



### Avaliação do Perfil Nutricional dos Funcionários das Equipes Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio a Saúde da Família do Município de Pedralva – MG

*Evaluation of the Nutritional Profile of Workers from the Family Health Strategy Team and the Support Center for Family Health Team in the City of*

Ana Isabel da Silva Ferreira<sup>1</sup>,  
Edna Slob<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Nutricionista. Especialista em Nutrição Clínica pela Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT), Pós graduanda em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família pela Faculdade Internacional de Curitiba–FATEC/FACINTER

<sup>2</sup> Enfermeira. Especialista em Metodologia da Ciência e Magistério Superior. Auditora de qualidade e Orientadora de TCC da Faculdade Internacional de Curitiba–FATEC/FACINTER

Faculdade Internacional de Curitiba–  
FATEC/FACINTER

Recebido em junho de 2014

Aceito em agosto de 2014

#### Correspondência:

Nome: Ana Isabel da Silva Ferreira  
Bairro Pitangueiras, Pedralva-MG

CEP: 375020-000

E-mail: [anaisabelnutricionista@yahoo.com.br](mailto:anaisabelnutricionista@yahoo.com.br)

#### RESUMO

**Objetivo:** Avaliar o perfil nutricional das equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Pedralva. **Materiais e métodos:** Estudo descritivo, analítico, transversal, realizado com 42 profissionais que compõem as equipes Estratégias Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) no município de Pedralva/MG. Foram coletados dados antropométricos, como peso, altura e circunferências corporais e aplicado um formulário de frequência do consumo alimentar, para avaliar os hábitos alimentares desses profissionais. **Resultados:** Quanto ao estado nutricional, 40,5% dos funcionários se encontravam eutróficos, 40,5% com sobrepeso e 19% com obesidade. Em relação ao risco de doenças cardiovasculares, analisando a circunferência abdominal, 9% não apresentou risco, 24% dos funcionários tinham risco elevado e 67%, risco muito elevado; ao se utilizar a relação cintura quadril, encontrou-se 76% dos funcionários sem risco e 24% com risco. De acordo com o inquérito alimentar, observou frequente consumo de arroz, feijão, salada, salgados e carne, pouco consumo de frutas, legumes e peixes. **Conclusão:** medidas preventivas devem ser tomadas, a fim de evitar que o quadro atual do perfil antropométrico dessa população se torne ainda mais comprometedor, além de garantir melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

**Palavras-chave:** Avaliação nutricional. Estado nutricional. Inquérito alimentar.

#### ABSTRACT

**Objective:** To evaluate the nutritional profile of the teams of the Family Health Strategy and Support Center for Family Health in the city of Pedralva. **Materials and methods:** descriptive, analytical, transversal study performed with 42 professionals that make up the teams of the Family Health Strategy (FHS) and the Support Center for Family Health (NASF) in the city of Pedralva/MG. Anthropometric data such as weight, height and body circumferences were collected and a questionnaire about the frequency of food consumption was applied to assess the dietary habits of these Professional. **Results:** Regarding nutritional status, 40.5% of employees were normal weight, 40.5% overweight and 19% obese. Regarding the risk of cardiovascular diseases, analyzing abdominal circumference, 9% showed no risk, 24% of employees had high risk and 67%, very high risk; when using the waist-hip ratio, we found 76% of employees with no risk and 24% at risk. According to food survey observed frequent consumption of rice, beans, salad, savory meat and little consumption of fruits, vegetables and fish. **Conclusion:** Preventive measures should be taken to prevent the current situation of anthropometric profile of this population from becoming even more engaging and also ensure improved quality of life for them.

