordo com a informação contida no rótulo de cada tipo de produto. Os alimentos de cada tipo possuíam a mesma porção em gramas descrita na embalagem, sendo assim não foi preciso nenhuma adequação para a padronização da porção.

Foram calculados média \pm desvio padrão (DP) e coeficiente de variação (CV). O CV foi classificado como baixo quando os valores obtidos foram menores do que 10%; médio, quando entre 10% e 20%; alto, quando entre 20% e 30%; e muito alto, quando maiores do que 30% (SANTANA et al., 2014).

Resultados

A figura 1 apresenta a percentagem da distribuição da quantidade média de gorduras totais nos alimentos em estudo, e sua relação com a recomendação diária de consumo de gorduras totais. O alimento

³ Institute Of Medicine (IOM). Dietary intake 2002/2005. Disponível em: <http://bit.ly/2g0g7xr>. Acesso em: 19 abr. de 2015.

que apresentou maior quantidade de gorduras totais em relação à porção foi o macarrão instantâneo (65%), seguido do chocolate ao leite (34,6%). Com quantidades médias de gorduras totais similares, apresentaram-se o biscoito recheado sabor chocolate (24,2%) e os salgadinhos (20,4%). Já o iogurte *petit suisse* sabor morango apresentou teor bem inferior aos outros alimentos em estudo (5,8%). As quantidades de gorduras totais foram comparadas com a DRI para a faixa etária de 4 a 8 anos, sendo utilizada a recomendação diária de 24 g (100%).

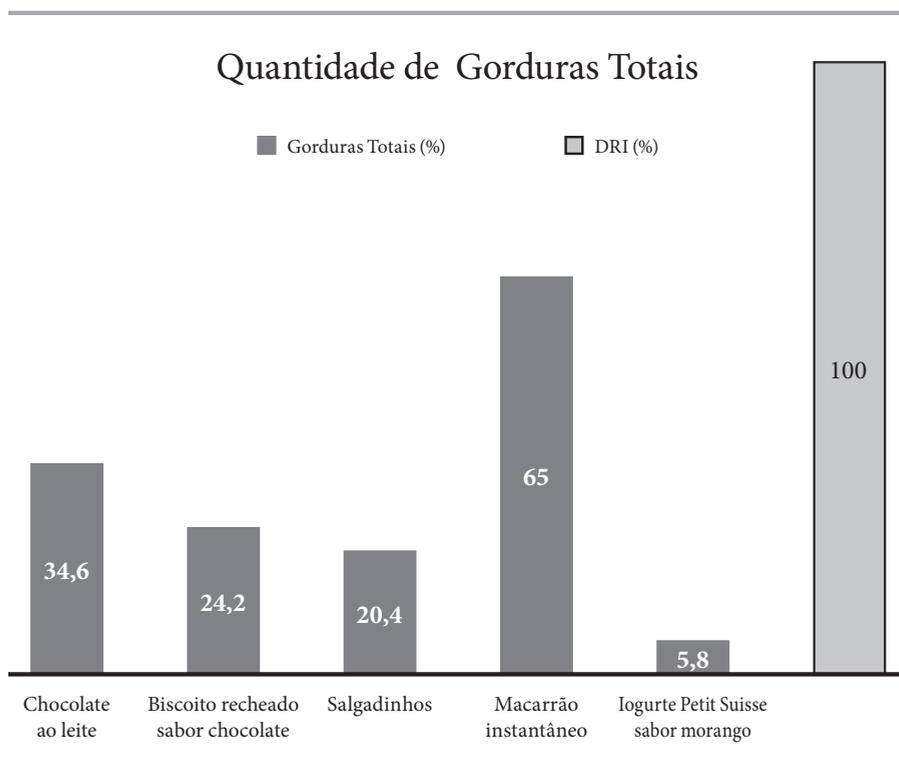


Figura 1. Comparação da quantidade média de gorduras totais nos alimentos com presença relevante no consumo infantil com a recomendação de 4 a 8 anos, São Paulo, 2015.

Discussão

O maior CV de todos os produtos em relação a gorduras totais foi encontrado no chocolate ao leite (18,6%), classificado como médio. E o menor CV encontrado foi no macarrão instantâneo (5,7%), classificado como baixo. O CV maior referente a gorduras saturadas foi observado no salgadinho (46,6%), classificado como muito alto. E o menor foi encontrado no iogurte *petit suisse* sabor morango (10,4%), classificado como médio. O único produto que apresentou teor de gorduras trans foi o biscoito recheado sabor chocolate, com 0,3 g. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a gordura vegetal hidrogenada é a principal fonte de ácidos graxos trans, sendo encontrada em margarinas, cremes vegetais, pães, biscoitos, massas, bolos, sorvetes, batatas fritas e alimentos congelados. Apesar da recomendação de que o consumo máximo de gordura trans não ultrapasse 1% do valor energético total diário, na dieta ocidental esses valores representam 2,6% (BRASIL, 2010b).

Um problema no país é ingestão de gordura saturada acima do limite recomendado do consumo total de energia. No Brasil, não há estudos de avaliação da quantidade de gordura trans consumida, mas a população compra elevadas quantidades de alimentos industrializados, sendo possível que sua ingestão seja elevada.⁴ Atualmente os rótulos exibem a quantidade de gordura trans presente nos alimentos, facilitando sua identificação e análise (RINALDI et al., 2008).

No presente estudo, os níveis de gorduras totais por porção de alguns produtos como o macarrão instantâneo e o chocolate ao leite apresentaram valores muito elevados, bem próximos da recomendação de consumo diário para a faixa etária em estudo (24 g). Ainda é relevante mencionar que não foi considerado o número de porções consumidas, o que pode comumente

.....
⁴ IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares. – POE, 2008-2009. 2009. Disponível em: <<http://bit.ly/2fzOdIn>>. Acesso em: 11 set. 2015.

consistir no conteúdo total da embalagem do produto, em vez de apenas uma porção. Alimentos em estudo, como chocolate, biscoito recheado e salgadinho, costumam ter o conteúdo total de sua embalagem consumido em uma única ocasião por crianças. Considerando a quantidade dos produtos nas embalagens, o consumo de gorduras totais poderia ficar próximo de atingir as recomendações diárias, ou ultrapassá-las, uma vez que no conteúdo das embalagens dos alimentos mencionados costuma haver de 2 a 5 porções. Estudo realizado nos Estados Unidos avaliou os padrões e tendências nos tamanhos de porções alimentares e concluiu que, entre 1977 e 1998, houve aumento significativo no tamanho das porções de diversas categorias de alimentos industrializados (NIELSEN; POPKIN, 2003, p. 450-453).

Determinados componentes dos alimentos industrializados como gordura vegetal hidrogenada, sódio, açúcar em excesso são alvo de estudos que relacionam o seu consumo excessivo com o aumento da obesidade e comorbidades associada. A relação entre práticas alimentares inadequadas e o excesso de peso é evidenciada por Mondini et al. (2007), que verificaram maior razão para obesidade em crianças que consumiam quantidade superior de alimentos industrializados, tais como salgados fritos, batata frita, sanduíches, salgadinhos comercializados em pacotes, bolachas, balas e refrigerantes.

Uma alimentação inadequada nos pré-escolares pode causar problemas não só relacionados à desnutrição ou à obesidade, como também à anemia por deficiência de ferro e a hipovitaminose A (SILVA, 2010, p. 407-413).

Dessa forma, as gerações de crianças nascidas em ambiente que estimula o sedentarismo, bem como o consumo excessivo e rotineiro de alimentos pouco saudáveis, estão mais propensas a desenvolverem doenças crônicas. Por esses motivos, torna-se urgente a adoção de práticas preventivas com esclarecimento aos familiares, visando a minimizar tais efeitos (PONTES et al., 2009, p. 99-105). Os pais e familiares influenciam no desenvolvimento do hábito alimentar da criança por suas próprias preferências e suas atitudes frente à alimentação (AIRES, 2011, p. 350-355). A família é responsável pela formação do comportamento alimentar da criança através

da aprendizagem social, os pais têm o papel de primeiros educadores nutricionais e devem dar o exemplo de uma boa alimentação, pois as crianças se espelham muito nos pais (MONDINI et al., 2007).

Quando a criança já pode fazer suas escolhas é importante que a família fique atenta às influências negativas sociais, midiáticas e ambientais, capazes de mudar o comportamento alimentar da criança. Estudo realizado por Almeida et al. (2002) identificou que, entre os anúncios publicitários destinados à população infantil, 57,8% pertenciam ao grupo das gorduras, óleos, açúcares e doces. Um dado relevante nesse estudo foi que no período analisado não havia publicidade relativa a frutas e vegetais.

Com o intuito de melhorar a saúde infantil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) estabeleceu uma regulamentação limitando o consumo excessivo de alimentos considerados prejudiciais à saúde (dentre eles, alimentos com alto teor de sódio, açúcar e gorduras), a partir da veiculação de anúncios publicitários (BRASIL, 2010a). Para evitar o crescimento da obesidade, é preciso que a população tenha consciência dos malefícios que esse fator de risco traz para a saúde (BRASIL, 2013). A partir desta iniciativa, a Anvisa objetivou principalmente reduzir o índice crescente de obesidade infantil, melhorando assim como consequência o consumo alimentar das famílias brasileiras (BRASIL, 2010a).

Considerações finais

A quantidade de gorduras totais e saturadas apresentou grande variabilidade, e somente foi observada quantidade de gorduras trans em uma marca de um dos produtos em estudo. Quando considerada a porção, o teor de gorduras totais apresentado nos produtos não excedeu a quantidade recomendada em gramas por dia para a faixa etária em estudo, porém apresentou níveis próximos desta recomendação. No conteúdo total da embalagem, o teor de gorduras totais de chocolates, biscoitos recheados e

salgadinhos ultrapassou os requerimentos da DRI para a faixa etária de 4 a 8 anos.

