

CENTRO UNIVERSITÁRIO SAGRADO CORAÇÃO

LORENA MAITINO FERNANDES

**CORRELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL COM O PERFIL DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO**

BAURU

2024

Lorena Maitino Fernandes

CORRELAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL COM O PERFIL DO
COMPORTAMENTO ALIMENTAR DE PACIENTES COM DOENÇA RENAL
CRÔNICA EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Centro de Ciências da Saúde como parte dos requisitos
para obtenção do título de bacharel em Nutrição, sob
orientação da Profa. Dra. Milene Peron Rodrigues
Losilla.

BAURU

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD

F363a

Fernandes, Lorena Maitino

Correlação do estado nutricional com o perfil do comportamento alimentar de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico / Lorena Maitino Fernandes. -- 2024.

34f.

Orientadora: Prof.^a Dra. Milene Peron Rodrigues Losilla

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) - Centro Universitário Sagrado Coração - UNISAGRADO - Bauru - SP

1. Insuficiência Renal Crônica. 2. Terapia de Substituição Renal Contínua. 3. Nutrição. 4. Comportamento Alimentar. I. Losilla, Milene Peron Rodrigues. II. Título.

Dedico este trabalho aos meus pais, Fernando e Lída, que sob muito sol, fizeram-me chegar até aqui, na sombra.

AGRADECIMENTOS

À minha família, especialmente meus pais Fernando e Lídia e meu irmão Pedro, pelo amor infinito, paciência e apoio incondicional em todas as etapas da minha trajetória. Vocês são a razão pela qual eu cheguei até aqui, muito obrigada por tanto carinho e dedicação. Tudo o que sou, devo a vocês.

Aos meus avós, Edison, Inês Angélica, Aurora e Mário, que me nutriram com um amor tão grande por toda a minha vida que me fizeram acreditar na força da minha potência.

Ao meu namorado, Henrique, que esteve comigo durante toda a minha graduação, me apoiando e incentivando em cada fase. Obrigada por tornar os dias difíceis um pouco mais fáceis. Seu amor, carinho e acolhimento foram essenciais, e sua admiração e orgulho me preencheram de confiança e determinação. Tenha certeza de que estes sentimentos são mais que recíprocos.

Aos meus queridos amigos, Fábio e Jedaias, por tornarem meus dias mais leves com tanta risada, alegria e amor. Compartilhar a vida com vocês torna tudo mais bonito e repleto de sentido. Obrigada por sempre estarem ao meu lado e por celebrarem as minhas conquistas como se fossem as suas.

Às minhas amigas Halime e Milena, que tiveram um papel tão importante na minha trajetória. Trilhar este caminho acompanhada de pessoas tão inteligentes, dedicadas e talentosas foi muito inspirador e enriquecedor. A minha graduação nunca teria sido a mesma sem vocês, obrigada pela amizade, companheirismo e amor.

À todas as professoras do curso de nutrição, Maria Angélica, Mariane, Milene, Renata e Roseli, por contribuírem tanto para a minha formação acadêmica e pessoal. Obrigada por toda a dedicação e carinho, e por me conduzirem até aqui com tanta competência e responsabilidade.

À minha orientadora, Profa. Dra. Milene Peron, por sempre acreditar em seus alunos e transmitir seu conhecimento com tanto amor e carinho. Sua dedicação é muito

reconhecida e apreciada por mim, agradeço pelas orientações e auxílio que tornaram possíveis a execução deste trabalho. Saiba que seu olhar gentil, compreensivo e repleto de amor e orgulho atinge todos os alunos que passam por você.

À minha colega Veruskka, por ter sido um auxílio tão importante nos momentos de coleta de dados para este trabalho.

A todos que contribuíram de alguma forma para que eu estivesse aqui hoje e torceram por mim, muito obrigada!

RESUMO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma síndrome caracterizada por alterações na função e/ou estrutura renal, com uma natureza progressiva e irreversível. Sua incidência tem aumentado globalmente, sendo o diabetes mellitus e a hipertensão arterial os principais fatores de risco. O tratamento hemodialítico, embora essencial, impõe restrições alimentares que podem impactar a qualidade de vida dos pacientes e o prognóstico da doença. A alimentação desempenha um papel crucial na prevenção da progressão da DRC, no controle de sintomas urêmicos e redução das complicações associadas. Por isso, a análise do comportamento alimentar é fundamental para compreender os aspectos subjetivos e psicossociais que influenciam as escolhas alimentares, visando a melhoria do estado nutricional e qualidade de vida dos pacientes. Deste modo, o presente estudo visa identificar o perfil do comportamento alimentar dos pacientes avaliados e correlacioná-lo ao estado nutricional. Trata-se de um estudo observacional transversal, realizado com pacientes adultos e idosos em tratamento dialítico. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos e de comorbidades, além de informações sobre o estado nutricional, avaliado por meio do Índice de Massa Corporal (IMC). O comportamento alimentar foi analisado utilizando o Questionário Holandês de Comportamento Alimentar (QHCA), que classifica os pacientes em três perfis: alimentação restritiva, emocional ou externa. A análise estatística envolveu a correlação entre o IMC e os perfis alimentares, utilizando o teste de correlação de Pearson ou Spearman, conforme a normalidade dos dados, com um nível de significância de 5%. Esta análise busca compreender a relação entre o comportamento alimentar e o estado nutricional desta população, visando identificar o impacto dos aspectos psicossociais e emocionais na alimentação, para que se possam desenvolver técnicas de aconselhamento nutricional mais eficazes e que considerem esses fatores.

Palavras-chave: Insuficiência Renal Crônica; Terapia de Substituição Renal Contínua; Nutrição; Comportamento Alimentar.