**Keywords:** Nutritional evaluation. Nutritional status. Dietary survey.

## INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de todos, e dever do estado que garante o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação.<sup>1</sup>

A Atenção Básica é o primeiro nível da atenção à saúde no SUS e compreende ações de caráter individual e coletivo, englobando a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde,<sup>2</sup> e tem por objetivo prestar cuidados essenciais à saúde do indivíduo e sua família de forma universal.<sup>3</sup>

A Estratégia Saúde da Família (ESF) veio para fortalecer a atenção primária no SUS, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família.<sup>4</sup> O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), constituído por uma equipe interdisciplinar, atua em conjunto com a ESF, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade.<sup>5</sup>

Atualmente, as transformações no consumo alimentar e seus efeitos na população são discutidos no mundo todo, ocupando lugar de destaque na agenda da saúde, especialmente nas políticas de promoção da saúde, já que a alimentação é determinante fundamental na qualidade de vida, pois afeta o indivíduo de várias maneiras, visto que os nutrientes são indispensáveis para o funcionamento do organismo. Ao contrário do que acontece, a alimentação deveria estar ao alcance de todos.<sup>6,7</sup>

Comer é um ato social que vai para além das necessidades básicas de alimentação.<sup>8</sup> Alimentação é associada à interação social, pois muitas vezes as refeições são usadas para nos conhecermos, convivermos, partilharmos e comemorarmos acontecimentos.<sup>9</sup>

A alimentação pode propiciar modificação positiva do peso corporal, quando ocorre consumo adequado de frutas, verduras e hortaliças e diminuição na ingestão de alimentos ricos em gorduras e açúcar.<sup>10</sup>

A avaliação nutricional é um instrumento diagnóstico, que avalia de diversas maneiras as condições nutricionais do organismo (crescimento e as proporções corporais), resultante do balanço entre a ingestão e o consumo de nutrientes, determinando assim o estado nutricional do indivíduo. É realizada por meio da história clínica, dietética, dados antropométricos (peso, altura, circunferências do braço, circunferência da cintura e pregas cutâneas), dados bioquímicos e interações de drogas-nutrientes.<sup>11,12</sup>

O estado nutricional é influenciado por fatores ambientais, socioeconômicos, culturais e demográficos, indicando a qualidade de vida das pessoas, determinada pela ingestão e utilização dos nutrientes presentes nos alimentos, além de proporcionar medidas de intervenção precoces, através da elaboração de programas de intervenção nutricional.<sup>13</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica a antropometria como método mais utilizado para determinar o estado nutricional do indivíduo, pois é barato, não invasivo, universalmente aplicável, com boa aceitação e fácil de ser realizado, devido à disponibilidade de equipamentos, sendo por isso largamente empregado para identificar distúrbios nutricionais e detectar precocemente alterações do estado nutricional.<sup>14,15</sup>

A avaliação dietética determina o hábito alimentar e o diagnóstico nutricional do indivíduo avaliado e está relacionada com a cultura, etnia, renda e padrões socioeconômicos.<sup>16</sup> Os inquéritos alimentares

são instrumentos de diagnóstico que se dispõem a identificar as práticas alimentares de uma população, avaliando também a viabilidade de intervenções que visam às mudanças nos hábitos alimentares.<sup>17</sup>

As escolhas na quantidade e qualidade do que se ingere são determinadas por fatores externos e internos. Conforme dados da OMS, grande parte das pessoas geralmente têm hábitos e comportamento alimentares pouco saudáveis. Atualmente, cerca de 400 milhões de adultos têm excesso de peso e destes, cerca de 130 milhões são obesos.<sup>9</sup>

Elevados índices de sobrepeso e obesidade são observados na população geral, devido ao aumento na ingestão de gordura e açúcar e diminuição do consumo de fibras e carboidratos complexos.<sup>18</sup>

A obesidade é vista como problema de saúde pública, sendo considerada uma epidemia global pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A obesidade aumenta as chances do indivíduo desenvolver hipertensão arterial, doença cardíaca, diabetes tipo 2, além de causar discriminação social nas pessoas que estão acima do peso.<sup>9</sup>

O presente estudo teve como objetivo avaliar o perfil nutricional das equipes da Estratégia Saúde da Família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família do município de Pedralva/MG.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário de Itajubá - UNIVERSITAS, via Plataforma Brasil, sob CAEE nº 23731213.2.0000.5094, em 11/06/2014.