A partir dos resultados obtidos e da discussão apresentada, sugere-se que ações sejam adotadas no sentido de que o consumo das gorduras mantenha-se dentro dos requerimentos pré-estabelecidos, dadas as evidências que comprovam que a ingestão em excesso desse macronutriente poderá trazer à saúde consequências como o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis na infância e na idade adulta.

Sugere-se, ainda, que essas ações, envolvendo tanto profissionais da saúde quanto autoridades e órgãos governamentais competentes, cada um em sua esfera de atuação, incluam o desenvolvimento e a implantação de medidas educativas direcionadas à população, voltadas à redução do consumo de alimentos processados ricos em gorduras, e à indústria de alimentos, direcionadas à redução da quantidade de gorduras adicionada aos alimentos industrializados.

Referências

AIRES, A. P. P.; SOUZA, C. C. L.; BENEDETTI, F.; J.; BLASTI, T.; C.; KIRSTEN, V. R. Consumo de alimentos industrializados em pré-escolares. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 55, n. 4, p. 350-355, 2011.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução – RDC nº 24, de 15 de junho de 2010**. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Projeto de lei n. 5.291 de 2010. **Proíbe a publicidade dirigida à criança e regulamenta a publicidade dirigida a adolescentes**. Brasília (DF): Diário Oficial da União, 2010b.

FIATES, G. M. R.; AMBONI, R. D. M. C.; TEIXEIRA, E. Comportamento consumidor, hábitos alimentares e consumo de televisão por escolares de Florianópolis. **Revista de Nutrição**, São Paulo, v. 21, n. 1, 2008.

HENSON, S.; BLANDON, J.; CRANFIELD, J.; HERATH, D. Understanding the propensity of consumers to comply with dietary guidelines directed at heart health. **Revista Appetite**, Londres, v. 54, p. 52-61, 2010.

LOBANCO, C. M. Reliability of food labels from products marketed in the city of São Paulo, Southeastern Brazil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 1-6, 2009.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Alimentos, nutrição & dietoterapia**. São Paulo: Editora Roca, 2005.

MONDINI, L.; LEVY, R. B.; SALDIVA, S. R.; VENÂNCIO, S. I.; AZEVEDO, J. A.; STEFANINI, M. L. Overweight, obesity and associated factors in first grade schoolchildren in a city of the metropolitan region of São Paulo, Brazil. **Caderno Saúde Pública**, 2007.

NIELSEN, S. J.; POPKIN, B. M. Patterns and trends in food portion sizes, 1977-1998. **JAMA Network**, v. 289, n. 4, p. 450-453, 2003.

OTTEN, J. J.; HELLWIG, J. P.; MEYERS, L.; D. DRI Dietary Reference Intakes: the essential guide to nutrient requirements. Washington: National Academies Press, 2006.

PONTES, T. E.; COSTA, T. F.; MARUM, A. B. R. F.; BRASIL, A. L. D.; TADDEI, J. A. A. C. Orientação nutricional de crianças e adolescentes e os novos padrões de

consumo: propagandas, embalagens e rótulos. **Revista Paulista Pediatria**, v. 27, n. 1, p. 99-105, 2009.

RINALDI, A. E. M.; PEREIRA, A. F.; MACEDO, C. S.; MOTA, J. F.; BURINI, R. C.; Contribuições das práticas alimentares e inatividade física para o excesso de peso infantil. **Revista Paulista Pediatria**, 2008.

ROSSI, A.; MOREIRA, E. A. M.; RAUEN, M. S. Determinantes do comportamento alimentar: uma revisão com enfoque na família. **Revista de Nutrição**, São Paulo, v. 21, n. 6, p. 739-748, 2008.

SANTANA, D. C.; BITTENCOURT, E.; D.; WEBER, M. L. Análise comparativa do teor de sódio presente em salgadinhos industrializados com os requerimentos para consumo diário. **Revista Sociedade de Cardiologia**, São Paulo, v. 24, n. 1, 2014.

SILVA, C. R. Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares de um centro de educação infantil do município de São Paulo. **Revista Alimentos e Nutrição Araraquara**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 407-413, 2010.

Sonati, J. G. A Alimentação e a Saúde do Escolar. In: BOCCALETTO, E. M. A.; MENDES, R. T. (Orgs.). **Alimentação, atividade física e qualidade de vida dos escolares do município de Vinhedo-SP**. Campinas: IPES Editorial, 2008.

TRICHES, R. M.; GIUGLIANI, E. R. Obesity, eating habits and nutritional knowledge among school children. **Revista Saúde Pública**, v. 39, p. 541-547, 2005.

VALLE J. M. N; EUCLYDES, M. P. Formação dos hábitos alimentares na infância: uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. **Revista APS**, v. 10, n. 1, p. 56-65, 2007.

VARDAVAS, C. I.; YIANNOPOULOS, S.; KIRIAKAKIS, M.; POULLI, E.; KAFATOS, A. Fatty acid and salt contents of snacks in the Cretan and Cypriot market: A child and adolescent dietary hazard. **Revista Food Chemistry**, Londres, v. 101, n. 3, p. 924- 931, 2007.

VIANA, V.; SANTOS, P. L.; GUIMARÃES, M. J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 9, n. 2, p. 209-231, 2009.

VIEIRA, M. N. C. M.; JAPUR, C. C.; RESENDE, C. M. M.; MONTEIRO, J. P. Valores de referências de ingestão de nutrientes para avaliação e planejamento de dietas de crianças de um a oito anos. **Medicina Ribeirão Preto**, v. 41, n. 1, p. 67-76, 2008.



MOTIVAÇÃO PARA A PRÁTICA DE ATIVIDADES FÍSICAS EM ACADEMIAS

Joelma Rodrigues dos Passos¹

Joelcio Rodrigues dos Passos²

Gabriela Fontes Teodoro Chaves³

Leslie Andrews Portes⁴

Natália Cristina de Oliveira⁵

Resumo: A atividade física é um dos principais componentes do estilo de vida saudável. O conhecimento acerca dos fatores que motivam este hábito é essencial para sua manutenção. O objetivo deste estudo foi analisar e comparar as motivações de praticantes eede diferentes tipos exercício em academias. Participaram da pesquisa 67 adultos, que responderam ao instrumento IMPRAFE-54. O que mais os motivava a prática regular era o prazer, seguido de saúde, estética, controle de estresse, sociabilidade e, por último, competitividade. Os indivíduos que praticavam exercício aeróbio se motivavam mais pela estética que os do grupo exercício resistido ($p < 0,05$). Os praticantes de exercício anaeróbio se motivavam mais por competitividade ($p < 0,05$) e estética ($p < 0,05$) do que os que praticavam exercício resistido.

.....

¹ Graduada em Educação Física pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: joelma_hands@yahoo.com.br

² Graduado em Educação Física pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: joelcio.rodrigues@yahoo.com.br

³ Graduado em Educação pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: Gabriela_chaves169@hotmail.com

⁴ Mestre em Educação Física. Docente do Curso de Educação Física e do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). Graduado em Educação Física pela Universidade Metodista de Piracicaba. E-mail: leslie_portes@yahoo.com.br

⁵ Doutora em Educação Física. Docente do Curso de Educação Física e do Mestrado em Promoção da Saúde do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp). E-mail: nataliaovs@gmail.com

Os praticantes de exercício anaeróbio se motivavam mais pelo prazer do que os que praticavam exercício aeróbio ($p < 0,05$). Conclui-se que o prazer e a saúde foram as principais motivações para a prática regular, e houve diferenças entre as motivações dos indivíduos que praticavam diferentes modalidades.

Palavras-chave: Estilo de vida; Atividade física; Motivação; Adultos.

Motivation for physical activity in at fitness centers

Abstract: One of the components of a healthy lifestyle is physical activity. Knowledge about the factors that motivate this habit is essential for its maintenance. The aim of this study was to analyze and compare the motivations of practitioners of different types of exercise at fitness centers. Participants were 67 adults who responded to the questionnaire IMPRAFE-54. What most motivated the sample to the regular practice was pleasure, followed by health, aesthetics, stress management, sociability and, lastly, competitiveness. Individuals who practiced aerobic exercise were more motivated by aesthetics than the ones in the resistance exercise group ($p < 0.05$). Anaerobic exercise practitioners were more motivated by competitiveness ($p < 0.05$) and aesthetics ($p < 0.05$) than those who practiced resistance exercises. Anaerobic exercise practitioners were more motivated by pleasure than those who practiced aerobic exercises ($p < 0.05$). In summary, pleasure and health were the main motivations for regular practice, and there were differences among the motivations of individuals who practiced different types of exercise.

Keywords: Lifestyle; Physical activity; Motivation; Adults.

A atividade física é um dos principais componentes de um estilo de vida saudável e indispensável para a promoção da saúde (PATE et al., 1995). São inúmeros os benefícios atribuídos à prática regular de exercícios físicos. Entre eles destacam-se a redução do risco de doenças cardiovasculares e câncer, as duas principais causas de morte no mundo (PEDERSEN; SALTIN, 2015). Apesar disso, grande parte das pessoas não se envolve em atividades físicas regulares (KRUGER et al., 2007).

A motivação é definida como a força impulsionadora do indivíduo para determinado objetivo (MINICUCCI, 1995), e pode explicar as razões da iniciação e manutenção ou abandono da prática de uma determinada atividade física (DOSIL, 2004).

Balbinotti e Barbosa (2006) destacam que os principais fatores motivadores à prática de atividade física são controle de estresse, saúde, sociabilidade, competitividade, estética e lazer. Acredita-se que o conhecimento desses fatores contribui, de forma decisiva, para a permanência do indivíduo em uma atividade física regular.

Por isso, o objetivo central deste estudo é analisar e comparar as motivações de praticantes regulares de exercícios resistidos, aeróbios e anaeróbios em academias de ginástica.