ABSTRACT

Chronic Kidney Disease (CKD) is a syndrome characterized by alterations in renal function and/or structure, with a progressive and irreversible nature. Its incidence has been increasing globally, with diabetes mellitus and hypertension being the main risk factors. Hemodialysis treatment, although essential, imposes dietary restrictions that can impact patients' quality of life and disease prognosis. Nutrition plays a crucial role in preventing the progression of CKD, controlling uremic symptoms and reducing associated complications. Therefore, the analysis of eating behavior is fundamental to understand the subjective and psychosocial aspects that influence food choices, aiming to improve the nutritional status and quality of life of patients. Thus, the present study aims to identify the profile of eating behavior of the evaluated patients and correlate it with nutritional status. This is a cross-sectional observational study, conducted with adult and elderly patients on dialysis treatment. Sociodemographic, clinical and comorbidity data were collected, as well as information on nutritional status, assessed by the Body Mass Index (BMI). Eating behavior was analyzed using the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ), which classifies patients into three profiles: restrictive, emotional or external eating. The statistical analysis involved the correlation between BMI and eating profiles, using the Pearson or Spearman correlation test, according to data normality, with a significance level of 5%. This analysis seeks to understand the relationship between eating behavior and nutritional status in this population, aiming to identify the impact of psychosocial and emotional aspects on eating, so that more effective nutritional counseling techniques can be developed considering these factors.

Keywords: Chronic Kidney Disease; Continuous Renal Replacement Therapy; Nutrition; Eating Behavior.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. JUSTIFICATIVA	14
3. OBJETIVOS	15
Objetivo Geral	15
Objetivos Específicos	15
4. MÉTODOS.....	16
4.1 Tipo de estudo, amostra e aspectos éticos	16
4.2 Informações do prontuário.....	16
4.3 Verificação do estado nutricional	16
4.4 Avaliação do comportamento alimentar	16
4.5 Análise estatística	17
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
6. CONCLUSÃO.....	24
REFERÊNCIAS.....	25
ANEXOS.....	30
ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.	30
ANEXO II - QUESTIONÁRIO HOLANDÊS DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR (QHCA) - Versão traduzida para o português	32

1. INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) é uma síndrome caracterizada pela alteração na função e/ou estrutura do rim, apresentando caráter progressivo e irreversível. Pode ser identificada através da taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe) $< 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ por um período igual ou superior a 3 meses, ou por uma TFGe $> 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ acompanhada de evidência de lesão renal (Ammirati, 2020).

Os índices de desenvolvimento da doença têm aumentado progressivamente, sendo os principais fatores responsáveis por esse crescimento o aumento da incidência de fatores de riscos, como diabetes mellitus e hipertensão arterial. Como resultado, a DRC está se tornando mais prevalente em todo o mundo, assim como suas taxas de morbidade e mortalidade associadas (Luyckx *et al.*, 2017).

Estima-se que cerca de 850 milhões de pessoas em todo o mundo sejam portadoras de Doença Renal Crônica (DRC) (International Society Of Nephrology, 2021). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a prevalência de DRC autorreferida no Brasil é de 1,42%, o que corresponde a aproximadamente dois milhões de indivíduos (Brasil, 2014).

Suas principais causas incluem diabetes, hipertensão, doenças autoimunes, glomerulonefrite crônica, uso crônico de medicamentos anti-inflamatórios, doença renal policística, malformações congênitas e lesão renal aguda prolongada (Ammirati, 2020). As complicações associadas à doença são: anorexia, uremia, perda do olfato e paladar, hipertensão arterial, hipertrigliceridemia e hiperglicemia - que podem levar a problemas cardiovasculares - além de oligúria, edema, confusão mental e em casos graves, coma (Santos *et al.*, 2013).

Estudos demonstram que, a cada ano, cerca de 20 mil brasileiros venham a recorrer a alguma forma de terapia renal substitutiva (Silva *et al.*, 2017). A hemodiálise (HD) é uma das terapias de substituição renal, sendo essencial para sobrevivência de pacientes com DRC, diminuindo os efeitos causados pela função renal prejudicada através da filtração do sangue, removendo excesso de líquidos corpóreos e resíduos metabólicos (Silva *et al.*, 2020). Porém, esse tratamento demanda tempo para as sessões de hemodiálise e cuidados com a saúde, comprometendo a qualidade de vida dos pacientes (Morfin *et al.*, 2016).

A alimentação desempenha um papel crucial na prevenção e tratamento DRC. Tanto nos estágios iniciais quanto nos mais avançados, a terapia nutricional visa retardar a progressão da doença, reduzir os sintomas urêmicos causados pelo acúmulo de produtos

nitrogenados e eletrólitos, prevenir e corrigir distúrbios hormonais e metabólicos, além de evitar a desnutrição energético-proteica (Cuppari; Avesani; Kamimura, 2013). Entretanto, as exigências e restrições do tratamento dietoterápico tornam-se fatores limitantes para a adesão dos pacientes, podendo agravar o quadro ao longo do tratamento de substituição renal (Medeiros; Sá, 2011).

Visto que há uma associação direta entre a dieta e o prognóstico da doença renal crônica, a avaliação do estado nutricional e do consumo alimentar dos pacientes em hemodiálise torna-se fundamental (Santos *et al.*, 2015). Embora o Índice de Massa Corporal (IMC) não avalie diretamente a composição corporal, é uma ferramenta amplamente utilizada em estudos epidemiológicos devido à sua praticidade, tanto pela fácil obtenção das medidas que integram sua composição, quanto por possibilitar a classificação do estado antropométrico e o monitoramento do excesso de peso populacional (Cervi; Franceschini; Priore, 2005; Chor; Coutinho; Laurenti, 1999; Peixoto; Benicio; Jardim, 2006). Um IMC elevado contribui para o desenvolvimento da DRC, mesmo em indivíduos sem hipertensão arterial ou diabetes mellitus. Por isso, conhecer o estado nutricional e o consumo alimentar é fundamental para o manejo eficaz da doença, visando prevenir sintomas e evitar futuras complicações (Pereira *et al.*, 2016; Kang; Chang; Park, 2017).

Segundo Viana e Sinde (2003), classificar o comportamento alimentar em estilos é fundamental para auxiliar na compreensão da conduta alimentar dos pacientes. No campo da alimentação, o hábito alimentar se diferencia do comportamento alimentar. Enquanto o primeiro está relacionado à ideia de consumo alimentar (ingestão energética e de nutrientes), o segundo já envolve questões psicossociais associadas ao processo de alimentação, influenciado por fatores nutricionais, culturais e socioeconômicos (Klotz-Silva *et al.*, 2016).

O Questionário Holandês de Comportamento Alimentar (QHCA) é um importante instrumento para realizar a classificação do comportamento alimentar, sendo composto por 33 perguntas separadas em três escalas: escala de Restrição, escala de Ingestão Externa (ambas com 10 itens cada) e escala de Ingestão Emocional (com 13 itens). As respostas são analisadas em uma escala de um (nunca) a cinco (muito frequentemente).

