

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o Brasil e muitos outros países em desenvolvimento passaram por transformações demográficas profundas: queda da fertilidade, redução da mortalidade infantil e de óbitos por doenças infecciosas, aumento da expectativa de vida, aumento da proporção de idosos. Esses fatos, somados a modificações nos padrões de alimentação mais energia, açúcar, gorduras em geral e gorduras saturadas, e menos frutas, hortaliças e grãos e à redução da atividade física levaram ao crescimento da participação das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no perfil de morbimortalidade da população (CARVALHES; MOURA; MONTEIRO, 2008).

As DCNT são as principais causas de mortes no mundo, 63% em 2008. No Brasil corresponde a 72%. Tem gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além dos impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza. (BRASIL, 2011).

Avaliar o estado nutricional em portadores de DCNT é de fundamental importância para identificar os indivíduos com distúrbios nutricionais ou em risco e, desta forma, elaborar condutas dietéticas adequadas. Além disso, a avaliação nutricional é importante para monitorar a resposta às intervenções. Sendo assim, a avaliação compõe uma das etapas primordiais no tratamento da DCNT, bem como na prevenção de algumas dessas enfermidades (CUPPARI, 2009).

A utilização de medidas antropométricas para caracterização do estado nutricional tem sido cada vez mais difundida e compreendida. Para a realização deste método de avaliação, é necessário determinar quais as melhores medidas a serem usadas e quais são as referências existentes para comparação. (TIRAPEGUI; RIBEIRO, 2009). O IMC é um indicador do estado nutricional atual utilizado em adultos e mais recentemente em adolescentes e adultos, que correlaciona o peso de um indivíduo com o valor de sua estatura ao quadrado (kg/m^2 de superfície corporal), definindo o nível de adiposidade (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2009). Além do IMC é utilizada a medida de circunferência abdominal que é útil para identificar a distribuição da gordura corporal, uma vez que, quando depositada uma

maior quantidade na região abdominal, está associada ao aparecimento de doenças cardiovasculares e metabólicas (CUPPARI, 2009).

A alimentação nutricionalmente adequada pode atuar tanto na prevenção como no tratamento de doenças. Assim, tem-se verificado cada vez mais a importância da avaliação dos hábitos alimentares da população. Pela análise dietética, as necessidades nutricionais das pessoas podem ser identificadas e programas de educação nutricional podem ser implementados, a fim de proporcionar melhores condições de saúde para a população (CERVATO; VIEIRA, 2003).

Diante do exposto, o presente estudo visa identificar, a prevalência dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e avaliar, através da antropometria o estado nutricional dos servidores terceirizados do poder judiciário de Natal/RN. Além disso, pretende incrementar o conhecimento dos profissionais de nutrição a respeito da realidade desses trabalhadores no tocante aos hábitos alimentares, com o objetivo de propor soluções educativas que visem ajudá-los a modificar o seu estilo de vida.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar o perfil nutricional dos servidores terceirizados do poder judiciário de Natal/RN.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a clientela quanto ao gênero, faixa etária e nível de escolaridade.
- ✓ Identificar hábitos de vida relacionados com risco para doenças crônicas não transmissíveis.
- ✓ Avaliar o estado nutricional antropométrico dos servidores terceirizados do poder judiciário.
- ✓ Avaliar o hábito alimentar dos servidores terceirizados do poder judiciário.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

As DCNT são representadas por um grupo de doenças caracterizadas por história natural prolongada, multiplicidade de fatores de risco complexos, interação de fatores etiológicos conhecidos e desconhecidos, extenso período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e exacerbação e evolução para graus variados de incapacidade ou morte. Muitas doenças desse grupo têm fatores de risco comuns, e demandam por assistência continuada de serviços e ônus progressivo, na razão direta do envelhecimento dos indivíduos e da população (CUPPARI, 2009). [...] variam quanto a gravidade: algumas são debilitantes, outras incapacitantes e algumas letais (GUIA ALIMENTAR, 2008). Entre as DCNT mais importantes destacam-se diabetes, neoplasias, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas (YOKOTA; et al. 2007).

De acordo com a OMS, um pequeno conjunto de fatores de risco responde pela grande maioria das mortes por DCNT e por fração substancial da carga de doenças devida a essas enfermidades. Dentre esses fatores, destacam-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), a ingestão insuficiente de frutas, legumes, verduras e a inatividade física (WHO, 2005 *apud* VIGITEL, 2009, p. 16).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As transformações econômicas, políticas, sociais e culturais produzidas pelas sociedades humanas ao longo do tempo modificam as maneiras como sujeitos e coletividades organizam suas vidas e elegem determinados modos de viver. Tais mudanças facilitam e dificultam o acesso das populações às condições de vida mais favoráveis à saúde e, portanto, repercutem diretamente na alteração dos padrões de

adoecimento. Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda. A etiologia múltipla das DCNT não permite que elas possuam causas claramente definidas. No entanto, as investigações biomédicas tornaram possível identificar diversos fatores de risco (BRASIL, 2008). Projeções para as próximas décadas indicam um crescimento epidêmico das DCNT na maioria dos países em desenvolvimento, particularmente das doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2. Os principais determinantes desse crescimento são: aumento na intensidade e frequência da exposição aos principais fatores de risco para essas doenças; mudança na pirâmide demográfica, com número maior de pessoas alcançando as idades onde essas doenças se manifestam com maior frequência; e aumento da longevidade, com períodos mais longos de exposição aos fatores de risco e maior probabilidade de manifestação clínica das doenças cardiovasculares. A transição nutricional em curso na maioria dos países em desenvolvimento, junto com o aumento expressivo da obesidade e mesmo sua coexistência com o baixo peso, constitui um dos fatores mais importantes para explicar o aumento da carga das DCNT nesses países (BARRETO et al., 2005).

A epidemia de DCNT tem afetado mais as pessoas de baixa renda, por serem estas pessoas mais expostas aos fatores de risco e com menos acesso a serviços de saúde (WHO, 2011 *apud* BRASIL, 2011). No Brasil, nos últimos anos, [...] têm respondido por 69% dos gastos com assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) (CARNELOSSO et al., 2010).

Estudos epidemiológicos de base populacional são fundamentais para se conhecer a distribuição da exposição e do adoecimento por doenças crônicas no país e os fatores que influenciam a dinâmica desses padrões de risco na população. A identificação dos fatores de risco, de estratégias de controle efetivas e combinadas com educação comunitária e monitoramento-alvo dos indivíduos de alto risco contribuíram para uma queda substancial na mortalidade em quase todos os países desenvolvidos (PASSOS et al., 2006 *apud* VIGITEL, 2008).

3.3 OS FATORES DE RISCO E CONDICIONANTES DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Sociedades modernas e industrializadas parecem convergir em um padrão dietético com alto conteúdo de gorduras totais, colesterol, açúcar, carboidratos refinados, baixo teor de ácidos graxos insaturados e de fibra, padrão frequentemente denominado “dieta ocidental” e ligado ao aumento de vida sedentária. Essa característica, observada nas sociedades de alta renda, também se verifica, em proporção crescente, na população de baixa renda, resultando do incremento da obesidade e no surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis (CUPPARI, 2005).

As Doenças Crônicas não Transmissíveis têm se colocado como um dos maiores problemas de saúde pública da atualidade. Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que as DCNT são responsáveis por 61% de todas as mortes ocorridas no mundo, ou cerca de 35 milhões de mortes em 2005 (WHO, 2005 *apud* VIGITEL, 2009). No Brasil as DCNT seguem padrão semelhante, e em 2007 [...] foram a principal causa de óbito no Brasil, destacando-se as doenças do aparelho circulatório (29,4%) e as neoplasias (15,4%) (VIGITEL, 2009 *apud* Brasil, 2010).

Os fatores e condições de risco para DCNT são muitos e geralmente as pessoas estão expostas a mais de um deles. Uma pessoa nesta situação passa a ter um risco maior do que a simples soma dos mesmos; é como se os riscos não apenas se somassem, mas se multiplicassem (SECRETÁRIA DO ESTADO DA SAÚDE DE SP, 2008). Os fatores de risco podem ser classificados em “não modificáveis” (sexo, idade e herança genética) e “comportamentais” (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas). Os fatores de risco comportamentais são potencializados pelos fatores condicionantes socioeconômicos, culturais e ambientais (BRASIL, 2008).