Método

Foram convidados a participar do estudo 67 indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 18 e 40 anos, praticantes de atividades físicas em academias, com no mínimo seis meses de frequência regular (duas ou mais vezes por semana, na maioria das semanas do mês). Praticantes de musculação, natação, dança ou *spinning* foram selecionados, de maneira não probabilística, em sete academias de ginástica da Zona Sul da cidade de São Paulo (SP). Foram excluídos aqueles que praticavam mais de uma modalidade concomitantemente.

Para a coleta de dados foi utilizado o IMPRAFE-54 - Inventário de Motivação à Prática Regular de Atividade Física ou Esportiva (BALBINOTTI; BARBOSA, 2006). O instrumento, composto por 54 itens em escala Likert de 5 pontos, foi validado para diferentes faixas etárias (BARBOSA, 2006), de adolescentes a idosos, e visa a avaliar seis dimensões: controle de estresse, saúde, sociabilidade, competitividade, estética e prazer, associadas à motivação para a prática regular de atividades físicas. Os escores de cada dimensão variam de 8 a 40.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Unasp, (CAAE 31499514.5.0000.5377), e todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados foram tabulados e analisados por meio de estatística descritiva, utilizando-se o software SPSS v22. A comparação entre os grupos foi feita por meio do teste qui-quadrado. Para comparar as diferentes dimensões da motivação foi utilizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Em ambos os casos, o nível de significância estabelecido foi 5%.

Resultados

Sessenta e sete indivíduos (33 homens e 34 mulheres) responderam ao IMPRAFE-54 e foram divididos em três grupos, segundo a modalidade praticada: musculação (exercício resistido - ER, n=38), natação e dança (exercício aeróbio - EA, n=14), e *spinning* (exercício anaeróbio - EAN, n=15). A prevalência de homens e mulheres foi significativamente diferente nos grupos ($p=0,003$), com predomínio de mulheres no grupo ER e de homens nos demais grupos.

Os escores nas dimensões de motivação do IMPRAFE (tabela 1) revelaram que os indivíduos praticantes de ER e EAN eram motivados

principalmente por prazer e saúde, enquanto os praticantes de EA sentiam-se mais motivados pela saúde e estética. A análise estatística demonstrou que os escores de motivação eram significativamente maiores nos domínios prazer, saúde e estética em relação às dimensões estresse, sociabilidade e competitividade nos praticantes de ER e EAN ($p < 0,05$), enquanto as diferenças ($p < 0,05$) nos praticantes de EA ocorreram entre prazer, saúde e estética em relação às dimensões sociabilidade e competitividade.

Tabela 1: Dimensões de motivação por modalidade praticada.

Grupo	Prazer	Saúde	Estética	Estresse	Sociabilidade	Competitividade
ER	35±5 ^a	34±7 ^a	31±8 ^a	22±10 ^b	18±9 ^{bc}	14±8 ^c
EA	33±7 ^a	35±4 ^a	34±5 ^{*a}	26±7 ^{ab}	20±7 ^{bc}	18±10 ^c
EAN	37±4 ^a	34±6 ^a	32±8 ^a	27±9 ^b	21±10 ^{bc}	18±9 ^c

ER: exercício resistido; **EA:** exercício aeróbio; **EAN:** exercício anaeróbio. Valores expressos como médias ± desvios-padrão. Diferença dentro da respectiva dimensão ($p=0,001$) foram destacadas por meio de um asterisco (*). Diferenças dentro do respectivo grupo ($p < 0,05$) foram destacadas por meio das letras minúsculas sobrescrita (letras diferentes indicam diferenças estatisticamente significantes).

Adicionalmente, quando realizadas comparações entre os praticantes de ER, EA e EAN, em cada dimensão de motivação do IMPRAFE, observou-se que apenas na dimensão estética ($p=0,001$) o escore dos praticantes de EA foi significativamente superior aos escores dos praticantes de ER e EAN.

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi analisar e comparar as motivações de praticantes regulares de ER, EA e EAN em academias de ginástica.

O que mais motivava a amostra a praticar atividade física regular era o prazer, seguido da saúde e da estética, e houve diferenças entre os grupos no que diz respeito às principais motivações.

O método utilizado neste estudo já foi empregado em diversas outras publicações (SAMPEDRO et al., 2014; BALBINOTTI et al., 2011; BALBINOTTI et al., 2009; FEITEN et al., 2012), e a validade e fidedignidade do instrumento utilizado já foram demonstradas, inclusive para a faixa etária abordada no presente estudo (BARBOSA, 2006). Contudo, são escassas as informações sobre a motivação para a prática de determinadas atividades físicas, especialmente ER, AE e EAN.

Teixeira et al., (2005), Aroni et al., (2012) e Geraldtes et al., (1998) avaliaram frequentadores de academias e notaram que a estética e a saúde eram os principais fatores motivadores. Torrilla e Vargas Neto (2001) também verificaram que a saúde e a estética eram os principais motivadores, mas notaram algo adicional: a sociabilização.

No presente estudo, praticantes de diferentes modalidades apresentaram motivações ligeiramente distintas. A literatura corrobora com esse achado. Estudo com praticantes de musculação (ANDRADE et al., 2013) mostrou resultado similar ao verificado pelos praticantes desta modalidade neste estudo: os principais motivadores foram prazer, saúde e estética. Estudo com praticantes de natação (CHAVES et al., 2011) apresentou dados diferentes dos demonstrados pelos praticantes de EA deste estudo: os praticantes se motivavam pela sociabilização e saúde, enquanto os motivadores mais citados para este grupo no presente estudo foram saúde e estética. As principais motivações relatadas pelos praticantes de EAN foram prazer e saúde. Os praticantes de *spinning* estudados por Cavalcante (2010) se motivavam mais pela busca de aptidão física, intimamente relacionada com a saúde.

Quanto ao prazer, o fator motivador mais citado pelos praticantes de exercício regular avaliados, ele provém das sensações de competência e autonomia na realização de uma atividade física, sendo símbolo do comportamento

intrinsecamente motivado (DECI; RYAN, 2000). Já foi demonstrado que a motivação pelo prazer resulta no aumento da motivação intrínseca, essencial para a manutenção da regularidade de uma atividade física (SALDANHA et al., 2007). Além do estímulo à motivação intrínseca, o planejamento criterioso dos programas de exercício, que permita o alcance dos objetivos, é crucial para que os praticantes se mantenham motivados, e contribui para a manutenção da regularidade da prática (TEIXEIRA et al., 2005).

Considerações finais

Conclui-se que o prazer, a saúde e a estética foram as principais motivações para a prática regular de atividades físicas em frequentadores de academias da Zona Sul da cidade de São Paulo, e que há ligeiras diferenças entre as motivações dos indivíduos que praticam exercício resistido, aeróbio ou anaeróbio.

Referências

- ANDRADE, R. L.; FONSECA, F.; SCHÜTZ, G. R.; FREITAS, E. S. Motivação à prática da musculação: um estudo nas academias de São José. **Lecturas Educación Física y Deportes**, v. 18, n. 179, 2013.
- ARONI, A. L.; ZANETTI, M. C.; MACHADO, A. A. Motivos e dificuldades para a prática de atividade física em academias de ginástica. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 11, n. 4, p. 1, 2012.
- BALBINOTTI, M. A. A.; ZAMBONATO, F.; BARBOSA, M. L. L.; SALDANHA, R. P.; BALBINOTTI, C. A. A. Motivação à prática regular de atividades físicas e esportivas: um estudo comparativo entre estudantes com sobrepeso, obesos e eutróficos. **Motriz**, v. 17, n. 3, p. 384-94, 2011.

BALBINOTTI, M. A. A.; SALDANHA, R. P.; BALBINOTTI, C. A. A. Dimensões motivacionais de basquetebolistas infanto-juvenis: um estudo segundo o sexo. **Motriz**, v. 15, n. 2, p. 318-29, 2009.

BALBINOTTI, M. M. A.; BARBOSA M. L. L. **Inventário de Motivação à prática Regular de Atividades físicas (IMPRAF-126)**. Dissertação. (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Porto Alegre, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

BARBOSA, M. L. L. **Propriedades métricas do inventário de motivação para a prática regular de atividade física (IMPRAF-126)**. Dissertação. (Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Porto Alegre, Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2006.

CHAVES, A. D.; MAGRIN, N. P.; BARBOSA, P. L.; NOGUEIRA, M. D. G. A motivação de adultos para a prática da natação. **Lecturas Educación Física y Deportes**, v. 16, n. 160, 2011.

DECI, E.L.; RYAN, R.M. The "what" and "why" of goal pursuits: human needs and the selfdetermination of behavior. **Psychological Inquiry**, v. 11, n. 4, p. 227-268, 2000.

DOSIL, J. Motivación: motor del deporte. In: DOSIL, J. **Psicología de la actividad física y del deporte**. Madrid: McGraw Hill, 2004.

FEITEN, G.; MARQUES, M. G.; SANTOS, G. A.; BARBOSA, M. L. L. Dimensões motivacionais de praticantes de atividade física com lesão medular, cadeirantes: um estudo comparativo entre atletas e não atletas. **Lecturas Educación Física y Deportes**, v. 17, n. 173, p. 1, 2012.

KRUGER, J.; CARLSON, S. A.; BUCHNER, D. How active are older Americans? **Preventing Chronic Disease**, v. 4, n. 3, p. A53, 2007.

MINICUCCI, A. Motivação. In: MINICUCCI, A. **Psicologia aplicada à administração**. 5ª ed, São Paulo: Atlas, 1995.

PATE, R. R.; PRATT, M.; BLAIR, S. N.; HASKELL, W. L.; MACERA, C. A.; BOUCHARD, C.; BUCHNER, D.; ETTINGER, W.; HEATH, G. W.; KING, A. C. et al. Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. **Journal of the American Medical Association**, v. 273, n. 5 p. 402-407, 1995.