As explicações para a ingestão alimentar inadequada às necessidades podem ser abordadas a partir de diferentes teorias psicossociais, como a teoria da externalidade, a psicossomática e a teoria da restrição. A teoria psicossomática destaca a influência dos fatores emocionais, sugerindo que muitas vezes há uma confusão entre sentimentos como

fome e ansiedade, o que pode levar a um padrão alimentar inadequado. Já a teoria da externalidade propõe que a ingestão alimentar é amplamente influenciada por fatores extrínsecos, como o aroma, o sabor e estímulos visuais dos alimentos, aos quais as pessoas são condicionadas desde a infância, sendo moldados pelo comportamento familiar e pelo contexto sociocultural. Por fim, a teoria da restrição sugere que indivíduos com um comportamento restritivo em relação à alimentação, frequentemente influenciados por pressões sociais e pela preocupação com o peso, podem perceber-se em sobrepeso, mesmo estando dentro da faixa considerada normal. Esses indivíduos frequentemente adotam dietas restritivas visando o emagrecimento que, após um período, levam ao descontrole alimentar, resultando em ingestão excessiva ou episódios de compulsão alimentar (Viana; Santos; Guimarães, 2008; Viana; Candeias; Rego; Silva, 2009). A partir dessas teorias, definiram-se os estilos alimentares.

O estilo alimentar externo considera que a aparência, o aroma e o sabor dos alimentos exercem um impacto em nossas escolhas alimentares. Indivíduos que não são capazes de identificar com precisão seus sinais internos de fome e saciedade se tornam mais suscetíveis à influência desses estímulos externos. Frente a um alimento de alta palatabilidade, sua aparência e aroma podem estimular o apetite, podendo levar a perda do controle da ingestão alimentar, mesmo na ausência da fome (Viana *et al.*, 2009). Já o estilo alimentar emocional baseia-se na teoria de que as emoções podem afetar diretamente as escolhas e preferências alimentares, uma vez que os alimentos estão frequentemente associados ao contexto emocional em que são consumidos. Quando as emoções predominam, elas podem interferir nos controles cognitivos e inibir a função racional, dificultando a adesão a um controle alimentar. Esse desequilíbrio emocional pode desinibir o comportamento alimentar, tornando difícil manter uma alimentação controlada (Viana; Santos; Guimarães, 2008; Motta; Motta; Campos, 2011). Por fim, o estilo alimentar restritivo descreve que a restrição alimentar – fenômeno que envolve um controle cognitivo e consciente do apetite – geralmente busca a diminuição do peso corporal por meio de um balanço energético negativo, não necessariamente de acordo com as necessidades reais do indivíduo. No entanto, após um período de restrição, fatores fisiológicos e psicossomáticos podem levar ao descontrole alimentar, resultando na desinibição do comportamento alimentar (Viana *et al.*, 2009).

Deste modo, a classificação do perfil do comportamento alimentar de pacientes com doença renal crônica em tratamento hemodialítico torna-se fundamental para a elaboração de estratégias para um adequado e assertivo aconselhamento nutricional de

forma individualizada. No presente estudo, objetivou-se realizar tal ação, além de correlacionar o estado nutricional com o perfil alimentar de cada paciente, visando elucidar em qual perfil do comportamento alimentar encontram-se associações positivas.

2. JUSTIFICATIVA

A Doença Renal Crônica e a Hemodiálise representam um desafio para a saúde pública, afetando a qualidade de vida dos pacientes. Embora seja essencial, o tratamento dialítico impõe restrições alimentares rigorosas, tornando a adesão à dieta crucial para o controle da doença e a prevenção de complicações. Assim, o comportamento alimentar tem impacto direto na evolução da doença, uma vez que influencia a ingestão de alimentos cujos nutrientes devem ser controlados. Diante disso, faz-se necessária a análise do comportamento alimentar destes pacientes, para identificar seu perfil comportamental, entender como isso afeta seu estado nutricional, e realizar a intervenção nutricional necessária para controlar a evolução e as complicações da Doença Renal Crônica.

3. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Correlacionar o estado nutricional com o comportamento alimentar de pacientes com doença renal crônica submetidos ao tratamento hemodialítico.

Objetivos Específicos

- Verificar os dados clínicos e sociodemográficos dos pacientes
- Analisar as comorbidades pré-existentes na população
- Verificar o estado nutricional dos pacientes
- Aplicar o Questionário Holandês de Comportamento Alimentar nos pacientes
- Verificar a relação entre o IMC (kg/m^2) e o comportamento alimentar dos pacientes

4. MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo, amostra e aspectos éticos

Trata-se de um estudo observacional transversal que analisou indivíduos adultos e idosos de ambos os sexos com doença renal crônica, submetidos ao tratamento hemodialítico em uma clínica de hemodiálise da cidade Bauru.

Todos os pacientes referidos acima foram considerados para o estudo, desde que atendessem aos seguintes critérios de inclusão: 1) estar a mais de três meses em hemodiálise; 2) não apresentar nenhum membro amputado; 3) apresentar capacidade cognitiva para compreender o processo da pesquisa e assinar o termo de consentimento.

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Sagrado Coração e, após a sua aprovação mediante parecer número 5.888.408, teve início a coleta de dados. Antes de iniciar o estudo, os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I).

4.2 Informações do prontuário

Foram coletadas as seguintes informações do prontuário dos pacientes: data de nascimento, sexo, cidade onde habitam, estatura, tipo de acesso da hemodiálise, estado civil, etnia, nível de escolaridade, faixa salarial, peso seco, etiologia da doença renal crônica e comorbidades.

4.3 Verificação do estado nutricional

O peso seco e a estatura foram aferidos pela nutricionista da unidade de diálise. Posteriormente, o IMC foi calculado a partir das medidas do peso seco e estatura pela fórmula $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura(m)}^2$, e os resultados foram avaliados de acordo com o proposto pela Organização Mundial de Saúde (1997) para adultos e por Lipschitz (1994) para idosos.