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), realizada nos anos de 1998 e 2003 (Pnad - saúde), mostrou que, a partir dos 40 anos de idade, pelo menos 40% dos entrevistados referiram ter doença crônica, com percentual mais alto nas faixas etárias mais elevadas, observando-se ligeira redução em 2003 em comparação a 1998 (BRASIL, 2010).

A obesidade, segundo a OMS, é um dos grandes problemas mundiais: mais de dois bilhões de pessoas apresentam excesso de peso e 400 milhões são obesos. A obesidade é considerada doença crônica multifatorial e também fator de risco para várias doenças crônicas. Fatores ambientais e estilo de vida não saudável, como hábitos alimentares inadequados e sedentarismo, desempenham um papel preponderante na ocorrência da obesidade, apesar de os fatores genéticos atuarem como co-fatores, aumentando a suscetibilidade para o ganho de peso. Doenças cardíacas, como infarto e hipertensão, a diabetes, o câncer de mama, o câncer de cólon etc. estão associados com o excesso de peso e a obesidade, que tem aumentado consideravelmente no Brasil, especialmente nas capitais, onde a frequência de adultos obesos chega a 12,9% (BRASIL, 2010).

Já o tabagismo hoje é considerado uma dependência química, expondo os indivíduos a inúmeras substâncias tóxicas. Tido como um grande problema de saúde pública pela OMS, o tabagismo é [...] uma pandemia (BRASIL, 2010).

Berto; Carvalhães; Moura (2010, p. 1574) enfatiza que:

Dos fatores comportamentais de risco implicados na gênese de muitas doenças crônicas, o tabagismo é um dos principais, sendo a principal causa de morte evitável em todo o mundo. Atualmente 4 milhões de óbitos anuais, podendo chegar, em 2030, a 10 milhões de mortes. Além da mortalidade, o hábito de fumar está associado ao desenvolvimento de hipertensão, aterosclerose, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, enfisema pulmonar, doenças respiratórias, coronariopatias e vários tipos de câncer (pulmão, boca, laringe, próstata e outros).

A Pesquisa domiciliar realizada nos anos 2002/2003, em 16 capitais e no Distrito Federal, encontrou prevalência de fumantes de 19%. A pesquisa por telefone feita em todas as capitais e no DF em 2007 observou prevalência de fumantes de 16,4%. O consumo do cigarro é maior entre as gerações das décadas de 30, 40 e 50 e entre os homens. O consumo do cigarro vem sendo reduzido progressivamente no Brasil (BRASIL, 2010).

A diabetes mellitos configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente, o sedentarismo, as dietas pouco saudáveis e a obesidade são os grandes responsáveis pelo aumento da prevalência da diabetes. Estima-se um contingente populacional brasileiro de seis milhões de portadores da doença. O grande impacto econômico da diabetes ocorre

notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência dos crescentes custos do tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores. No Brasil, a diabetes e a hipertensão arterial constituem a primeira causa de hospitalizações no sistema público de saúde. O consumo excessivo de bebidas alcoólicas, por outro lado, configura sério problema de saúde pública, cujos efeitos repercutem na saúde física e mental dos indivíduos, atuando como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes, cujo tratamento requer processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude. Entre as conseqüências, figuram doenças cardiovasculares, neoplasias, absenteísmo com aposentadorias precoces e hospitalizações, acidentes de trabalho e de trânsito, violência, suicídios e elevada freqüência de ocupação de leitos hospitalares (BRASIL, 2010).

A HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) é uma doença multifatorial de caráter crônico e assintomático que depende da interação entre predisposição genética, fatores ambientais, alterações estruturais de coração e vasos. A classificação da pressão arterial, de acordo com a medida no consultório, para maiores de 18 anos de idade, preconiza níveis considerados de risco à pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou à pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg. Embora não seja completamente conhecido como essas alterações ocorrem, sabe-se que a HAS é acompanhada por disfunção do sistema nervoso autônomo, renal e mecanismos humorais. No Brasil, estudos epidemiológicos estimam a prevalência de 40% a 50% da população adulta com mais de 40 anos e que ela afete aproximadamente um quarto da população. Dessa maneira, a hipertensão arterial é um importante fator de risco para doenças de impacto em saúde pública, como doença cerebrovascular, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, insuficiência renal crônica e doença vascular de extremidades. Esta multiplicidade de conseqüências da HAS e o impacto dos efeitos colaterais dos medicamentos caracterizam-na como uma das causas de maior redução da qualidade e expectativa de vida dos indivíduos (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009).

Com o processo de industrialização, houve elevação do número de pessoas inativas fisicamente em todas as idades, apesar de o conhecimento a respeito dos benefícios da atividade física à saúde estar bem estabelecido (PELEGRI NI; PETROSKI, 2009). O rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos

países em desenvolvimento (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009). Níveis insuficientes [...] têm sido frequentemente associados a doenças coronarianas, obesidade, diabetes melito, osteoporose e algumas formas de câncer (PELEGRINI; PETROSKI, 2009). A inatividade física é responsável por aproximadamente 2 milhões de mortes no mundo. A prevalência [...] analisada na população brasileira no Inquérito domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis, realizada em 15 capitais e no Distrito Federal, encontrou níveis de sedentarismo de 28% a 54%. Atinge maior prevalência em mulheres, idosos, indivíduos de baixo nível socioeconômico e em incapacitados (CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2009).

Inatividade física é conceituada como um estado de mínimos movimentos do corpo e hábitos definidos como fisicamente inativos. São exemplificados como dormir, comer, falar ao telefone, assistir televisão e trabalhar no computador. Por outro lado, atividade física é definida como qualquer movimento do corpo que resulte em gasto de energia; e exercício físico é definido como toda atividade física planejada e estruturada com o objetivo de melhorar ou manter o condicionamento físico (CÔRTEZ et al., 2010, p. 375-376).

A atividade física regular é um comportamento importante na vida das pessoas e apresenta impacto significativo na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis (doenças coronarianas, diabetes, hipertensão, osteoporose); no controle do estresse, da ansiedade e dos sintomas depressivos; e produz efeitos positivos sobre o metabolismo lipídico e glicídico, pressão arterial, composição corporal, densidade óssea, hormônios, antioxidantes e trânsito intestinal (ROCHA, et al, 2011). Sua prática regular [...] reduz em 35% o risco de morte por doenças cardiovasculares e em 33% a mortalidade por todas as causas (THOMAZ et al., 2010).

Nas últimas décadas, a atividade física tem sido crescentemente promovida pelos reconhecidos benefícios físicos, psicológicos e sociais advindos da sua prática. É caracterizada por qualquer movimento do corpo em decorrência da contração dos músculos esqueléticos, pode ser realizada em diferentes contextos: no trabalho, nos deslocamentos a pé ou de bicicleta, nas atividades domésticas e no lazer (ZAITUNE et al., 2010).

Figueiredo et al. (2009) enfatiza que [...] aumenta a longevidade, melhorando a energia do indivíduo, sua disposição e saúde de um modo geral.

3.4 NUTRIÇÃO E DCNT

O estado nutricional expressa o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas, para manter a composição e funções adequadas do organismo, resultando do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes. As alterações do estado nutricional contribuem para aumento da morbi-mortalidade (ACUÑA; CRUZ, 2004). Se a alimentação fornece mais energia do que é requerida pelo organismo, a energia excedente é acumulada na forma de gordura corporal (GUIA ALIMENTAR, 2008). Com isso os danos para a saúde que podem decorrer do consumo insuficiente ou excessivo de alimentos são há muito tempo conhecidos pelos seres humanos, mas recentemente surgem evidências de que características qualitativas da dieta sejam importantes na definição do estado de saúde, principalmente no que diz respeito às doenças crônicas degenerativas da idade adulta (TARDIDO; FALCÃO, 2006). Diversos estudos relacionam as DCNT à alta ingestão de colesterol, ácidos graxos saturados e lipídios totais associada à baixa ingestão de fibras (SOUZA et al., 2010). No Brasil, o consumo de alimentos de grande densidade energética, com altos teores de açúcar e gorduras, ou excessivamente ricos em sódio tem se ampliado. Conseqüentemente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes mellitus e as doenças cardiovasculares, são cada vez mais comuns, inclusive em crianças. Verifica-se a necessidade de redução das complicações associadas à alimentação e nutrição inadequadas, sendo que ações desta natureza devem estar relacionadas com a promoção de modos de vida saudáveis (BERNARDON et al., 2009).