PEDERSEN, BK; SALTIN, B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. **Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports**, suppl.3, p.1-72, 2015.

SALDANHA, R. P.; JUCHEM, L.; BALBINOTTI, C.A.A.; BALBINOTTI, M.A.A.; BARBOSA, M.L.L. A motivação à prática de atividade física regular relacionada ao prazer em adolescentes do sexo feminino. **Coleção Pesquisa em Educação Física**, v. 6, n. 6, p.109-114, 2007.

SAMPEDRO, L. B. R.; ROCHA, J. M.; KLERING, R. T.; SALDANHA, R. P.; BALBINOTTI, M. A. A; BALBINOTTI, C. A. A. Motivação à prática regular de atividades físicas: um estudo com praticantes de Taekwondo. **Pensar a Prática**, v. 17, n. 1, p. 19-32, 2014.

TEIXEIRA, R.; MADEIRA, M.; MOTTA, A. F. Análise dos fatores motivacionais das atividades físicas nas academias da Cidade de Cabo Frio/R.J. **FIEP Bulletin**, v. 7, p. 153-5, 2006.

TORRILLA, E.; VARGAS NETO, F. X. Fatores motivacionais de aderência e permanência nos programas de atividade física em academia. **Textura**, v. 1, n. 4 p. 81-86, 2001.



OFICINAS DE ESPIRITUALIDADE E SAÚDE PARA HIPERTENSOS OU PRÉ-HIPERTENSOS

Stefani da Silva Alves¹

Vanessa Valeria Viana da Silva²

Ivone Corsi da Silva³

Carlos Antônio Teixeira⁴

Gina Andrade Abdala⁵

Maria Dyrce Dias Meira⁶

Resumo: Objetivo: analisar a influência de oficinas de espiritualidade que propõem hábitos saudáveis ligados ao estilo de vida, para melhoria dos níveis de pressão arterial. Método: estudo intervencional e descritivo, amostra de conveniência com quatro participantes. Realizada análise estatística descritiva. Resultados: antes e após a intervenção, a média da pressão arterial sistólica diminuiu de 146 mmHg para 128 mmHg, a média da pressão diastólica se manteve 80 mmHg; as médias, segundo MINICHAL,

.....
¹ Graduanda em enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: stefani-alves@hotmail.com.

² Graduanda em enfermagem do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: vanessa_valeria@live.com. vanessa_valeria@live.com.

³ Mestre em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo. Graduada em Enfermagem pela Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto. Docente do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: ivone.corsi@ucb.org.br

⁴ Doutor em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública-USP. Mestre em Ciências pela Unifesp. E-mail: carlostx.br@gmail.com

⁵ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual Feira de Santana-BA. Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: gina.abdala@ucb.com.br

⁶ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Mestre em enfermagem pela Universidade de São Paulo. Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade Adventista de Enfermagem. E-mail: dyrce.meira@ucb.org.br

na dimensão do estado mental passou de 9,8 (dp=9,03) para 6,5 (dp=6,13) e das manifestações somáticas de 4,4 (dp=4,03) para 1,75 (dp=2,06); para 40% deles, a qualidade de vida foi afetada pela hipertensão e seu tratamento. O escore total do FANTASTICO mudou de 66,6 (dp=5,7) para 80,5 (dp=6,65) e, embora, a dimensão “atividade física” tenha melhorado, de 2,60 (dp=2,16) para 3,75 (dp=2,87), ainda se manteve abaixo da média. Conclusão: a intervenção teve efeito positivo nos valores pressóricos e na qualidade de vida; porém estatisticamente não significativa ($p > 0,05$).

Palavras-Chaves: Qualidade de Vida; Estilo de Vida; Hipertensão; Espiritualidade.

Spirituality workshops and health for hypertensive or pre-hypertensive

Abstract: Objective: to analyze the influence of spirituality workshops with healthy habits related to lifestyle, to improve blood pressure levels. Method: interventional and descriptive study, a convenience sample of four participants with descriptive statistical analysis. Results: before and after the intervention, systolic blood pressure dropped from 146 mmHg to 128 mmHg, diastolic maintained 80 mmHg; the average, according MINICHAL, for mental dimension went from 9.8 (SD=9.03) to 6.5 (SD=6.13) and somatic manifestations from 4.4 (SD=4.03) for 1.75 (SD=2.06); 40% of them had claimed quality of life affected by hypertension and its treatment. In FANTASTICO, the total score changed from 66.6 (SD = 5.7) to 80.5 (SD=6.65), but "physical activity" dimension improved, although below the average, increased from 2.60 (SD=2.16) to 3.75 (SD=2.87). Conclusion: The intervention had a positive effect on blood pressure values and quality of life, but not statistically significant ($p > 0.05$).

Keywords: Quality of life; Lifestyle; Hypertension; Spirituality.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o principal fator de risco (ZATTAR, 2013) e a mais frequente das doenças cardiovasculares (BRASIL, 2006). A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca a vigilância da hipertensão, com diagnóstico válido e precoce (SELEM et al., 2012), pois atualmente tem sido considerada problema de saúde pública (ULBRICH et al., 2012; BEZERRA et al., 2013) por sua magnitude, risco e dificuldades no seu controle (BEZERRA et al., 2013).

Reuter et al. (2012) verificaram que as doenças cardiovasculares estão em evidência, o que se justifica por serem a principal causa de morte e de incapacidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A hipertensão é altamente prevalente em todas as regiões do Brasil, estimando-se que acometa cerca de 30% dos adultos, duplicando esse valor em idosos (SILVA et al., 2012). Nos últimos dois séculos, houve um fenômeno que a literatura científica denomina de transição epidemiológica, em que doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a hipertensão arterial, ganharam enfoque, enquanto doenças infecciosas e parasitárias deixaram de ser as principais agentes de morbimortalidade (REUTER et al., 2012).

Alterações no estilo de vida são de fundamental importância no tratamento, prevenção e no controle da hipertensão. Alimentação inadequada, alto no consumo de sal, obesidade, falta de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados (BRASIL, 2006; SILVA et al., 2013). A mudança no estilo de vida deve ser acrescida às doses ajustadas de medicamentos para a normalização dos níveis pressóricos (BRASIL, 2006).

A não adesão à medicação é uma preocupação importante para os profissionais de saúde e para os gestores, sendo necessários estudos que apontem práticas, relacionadas ao estilo de vida, que possam ajudar a melhorar a adesão aos tratamentos anti-hipertensivos, diante do alto

risco cardiovascular. Normalmente a adesão depende das características do paciente, qualidade da relação médico-paciente, gravidade da doença, acesso aos cuidados de saúde e de fatores específicos relacionados à prescrição medicamentosa (SOUZA et al., 2014).

Há um grande número de terapias eficazes, farmacológicas e não farmacológicas, para o controle da hipertensão. Apesar da proporção mundial de pacientes com hipertensão controlada ter variado, no período de 1992 a 2012, de 5,4% para 58%, grande parte dos pacientes não tem hipertensão controlada, por falta de consciência da sua doença ou por não aderência às recomendações médicas. Cabe ressaltar que uma proporção desconhecida desses pacientes está sendo tratada e também não tem a pressão arterial controlada (MASSIERER et al., 2012). Faz-se necessário para o controle e adequado manejo da pressão arterial elevada, a identificação e acompanhamento dos hipertensos pelos serviços de saúde, pois tratamentos farmacológicos e não farmacológicos são capazes de melhorar significativamente o prognóstico da doença e a qualidade de vida das pessoas. A busca dessas medidas terapêuticas e o próprio conhecimento da sua condição de hipertenso quando o diagnóstico precoce ocorrer poderão auxiliar no controle da hipertensão (ZATTAR et al., 2013). Na sociedade moderna, o medicamento ocupa, indevidamente, o lugar de símbolo de saúde; uma concepção inadequada. Tal visão inibe as intervenções nas causas sociais relacionadas à escolaridade, situação sanitária e socioeconômica, bem como comportamentais das doenças, que quase sempre implicam em trabalhosas mudanças de hábitos. Consequentemente, apesar da utilização de medicamentos ser decisiva no controle e prevenção das complicações relacionada às doenças crônicas, o Brasil, nos últimos anos, exhibe simultaneamente o aumento da prevalência dessas doenças (PEREIRA et al., 2012).

Nesta direção, torna-se importante registrar que há evidências relevantes sobre o papel da espiritualidade na saúde e o bem-estar dos pacientes, suscitando aos olhos dos profissionais favoráveis oportunidades

de aperfeiçoamento na forma como concedem alívio e conforto durante o cuidado (OLIVEIRA et al., 2013).

Taunay et al. (2012) afirmam que atualmente as relações entre práticas religiosas e saúde - física e/ou mental - vêm sendo progressivamente investigadas. A maior parte dos estudos aponta que a religiosidade é usualmente um fator de proteção contra o desenvolvimento de transtornos mentais como, por exemplo, depressão, ansiedade, abuso de substâncias etc., além de estar relacionada à melhor qualidade de vida. Reforçam ainda que no Brasil, um país no qual 95% da população declara ter religião, 83% consideram religião muito importante e cerca de 70% se dizem católicos, o empenho em estudos da religiosidade e das suas relações com saúde física e mental vêm sendo intensificados paulatinamente.

De acordo com Lucchetti et al. (2010), preconiza-se que há uma relação entre religiosidade e espiritualidade (R/E), percebe-se a diminuição dos níveis de cortisol e da mortalidade além de uma menor responsividade da pressão arterial em pacientes com maior religiosidade. Busca-se entender os mecanismos pelos quais essa relação ocorreria; no entanto, os fatores comportamentais, culturais e psicológicos parecem ter um papel cada vez mais proeminente na etiopatogenia de doenças cardiovasculares, levando a uma receptividade desafiante ao desenvolvimento de pesquisas sobre hipertensão. Do ponto de vista clínico e epidemiológico, é importante avaliar a repercussão que a religiosidade e espiritualidade possam ter sobre a saúde física e mental individual e comunitária (STROPPA; ALMEIDA, 2008), e conseqüentemente sobre o controle da hipertensão.