A pesquisa foi descritiva e analítica onde foram avaliados 42 profissionais que atuam nas equipes Estratégias Saúde da Família-ESF (39) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família-NASF (3), na cidade de Pedralva, Sul de MG, nos meses de agosto a setembro de 2013.

Os dados antropométricos peso (kg) e altura (metros) foram coletados utilizando-se balança antropométrica mecânica da marca Welmy, com precisão de 100 g e capacidade máxima de 150 kg, que contém acoplado o estadiômetro milimetrado de 200 cm, disponível em cada unidade de saúde.

Os voluntários subiram à balança trajando roupas leves, descalças, posicionando-se no centro da balança, com os pés juntos, de costas para o visor da mesma, eretos e permaneceram imóveis para a aferição do peso. Para aferir estatura os pés juntos, as costas retas, braços estendidos ao lado do corpo, inspirando o ar, imóveis e olhando em um ponto fixo.

As circunferências foram aferidas com auxílio de uma fita métrica não inextensível, da marca Sanny, milimetrada de 200 centímetros, nas regiões: abdominal, quadril e cintura. O voluntário ficava em posição ereta e suas medidas eram aferidas durante a expiração. A fita era mantida em posição horizontal tocando a pele e seguindo os contornos, mas sem comprimir os tecidos subjacentes. O perímetro da cintura foi medido na menor circunferência existente entre a última costela e a crista ilíaca ântero superior, ou eram medidos 3 dedos acima da cicatriz umbilical. A circunferência do quadril foi avaliada circundando o indivíduo na região de maior perímetro no nível da região do quadril.

A avaliação dietética foi realizada pelo método do Questionário de Frequência

Alimentar (QFA), com o objetivo de conhecer o hábito alimentar dos profissionais de saúde estudados. Os voluntários receberam e preencheram um quadro contendo diversos tipos de alimentos, para que respondessem a seguinte pergunta: “Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?” e com as opções: Não comi, + de 1 vez no dia, 2 dias, 3 dias, 4 dias, 5 dias, 6 dias ou 7 dias, elaborado pela própria pesquisadora.

Os dados coletados foram reunidos e analisados estatisticamente utilizando o Software Microsoft Excel (2000) para o desenvolvimento da análise descritiva dos dados. O Índice de Massa Corporal, circunferência abdominal, relação

cintura/quadril foram classificados de acordo com valores propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998).<sup>19</sup>

## RESULTADOS

Dos 42 voluntários participantes, 4 (10%) eram do sexo masculino e 38 (90%), do sexo feminino (Figura 1), sendo Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiros, Médicos, Fisioterapeuta e Psicólogo das equipes Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família, da cidade de Pedralva – Minas Gerais.

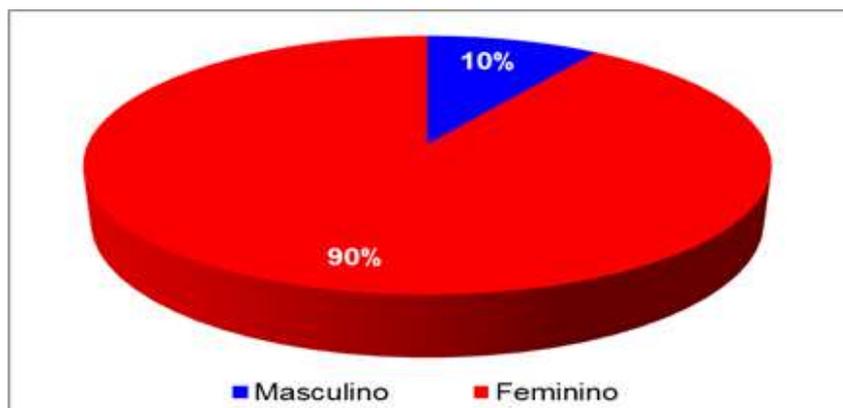


Figura 1 - Distribuição percentual da população estudada, segundo o sexo – Pedralva, Minas Gerais, 2013