O crescente aumento de problemas de saúde relacionados ao comportamento tem direcionado diversas instituições governamentais, não-governamentais, científicas e acadêmicas de instâncias que vão desde o nível local até o internacional ao desenvolvimento de ações de promoção de modos de vida mais saudáveis. A Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, endossada pela Assembléia Mundial da Saúde 2004, pode ser descrita como a concretização ou formalização dessa preocupação no campo da nutrição e da atividade física (GOMES, 2007). Trata-se de um trabalho de prevenção para grupos populacionais de todo o mundo, que foi desenvolvido em 2002 e divulgado em 2004, com o objetivo de apresentar os conhecimentos científicos disponíveis sobre as

principais evidências ligando dieta, atividade física e doenças crônicas não-transmissíveis. No Brasil, uma das ações adotadas pelo Ministério da Saúde em acordo com a proposta dessa estratégia foi a elaboração dos 10 Passos para a Alimentação Saudável. Essa ação consta no Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável, cujos objetivos são: aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção da saúde por meio da manutenção do peso saudável e de uma vida ativa; além de modificar atitudes sobre alimentação, prática de atividade física e prevenir o excesso de peso (VINHOLES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2009).

Seguindo esse raciocínio, o Ministério da Saúde do Brasil lançou o “Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável”, dentro do contexto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e em consonância com os propósitos da Estratégia Global. Esse Guia recomenda na diretriz especial número um o aumento da atividade física regular, reforçando que a alimentação saudável e a atividade física são aliadas fundamentais para a manutenção do peso saudável, redução do risco de doenças e melhoria da qualidade de vida (SÁVIO et al., 2008).

O Guia Alimentar para a População Brasileira contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a nossa população. Além disso, as orientações do guia são adequadas para a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis, tais como diabetes e hipertensão, e compõem, certamente, o elenco de ações para a prevenção da obesidade que, por si só, aumenta o risco dessas e de outras doenças graves. A publicação também aborda questões relacionadas às deficiências nutricionais e às doenças infecciosas, prioridades de saúde pública no Brasil. As diretrizes aqui estabelecidas serão úteis para os profissionais da saúde, para os trabalhadores nas comunidades, para as famílias do Brasil e para a nação como um todo. A alimentação saudável tem início com o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e complementado até, pelo menos, o segundo ano de vida e está inserida no contexto da adoção de modos de vida saudáveis, sendo, portanto, componente importante da promoção da saúde e da qualidade de vida (GUIA ALIMENTAR, 2008).

As recomendações específicas sobre dieta, constantes do documento final da estratégia global, são: manter o equilíbrio energético; limitar a ingestão energética procedente de gorduras; substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar

as gorduras trans (hidrogenadas); aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas (feijões); limitar a ingestão de açúcar livre; ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado (GUIA ALIMENTAR, 2008).

Segundo Neutzling et al., (2009, p. 2365).

O consumo de frutas, legumes e verduras tem sido associado à diminuição do risco de mortalidade e redução da ocorrência de doenças crônicas, tais como as doenças cardiovasculares, derrames e alguns tipos de câncer. Recente publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que existem evidências convincentes de que o consumo de frutas, legumes e verduras também diminui o risco de diabetes e obesidade. Tal publicação recomenda um consumo mínimo de pelo menos cinco porções diárias de frutas, legumes e verduras, o que equivale a 400g ou mais por dia. O aumento na ingestão de frutas, legumes e verduras pela população em geral tem sido uma prioridade das políticas públicas de saúde em muitos países. Identificar os fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras pode ser o primeiro passo para orientar os planejadores de saúde em direção às populações de maior risco.

Com respeito à atividade física, a Estratégia Global recomenda pelo menos 30 minutos de atividade física, regular ou intensa ou moderada, na maioria dos dias da semana, senão em todos, a fim de prevenir as enfermidades cardiovasculares e diabetes e melhorar o estado funcional nas diferentes fases do curso da vida e especialmente na fase adulta e idosa. A atividade física regular mantém músculos, ossos e articulações fortes e os perfis hormonais e sanguíneos e as funções imunológica e intestinal equilibradas e dentro dos níveis de normalidade. Também contribui para a prevenção as DCNT e doenças dos ossos e articulações (GUIA ALIMENTAR, 2008).

3.5 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL E SUA IMPORTÂNCIA

O conceito de avaliação do estado nutricional é muito amplo. É a condição de saúde de um indivíduo influenciada pelo consumo e utilização de nutrientes necessários para garantir as demandas energética e nutricional, manter as reservas corporais e compensar as perdas (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2009).

Vasconcelos (2007) enfatiza que é o estado resultante do equilíbrio entre o suprimento de nutrientes de um lado e do gasto do organismo do outro.

A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo (CUPPARI, 2005). Ela servirá como um valioso instrumento para a determinação da terapêutica clínica ou dietética a ser empregada para a correção do déficit observado (AUGUSTO et al., 2002). De acordo com Sampaio; Sabry (2007,). [...] é um procedimento técnico-científico que busca interpretar o estado nutricional de indivíduos ou grupos populacionais, a partir da análise de dados dietéticos, bioquímicos, clínicos, antropométricos e funcionais. A avaliação nutricional é a primeira etapa do processo de tratamento nutricional (LACEY, 2003 *apud* MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010).

Existem diferentes modalidades de operacionalização da avaliação nutricional. Estas podem ser inquéritos, vigilância, rastreamento, avaliação completa e monitoramento. A seleção de uma ou de outra depende dos recursos humanos e materiais disponíveis e principalmente dos objetivos do serviço de saúde (SAMPAIO; SABRY, 2007).

As medidas antropométricas são de grande importância para a avaliação do estado nutricional de indivíduos (FONTANIVE; PAULA; PERES, 2007). Nesse sentido, [...] têm sido transformadas, universalmente, em importantes indicadores diretos do estado nutricional de indivíduos e de populações (VASCONCELOS, 2007).

Segundo Jelliffe *apud* Rossi; Caruso; Galante (2009) a antropometria se constitui em um método de investigação científica em nutrição que “se ocupa da medição das variações nas dimensões físicas e na composição global do corpo humano em diferentes idades e em distintos graus de nutrição”.

A antropometria trata-se de um dos indicadores diretos do estado nutricional, sendo as medidas mais utilizadas na avaliação antropométrica o peso, a estatura, as dobras cutâneas (bicipital, tricipital, subescapular e supra-íliaca, as circunferências (braço, cintura e quadril) e suas combinações (CUPPARI, 2005, p. 90).

As medidas são realizadas por meio de balanças, fitas métricas, antropômetros, compassos, réguas antropométricas e exigem avaliadores treinados (VITOLO, 2008).