Segundo Kieller e Cunha (2004), é um desafio para os profissionais da saúde e, dentre eles, os enfermeiros, cuidar de pacientes hipertensos, assegurando que tenham qualidade de vida adequada, orientando, assistindo, diagnosticando e tratando, proporcionando-lhes controle adequado da pressão arterial. Por isso, o objetivo do presente estudo foi analisar a influência de oficinas de espiritualidade,

incluindo propostas de adoção de hábitos saudáveis ligados ao estilo de vida, na melhoria dos níveis de pressão arterial.

Método

Este estudo propôs uma pesquisa intervencional, descritiva. Foi implementado em uma comunidade baseada na fé (confessional), localizada na zona sul do município de São Paulo. A população constituiu-se de quinze indivíduos hipertensos e pré-hipertensos e a amostra de conveniência foi de cinco participantes. Foram incluídas pessoas alfabetizadas, hipertensas ou pré-hipertensas, com disponibilidade de participação nas oito oficinas de Espiritualidade e Saúde e de duas reuniões extras (uma antes da primeira oficina e outra após a oitava), para a obtenção das respostas aos instrumentos de coleta de dados.

Nos momentos pré e pós das oito oficinas de Espiritualidade e Saúde, os instrumentos de coleta de dados foram: formulário de dados sociodemográficos e de saúde, Questionário de Estilo de Vida FANTASTICO, Questionário de Qualidade de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL – Brasil) e Índice de Religiosidade de Duke (DUREL). Os dados sociodemográficos e de saúde consistiam em: sexo, idade, peso, cor da pele referida, religião professada, escolaridade, uso de medicamentos e medidas da pressão arterial.

O instrumento FANTASTICO foi criado no Canadá e validado no Brasil por Rodrigues-Añez et al. (2008) e Silva et al. (2014). Possui 25 questões e nove dimensões: convívio familiar e de amigos; atividades físicas; nutrição; cigarro e drogas; álcool; sono, cinto de segurança, estresse e sexo seguro; tipo de comportamento; introspecção e trabalho. A soma dos valores obtidos nos resultados das respostas chega a um total de 100 pontos, que são classificados em cinco categorias: excelente (85-100), muito bom (70-84), bom (55-69), regular (35-54) e necessita melhorar (0-34). Com base

nessa classificação, espera-se obter o resultado “bom”, que, segundo Silva et al. (2014), indica associação entre estilo de vida e condições da saúde.

O questionário *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensión Arterial* (MINICHAL) foi criado na Espanha em 2001 e validado no Brasil por Schulz et al. (2008). Esse questionário é composto por 17 questões de múltipla escolha, divididas em duas dimensões diferentes, que abrangem o estado mental com nove questões (1-9), com pontuação máxima de 27 pontos e as manifestações somáticas que abrangem sete questões (10-16), em que o participante pode alcançar 21 pontos no máximo. A última questão (17) avalia a percepção após o diagnóstico, se o tratamento afeta na qualidade de vida do hipertenso. Para responder às questões, o participante deveria ter como referência sua situação dentro dos últimos sete dias (Schulz et al. 2008).

O DUKE-DUREL é um instrumento sucinto e de fácil aplicação, que aborda alguns dos principais domínios da religiosidade e vem sendo utilizado em diversas culturas para esse fim. É uma escala de cinco itens, desenvolvida por Koenig et al. (2001) e validado no Brasil por Taunay et al. (2012). Mensura três das principais dimensões do envolvimento religioso relacionadas a desfechos em saúde, a saber: Religiosidade Organizacional (RO): frequência a encontros religiosos (por exemplo: missas, cultos, cerimônias, grupos de estudos ou de oração etc.); Religiosidade Não Organizacional (RNO): frequência de atividades religiosas privadas (por exemplo: orações, meditação, leitura de textos religiosos, ouvir ou assistir programas religiosos na TV ou rádio etc.); Religiosidade Intrínseca (RI): refere-se à busca de internalização e vivência plena da religiosidade como principal objetivo do indivíduo; fins imediatos são considerados secundários e alcançados em harmonia com princípios religiosos básicos (KOENIG; BUSSING, 2010).

Cada oficina ocorreu uma vez por semana, com duração de duas horas, onde se apresentou oralmente, em multimídia, um dos oito temas: Temperança, Alimentação, Sono e Repouso, Atividade Física, Ar Puro, Água, Luz Solar e Confiança em Deus. Antes das oficinas ocorria aferição da pressão arterial, peso e avaliação dos resultados de tais mensurações. Foram

adotados procedimentos com base na VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010), reflexão espiritual baseada em passagens bíblicas sobre a história de Jacó e escritos de Ellen G. White (2006) e propostas práticas para modificação do estilo de vida de acordo com os “oito remédios naturais”.

A proposta do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp), conforme número do parecer: 1.339.635. Os participantes receberam instruções e esclarecimentos sobre os objetivos, procedimentos da pesquisa e assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sem custos financeiros, com direito de recusa em participar e encaminhamento ao Atendimento Médico Ambulatorial (AMA) mais próximo, caso ocorresse um episódio de crise hipertensiva ou qualquer outra intercorrência clínica. Os dados coletados com a utilização de todos os instrumentos foram analisados quantitativamente a partir do *Statistical Package for Social Science for Windows* (SPSS), tendo como referencial Landim et al. (2006), que preconizam: “A análise quantitativa de dados ocorre a partir de questionários composto por questões fechadas, previamente estabelecidas e codificadas, e são apresentados por meio de tabelas e/ou gráficos, calculando a frequência, percentual e média.”

Resultados

Constatou-se que a maioria dos participantes era do sexo feminino (80%, n=5), com pessoas de cor preta (40%), branca (40%) e parda (20%). Todos (100%; n=5) declararam ser membros da Igreja Adventista do Sétimo Dia, com uma predominância de profissionais da área “do lar” (60%, n=3), operador logístico (20%, n=1), professor (20%, n=1). A pesquisa aponta

que a maioria (60%, n=3) tem de 9 ou mais anos de estudo e 60% (n=3) nunca deixa de tomar os medicamentos.

Ainda em relação às características da amostra, observou-se que em relação às variáveis quantitativas, a idade média dos participantes foi de 60,6 (dp=3,57), com o peso inicial 81,1 (dp=17,18) e final 80 (dp=3); com um tempo médio de 19 anos com hipertensão e com uma média de 4,6 medicamentos por pessoa. No final das oficinas, uma delas não participou dos questionários finais por motivos particulares.

Com relação às dimensões do Índice de Religiosidade (Duke-Durel), referente à Religiosidade Organizacional (RO), constatou-se que houve uma aparente melhora nas respostas dos participantes ao longo das realizações das oficinas. Passaram a frequentar mais os cultos religiosos (100% “mais de uma vez por semana”) e a se envolverem mais na prática das atividades religiosas/espirituais particulares (85% em “mais de uma vez ao dia”).

Quanto à Religiosidade Intrínseca (RI), também houve uma ligeira melhora quanto às respostas desses participantes, em que 100% deles responderam “totalmente verdade para mim” nas três perguntas da RI (Tabela 1).

Tabela 1- Frequência absoluta e relativa das variáveis de religiosidade antes e após as oficinas, São Paulo, 2016.

Variável	Categoria	Antes (n)	%	Depois (n)	%
RO	Mais de 1 x por semana	1	20	4	100
	1 x por semana	4	80	0	0
RNO	Mais de 1 x ao dia	3	60	3	75
	Diariamente	0	0	1	25
	2 ou + x por semana	2	40	0	0
RI1	Totalmente verdade para mim	5	100	4	100
RI2	Totalmente verdade para mim	5	100	4	100
RI3	Totalmente verdade para mim	4	80	4	100

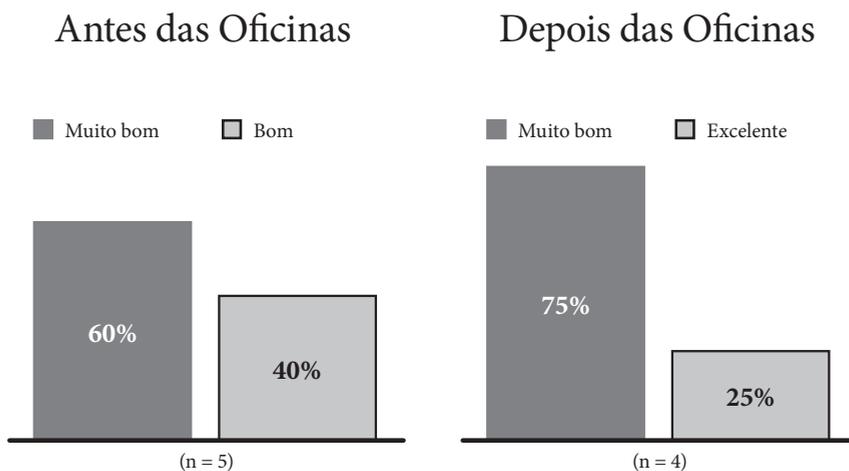
Variável	Categoria	Antes (n)	%	Depois (n)	%
	Em geral é verdade	1	20	0	0

Fonte: Elaborado pelas autoras

Legenda: RO = Religiosidade Organizacional (frequência aos cultos religiosos), RNO = Religiosidade não Organizacional (práticas religiosas/espirituais particulares); RII = sente a presença de Deus/do Espírito Santo; RI2 = as minhas crenças estão por trás de minha maneira de viver; RI3 = eu me esforço para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

Ao classificar inicialmente o Estilo de Vida FANTASTICO total por categorias, obteve-se uma classificação de: 60% bom (n=3); 40% muito bom (n=2). E, ao final das oficinas, (n=4) obteve-se uma classificação de: 25% excelente (n=1); 75% muito bom (n=3) (Figura 1).