A média de peso da população estudada foi de 68,7 kg, sendo que a média dos homens (82,3 Kg) foi maior que das mulheres (67,3 Kg). A média da altura foi de 1,62 cm, sendo a média das mulheres (1,61 cm) menor que a dos homens (1,77cm). Em relação ao IMC, a média encontrada foi de 26 kg/m<sup>2</sup>, sendo a média das mulheres de 26 kg/m<sup>2</sup> e dos homens, de 26,4 kg/m<sup>2</sup>.

Avaliando o estado nutricional dos participantes, 17 (40,5%) foram diagnosticados como eutróficos; destes, 15 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. 17 funcionários apresentaram sobrepeso 17 (40,5%), sendo 16 do sexo feminino e 1 do masculino e 8 (19%) funcionários foram classificados com obesidade grau I, dos quais, 7 eram do sexo feminino e 1, do sexo masculino (Figura 2).

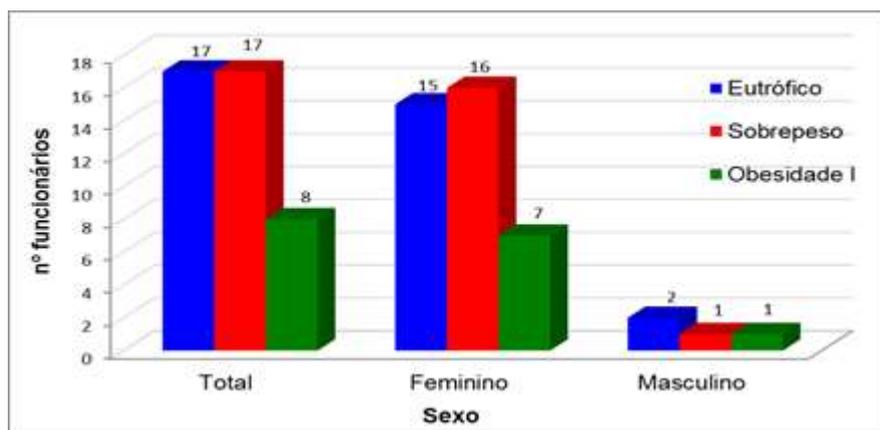


Figura 2 - Classificação do IMC de acordo com o sexo Pedralva, Minas Gerais, 2013

Analisando o diagnóstico nutricional dos funcionários em relação à profissão, observou-se que dos 17 classificados como eutróficos: 8 eram agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiras, 4 médicos e 1 psicólogo. Dos 17 voluntários que apresentaram sobrepeso, 12 eram agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeira, 1 médico e 1 fisioterapeuta. Do total de 8 funcionários

classificados com obesidade grau I, todos eram agentes comunitários de saúde.

O risco de complicações metabólicas, principalmente as doenças cardiovasculares, foi avaliado pela circunferência do abdome e relação cintura/quadril.

A figura 3 mostra a classificação de risco de doença cardiovascular em relação à circunferência do abdome dos participantes deste estudo, separados por gênero.