As vantagens dessas medidas são: uso de equipamentos de fácil aquisição e baixo custo, utilização de técnicas não invasivas que podem ser realizadas ao leito, obtenção rápida de resultados e fidedignidade do método, desde que mensurados e avaliados por profissionais capacitados (FONTANIVE; PAULA; PERES, 2007). Quando se associa uma medida antropométrica a outra medida, tem-se um indicador do estado nutricional. (VITOLO, 2008). Índice de Massa Corporal (índice de Quetelet) é uma medida que relaciona peso e altura, tem excelente correlação com a quantidade de gordura corporal e é largamente utilizado em estudos epidemiológicos e clínicos. A circunferência da cintura (CC) é uma mensuração prática e simples que não se correlaciona com a altura, mas tem uma estreita relação com o IMC e com o acúmulo de gordura abdominal subcutânea e visceral, tornando-a um forte preditor de risco para hipertensão, resistência insulínica e doenças cardiovasculares (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

Na avaliação dietética o objetivo inicial é identificar a ingestão alimentar e, posteriormente, avaliá-la em relação às recomendações nutricionais para a obtenção de uma dieta equilibrada. Essa avaliação permite identificar a ingestão deficiente ou excessiva de energia, os macro e micronutrientes e o padrão de consumo alimentar (PALMA; ESCRIVÃO; OLIVEIRA, 2009). Dessa forma, [...] é uma etapa essencial na prática clínica, bem como em estudos epidemiológicos. A avaliação do consumo alimentar pela perspectiva nutricional é realizada por meio de inquéritos alimentares, os quais correspondem ao registro das informações relativas ao consumo alimentar de um indivíduo durante determinado período de tempo. O inquérito alimentar é considerado uma ferramenta de diagnóstico nutricional e a base para o delineamento de uma intervenção dietética individualizada. Os inquéritos dietéticos podem ser destinados a todos os estágios da vida, devendo ser consideradas as especificidades de cada paciente (MOREIRA; CHIARELLO, 2008).

Para Bonomo (2000) *apud* Palma; Escrivão; Oliveira (2009)

Inquéritos dietéticos são essenciais para a investigação da relação saúde-dieta, assim como a identificação de populações em risco nutricional, a formulação de políticas para redução desse risco, a seleção de programas apropriados de intervenção nutricional e, finalmente o monitoramento do sucesso desses programas.

Nos estudos epidemiológicos busca-se a descrição do consumo do grupo de estudo como um todo para a classificação dos indivíduos em gradientes de consumo

com a finalidade de estudar as possíveis associações entre dieta e doença (TIRAPEGUI; RIBEIRO, 2009). Comumente utilizados em investigações epidemiológicas, os questionários de frequência de consumo alimentar (QFCA) permite obter estimativas da ingestão usual (PALMA; ESCRIVÃO; OLIVEIRA, 2009). É caracterizado por uma lista de alimentos pela qual o entrevistado se baseia para relatar ou registrar a frequência do consumo de cada um dos alimentos listados, ou seja, as informações podem ser obtidas em entrevistas direta ou por auto-registro (ROSSI; CARUSO; GALANTE, 2009).

De acordo com Vitolo, (2008, p. 391)

É um método que analisa a qualidade da alimentação do indivíduo, pois não registra a quantidade. [...] de fácil padronização, de rápida aplicação e de baixo custo. É de grande importância, pois permite avaliar o risco de exposição das pessoas às doenças crônicas não transmissíveis.

A escolha do melhor método depende da população a ser estudada (características, tamanho) e do objetivo a ser alcançado (PALMA; ESCRIVÃO; OLIVEIRA, 2009).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO GERAL DA PESQUISA

O presente estudo é do tipo transversal. Segundo Sitta, et al (2010) pode-se destacar como vantagens para este tipo de estudo o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo e rapidez de coleta acompanhada de facilidade na representatividade de uma população.

O presente estudo foi desenvolvido em um órgão do poder judiciário de Natal/RN, a coleta de dados foi realizada durante uma semana sem período de acompanhamento. A amostra foi composta por 26 funcionários. Como critério de inclusão foi analisado homens e mulheres. O instrumento de coleta de dados foi o Questionário de Avaliação sócio-econômico e clínico (APÊNDICE B) e o Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA) (APÊNDICE C), com objetivo de adquirir informações sobre medidas antropométricas, os hábitos alimentares e prevalência das DCNT. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) garantindo o anonimato destes e orientando quanto à liberdade de desistir a qualquer momento do processo (APÊNDICE A).

4.2 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A antropometria tem sido apontada como o parâmetro mais indicado para avaliar o estado nutricional coletivo, principalmente pela facilidade de obtenção das medidas que podem ser válidas e confiáveis, desde que haja treinamento adequado e as aferições sejam devidamente padronizadas (GOMES; ANJOS; VASCONCELLOS, 2010).

Os indicadores utilizados para a avaliação antropométrica foram peso corporal, altura, índice de massa corporal (IMC) e circunferência da cintura (CC).

O peso foi medido em quilograma, utilizou-se balança digital Plenna Sport com capacidade para 150 kg com precisão de 0,05 kg. Os participantes foram pesados trajando roupas leves e sem sapatos, de frente para o marcador com pés unidos, em posição ereta e olhar fixo na altura para o horizonte. A estatura foi medida com fita inelástica que foi fixada na parede sem rodapé, estando o indivíduo em pé, descalço e os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao longo do corpo.

Para classificação do estado nutricional de adultos foi utilizado o IMC, indicador antropométrico mais comumente utilizado, justamente pela simplicidade e boa relação entre gordura corpórea e os riscos de morbimortalidade (CUPPARI, 2009). Segundo o IMC foi realizado o cálculo a partir da fórmula peso em quilograma, dividido pela estatura em metros ao quadrado e avaliação de acordo com os parâmetros de classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS), 1998, conforme (Quadro 1).

Quadro 1: Classificação do Estado Nutricional de Adultos segundo o IMC

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 16	Magreza grau III
16 a 16,9	Magreza grau II
17 a 18,4	Magreza grau I
18,5 a 24,9	Eutrofia
25 a 29,9	Pré-obeso
30 a 34,9	Obesidade grau I
35 a 39,9	Obesidade grau II
≥ 40	Obesidade grau III

Fonte: OMS, 1998 *apud* Leão, Gomes 2010.

A circunferência da cintura (CC), que segundo Isosaki; Cardoso e Oliveira, (2009), indica acúmulo de gordura na região abdominal, a qual se tem revelado como fator de risco para doença coronária, diabetes tipo 2, síndrome metabólica e mortalidade e recentemente, [...] tem sido considerada como melhor indicador das alterações de gordura visceral que a razão cintura/quadril, sendo, portanto, preconizada para avaliação do risco cardiovascular. A cc foi medida utilizando fita métrica flexível e inelástica. Para medir a circunferência da cintura colocou-se a fita ao redor da cintura normal ou na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca, mantendo-a justa, sem comprimir os tecidos. Segue o (Quadro 2) referente ao ponto de corte para circunferência da cintura.

Quadro 2: Circunferência da Cintura de acordo com gênero em caucasianos. Risco de complicações metabólicas associadas à obesidade.

	Elevado	Muito Elevado
Homem	≥ 94cm	≥ 102cm
Mulher	≥ 80cm	≥ 88cm

Fonte : OMS, 1998 *apud* Cuppari 2005.

4.3 ANÁLISE DE DADOS

Para a tabulação e análise dos dados foi utilizado software Excel 2007.

4.4 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Para avaliação do consumo alimentar foi utilizado o questionário de frequência alimentar (QFA) consiste em uma lista de alimentos/ preparações previamente definida, para os quais o entrevistado deve indicar a frequência do consumo em um determinado período de tempo (TIRAPEGUI; RIBEIRO, 2009). Segundo Rossi; Caruso; Galante (2009), o Questionário de Frequência do Consumo Alimentar (QFCA) deve ser elaborado e validado para a população a ser estudada. É um método de natureza retrospectiva, inicialmente, elaborado para obtenção de informações qualitativas sobre a frequência de consumo alimentar individual habitual. É um método prático, objetivo, fácil de ser aplicado, de baixo custo de rápida aplicação (dependendo do tamanho da lista de alimentos e modalidade, se qualitativo, semi-qualitativo ou quantitativo), possibilita sua utilização em grandes amostras. Neste aspecto tem sido indicado e largamente utilizado em estudos epidemiológicos nutricionais, particularmente das doenças crônicas não transmissíveis (VASCONCELOS, 2007).