Figura 1- Distribuição das categorias do Estilo de Vida FANTASTICO antes e após as oficinas, São Paulo, 2016.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na avaliação das dimensões do Estilo de Vida FANTASTICO, observou-se que a média das “família e amigos”, “atividades” e “nutrição” apresentaram menores valores antes da intervenção, porém, após as oficinas, melhoraram. Além disso, o escore total do FANTASTICO também aumentou após a intervenção (Tabela 2).

Tabela 2 – Média, desvio padrão e amplitude das dimensões do FANTASTICO e escore total antes e após as oficinas, São Paulo, 2016.

Dimensões (n=5)	Antes		Depois	
	Média (dp)	Amplitude	Média (dp)	Amplitude
Família/amigos	3,40 (0,98)	0-8	5,00 (1,41)	0-8
Atividades	2,60 (2,16)	0-8	3,75 (2,87)	0-8
Nutrição	4,80 (2,45)	0-12	7,25 (2,21)	0-12
Cigarro/drogas	14,60 (1,16)	0-16	14,75 (0,95)	0-16
Álcool	12 (0,31)	0-12	12,00 (0)	0-12
Sono/estresse/sexo	12,60 (2,02)	0-20	17,75 (2,87)	0-20
Tipo comportamento	4,80 (1,50)	0-8	6,00 (0,81)	0-8
Introspecção	8,60 (1,97)	0-12	10,50 (0,57)	0-12
Trabalho	3,20 (0,74)	0-4	3,50 (0,57)	0-4
FANTASTICO TOTAL	66,60 (5,77)	0-100	80,50 (6,65)	0-100

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Legenda: O valor médio das dimensões do FANTASTICO considerado normal para “família e amigos”= 4, “atividades”= 4 e “nutrição”= 6

O *Mini-Cuestionario de Calidad de Vida em Hipertensão Arterial (MINICHAL)* é separado em duas dimensões: estado mental e manifestações somáticas. Vale lembrar que quanto menor o escore, melhor. Observou-se neste estudo que o valor médio do estado mental foi de 9,80 e manifestações somáticas 4,40 antes das oficinas. Após a intervenção, as médias diminuíram, melhorando assim a qualidade de vida dos hipertensos (Tabela 3).

Tabela 3- Média, desvio padrão das dimensões da Qualidade de Vida MINICHAL dos hipertensos e o IMC antes e após as oficinas, São Paulo, 2016.

Escores (n=5)	Antes	Depois
	Média (dp)	
Estado mental	9,80 (9,03)	6,50 (6,13)
Manifestações somáticas	4,4 (4,03)	1,75 (2,06)

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na questão 17 do MINICHAL em que se avalia especificamente a qualidade de vida do hipertenso, encontrou-se que 20% disseram que “o diagnóstico e o tratamento medicamentoso” afeta “sim, um pouco”, 40% disseram que não afeta “não, absolutamente” e 40 % “sim, muito”. No final, 50% deles relataram que o diagnóstico e o tratamento da hipertensão “não afetavam” sua qualidade de vida e os outros 50% disseram que “afetava muito”.

Quanto à pressão arterial sistólica, verificou-se que a média inicial foi de 150mmHg e a PAS final foi de 130, portanto decrescendo em 20 mmHg. Observou-se que a pressão arterial diastólica dos participantes se manteve estável antes e após as oficinas (Tabela 4).

Tabela 4- Média, mediana, desvio padrão da pressão arterial sistólica e diastólica, inicial e final dos hipertensos, São Paulo, 2016.

Variáveis (n=5)	Média (mmHg)	Mediana	Desvio padrão
PAS inicial	146	150	11,40
PAS final	128	130	12,24
PAD inicial	80	80	4,47
PAD final	80	80	7,07

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Ao se comparar as médias iniciais e finais por meio do teste não paramétrico de MAN-WHITNEY, nenhuma das médias apresentou diferença estatisticamente significativa ($p= 0,06$).

Discussão

O presente estudo foi realizado em uma comunidade confessional na zona sul do município de São Paulo. Os participantes que praticavam suas atividades religiosas particulares “mais de uma vez ao dia” representaram 60% da amostra. Quanto à Religiosidade Intrínseca (RI), reunindo-se as duas primeiras opções de resposta, obteve-se um percentual de 100% quanto à importância dada à religião e à influência desta na vida diária dos pesquisados.

Nessa direção, o quesito religião apresenta resultado no qual se confirma haver uma forte tendência para uma maior pluralidade religiosa no país. Segundo o que se declara, os católicos tinham uma taxa de participação de cerca de 90% até 1980, caíram para 73,6% no ano 2000 e para 64,6% em 2010. Em sentido contrário, os evangélicos tinham uma taxa de 5,2% em 1970, passaram para 15,4% em 2000 e chegaram a 22,2% em 2010. As pessoas que se declararam sem religião eram apenas 0,8% em 1970, passaram

para 7,4% em 2000 e chegaram a 8% em 2010. As demais religiões passaram de 2,3% em 1970 para 3,7% em 2000 e para 5,2% em 2010 (BRASIL, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a espiritualidade e a religiosidade integram a conceituação de qualidade de vida devida à relação entre saúde física e mental (KIMURA et al., 2012).

Em observação ao questionário “Estilo de Vida FANTASTICO” obteve-se uma classificação de: 25% excelente; 75% muito bom. Resultados semelhantes (70,8% muito bom) foram encontrados em uma população de adultos da Zona Sul de São Paulo com os quais se utilizou o mesmo instrumento (MEIRA et al., 2015). Em outro estudo, embora não utilizando todas as variáveis do estilo de vida FANTASTICO, encontrou-se uma menor prevalência (22,7%) de hipertensão arterial em 264 adventistas, comparados a de 24,8% na população brasileira (BRASIL, 2015). Os autores atribuem esse resultado aos hábitos saudáveis do estilo de vida dos participantes (SILVA et al., 2012).

Na avaliação dos domínios independentes, observou-se que a média da dimensão “atividades” foi a que obteve o menor escore. Em um estudo com 273 hipertensos atendidos na Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro, ao ser utilizado o questionário do Estilo de Vida FANTASTICO, os pesquisadores encontraram um escore total acima de 90% de “bom a excelente”, no entanto eles relataram que na dimensão “atividades”, os participantes não as praticavam regularmente (PAZ et al., 2011).

Por outro lado, na avaliação desse mesmo domínio, observou-se no presente estudo que houve uma melhora do escore da dimensão “atividades” no final da intervenção. Em uma revisão sistemática sobre a influência da religiosidade na adoção de um estilo de vida ativo, diferentes autores encontraram que o envolvimento religioso foi preponderante na adesão à prática de atividades físicas (SANTOS et al., 2013).

Taunay et al. (2012) afirmam que, atualmente, a maior parte dos estudos indica que a religiosidade é habitualmente um fator de proteção contra o desenvolvimento de doenças mentais, além de estar

associada a melhor qualidade de vida e a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Para Oliveira et al. (2012) há importância no papel da espiritualidade na saúde e bem-estar do ser humano. No questionário MINICHAL, em que se avalia a qualidade de vida do hipertenso, após o diagnóstico e o tratamento, encontrou-se que 50% disseram que afeta “não absolutamente” e 50 % “sim, muito”.

A qualidade de vida é um conceito subjetivo que sofre influência de inúmeros fatores próprios da existência humana. O conceito de qualidade de vida relacionada à saúde procura limitar o estudo desses fatores para aqueles mais diretamente ligados à condição física, psíquica e social do indivíduo. Assim, a medida da qualidade de vida em pacientes com hipertensão, a partir do MINICHAL, corresponde a uma tentativa de medir os principais fatores ligados à hipertensão que podem influenciar a sensação de bem-estar do paciente. Essa abordagem é importante, pois pode orientar as intervenções em saúde para aspectos que possam impactar positivamente a qualidade de vida. Para isso, faz-se necessário dispor de instrumentos de medida confiáveis (SCHULZ et al., 2008).

Após as oficinas, pode se observar que a pressão arterial diastólica dos participantes se manteve estável antes e após as oficinas, porém, a média da PAS inicial foi de 150mmHg, passando para 130mmHg no final, portanto decrescendo em 20 mmHg. A diminuição da pressão arterial sistólica em até 4 mmHg traria benefícios socioeconômicos para o setor público e de qualidade de vida para os portadores de hipertensão (KOENIG et al., 1998). O controle da doença ainda é muito baixo, apesar da comprovação de medidas efetivas do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. As VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão preconizam a adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis não só como forma de tratamento, mas também na prevenção da doença (SILVA et al., 2013). Segundo Lucchetti et al. (2010), estudos apontam para uma relação entre R/E e os desfechos clínicos e laboratoriais, incluindo diminuição de níveis de cortisol, da mortalidade e uma menor alteração da pressão arterial em pacientes com maior religiosidade. Kieller e Cunha (2004) acrescentam que é

um desafio para os profissionais da saúde e, dentre eles, o enfermeiro, cuidar de pacientes hipertensos, assegurando que tenham qualidade de vida adequada.

No presente estudo, de forma objetiva, se observou limitações, pois a amostra foi pequena, variando em alguns momentos com quatro ou cinco participantes. Verificou-se na amostra final, em que os dados foram coletados, que a fé evangélica é predominante, por isso acredita-se ser necessária a realização de outras pesquisas em população com dados sociodemográficos mais diversificados e que representem uma visão ampla e uma variedade maior de crenças religiosas do que as apresentadas neste estudo.