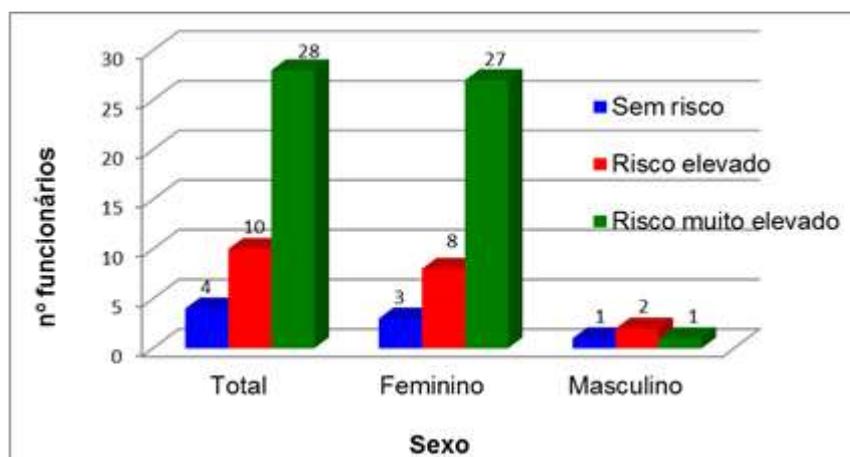


Figura 3 - Classificação do risco de doença cardiovascular de acordo com a circunferência abdominal, distribuídos por sexo Pedralva, Minas Gerais, 2013

Dos 42 participantes, 4 (9%) foram considerados normais (sem risco para doença cardiovascular), de acordo com a circunferência do abdome, enquanto 10 (24%) apresentaram

risco elevado, e a maior parte 28 (67%) risco muito elevado.

Deste total, os considerados sem risco eram: 3 agentes comunitários de saúde e 1

médico. Dos que apresentaram risco elevado, 3 eram agentes comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 1 enfermeira, 2 médicos, 1 psicóloga e 1 fisioterapeuta. Entre os 28 com risco muito elevado, 22 eram agentes

comunitários de saúde, 2 técnicos de enfermagem, 2 enfermeiras, 2 médicos.

A figura 4 mostra a classificação da relação cintura-quadril dos participantes do estudo.

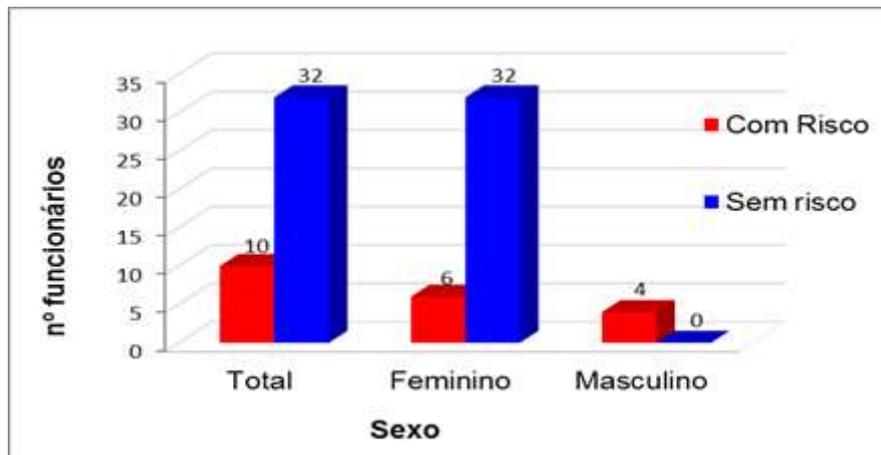


Figura 4 - Classificação do risco de doença cardiovascular de acordo com a relação cintura-quadril, distribuídos por sexo, Pedralva, Minas Gerais, 2013

Dos 42 participantes, 32 (76%) foram classificados como sendo sem risco e 10 (24%) funcionários apresentaram risco de doença cardiovascular, de acordo com a relação cintura-quadril, pois quanto maior é a circunferência da cintura e menor é a circunferência do quadril, maior será o risco para doenças cardiovasculares ateroscleróticas.