O QFCA foi constituído por uma lista dos principais alimentos presentes na refeição dos brasileiros. Uma lista de alternativas que relatou a frequência do consumo alimentar dos participantes através de alternativas definidas (diariamente, 1x por semana, 2 a 3 x por semana, mensalmente, nunca/raramente). Não foi

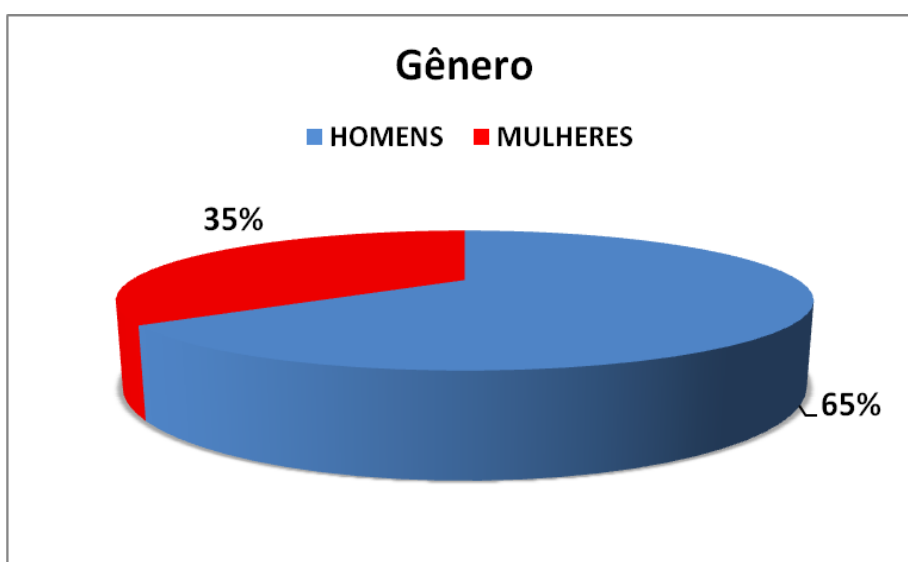
analisado o tamanho das porções, caracterizando apenas a qualidade dos alimentos. A lista foi elaborada para analisar os alimentos consumidos por esta população. Estudos epidemiológicos têm sido realizados com o objetivo de investigar possíveis relações entre alimentos e nutrientes da dieta e doenças crônicas não transmissíveis (FURLAN-VIEBIG; PASTOR-VALERO, 2004).

5. RESULTADO E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A Figura 1 representa a caracterização da amostra (n= 26) quanto ao gênero, sendo 65% de homens e 35% de mulheres.

Figura 1: Distribuição percentual quanto ao gênero dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

O Quadro 3 representa a caracterização da amostra (n= 26) quanto a distribuição por faixa etária, onde foi possível observar que a maior parte dos participantes da pesquisa encontra-se entre 21- 40 anos, totalizando 76% da amostra.

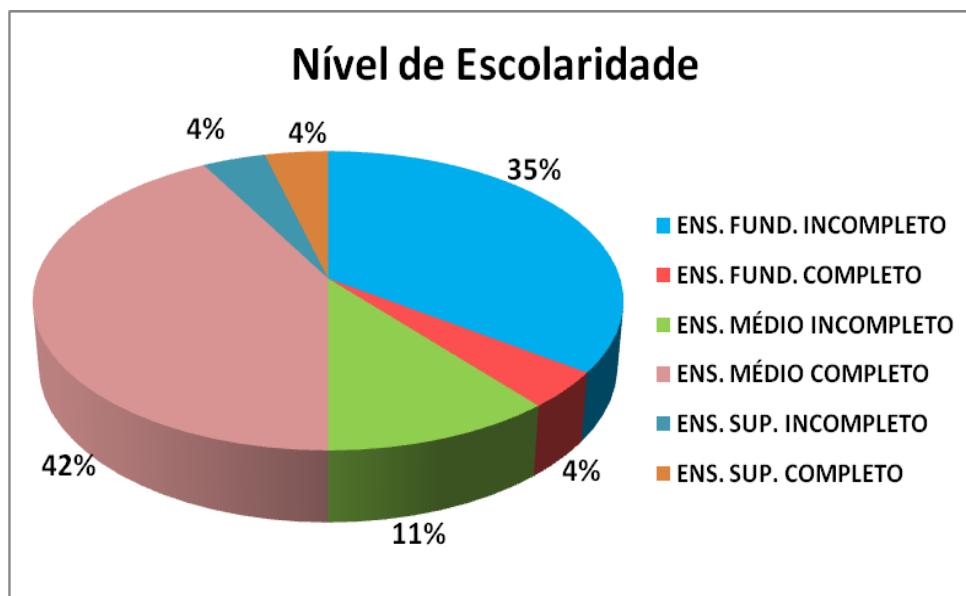
Quadro 3: Caracterização dos participantes segundo a faixa etária

Faixa Etária	Homens-65%	Mulheres- 35%	Total 100%
21-30 anos	7	3	38%
31-40 anos	6	4	38%
41-50 anos	4	1	20%
51-60 anos	0	1	4%

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Figura 2 representa a caracterização dos participantes quanto à escolaridade, onde a grande maioria encontra-se com ensino médio completo, entretanto pode-se observar um percentual considerável dos participantes com ensino fundamental incompleto.

Figura 2: Distribuição percentual quanto à escolaridade dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), realizada nos anos de 1998 e 2003, mostrou que, a partir dos 40 anos de idade, pelo menos 40% dos entrevistados referiram ter doença crônica, com percentual mais alto nas faixas etárias mais elevadas. Em relação ao sexo a mesma pesquisa revela que os principais fatores de risco para doenças crônicas na população brasileira apresentaram maior frequência nos homens do que nas mulheres (BRASIL, 2009).

Em relação ao nível de escolaridade em estudo feito com a população brasileira pela PNAD 2003, Barros et al, (2006), observou que a desigualdade social na presença de condições crônicas revelou-se significativa. O segmento de menor escolaridade da população adulta brasileira apresentou 62% a mais de prevalência de doenças crônicas, se comparado aos de melhor nível. Outros autores, em diferentes países, têm analisado a presença de morbidade crônica segundo indicadores socioeconômicos, e os achados, em geral, apontam para maior prevalência nos segmentos de menor escolaridade ou renda. Em outro estudo Malta

et al, (2011), segundo dados do PNAD 2008 mostrou maior prevalência de doenças crônicas nas maiores idades e menor prevalência nas maiores escolaridade e renda.

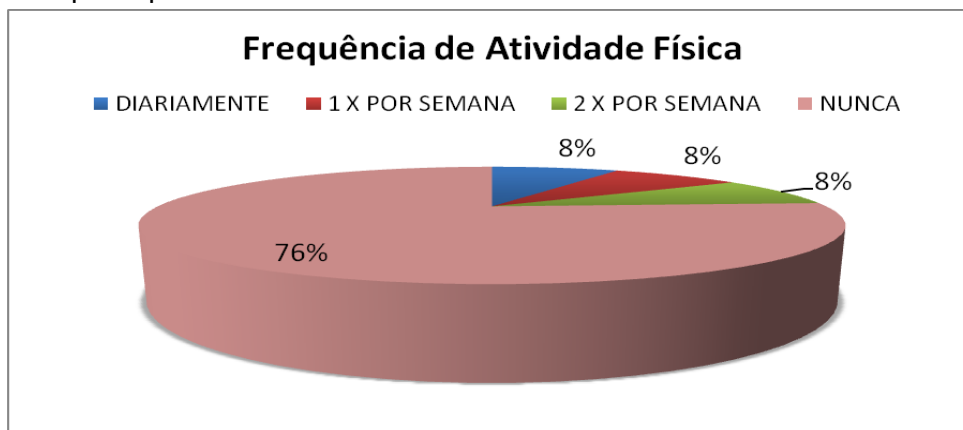
5.2. CARACTERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DE VIDA

A Figura 3 representa a frequência na qual os participantes realizam atividade física por semana. A grande maioria (76%) não pratica nenhum tipo de atividade física.

A atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pela musculatura esquelética, portanto voluntário, que resulte num gasto energético acima de níveis de repouso, que envolve, por exemplo, a realização de atividades domésticas e de lazer. Um exemplo de atividade física é uma caminhada a passos rápidos por trinta minutos, realizada cinco vezes por semana (OLIVEIRA, et al. 2011). A prática de atividade física está relacionada à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e à melhoria da saúde em geral e da qualidade de vida. É um comportamento complexo influenciado por vários fatores, dentre eles: idade, nível socioeconômico, educação e sexo. Contudo, existem controvérsias sobre a influência desses fatores nos níveis de atividade física da população brasileira, sobretudo pelo fato de a atividade física estar presente basicamente em quatro domínios (lazer, trabalho, serviços domésticos e deslocamentos) (THOMAZ, et al 2010).

Há uma tendência crescente de que as pessoas se tornem mais inativas fisicamente, tendo em vista o novo estilo de vida, com avanços tecnológicos crescentes que produzem ocupações e profissões mais sedentárias e também a substituição de atividades recreativas e lúdicas ativas por programas de lazer também sedentários, como assistir TV, usar computadores e jogos eletrônicos (ANS, 2007).

Figura 3: Distribuição percentual quanto à frequência de atividade física dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

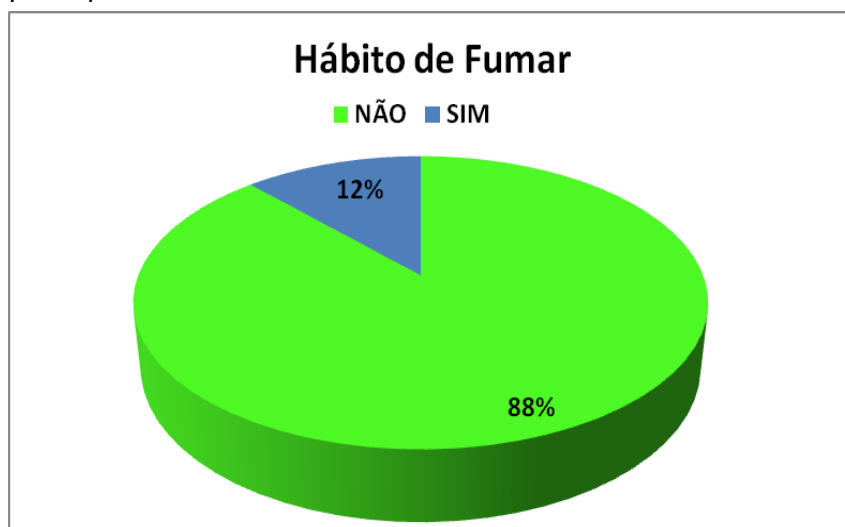
O sedentarismo ou inatividade física tem demonstrado uma forte correlação com o desenvolvimento das DCNT, entre elas estão: doenças cardiovascular, câncer e diabetes mellitus tipo 2. Um estudo realizado por Santos; César; Malta (2010), sobre os fatores de risco e proteção referentes às DCNT na população de Goiânia em 2009, verificou que, quanto à inatividade física, os homens apresentam uma prevalência 2,1 vezes maior que as mulheres. Pitanga e Lessa (2005) *apud* Silva et al (2008), realizaram um estudo na Universidade Federal da Bahia para verificar a prevalência e os determinantes do sedentarismo no lazer em 2.292 adultos da cidade, e verificaram que os grupos mais sujeitos ao sedentarismo e com menor possibilidades de envolvimento em atividades físicas durante as horas de lazer, são o das mulheres, dos idosos e o de pessoas de baixa escolaridade. Estudo realizado por Suzuki; Moraes; Freitas (2011) sobre atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP, observaram prevalência de prática insuficiente de atividade física em ambos os sexos. Em outro estudo na cidade de Brasília/DF sobre fatores associados à atividade física em adultos, 51% dos indivíduos justificaram o comportamento negativo em relação à prática de atividade física pela falta de tempo; por falta de disposição; por problemas de saúde e por outros motivos (THOMAZ, et al 2010). Dados do Vigitel (2010) mostraram que a frequência de adultos que praticam atividade física no tempo livre foi modesta em todas as cidades estudadas, variando entre 11,3% em Rio Branco e 22,4% no Distrito Federal (BRASIL, 2011). Diante do exposto, é possível afirmar que os resultados encontrados no presente estudo encontra-se de acordo com as pesquisas atuais relacionadas à prática da atividade física.

Os males do tabagismo são amplamente conhecidos e divulgados. Sabe-se que o hábito de fumar é uma das causas de aproximadamente cinquenta diferentes tipos de enfermidades, destacando-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (ABREU; SOUZA; CAIAFFA, 2011). As estimativas da prevalência do hábito de fumar sugerem que os grupos mais vulneráveis são os homens e as pessoas de menor nível socioeconômico (FERREIRA; BONFIM; AUGUSTO, 2011).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foi instituído o tratamento do tabagismo, pela Portaria n°1035/GM, de 31 de maio de 2004, regulamentada pela Portaria SAS/MS/n.442, de 13 de agosto de 2004. Tem como princípio norteador o tratamento para o tabagismo na oferta de psicoterapias de grupo, por meio da abordagem cognitivo-comportamental, incluindo a disponibilidade de medicamentos (antidepressivos e reposições de nicotina com adesivos e gomas de mascar), quando necessário (ECKERDT; CORRADI-WEBSTER, 2010).

A Figura 4 representa o hábito de fumar dos participantes, onde 88% não fazem uso do fumo e 12% fazem uso frequente, desses apenas um participante do sexo masculino alegou fumar, enquanto duas participantes do sexo feminino alegaram o hábito.

Figura 4: Distribuição percentual quanto ao hábito de fumar dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Em concordância com os resultados obtidos no presente estudo, a pesquisa realizada por Bortoluzzi, et al (2011) em um município do estado de Santa Catarina

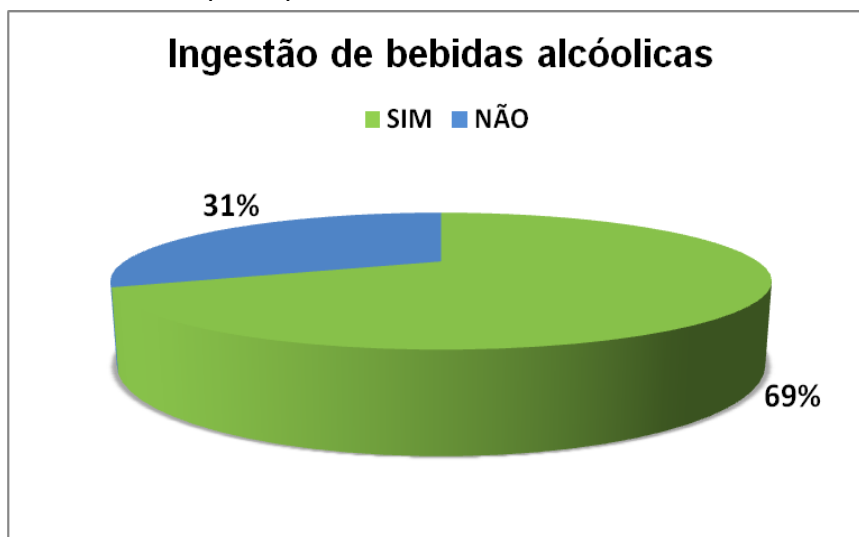
(Brasil) evidenciou um percentual maior de mulheres tabagistas do que homens. Conforme já alertava a OMS, entre os países mais populosos as mulheres jovens impulsionam a epidemia do tabagismo. O estudo também evidenciou que a baixa escolaridade está associada ao hábito do tabagismo e, indo além, também mostra associação com menor renda familiar. Dados do Vigitel 2010, podem explicar esses resultados atuais, uma vez que mostram a incidência dessa prática ser maior pelo sexo masculino, porém o mesmo sistema mostrou que entre 2007 e 2010, a frequência de fumantes do sexo masculino diminuiu em média em 1,1 ponto percentual (pp) ao ano. No mesmo período, a frequência de homens que relataram consumo de pelo menos 20 cigarros por dia também diminuiu, em média em 0,4 ponto percentual (pp) ao ano (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1970), alcoolismo é uma doença de natureza complexa, na qual o álcool atua como fator determinante sobre causas psicossomáticas preexistentes no indivíduo e para cujo tratamento é preciso recorrer a processos profiláticos e terapêuticos de grande amplitude. O álcool é uma droga legalizada e seu consumo não só é aceito pela sociedade como incentivado por intensa propaganda (SCHROEDER; HOCH, 2010). Nas últimas décadas, o seu consumo vem aumentando no mundo todo, sendo que a maior parte deste aumento deve-se aos países em desenvolvimento (ANS, 2007).