Considerações finais

Ao analisar a influência de oficinas de espiritualidade propondo hábitos saudáveis ligados ao estilo de vida na melhoria dos níveis de pressão arterial, verificou-se que ocorreu um efeito positivo e mensurável em todas as médias da qualidade de vida, do estilo de vida e dos valores pressóricos dos participantes, apesar de não serem estatisticamente significantes ($p > 0,05$). Necessita-se realizar estudos desse tipo com uma amostragem maior para visualizar resultados mais robustos.

Destaca-se ainda que esse estudo traz importantes contribuições para o conhecimento e aprofundamento quanto as possíveis associações entre espiritualidade e estilo de vida.

Referências

AÑEZ, C. R. R.; REIS, R. S.; PETROSKI, E. L. Versão Brasileira do Questionário “Estilo de Vida Fantástico”: **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 2, p. 102-109, 2008.

BEZERRA, V. M.; ANDRADE, A. C. S.; CÉSAR, C. C.; CAIAFFA, W.T. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, set. 2013.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010**, 2011. Disponível em: <<http://bit.ly/2fQngkp>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diário oficial da União, Brasília, n. 12, seção 1, p. 59. 13 jun. 2013.

_____. Hipertensão Arterial Sistêmica. **Caderno de Atenção Básica**, Brasília, n. 15, 2006.

_____. Vigilatel Brasil 2014. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília – DF, 2015.

BRASIL.VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Hipertensão, v. 17, n. 1, jan/mar. 2010.

KIELLER, M.; CUNHA, I.C.K.O. Assistência de enfermagem a pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista de Enfermagem UNISA**, n. 5, p. 20-24, 2004.

KIMURA, M.; OLIVEIRA, A. L. de; MISHIMA, L. S.; UNDERWOOD, L. G. Adaptação cultural e validação da Underwood's Daily Spiritual Experience Scale - versão brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. esp., p. 99-106, 2012.

KOENIG H. G.; BÜSSING A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v. 1, p. 78-85, 2010.

KOENIG, H.; HIXON, KA; GRUCHOW, HW; MORGAN, DW. The Relation between Religiosity, Selected Health Behaviors, and Blood Pressure among Adult Females. **Preventive Medicine**, v. 27, p. 545- 552, 1998.

KOENIG, H. G.; MCCOLLOUGH, ME; LARSON, DB. Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press, 2001.

LANDIM, F. L. P.; LOURINHO, L. A.; LIRA, R. C. M.; SANTOS, Z. M. S. A. Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **RBPS**, v. 19 n. 1, p. 53-58, 2006.

LUCCHETI, G.; GRANERO, A. L.; NOBRE, F.; JUNIOR, A. A. Influência da religiosidade e espiritualidade na hipertensão arterial sistêmica. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 17, n. 3, p. 186-188, 2010.

MASSIERER, D.; OLIVEIRA, A. C. T.; STEINHORST, A. M.; GUS, M.; ASCOLI, A. M.; GONÇALVES, S. C.; MOREIRA, L. B.; JUNIOR, V. C.; NUNES, G.; FUCHS, S. C.; FUCHS, F. D. Prevalência de hipertensão resistente em adultos não idosos: estudo prospectivo em contexto ambulatorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 1, jul. 2012.

MEIRA, M. D. D.; ABDALA, G. A.; TEIXEIRA, C. A.; NINAHUAMAN, M. F. M. L.; MORAES, M. C. L.; SALGUEIRO, M. M. H. A. O. Perfil do Estilo de Vida de Adultos da Zona Sul de São Paulo. **Lifestyle Journal**, v. 2, n. 2, p. 67-82, 2015.

OLIVEIRA, G. R.; FITTIPALDI NETO, J.; SALVI, M. C.; CAMARGO, S. M.; EVANGELISTA, J. L.; ESPINHA, D. C. M.; LUCCHETTI, G. Saúde, espiritualidade e ética: a percepção dos pacientes e a integralidade do cuidado. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, v. 11, n. 2, p. 140-4, abr-jun, 2013.

PAZ, E. A.; SOUZA, M. H. N.; GUIMARÃES, R. M.; PAVANI, G. F.; CORREA, H. F. S.; CARVALHO, P. M.; RODRIGUES, R. N. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. **Investigación y Educación en Enfermería**, v. 29, n. 3, p. 467-476, 2011.

PEREIRA, V. O. M.; ACURCIO F. A. A.; JÚNIOR, A. A. G.; SILVA, G. D.; CHERCHIGLIA, M. L. Perfil de utilização de medicamentos por indivíduos com hipertensão arterial e diabetes mellitus em municípios da Rede Farmácia de Minas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 28, ago. 2012.

REUTER, E. M.; REUTER, C. P.; BURGOS, L. T.; RECKZIEGEL, M. B.; NEDEL, F. B.; ALBUQUERQUE, I. M.; POHL, H. H.; BURGOS, M. S. Obesidade e hipertensão arterial em escolares de Santa Cruz do Sul - RS, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56 n. 6, ago. 2012.

SANTOS, A. R. M.; DABBICO, P.; CARTAXO, H. G. O.; SILVA, E. A. P. C.; SOUZA, M. R. M.; FREITAS, C. M. S. M. Revisão Sistemática Acerca da Influência da Religiosidade na Adoção de Estilo de Vida ativo. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 3, p. 419-425, 2013.

SCHULZ, R. B; ROSSIGNOLI, P; CORRER, C. J; LLIMÓS, F. F; TONI, P. M. Validação do mini questionário de qualidade de vida em hipertensão arterial (MINICHAL) para o português. (Brasil). **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 90, n. 2, 2008.

SELEM, S. S. C.; CASTRO, M. A.; CÉSAR, C. L. G.; MARCHIONI, D. M. L.; FISBERG, R. M. Validade da hipertensão autorreferida associa-se inversamente com escolaridade em brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 8, ago.2012.

SILVA, A. M. M.; BRITO, I. S.; AMADO, J. M. C. Tradução, adaptação e validação do questionário Fantastic Lifestyle Assessment em estudantes do ensino superior. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, jun. 2014.

SILVA, L. B. E.; SILVA, S. S. B. E.; MARCÍLIO, A. G.; PIERIN, A. M. G. Prevalência de hipertensão arterial em Adventistas do Sétimo Dia da capital e do interior paulista. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 100, n. 1; jan. 2013.

SOUZA, C. S.; STEIN, A. T.; BASTOS, G. A. N.; PELLANDA, L. C. Controle da pressão arterial em hipertensos do programa hiperdia: estudo de base territorial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 102 n. 6, jun. 2014.

STROPPA, A., ALMEIDA, A.M. Religiosidade e Saúde. **Saúde e espiritualidade: uma nova visão de medicina**. Belo Horizonte: Inede, 2008.

TAUNAY T.C.D, GONDIM F.A.A, MACÊDO D.S, ALMEIDA M.A. GURGEL L.A, ANDRADE L.M.S, ET AL. Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 39, n. 4, p. 130-5, 2012.

ULBRICH, A. Z.; BERTIN, R. L.; BOZZA, R.; NETO, A. S.; LIMA, G. Z. S.; CARVALHO, T.; CAMPOS, W. Probabilidade de hipertensão arterial a partir de indicadores antropométricos em adultos. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56, n. 6, ago. 2012.

WHITE, E. G. **A ciência do bom viver**. Tatuí: Casa Publicadora Brasileira, 2006.

ZATTAR, L. C.; BOING, A. F.; GIEHL, M. W. C.; D'ORSI, E. Prevalência e fatores associados à pressão arterial elevada, seu conhecimento e tratamento em idosos no sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29 n. 3, mar. 2013.

Life Style

Normas para
Publicação

A revista *LifeStyle* recebe trabalhos para os próximos números, em regime de fluxo contínuo, não sendo necessária a abertura de chamadas especiais. No entanto, a periodicidade é quadrimestral. Para ser aceitos, os textos devem observar rigorosamente as normas descritas abaixo:

- 1) A revista *LifeStyle* tem como objetivo a divulgação de trabalhos de pesquisa originais, publicados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola, relacionados às diversas temáticas da Ciências da Educação.
- 2) O trabalho a ser submetido deve estar enquadrado em uma das seguintes categorias:

— **Artigo científico / Dossiê / Ensaio:** a publicação se destina a divulgar resultados inéditos de estudos e pesquisa, compreendendo os seguintes itens: título (em português e inglês); nome(s) do(s) autor(es) [observação: a(s) respectiva(s) qualificação(ões) e instituição(ões) a que pertence(m) devem ser registradas como notas de rodapé]; resumo (com média de 900 toques ou 150 palavras) com a respectiva tradução para o inglês (*abstract*), e cinco palavras-chave em português e inglês; introdução; método; desenvolvimento e resultados (descrição e discussão); considerações finais e referências bibliográficas. Não deve exceder a 15 laudas ou cerca de cinco mil palavras, incluindo figuras, tabelas e lista de referências.

— **Resenha de livros:** balanço crítico de livros recentemente publicados (máximo 4 anos) ou de obras consideradas clássicas nas áreas de estudo abordadas pela revista. Deverá conter: título do livro; autor; local de edição; editora e ano de publicação (em formato ABNT); título para a resenha; nome do(s) autor(es) da resenha; sua(s) respectiva(s) qualificação(ões) e instituição(ões) a que pertence(m).

- 1) As normas que seguem abaixo, em geral, são um resumo das encontradas no manual de metodologia oficial do Unasp, o qual obedece

todas as normatizações da ABNT. Para maiores detalhes ver FOLLIS, R.; FILUS, J.; COSTA, F. **Manual de Produção de Artigos**. Engenheiro Coelho: Unaspress, 2013. (Série metodologia de pesquisa, 5). Disponível em: <http://bit.ly/1NybAeb>.