Em relação à avaliação dietética, de acordo com o Questionário de Frequência de Consumo Alimentar, os alimentos que tiveram maior frequência de consumo (mais de 1 vez ao dia ou 7 dias na semana) foram o feijão, arroz, carne e ovos, salada crua, produtos lácteos, pão, biscoito e bolachas salgadas. Em relação aos

legumes, verduras cozidas e frutas, frituras (batata e salgados) e doces em geral, o consumo médio foi de 2 dias na semana. O consumo de massa em geral pela maioria dos participantes foi de 3 vezes na semana. Pelo menos 1 vez na semana, a maioria dos funcionários ingeriram hambúrguer e enlatados. Verificou-se que a maioria dos participantes não consumiram peixes, bebidas alcoólicas e refrigerantes durante os 7 dias, no entanto, 11 funcionários ingeriram bebida alcoólica durante 2 dias na semana e 10 ingeriram peixe 1 dia na semana (Quadro 1).

Quadro 1 – Distribuição da frequência do consumo de alimentos Pedralva, Minas Gerais, 2013

Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?									
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi	+ 1 dia	1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	7 dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)	1	4	2	2	6	4	6	5	12
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, etc)	8	2	1	10	5	2	5	3	6
3. Frutas frescas ou salada de frutas	7	4	1	11	7	4	3	0	5
4. Feijão	2	4	1	3	1	1	1	6	23
5. Produtos lácteos (desnatado / integral)	15	4	2	3	2	1	1	0	14
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos	14	3	6	12	5	1	1	0	0
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, etc)	7	6	11	10	5	0	2	1	0
8. Bolachas/ biscoitos salgados e pão	1	4	2	0	4	2	5	2	22
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates	8	6	4	7	6	0	2	0	9
10. Refrigerante	13	3	8	4	6	5	1	0	2
11. Arroz	0	4	1	1	3	0	0	4	29
12. Bebidas alcóolicas	23	2	4	11	2	0	0	0	0
13. Carne, ovos	0	6	0	4	4	3	3	2	20
14. Massas em geral e tubérculos (batata, mandioca, etc)	4	2	1	9	11	8	4	1	2
15. Peixes	27	1	10	3	1	0	0	0	0

## DISCUSSÃO

Estudos demonstram que a maioria dos indivíduos (90%), adultos e idosos, apresenta alterações de peso, enquanto os eutróficos caracterizam um grupo menor (10%). No presente estudo também foi observado que o percentual de funcionários com sobrepeso e obesidade grau I (59,5%) foi maior do que os eutróficos (40,5%).<sup>20</sup>

Outro estudo que teve por objetivo avaliar o estado nutricional de colaboradores de uma indústria e a presença de fatores de risco para DCV encontrou um maior número de pessoas (40,9%) que se apresentou sem risco para doenças cardiovasculares, 31,81% apresentaram risco elevado e 27,27% risco muito elevado, quando avaliada a circunferência do abdômen.<sup>21</sup> Neste estudo foi encontrado valores superiores de risco muito elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.

Camargo *et al*, avaliando o estado nutricional e a qualidade alimentar dos funcionários de uma instituição de educação superior de Araraquara/SP, encontraram que os homens apresentam maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares que as mulheres, com 45% dos homens apresentando risco e 37 % das mulheres. Já, no presente estudo, o maior risco de desenvolver doenças cardiovasculares devido a circunferência abdominal foi no sexo feminino.<sup>22</sup>

A circunferência da cintura (CC) é um indicador de gordura abdominal, sendo que valores alterados demonstram associação com as doenças crônicas não transmissíveis.<sup>23</sup> Um trabalho realizado na cidade de Salvador – BA com 968 indivíduos com idade entre 30 e 74 anos, mostrou que, embora o intervalo de confiança da circunferência da cintura (CC) fosse menor que a relação cintura-quadril (RCQ), este também demonstra risco coronariano.<sup>9</sup>

Uma pesquisa com universitários em Belo Horizonte/MG observou que as mulheres apresentaram menor IMC e relação cintura-quadril, quando comparadas com os homens, dados também observados no presente estudo.<sup>24</sup>