4.4 Avaliação do comportamento alimentar

Foi aplicado o Questionário Holandês de Comportamento Alimentar (QHCA), validado por Wardle (1987), adaptado e traduzido para o português por Almeida, Loureiro e Santos (2001), com objetivo de avaliar os estilos alimentares em três escalas: alimentação restrita, emocional e social (ANEXO II). O instrumento é composto por três subescalas que avaliam os seguintes estilos alimentares:

- a) Alimentação restrita: estilo alimentar relativo à restrição alimentar (corresponde às questões 1;6;7;10;13;16;18;20;22;26);
- b) Alimentação emocional: estilo alimentar relativo ao estado emocional do indivíduo (corresponde às questões 2;3;5;8;11;14;17;21;24;27;30;32;33);
- c) Alimentação externa: estilo alimentar relativo aos atrativos de aroma e sabor dos alimentos, bem como com a alimentação associada às situações sociais (corresponde às questões 4;9;12;15;19;23;25;28;29;31).

Para análise do QHCA, considerou-se 33 pontos a pontuação máxima. Quanto maior a pontuação, menor a capacidade de controle alimentar.

Para realizar o cálculo, foram somadas as questões referentes a cada subescala, e a média foi realizada. Este processo foi repetido para as três subescalas, permitindo assim inferir qual resultou no valor mais alto, estabelecendo o padrão alimentar do paciente.

4.5 Análise estatística

Todos os dados coletados foram digitados em planilha do excel. A seguir, foi realizada a análise estatística descritiva com cálculos de média, desvio padrão e porcentagem. Por fim, foi realizada a correlação entre o IMC e o perfil do comportamento alimentar no programa SigmaPlot 11.0, determinados através dos testes de correlação de Pearson ou de Spearman para variáveis de distribuição normal e não normal, respectivamente, com nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período entre agosto de 2022 e novembro de 2022, vinte e cinco pacientes submetidos à hemodiálise responderam o Questionário Holandês De Comportamento Alimentar, e seus dados gerais foram extraídos de seus prontuários.

Após a coleta e análise dos dados, verificou-se que a maioria dos pacientes eram idosos do sexo feminino, com estado nutricional classificado como sobrepeso (segundo Lipschitz, 1994) e maior prevalência do estilo de comportamento alimentar restritivo.

A Tabela 1 demonstra as características gerais da população estudada. Houve predomínio do sexo feminino (n = 13; 52%), a média de idade foi de 63,8 anos ($\pm 16,63$), e a média de estatura foi de 1,62 m ($\pm 0,11$). O valor encontrado correspondente à média do peso seco dos pacientes foi 70,92 kg ($\pm 13,47$), e a maioria (n = 21; 84%) residia em Bauru. O tipo de acesso predominante foi a fístula arteriovenosa (n = 15; 60%), assim como tipo de tratamento foi a hemodiálise convencional (n = 19; 76%). Dentre a população avaliada, 6 eram solteiros (24%), 13 eram casados (52%), 3 eram divorciados (12%) e 3 eram viúvos (12%). Quanto à etnia, 11 eram brancos (44%), 9 eram pretos (36%), 3 eram amarelos (12%) e 2 eram pardos (8%). Quanto ao nível de escolaridade, 5 eram analfabetos (20%), 11 haviam completado o ensino fundamental (44%), 6 haviam completado o ensino médio (24%), e 3 possuíam ensino superior (12%). Encontrou-se uma média de 2,88 ($\pm 2,79$) salários-mínimos, bem como uma média de IMC de 27,08 kg/m² ($\pm 4,69$). As causas da DRC se mostraram variadas, havendo 9 casos de diabetes (36%), 4 casos de hipertensão (16%), 3 casos de glomerulonefrite (12%), 3 outras etiologias não verificadas (12%) e 6 pacientes (24%) desconheciam a causa de sua insuficiência renal.

Tabela 1 - Características gerais da população estudada

Variável		População Avaliada (n)	Valor
Sexo (%)	Masculino	12	48%
	Feminino	13	52%
Idade (anos)		25	63,8 \pm 16,63
Estatura (m)		25	1,62 \pm 0,11
Peso seco (kg)		25	70,92 \pm 13,47
Cidade onde reside (%)	Bauru	21	84%

	Região	4	16%
Tipo de acesso (%)	FAV*	15	60%
	Cateter	10	40%
Tipo de tratamento (%)	HD*	19	76%
	HDF*	6	24%
Estado Civil (%)	Solteiro (a)	6	24%
	Casado (a)	13	52%
	Divorciado (a)	3	12%
	Viúvo (a)	3	12%
Etnia (%)	Branco	11	44%
	Preto	9	36%
	Amarelo	3	12%
	Pardo	2	8%
Nível de escolaridade (%)	Analfabeto	5	20%
	Ensino Fundamental	11	44%
	Ensino Médio	6	24%
	Ensino Superior	3	12%
Faixa salarial (salários-mínimos)	25	2,88 ± 2,79	
IMC (kg/m ²)*	25	27,08 ± 4,69	
Causa DRC* (%)	Diabetes	9	36%
	Hipertensão	4	16%
	Glomerulonefrite	3	12%
	Desconhecida	6	24%
	Outras	3	12%

*FAV = Fístula Arteriovenosa; HD = Hemodiálise; HDF = Hemodiafiltração; IMC = Índice de Massa Corporal; DRC = Doença Renal Crônica.

Fonte: Elaborada pela autora.

A Tabela 2 evidencia as comorbidades dos pacientes analisados. O diabetes mellitus (n = 20; 80%) e a hipertensão arterial (n = 20; 80%) foram as mais predominantes, seguidas pela doença arterial coronariana (n = 3; 12%) e pela insuficiência cardíaca (n = 2; 8%).

Tabela 2 – Comorbidades existentes na população avaliada

Variável	População Avaliada (n)	Valor
Diabetes (%)	20	80%

Hipertensão (%)	20	80%
Insuficiência Cardíaca (%)	2	8%
DAC* (%)	3	12%

*DAC = Doença Arterial Coronariana.

Fonte: Elaborada pela autora.

Com as respostas do QHCA coletadas, cada subescala foi calculada e o resultado do padrão alimentar de cada paciente foi obtido. Os resultados das médias observadas em cada escala e a classificação do padrão alimentar dominante são apresentados na Tabela 3. A média da pontuação na alimentação restritiva foi de 2,94 ($\pm 1,04$), sendo este o estilo alimentar mais predominante entre a população ($n = 12$; 48%). A segunda mais preponderante foi a alimentação externa ($n = 9$; 36%), com uma média de pontuação de 2,76 ($\pm 0,60$). E por último, 4 pacientes (16%) foram classificados com um estilo alimentar emocional, com uma média de pontuação de 1,79 ($\pm 1,01$).