Recentemente, o *II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* apurou uma prevalência de 74,6% de uso de álcool na vida e 12,3% de dependência de álcool no Brasil. Neste cenário, a Região Nordeste desponta com a maior prevalência de dependência, com 13,8% (FERREIRA et al. 2011). O consumo alcoólico tem enormes consequências sociais e de saúde, associando-se a elevadas taxas de mortalidade e invalidez. Pode levar a doenças como cirrose hepática, pancreatite crônica, insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, neoplasias, além de ocorrências como acidentes de trânsito e violência, dentre outras (MALTA et al, 2011).

A Figura 5 representa a quantidade de participantes, que ingerem bebidas alcoólicas, onde a maior parte faz uso frequente com índice de 69%.

Figura 5: Distribuição percentual quanto à ingestão de bebidas alcoólicas dos participantes.



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Estudo realizado por Filizola, et al. (2008) sobre alcoolismo em uma população do nordeste mostrou que 40,3% dos participantes faziam uso frequente de bebida alcóolica. Já estudo realizado por Botti, Lima e Simões (2010) encontrou resultados superiores, com 89,57% da amostra. Dados do Vigitel 2010 mostrou maior consumo de bebidas alcoólicas em homens, indivíduos mais jovens e de maior escolaridade. Foi verificado aumento desse percentual de 2006 para 2010, especialmente entre as mulheres, em 0,6 pp ao ano. As maiores frequências, entre homens, foram observadas nas cidades de Natal (37,1%), Recife (36,7%) e São Luís (34,5%) e, entre mulheres, em Salvador (17,3%), Recife (15,9%) e Vitoria (14,5%) (BRASIL, 2011). Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com a alta prevalência do consumo frequente de bebidas alcoólicas verificados em outras cidades e regiões do país.

Educar a população é fundamental e as atividades preventivas devem ser orientadas ao fornecimento de informações e discussão dos problemas provocados pelo consumo do álcool, tendo como fundamento uma visão compreensiva do consumo do álcool como fenômeno social, e ao mesmo tempo individual (BRASIL, 2003 *apud* ANS 2007).

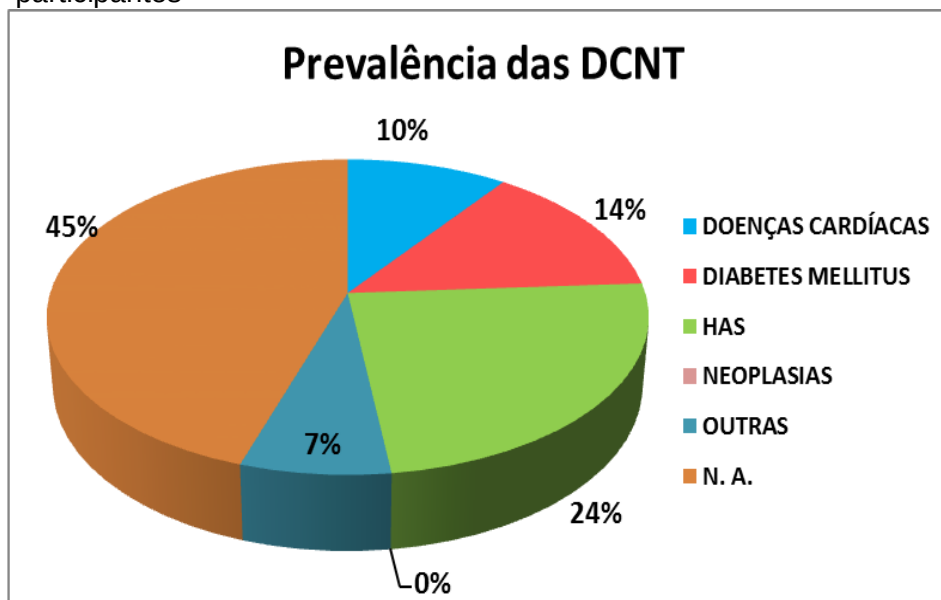
A hipertensão (HA) arterial e diabetes mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma

mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. No caso do Brasil, existem fatores que agravam e dificultam a implantação de programas de prevenção e combate a estas enfermidades, como a desigualdade social, somada à dimensão continental do país (MALFATTI; ASSUNÇÃO, 2011).

Em 2002, por meio da Portaria GM nº 371/02, surgiu o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para HAS e DM, denominado de Hiperdia (BEZERRA; SILVA; CARVALHO, 2009). E o SIS-hiperdia que é um sistema informatizado não obrigatório de gestão clínica que permite cadastrar e acompanhar os portadores de Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Melitus atendidos na rede primária do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde (BRASIL, 2011). A pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio-PNAD de 2008 mostrou que 14,0% e 3,6% da população geral referiram Hipertensão e Diabetes respectivamente (BRASIL, 2011).

A figura 6 representa a prevalências das Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos participantes da pesquisa. Embora o gráfico mostre que 45% não refere possuir nenhuma patologia referente às DCNT, observa-se que 24% já apresentam a patologia que mais tem aumentado na população brasileira, a hipertensão arterial, seguido por diabetes mellitus (14%). Considerando que estes dados da pesquisa foram obtidos através de auto-relato dos indivíduos entrevistados, torna-se importante destacar que os 45% que relataram não ter nenhum problema de saúde, podem desconhecer a presença de doenças que ainda não foram diagnosticadas. É oportuno frisar que inquéritos de auto-relato tendem a subestimar as DCNT. Não houve nenhum relato de câncer e outras patologias como doenças pulmonares.

Figura 6: Distribuição percentual quanto à prevalência das DCNT nos participantes



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão, a prevalência nacional de hipertensão arterial sistêmica na população adulta varia de 22,3% a 43,9% (PINTO et al, 2011). A prevalência de pressão alta é semelhante em todos os grupos de renda, contudo é geralmente menor na população de alta renda (WHO, 2011 *apud* BRASIL, 2011). Estudo realizado por Marcari, Santos (2011) identificaram a incidência (25,60%) de níveis pressóricos alterados em trabalhadores de um supermercado na cidade de Assis/SP. Martinez, Latorre (2006), em outro estudo encontraram índice de 24,7%. Dados esses que corroboram com esta pesquisa.

Dados do Vigitel (2010) mostrou que a frequência de indivíduos que referiram diabetes diagnosticada por medico aumentou em homens e em mulheres. Em homens, o aumento foi em media de 0,25 pp ao ano no período 2006-2010. Em mulheres o mesmo aumento foi de 0,45 pp ao ano no período 2007-2010. Lyra, et al (2010) evidenciou a prevalência do diabetes mellitus em 13,6% em uma população no interior do Nordeste. Estudo realizado por Andrade (2010) em Jeceaba/MG observou a prevalência do diabetes em 15% da amostra. Os resultados referidos concordam com os dados obtidos no presente estudo.

5.3 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A avaliação do estado nutricional tem como objetivo identificar os distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo (CUPPARI, 2005). Ela servirá como um valioso instrumento para a determinação da terapêutica clínica ou dietética a ser empregada para a correção do déficit observado (AUGUSTO et al., 2002). [...] consiste no uso de indicadores que são capazes de fornecer, de acordo com o parâmetro utilizado, informações sobre a adequação nutricional de um indivíduo ou coletividade em relação a um padrão compatível com a saúde em longo prazo. A interpretação dessa adequação culmina na classificação do estado nutricional, que será definida de acordo com o parâmetro utilizado (GOMES; ANJOS; VASCONCELLOS, 2010).