Comparando este estudo, com a pesquisa realizada por Levy-Costa *et al*, observamos quem em ambos estudos os entrevistados tiveram baixo consumo de frutas e hortaliças e uma maior frequência no consumo de industrializados, massas e biscoitos.<sup>25</sup>

Pesquisas mostram que os fatores relacionados à alimentação que colaboram com elevação das taxas de sobrepeso e obesidades na população brasileira, são alimentação fora de

casa, oferta de refeições rápidas e alimentos industrializados.<sup>26,27</sup>

Algumas pesquisas nacionais evidenciaram o baixo consumo de frutas, verduras e legumes pela população. De acordo com estimativas recentes, somente 18,9% dos adultos brasileiros analisados apresentavam frequência de consumo recomendado de frutas e hortaliças.<sup>28</sup> No presente estudo o consumo de frutas e legumes também foi baixo.

## CONCLUSÃO

Os resultados obtidos neste estudo são semelhantes com os relatados na literatura, apontando valores de IMC e circunferência abdominal superiores aos valores de normalidades, o que demonstra risco de maior incidência de doenças cardiovasculares.

Diante destes achados, observa-se a importância da identificação do perfil dos funcionários mediante a investigação da situação nutricional, oferecendo assim subsídios para o desenvolvimento de futuras estratégias de intervenção nutricional dos funcionários da Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

Portanto, medidas preventivas devem ser tomadas a fim de evitar que o quadro atual do perfil antropométrico dessa população se torne ainda mais comprometedor. Medidas terapêuticas, dietéticas e educacionais devem ser aplicadas, a fim de minimizar, se não erradicar o problema do sobrepeso, garantindo assim uma melhor qualidade de vida, com mais saúde, agregando mais anos de vida, e o que é mais importante, uma longevidade mais feliz.

## REFERÊNCIAS

1. Giachini RM. Estado nutricional, níveis de pressão arterial e atividade física em adultos atendidos por equipe de estratégia da saúde da família de Itajaí – SC. [Dissertação]. Itajaí - SC: Universidade do Vale do Itajaí; 2007.
2. Carlini IM, Sabadin IS, Camargo RB, Sartori APC, Rovina EM, Milano SS, et al [Internet]. Avaliação do perfil nutricional da equipe multiprofissional das diversas unidades de Programa de Saúde da Família do município de Piracicaba – SP. 4ª Mostra Acadêmica UNIMEP. 2006. [Acesso em: 2013 Set 24]. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/4mostra/pdfs/302.pdf>.
3. Canella DS, Silva ACF, Jaime PC. Produção científica sobre nutrição no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma revisão de literatura. *Cienc Saúde col*. 2013; 18(2):297-308.
4. Silva MCL, Silva LS, Bousso RS. A abordagem à família na estratégia saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enfer USP*. 2011;45(5):1250-5.
5. Costa MCD, Tombino H, Dias NA. Teste “como está a sua alimentação?”: adaptações necessárias ao instrumento. *Rev Varia Scient Agrárias*. 2013;3(1):09-24.
6. Moratoya E, Carvalhaes GC, Wander AE, Almeida LMMC. Mudanças no padrão de consumo alimentar no Brasil e no mundo. *Rev Pol Agrícola*. 2013;22(1):72-84.
7. Rangel ML, Glamego G, Gomes AEC. Alimentação saudável: acesso à informação via mapas de navegação na internet. *Physis Rev Saúde Col*. 2012;22(3):919-39.
8. Batista MT, Lima ML. O Que Comer com Quem?: Influência indirecta sociais não ambivalente Comportamento Alimentar. *Psicol Reflex Crit*. 2013;26(1): 113-21.
9. Pitanga FJG, Lessa I. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(2):239-48.
10. Cunha DT, Albano RD. Evolução antropométrica após intervenção nutricional. *Nutrire*. 2013;38(1):15-26.
11. Mello ED. O que significa a avaliação do estado nutricional. *J Pediatr*. 2002;78(5):357-8.
12. Cervi AA, Muhlen AP, Agostini C, Mari F, Kogler M, Busnello MB, et al. Perfil Antropométrico e de Consumo Alimentar dos Funcionários da Coordenadoria de Informática da Unijuí. *Rev Contexto & Saúde*. 2001;1(1):11-28.
13. Silva RA, Jacinto PVO, Lopes ACS, Santos LC. Perfil de nutrição e saúde de usuários da atenção primária a saúde. *Rev Baiana Enferm*. 2011;25(3):287-99.
14. Abrantes MM, Joel AL, Colosimo E. A prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes das regiões Nordeste e Sudeste do Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(2):162-6.
15. Lourenço AM, Taquette SR, Hasselmann MH. Avaliação nutricional: antropometria e conduta nutricional na adolescência. *Adolesc Saúde*. 2011;8(1):51-8.
16. Carvalho MAS, Leal AS, Catta-Preta M, Nascimento FANM. Avaliação do perfil nutricional, antropométrico e dietético de atletas adolescentes. *Cad Unisum*. 2012;8(1):39-49.