Tabela 3 – Perfil comportamental dos pacientes obtido através do QHCA

Variável	População Avaliada (n)	Valor
Alimentação Restritiva	25	2,94 \pm 1,04
Alimentação Emocional	25	1,79 \pm 1,01
Alimentação Externa	25	2,76 \pm 0,60
Classificação (%)		
Alimentação Restritiva	12	48%
Alimentação Emocional	4	16%
Alimentação Externa	9	36%

A Tabela 4 demonstra a correlação entre o IMC (kg/m^2) e o perfil do comportamento alimentar dos pacientes. Foi verificado que, as associações entre o IMC e o comportamento alimentar restritivo não obtiveram diferença estatística significativa (p-valor 0,471), assim como a correlação entre o IMC e o comportamento alimentar externo (p-valor 0,892). Já a correlação entre esta medida antropométrica e o perfil alimentar emocional obteve correlação positiva e diferença estatística significativa (p-valor $< 0,001$), estando este perfil associado a um maior IMC.

Tabela 4 – Análise univariada das variáveis do comportamento alimentar relacionadas ao IMC (kg/m²) dos pacientes estudados

Variável	IMC	p-valor
Comportamento Restritivo	0,963	0,471
Comportamento Emocional	0,783	< 0,001
Comportamento Externo	0,980	0,892

Dados analisados pelo teste de normalidade de Shapiro-Wilk.

Fonte: elaborada pela autora.

O comportamento alimentar emocional pode agravar a associação entre a restrição e ingestão alimentar, e as mudanças no peso corporal (van Strien; Herman; Verheijden, 2012). Embora a literatura sobre o comportamento alimentar – em um contexto que não envolva transtornos alimentares – ainda seja um pouco escassa, alguns estudos corroboram a correlação positiva entre o estilo alimentar emocional e o IMC. Em um estudo transversal com 600 jovens adultos italianos, com idades entre 20 e 35 anos, foram analisadas as relações entre desregulação emocional, angústia psicológica, comer emocional e IMC. Os resultados indicaram que a desregulação emocional contribuiu para níveis mais altos de angústia psicológica e comer emocional, os quais estavam associados a um maior IMC (Guerrini-Usubini *et al.*, 2023). Outro estudo avaliou a predisposição para o comer emocional de indivíduos turcos durante a pandemia de COVID-19, entre agosto e setembro de 2020, utilizando a Escala de Comer Emocional (EES). Ele determinou que o comer emocional era mais frequente entre pessoas obesas, enquanto a maioria dos indivíduos (75,7%) eram comedores emocionais (Madali *et al.*, 2021). O mesmo se pôde inferir do estudo caso-controle de Varela, Andrés e Saldaña (2020), que avaliou a relação entre estratégias de enfrentamento, hábitos alimentares e IMC em 473 participantes, utilizando o QHCA. Os resultados indicaram que indivíduos com sobrepeso apresentaram pontuações significativamente mais altas no quesito "comer emocional" em comparação com aqueles com peso normal. A associação positiva entre comer emocional e IMC também foi evidenciada no estudo de Czepczor-Bernat e Brytek-Matera (2021), sugerindo que reduzir o comer emocional pode contribuir para a redução do IMC.

Um estudo realizado com mulheres portuguesas com obesidade mórbida também correlacionou o excesso na ingestão de alimentos com fatores emocionais e psicológicos. O descontrole de sentimentos, sejam eles conscientes ou não, poderia implicar em alterações nos hábitos alimentares como um mecanismo de defesa, culminando na

obesidade (Rebelo; Leal, 2007). Bénard *et al.* (2018), em um estudo prospectivo com 39.771 adultos, também encontrou uma associação positiva entre comer emocional e IMC, sendo mais forte em mulheres. De maneira semelhante, um estudo recente realizado com adolescentes poloneses apontou que a maioria dos comedores emocionais estava entre os participantes com sobrepeso e obesidade, especialmente durante o período da pandemia de COVID-19. Os resultados mostraram que as participantes do sexo feminino, os adolescentes obesos e aqueles que apresentaram ganho de peso durante esse período eram particularmente mais propensos a desenvolver comportamentos de comer emocional em comparação com os outros grupos. Esses achados ressaltam a importância de oferecer educação nutricional adequada para indivíduos mais vulneráveis, como adolescentes do sexo feminino e aqueles com obesidade (Skolmowska; Glabska; Guzek, 2022).

O estado emocional pode exercer influência sobre o desejo de se alimentar de diferentes formas, e a comida pode ser utilizada como uma forma de lidar com as emoções, tanto positivas quanto negativas (Alvarenga; Figueiredo, 2015). Dakanalis *et al.* (2023) evidenciaram que o comer emocional parece influenciar, além da quantidade, o tipo de alimento escolhido para ser consumido. Na maioria dos casos, as escolhas alimentares tendem a ser alimentos mais saborosos e palatáveis, porém menos saudáveis. Quando a motivação para comer está relacionada ao controle do impacto emocional negativo, o resultado tende aos padrões alimentares não saudáveis.

Essa relação complexa demonstra a importância de considerar os aspectos psicológicos no tratamento dietético de pacientes, principalmente daqueles submetidos a restrições alimentares importantes – como no caso do tratamento da DRC – uma vez que um IMC elevado não só aumenta significativamente o risco de desenvolvimento e progressão da doença, como também dificulta a implementação de intervenções eficazes, tanto farmacológicas quanto não farmacológicas (Alves *et al.*, 2024). As extensas mudanças na vida de um paciente com DRC (incluindo os hábitos alimentares), são fonte de desgastes emocionais, angústia e sofrimento, tornando-se um fator dificultador na adesão ao tratamento dietoterápico (Silva; Bueno, 2014). Em seu estudo, Perazzolo observou que as necessidades psicológicas exercem maior influência nos hábitos alimentares do que a lógica. Apenas fornecer informações não é suficiente para promover uma mudança comportamental significativa, sendo mais importante compreender as necessidades do paciente e os desafios que ele enfrenta durante o tratamento, para assim,

traçar uma abordagem efetiva considerando seus aspectos biopsicossociais (Perazzolo, 2008).