- 2) O texto deve ser editado no programa Word, configurado em papel tamanho A4 (21 x 29,7 cm), fonte Arial ou Calibri, corpo 12, espaçamento 1,5 e alinhamento justificado, exceto as citações diretas com mais de 3 linhas (recao). O título não deve ultrapassar 12 palavras. As margens devem ter a seguinte conformação: superior e direita, 3cm; inferior e esquerda, 2cm.
- 3) O texto deve seguir o novo acordo ortográfico da língua portuguesa.
- 4) Caso haja imagens, devem ser apresentadas em alta resolução (300 dpi, no formato .jpg ou .tif) e largura mínima de 10 cm (altura proporcional). Devem ser colocadas no corpo do texto e enviadas em arquivo separado.
- 5) As referências bibliográficas devem se basear nas normas da ABNT-NBR 6023:2002.
- 6) As citações podem ser diretas ou indiretas.

— Citações indiretas

São aquelas em que as ideias ou fatos apresentados pelo autor original são resumidos ou reapresentados com o cuidado de não haver prejuízo da exatidão dessas informações. Pode-se optar por escrever o sobrenome do autor dentro ou fora dos parêntesis da referência. Se estiver fora dos parêntesis, ele deve vir em caixa baixa no corpo do texto, seguido dos parêntesis com o ano de publicação da obra e número da página. No caso de o sobrenome vir dentro dos parêntesis, deve ser escrito todo em caixa alta, seguido do ano de publicação e número da página.

Exemplos:

- a) Para um autor: “Rodrigues (1998, p. 25) observou [...]” ou “(RODRIGUES, 1998, p. 25)”.
- b) Para dois autores: “Rodrigues e Veiga (1999, p. 39), pesquisando [...]” ou “(RODRIGUES; VEIGA, 1999, p. 39)”.
- c) Para três ou mais autores: o sobrenome do primeiro autor deve ser seguido da expressão *et al.*: “Pradela *et al.* (1998, p. 129) constataram [...]” ou “(PRADELA *et al.*, 1998, p. 129)”.

— **Citações diretas, literais ou textuais**

As referências obedecem às mesmas especificações acima. Se o texto diretamente citado contiver até três linhas, deve ser incluído no próprio corpo do texto, entre aspas. Exemplos: Segundo a autora, “o estudo mostra que até os 12 anos de idade os jovens da referida pesquisa possuem o cérebro mais suscetível a distrações [relacionadas a diversão] em comparação com os adultos” (DEREVECKI, 2011, p. 11). Ou: De acordo com Ruth Derevecki (2011, p. 11), “o estudo mostra [...]”.

Por outro lado, se o texto diretamente citado contiver mais de três linhas, deve aparecer em parágrafo(s) destacado(s) do corpo do texto (com recuo na margem de 4 cm à esquerda, corpo 11, em espaçamento simples entre linhas).

Exemplo: Como Lima (2010, p. 12) sustenta:

Atualmente, a gestão tem se tornado participativa. De acordo com a diretora do colégio adventista de Hortolândia, Eli Albuquerque, muitas escolas ainda não aderiram ao novo padrão, porém há muitas unidades que já implantaram a administração colegiada, composta por professores, equipe administrativa, pais e alunos.

- 8) Utiliza-se a expressão latina *apud* para citar um documento ao qual não se teve acesso direto, mas por intermédio de uma citação em outra obra. Exemplo: “Segundo Ana Paula *apud* Follis (2011, p. 42)” ou “Ana Paula afirma que o sol faz bem à pele (*apud* FOLLIS, 2011, p. 42).” Atenção: deve-se, na medida do possível, para garantir a exatidão da informação, procurar usar citações diretas. Ou seja, deve-se procurar obter as informações das fontes originais sempre que estas estiverem disponíveis, deixando este recurso apenas para obras difíceis de ser localizadas.
- 9) Em caso de coincidência de datas de texto ou obra citadas, distinguir com letras, respeitando a ordem de entrada no artigo: (1915a, 1915b). Já em casos de coincidência de sobrenomes, colocam-se os prenomes abreviados após o sobrenome: (FOLLIS, R., 2010; FOLLIS, A., 2015).
- 10) Toda citação provinda da Bíblia deve seguir a seguinte formatação: fora dos parêntesis, deve vir por extenso (Ex.: Em Apocalipse 12:32, [...]; 2 Coríntios 3:18 diz que [...]); dentro dos parêntesis, deve ser abreviada de acordo com o padrão de duas letras sem ponto da Bíblia João Ferreira de Almeida revista e atualizada 2º edição (Ap 12:32; 2Co 3:18). Não se usam algarismos romanos.
- 11) Toda citação originária de fonte em língua estrangeira deve ser traduzida no corpo do texto e referenciada da seguinte forma: (ABREU, 2009, p. 12 - tradução livre). A citação na língua original deve ser mantida em nota de rodapé.
- 12) A supressão “[...]” e a interlocução devem ser indicadas entre colchetes. Exemplo: “O estudo mostra que até os *12 anos de idade* os jovens [...] possuem o cérebro mais suscetível a distrações [relacionadas a diversão] em comparação com os adultos” (DEREVECKI, 2011, p. 11).

- 13) As notas de rodapé devem ser usadas apenas para acrescentar informações relacionadas ao texto e importantes para o entendimento deste. Não confundir nota de rodapé com referência bibliográfica, que aparece só no final do trabalho.
- 14) Expressões estrangeiras ou títulos de obras devem figurar em *itálico*. Exemplos: “Felipe Carmo (2009, p. 42), em seu livro *Hipnose*, sustenta que *croissant* não pode ser utilizado como sugestão hipnótica.” Certas palavras, mesmo sendo de origem estrangeira, já são de uso corrente nos textos em português e, portanto, não devem vir em *itálico*. Exemplos: internet, mouse, link, site, e-mail etc.
- 15) Os casos de destaque de partes do texto para ênfase devem ser evitados ou restringidos ao mínimo possível, devendo aparecer em *itálico*: “Fulano (2000, p. 12) sustenta que ocorre reversão *se e somente se* aquelas condições são satisfeitas.”
- 16) Capítulos de livros e artigos de periódicos, quando citados no corpo do texto, devem aparecer entre “aspas” e sem o uso de *itálico*. Exemplo: Flávio Luís (2011, p. 12), em seu artigo “Cinco formas de educar seu filho”, afirma que [...]
- 17) Na lista de referências bibliográficas deverão constar os nomes de todos os autores de um trabalho consultado. As referências serão ordenadas alfabeticamente pelo último sobrenome do autor, seguido, no mínimo, da inicial maiúscula do primeiro nome. Não usar nomes por extenso na lista.

a) Para livros:

CARMO, F. **Hipnose**: a arte da sedução. São Paulo: Editora Madras, 2009.

b) Capítulo de livro:

FERCH, A. Autoria, teologia e propósito de Daniel. In: HOLBROOK, F. (Ed.). **Estudos sobre Daniel**: origem, unidade e relevância profética. Engenheiro Coelho: Unaspress, 2009. (Série Santuário e Profecias Apocalípticas, 2).

c) Artigos de periódicos:

BERTONI, E. Arte, indústria cultural e educação. **Cadernos cedex**: centro de estudos educação e sociedade - Unicamp, Ano 21, n. 54, 2001.

d) Monografias, dissertações e teses:

FERREIRA, L. **O processo da aprendizagem**: conflitos emocionais, desvirtuamento e caminhos para a superação. Dissertação (Mestrado em Educação), Unasp, Campus Engenheiro Coelho. Engenheiro Coelho, 1999.

e) Publicações referentes a eventos publicados em anais ou similares (congressos, reuniões, seminários, encontros etc):

LIMA, P. Caminhos da universidade rumo ao século 21: estagnação ou dialética da construção. In: **7º congresso anual de estudantes do cesu-lon** (Centro de Estudos Superiores de Londrina, PR). Londrina, 25 a 20 de outubro de 1999.

f) Informações verbais:

Para informações obtidas por meio verbal (palestras, debates, entrevistas etc.) deve-se indicar no texto corrido a expressão “informação

verbal” entre parênteses, mencionando-se os dados disponíveis, em nota de rodapé.

Exemplo: “A maioria dos que sustentam uma opinião sobre a alegação das sugestões hipnóticas através de alimentos gordurosos, normalmente fariam qualquer coisa por um *croissant*” (informação verbal).¹

No rodapé da página:

¹ Comentário proferido por Felipe Carmo em palestra realizada no Unasp-EC por ocasião do Simpósio Universitário Adventista, em setembro de 2011.

g) Referências de sites: Acrescentar, no final da referência, “Disponível em:”, endereço eletrônico e a data de acesso ao documento, precedida da expressão: “Acesso em:”.

SILVA, I. Pena de morte para o nascituro. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 19 set. 1998. Disponível em: <www.estadao.com.br/1212343.htm>. Acesso em: 19 set. 1998.

18) Os textos devem ser submetidos unicamente por meio do site da revista *LifeStyle*. Os passos são os seguintes:

- Acessar <http://revistas.unasp.edu.br/LifeStyle>
- Caso se trate do primeiro acesso, preencher os dados pessoais no item “cadastro” (lembre-se de assinalar a opção “autor”). Se já tiver cadastro, basta preencher nome e senha.
- Para submeter trabalhos, siga as demais instruções do próprio sistema.

Obs: o autor deverá acompanhar o andamento do trabalho submetido no próprio sistema on-line.

- 19) O tempo entre a submissão, aprovação ou rerpovação e a publicação do artigo/resenha, será de cerca de 14 meses. As informações sobre o *status* da submissão se dará apenas via Sistema Eletrônico de Revistas (SEER), software para a construção e gestão de publicações periódica, traduzido e customizado pelo Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT).

- 20) A revista *LifeStyle* está sob a *Licença Creative Commons Attribution 4.0*, o que indica não existir lucro atrelado à publicação, e, portanto, não havendo nenhuma obrigação de remuneração dos autores publicados. Estes, ao submeterem suas contribuições, cedem à revista os direitos de publicação nos formatos impresso ou online.