17. Costa MML. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): contextualização de sua implantação na atenção básica à saúde no Brasil. [Dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013.
18. Araújo PHB, Cravo AF, Souza VC, Dutra CDT, Pinheiro RC. Avaliação nutricional de idosos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família. Anais do 12º Congresso Brasileiro de Medicina da Família e Comunidade. 2013.
19. World Health Organization – WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of the WHO Consultation on Obesity. Geneva: WHO; 1998. 276p.
20. Martinello EK. Avaliação do consumo alimentar, estado nutricional e estilo de vida de pacientes portadores de diabetes Mellitus tipo II em um hospital de Criciúma – SC. Criciúma. [Trabalho de Conclusão de Curso]. Criciúma - SC: Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC. 2009.
21. Gandin MM, Hering B, Azevedo LC, Dietrich FC. Estado nutricional e presença de fatores de risco para doenças cardiovasculares em colaboradores de uma indústria em Santa Catarina. Nutr Pauta. 2008;16(90):36-41.
22. Camargo HF, Carrara K, Bortholazzi KD, Camargo MF, Zanin CM. Avaliação nutricional e da qualidade alimentar dos funcionários de uma instituição de educação superior de Araraquara – SP. Rev Uniara, 2005;16:184.
23. Olindo MTA, Nacul LC, Dias-da-Costa JS, Gigante DP, Menezes AMB, Macedo S. Níveis de intervenção para obesidade abdominal: prevalência e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2006;22(6):1207-15.
24. Ramos AS. Avaliação do estado nutricional de universitários. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia; 2005.
25. Levy-Costa RB, Sichieri R; Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). Rev Saúde Pública. 2005;39; (4):530-40.
26. Mendonça CP, Anjos LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso / obesidade no Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;30(3):698-709.
27. Anjos L, Silva DO, Serrão SA, Silva CVC. Vigilância nutricional em adultos: experiência de uma unidade de saúde atendendo a população favelada. Cad Saúde Pública. 1992;8(1):50-6.
28. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília. [Acesso em: 2013 Set 24]. 2008. Disponível em: [http://www.sonutricao.com.br/downloads/Guia\\_Alimentar\\_Populacao\\_Brasileira.pdf](http://www.sonutricao.com.br/downloads/Guia_Alimentar_Populacao_Brasileira.pdf)

**Correspondência:** Ana Isabel da Silva Ferreira. Bairro Pitangueiras, Pedralva-MG CEP: 375020-000 E-mail: [isali.simoesanaisabelnutricionista@yahoo.com.br/](mailto:isali.simoesanaisabelnutricionista@yahoo.com.br) [anaisabelnutricionista@yahoo.com.br](mailto:anaisabelnutricionista@yahoo.com.br)