6. CONCLUSÃO

Frente ao exposto e aos resultados do presente estudo, podemos presumir que a correlação positiva entre o estilo de alimentação emocional e o IMC baseia-se na relação entre a desregulação emocional e o consumo excessivo de alimentos, ocasionado um superávit calórico e assim, um aumento do índice de massa corporal. Conhecendo seus impactos negativos no manejo da doença, faz-se necessária a implementação de técnicas e condutas nutricionais que levem em consideração os aspectos psicológicos e emocionais envolvidos no processo da alimentação, buscando aumentar a adesão ao tratamento dietoterápico e assim, reduzir o risco de complicações e a taxa mortalidade da doença.

A fim de otimizar intervenções nutricionais, são necessários mais estudos que investiguem os aspectos subjetivos e psicológicos que influenciam a adesão à dieta na DRC. Uma abordagem multidisciplinar, que contemple a atuação conjunta do nutricionista com o psicólogo – a fim de considerar os fatores emocionais, crenças e experiências individuais – é essencial para desenvolver estratégias de cuidado mais personalizadas e eficazes para pacientes com DRC em tratamento hemodialítico.

REFERÊNCIAS

- ABREU, K.C.; MOTTA, E. A. P.; GONÇALVES, G. O. L. Prevalência dos fatores de risco em pacientes com nefropatia diabética atendidos em um centro de referência em nefrologia do estado do maranhão. **Rev. Ciênc. Saúde**, São Luís, v.16, n.2, p. 73-78, jul-dez, 2014.
- ALMEIDA, G. A. N de; LOUREIRO, S. R; SANTOS, J. E dos. Obesidade mórbida em mulheres – Estilos alimentares e qualidade de vida. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, Caracas, v. 51, n. 4, p. 359-365, 2001.
- ALVARENGA, M.; FIGUEIREDO, M. Comer Intuitivo. In: ALVARENGA, Marle et al. (Org.). **Nutrição Comportamental**. Barueri: Manole, 2015.
- ALVES, T. S. R.; TUPINAMBÁ, J. G. S. S.; BASTOS, M. V. T.; ANDRADE, L. K. R.; CRUZ, C. E. A. da; AVILA, M. O. N. DESAFIOS NO MANEJO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES OBESOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, [S. l.], v. 6, n. 9, p. 1416–1436, 2024. Doi: 10.36557/2674-8169.2024v6n9p1416-1436. Disponível em: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/3503>.
- AMMIRATI, A. L. Chronic Kidney Disease. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 66, n. suppl 1, p. s03–s09, 2020.
- ARSA, G., *et al.* Diabetes Mellitus tipo 2: Aspectos fisiológicos, genéticos e formas de exercício físico para seu controle. **Revista Brasileira Cineantropom Desempenho Humano**. v. 11, n. 1, p. 103-11. 2009.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTROLOGIA. Utilização da bioimpedância para avaliação da massa corpórea. **Projeto Diretrizes**, jan 2009. Disponível em: http://www.projetodiretrizes.org.br/8_volume/39-Utilizacao.pdf
- BÉNARD, M.; BELLISLE, F.; ETILÉ, F.; REACH, G.; KESSE-GUYOT, E.; HERCBERG, S.; PÉNEAU, S. Impulsivity and consideration of future consequences as moderators of the association between emotional eating and body weight status. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.** 2018, 15, 84
- BERBIGIER, M. C. et al. Ângulo de fase derivado de bioimpedância elétrica em pacientes sépticos internados em unidades de terapia intensiva. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, v. 25, n. 1, p. 25-31, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v25n1/06.pdf>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento; Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação**. Rio de Janeiro, 2014.

CAMPANA, E. M. G.; BRANDÃO, A. A. O acometimento renal na hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2: como identificar e prevenir? A visão do cardiologista.

Revista HUPE, Rio de Janeiro, ano 12, suplemento 1, p. 44-52, agosto, 2013.

Disponível em: [http://www.e-](http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7082)

[publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7082](http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistahupe/article/view/7082)

CERVI, A.; FRANCESCHINI, S.D.C.; PRIORE, S.E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Revista de Nutrição**. 2005; 18(6):765-775.

CHERTOW, G. M. et al. Nutritional assessment with bioelectrical impedance analysis in maintenance hemodialysis patients. **J Am Soc Nephrol**, v. 6, p. 75-81, 1995.

CHOR, D.; COUTINHO, E.S.; LAURENTI, R. Reliability of self-reported weight and height among state bank employees. **Revista de Saúde Pública**. 1999;33(1):16-23.

CUPPARI, L.; AVESANI, C.M.; KAMIMURA, M.A. **Nutrição na doença renal crônica**. Barueri: Manole; 2013. p. 3-31

CZEPCZOR-BERNAT, K.; BRYTEK-MATERA, A. The impact of food-related behaviours and emotional functioning on body mass index in an adult sample. **Eat. Weight Disord**. 2021, 26, 323–329.

DAKANALIS, A.; MENTZELOU, M.; PAPADOPOULOU, S.K.; PAPANDREOU, D.; SPANOUDAKI, M.; VASIOS, G.K.; PAVLIDOU, E.; MANTZOROU, M.; GIAGINIS, C. The Association of Emotional Eating with Overweight/ Obesity, Depression, Anxiety/Stress, and Dietary Patterns: A Review of the Current Clinical Evidence. **Nutrients**. 2023,15,1173. <https://doi.org/10.3390/nu15051173>

EGASHIRA, E. M.; AQUINO, R. C.; PHILIPPI, S. T. Técnicas e métodos para a avaliação do consumo alimentar cap 2. **Avaliação nutricional: teoria e prática**.

TIRAPÉGUI, J.; RIBEIRO, S. M. L. Rio de Janeiro: Guanabara Koogna, 2011.

FERRAZ, R. N. N. et al. Avaliação do conhecimento dos portadores de diabetes mellitus sobre a importância da manutenção dos níveis glicêmicos para prevenção da nefropatia diabética. SaBios: **Rev. Saúde e Biol.**, Campo Mourão, v.8, n.3, p.49-55, ago./dez., 2013.

GUERRINI-USUBINI, A.; CATTIVELLI, R.; SCARPA, A.; MUNETTI, A.; VARALLO, G.; FRANCESCHINI, C.; CASTELNUOVO, G. The interplay between emotion dysregulation, psychological distress, emotional eating, and weight status: A path model. **Int. J. Clin. Health Psychol**. 2023, 23, 100338.

INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. GBD Compare | IHME Viz Hub [Banco de dados]. **Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation**, 2020. Disponível em: <<http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>>. Acesso em: 30 out. 2024.

INTERNATIONAL SOCIETY OF NEPHROLOGY. The ISN framework for developing dialysis programs in low-resource settings. **Brussels: International Society of Nephrology**, 2021. 128 p. Disponível em: <

content/uploads/2021/03/ISN-Framework-DialysisReport-HIRES.pdf>. Acesso em: 30 out. 2024.

JELLIFFE, D. B. **The assessment of the nutritional status of the community**. World Health Organization, Geneva. Monograph. n. 53, 1966.

KANG, S.S.; CHANG, J.W.; PARK, Y. Nutritional status predicts 10-year mortality in patients with end-stage renal disease on hemodialysis. **Nutrients**. v. 9. n. 4. 2017.

KLOTZ-SILVA, J. *et al.* Comportamento alimentar no campo da Alimentação e Nutrição: do que estamos falando? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26; n. 4; p.1103- 1123., 2016.

LAVAREDA, *et al.* Caracterização do comportamento alimentar de estudantes do curso de nutrição de uma instituição de ensino superior em Belém-PA. **Anais do VI Congresso de Educação em Saúde da Amazônia (COESA)**, Universidade Federal do Pará – 7 a 10 de novembro de 2017.

LIPSCHITZ, D. A. **Screening for nutritional status in the elderly**. Primary Care, v. 21, n. 1, p. 55-67, 1994.

LUYCKX, Valerie A.; et al. Reducing major risk factors for chronic kidney disease. **Kidney international supplements**, v. 7, n. 2, p. 71-87, 2017.

MADALI, B.; ALKAN, S.B.; ÖRS, E.D.; AYRANCI, M.; TASKIN, H.; KARA, H.H. Emotional eating behaviors during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. **Clin. Nutr. ESPEN** 2021, 46, 264–270.

MARTINS, E. J. **Associação entre atividade física e fatores de risco cardiovascular tradicionais e não tradicionais em pacientes em tratamento por hemodiálise**. 2013. 66f. Dissertação (Programa de pós-graduação Fisiopatologia em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2013.

MEDEIROS, M.C.W.C.; SÁ, M.P.C. Adesão dos portadores de doença renal crônica ao tratamento conservador. **Rev RENE**. 2011;12(1):65-72.

MORFIN, J. A. *et al.* Intensive Hemodialysis and Treatment Complications and Tolerability. **American Journal of Kidney Diseases**. v. 68. n. 5. p. S43–S50. 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2016.05.021>>.

MOTTA, D. G.; MOTTA, C. G.; CAMPOS, R. R. Teorias psicológicas da fundamentação do aconselhamento nutricional. In: DIEZ-GARCIA, R. W. & CERVATO-MANCUSO, A. M. (coord.). **Mudanças alimentares e educação nutricional**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011. 411p.

OLIVEIRA, C. M.C et al. Desnutrição na insuficiência renal crônica: qual o melhor método diagnóstico na prática clínica?. **J Bras Nefrol**, v. 32, n. 1, p. 57-70, 2010.

PERAZZOLO, L. L. **Análise dos fatores envolvidos na adesão ao tratamento dietoterápico para pacientes da Hemodiálise do HCPA**. 2008. Monografia. (Bacharel

em Nutrição) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

PEREIRA, E.R.S.; PEREIRA, A.C.; ANDRADE, G.B.D.; NAGHETTINI, A.V.; PINTO, F.K.M.S.; BATISTA, S.R.; MARQUES, S.M. (2016). Prevalência de doença renal crônica em adultos atendidos na Estratégia de Saúde da Família. **Brazilian Journal of Nephrology**, 38(1), 22–30. <https://doi.org/10.5935/0101-2800.20160005>

PEIXOTO, M.R.G.; BENICIO, M.H.; JARDIM, P.C. Validity of selfreported weight and height: the Goiania study, Brazil. **Revista de Saúde Pública**. 2006; 40(6):1065-1072.

PHILIPPI, S. T. **Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional**. 4 ed. São Paulo: Manole, 2013.

REBELO, A; LEAL, I. Fatores de personalidade e comportamento alimentar em mulheres portuguesas com obesidade mórbida: Estudo exploratório. **Análise Psicológica**, v.3; n. 25; p.467-477, 2007.

RODRIGUES, F. F. L. et al. Relação entre conhecimento, atitude, escolaridade e tempo de doença em indivíduos com diabetes mellitus. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 284-90, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n2/a20v25n2.pdf>>

RODRIGUES, R. et al. Predictive value of bioelectrical impedance analysis parameters in the mortality of patients on haemodialysis. **Port J Nephrol Hypert**, v. 28, n. 4, p. 309-317, 2014.

SALAZAR-ROBLES, E. *et al.* Avaliação de Fatores Relacionados a Diminuição do Apetite em Pacientes em Hemodiálise com um Novo Questionário Adaptado e Validado. **Nutrients**, 2021.

SANTOS, N.B.; ALMONDES L.M.V.; RESENDE M.M.B.; MORAES H.M.P.L.; SOUZA A.T.S.; RIBEIRO I.P. Perfil clínico-epidemiológico de pacientes atendidos na clínica nefrológica de um hospital público estadual. **SANARE**. 2015;14(2):59-64.

SILVA, C. R.; *et al.* Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1109-1120, 2017.

SILVA, L. M.; BUENO, C. D. Adesão ao tratamento dietoterápico sob a ótica dos pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Nutrire**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 276-283, 2014.

da SILVA, M. R.; de MOURA, L. M. S.; BARJUD, L. L. E.; BATISTA, G. S.; DA SILVA FILHO, M. L. (2020). Qualidade de vida de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise: Uma revisão integrativa. **Brazilian Journal of Health Review**, 3(4), 9344-9374. <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/13964/11673>

SKOLMOWSKA, D.; GLABSKA, D.; GUZEK, D. Body Mass and Emotional Eating: Emotional Eater Questionnaire (EEQ) in the Polish Adolescents' COVID-19 Experience (PLACE-19) Study. **Nutrients**. 2022, 14, 828

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014- 2015. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/2015/area-restrita/diretrizes-sbd-2015.pdf>

van STRIEN, T.; HERMAN, C. P.; VERHEIJDEN, M. W. (2012). Eating style, overeating and weight gain: a prospective 2-year follow-up study in a representative Dutch sample. **Appetite**, 59, 782–789. <http://doi.org/10.1016/j.appet.2012.08.009>

TORRES, H.C.; PACE, A. E.; STRADIOTO, M. A. Análise sociodemográfica e clínica de indivíduos com diabetes tipo 2 e sua relação com o autocuidado. **Cogitare Enferm.**, v. 15, n. 1, p. 48-54, 2010.

