



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 Ferreira¹,
Edna Slob².

¹ 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

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

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.

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

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.¹

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,² e tem por objetivo prestar cuidados essenciais à saúde do indivíduo e sua família de forma universal.³

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.⁴ 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.⁵

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.^{6,7}

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

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.¹⁰

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.^{11,12}

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.¹³

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.^{14,15}

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.¹⁶ 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.¹⁷

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.⁹

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.¹⁸

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.⁹

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).¹⁹

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.

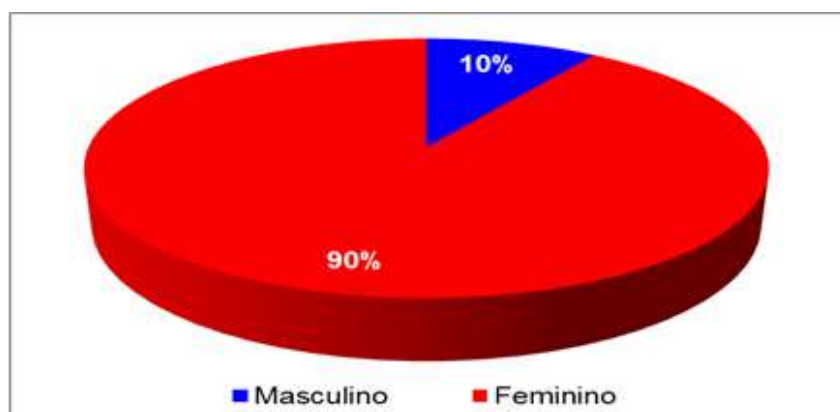


Figura 1 - Distribuição percentual da população estudada, segundo o sexo – Pedralva, Minas Gerais, 2013

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/m², sendo a média das mulheres de 26 kg/m² e dos homens, de 26,4 kg/m².

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).

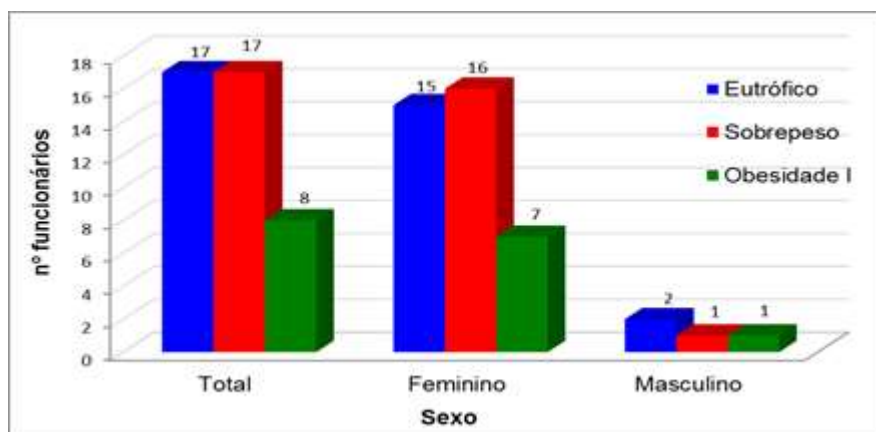


Figura 2 - Classificação do IMC de acordo com o sexo Pedralva, Minas Gerais, 2013

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.

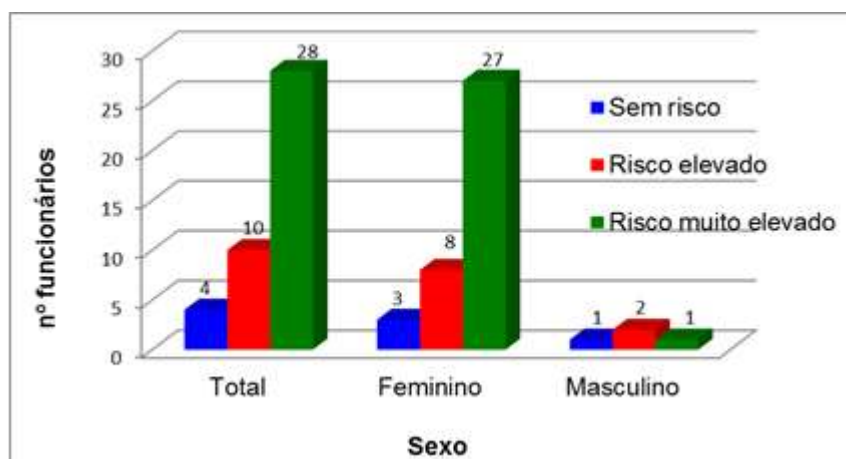


Figura 3 - Classificação do risco de doença cardiovascular de acordo com a circunferência abdominal, distribuídos por sexo Pedralva, Minas Gerais, 2013

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.

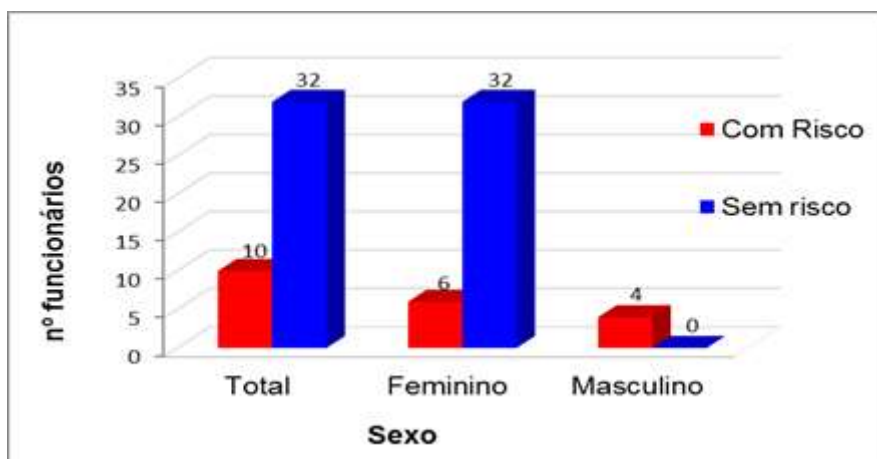


Figura 4 - Classificação do risco de doença cardiovascular de acordo com a relação cintura-quadril, distribuídos por sexo, Pedralva, Minas Gerais, 2013

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 alcóolica 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%).²⁰

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.²¹ 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.²²

A circunferência da cintura (CC) é um indicador de gordura abdominal, sendo que valores alterados demonstram associação com as doenças crônicas não transmissíveis.²³ 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.⁹

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.²⁴

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.²⁵

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.^{26,27}

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.²⁸ 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/mostracademica/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

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