VARELA, C.; ANDRÉS, A.; SALDAÑA, C. The behavioral pathway model to overweight and obesity: Coping strategies, eating behaviors and body mass index. **Eat. Weight Disord**. 2020, 25, 1277–1283.

VIANA, V.; CANDEIAS, L.; REGO, C.; SILVA, D. Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: uma revisão da bibliografia. **Alimentação Humana - Revista da SPCNA**, v.15, n.1, p.9-16, 2009.

VIANA, V.; SANTOS, P.L.; GUIMARÃES, M.J. Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, v. 9, n.2, p.209-231, 2008.

VIANA, V.; SINDE, S. (2003). Estilo alimentar: adaptação e validação do questionário holandês do comportamento alimentar. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, 8(1-2), 59-71.

VIEIRA JUNIOR, J. M.; SUASSUNA, J. H.R. O acometimento renal na hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo 2: como identificar e prevenir. A visão do nefrologista. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, ano 12, suplemento 1, p. 53-60, agosto, 2013.

VITTOLO, M. R. Avaliação nutricional do adulto. In: _____. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2012. Cap. 40, p.377-399.

WILSON, M. M. G. *et al.* Appetite assessment: Simple appetite questionnaire predicts weight loss in community-dwelling adults and nursing home residents. **Am. J. Clin. Nutr.** 82, 1074–1081, 2005.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity, 1997. 276 p.

ANEXOS

ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Avaliação do comportamento alimentar de pacientes submetidos ao tratamento hemodialítico”**.

Nesta pesquisa pretendemos **avaliar o comportamento frente a alimentação**.

O motivo que nos leva a estudar **é avaliar como os fatores externos, emocionais ou patológicos afetam a sua alimentação**.

Para esta pesquisa serão feitas as **avaliações de comportamento alimentar por meio de um questionário realizado durante a sessão de hemodiálise**. Não há riscos envolvidos na pesquisa.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum gasto monetário, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito indenização. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar.

Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a) pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) de forma particular e individual em nenhuma publicação dos resultados da pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no **Centro Universitário Sagrado Coração** e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde) e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (Lei nº 13.709,

de 14 de agosto de 2018), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de

Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Caso seja necessário o contato imediato com o(a) pesquisador(a) da pesquisa para esclarecer dúvidas ou relatar algo sobre os procedimentos recebidos durante ou após a pesquisa, entrar em contato com **Profa. Dra. Milene Peron R. Losilla** pelo email **milene.losilla@unisagrado.edu.br** ou pelo contato **(14) 2107-7000**.

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano do UNISAGRADO

Endereço: Rua Irmã Arminda 10-50, Jardim Brasil, CEP: 17011-160, Andar térreo do Bloco “G”, setor de Pós-Graduação.

Fone: (14) 2107-7340 E-mail: cep@unisagrado.edu.br

Horário de funcionamento: De segunda a sexta-feira das 8h:00min às 17h:00min.

Local, _____ de _____ de 20__.

Nome do(a) participante da pesquisa:

Assinatura do(a) participante:

Data:

Nome do(a) pesquisador(a) responsável:

Assinatura do(a) pesquisador(a):

Data:

**ANEXO II - QUESTIONÁRIO HOLANDÊS DE COMPORTAMENTO
ALIMENTAR (QHCA) - Versão traduzida para o português**

1= Nunca

2= Raramente

3= Às vezes

4 = Frequentemente

5 = Muito Frequentemente

	Você tem desejo de comer quando se sente irritado (a)					
	Se a comida lhe parece apetitosa, você come mais do que o habitual?					
	Sente desejo de comer quando não tem nada para fazer?					
	Se o seu peso aumenta, você come menos do que o habitual?					
	Tem desejo de comer quando se sente deprimido (a) ou desanimado (a)?					
	Se a comida cheira bem ou tem bom aspecto, você come mais do que o habitual?					
	Você recusa comida ou bebidas, por estar preocupado (a) com seu peso?					
	Tem desejo de comer quando se sente sozinho (a)?					
	Se você vê ou sente o aroma de algo muito gostoso, sente desejo de comer?					
0	Sente desejo de comer quando alguém o (a) deixa “pra baixo”?					
1	Durante as refeições, você tenta comer menos do que gostaria de comer?					
2	Se você tem alguma coisa muito saborosa para comer, come-a de imediato?					
3	Tem desejo de comer quando se sente zangado (a)?					
4	Você controla rigorosamente o que come?					

5	Quando passa por uma padaria, sente vontade de comprar algo gostoso?					
6	Sente desejo de comer quando alguma coisa desagradável parece estar prestes a acontecer?					
7	Você come, propositadamente, alimentos pouco “engordativos”?					
8	Você come, propositadamente, alimentos pouco “engordativos”?					
9	Quando come demais em um dia, você procura comer menos no dia seguinte?					
0	Tem desejo de comer quando se sente ansioso(a), preocupado(a) ou tenso(a)?					
1	Você consegue deixar de comer alimentos muito apetitosos?					
2	Você come menos, propositadamente, para não aumentar o seu peso?					
3	Sente desejo de comer quando as coisas não estão indo bem?					
4	Quando você passa por uma confeitaria ou lanchonete, sente desejo de comer alguma coisa gostosa?					
5	Tem desejo de comer quando se sente impaciente?					
6	Você evita comer entre as refeições porque está controlando o peso?					
7	Você come mais do que o habitual quando vê alguém comendo?					
8	Você tem desejo de comer quando se sente aborrecido (a)?					
9	Você tenta não comer, fora das refeições, porque está controlando o peso?					
0	Tem desejo de comer quando se sente amedrontado (a)?					

1	Você leva em consideração o seu peso, quando escolhe o que vai comer?					
2	Tem desejo de comer quando se sente desapontado (a) ou desiludido (a)?					
3	Quando você prepara uma refeição, sente desejo de petiscar alguma coisa?					