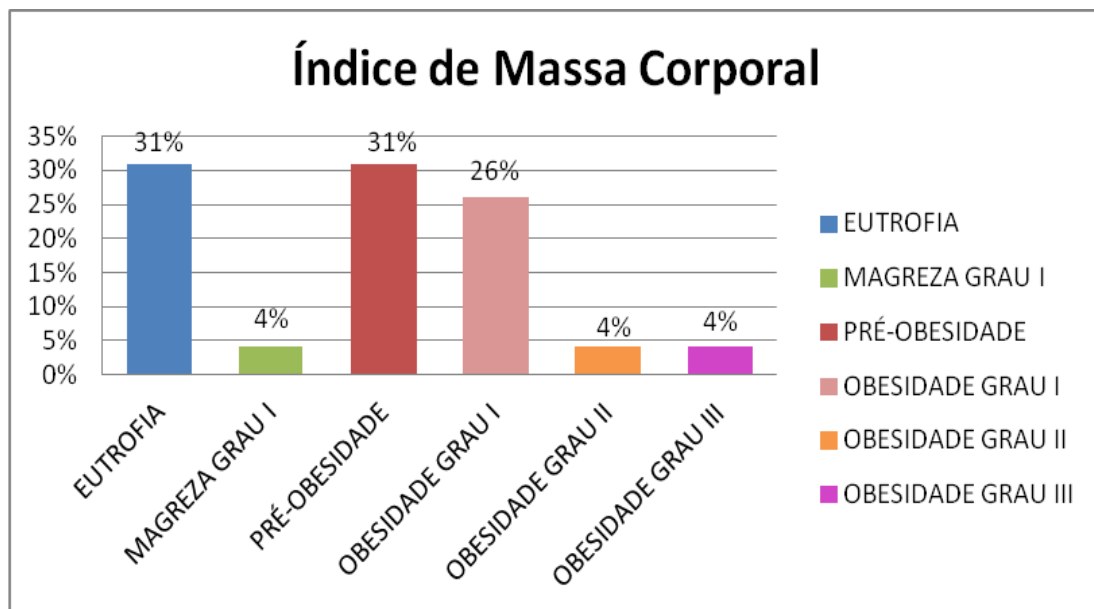
A antropometria tem se mostrado instrumento importante na avaliação do estado nutricional de indivíduos de vários grupos etários, pois proporciona informações sobre medidas físicas e composição corporal, além de ser um método de baixo custo, não invasivo e de fácil e rápida aplicação (MENEZES; SOUZA; MARUCCI, 2008). As informações obtidas pelas medidas antropométricas podem refletir o histórico do estado nutricional do paciente, o que não pode ser avaliado com tanta confiabilidade por outras técnicas (FONTANIVE; PAULA; PERES, 2007).

Em relação ao resultado da pesquisa os indicadores antropométricos, mostram preocupação referente ao estado físico dos participantes uma vez que os dois parâmetros indicaram relação com o surgimento de DCNT.

A figura 7 referente à classificação do índice de massa corporal (IMC) mostra a prevalência de pré-obesidade e obesidade (57%) que somados superarão o percentual de eutrofia (31%). O IMC é um indicador do estado nutricional, mundialmente conhecido e utilizado em pesquisas populacionais, tendo em vista a disponibilidade e relativa facilidade em obtenção dos dados, bem como, sua relação com morbimortalidade (MENEZES; SOUZA; MARUCCI, 2008). Entre os indicadores antropométricos, [...] tornou-se a primeira ferramenta para o diagnóstico de obesidade, amplamente adotado por ser de fácil aplicação e baixo custo (ORSATTI; et al. 2008). Segundo Rezende; et al. (2010), é importante ressaltar que as

categorias de IMC de adultos não são diferenciadas segundo o sexo, além de abranger uma ampla faixa etária (20 a 59 anos).

Figura 7: Distribuição percentual quanto à classificação do estado nutricional de adultos segundo o IMC dos participantes (OMS, 1995 e 1997 *apud* Cuppari 2005).



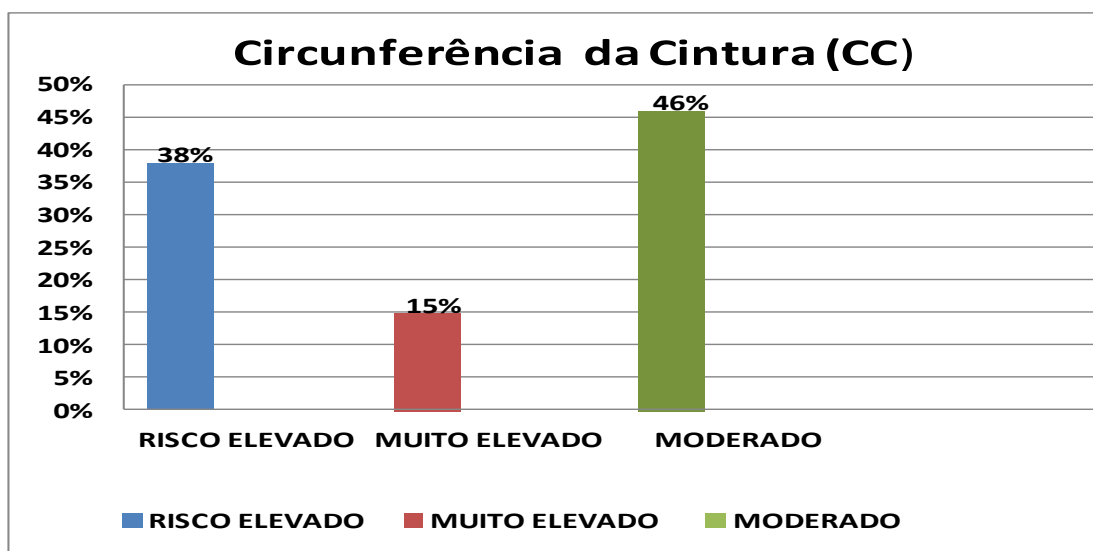
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

A figura 8 representa o resultado da pesquisa em relação à circunferência da cintura (CC) baseado nos parâmetros segundo a OMS (1998), onde os níveis normais encontrados foram (46%), porém observando a amostra o risco elevado e muito elevado quanto a desenvolver complicações metabólicas referentes à obesidade foi maior com (53%) de sua totalidade. Em nível populacional, a medida da circunferência da cintura tem a vantagem de ser prática e de fácil utilização em estudos de grande escala, bem como nas ações de promoção à saúde, possibilitando identificar níveis de intervenção na população (HOLANDA, 2011). Ainda segundo Oliveira, et al (2009) [...] expressa a concentração de gordura abdominal, em especial a gordura visceral, é apontada como importante preditor de risco para as DCNT, particularmente para doenças cardiovasculares e diabetes. O que pode ser observado em um estudo realizado por Nascente, et al. (2009).

Estudos recentes têm recomendado a medida isolada da circunferência da cintura, tendo em vista que sua medida independe da altura, correlaciona-se fortemente com o IMC e parece predizer melhor o tecido adiposo visceral que a RCQ (CUPPARI, 2005). Orsatti, et al (2008) concluiu que a associação de duas medidas

antropométricas (CC e IMC) foi eficiente para adequado diagnóstico de obesidade. Em outro estudo feito por Freitas; et al (2007), informar que alguns autores têm demonstrado que, em indivíduos com peso normal, sobrepeso e obesidade grau I definidos pelo IMC, o risco nutricional para ocorrência de co-morbidades não transmissíveis pode ser subestimado quando há elevação da CC.

Figura 8: Distribuição percentual quanto ao risco de complicações metabólicas associadas a obesidade nos participante (OMS,1998).



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Analisando os dados encontrados, o quadro requer bastante atenção, pois mostra a realidade mundial em relação à obesidade.

A transição nutricional ocorrida no mundo, incluindo-se o Brasil, é representada pela redução da desnutrição e pelo aumento do excesso de peso e da obesidade (SANTOS; CESAR; MALTA, 2011). A obesidade é o estado mais grave do excesso de peso, sendo caracterizada como uma das doenças que integra o grupo de doenças e agravos não transmissíveis (LINO; MUNIZ; SIQUEIRA, 2011).

No Brasil, a prevalência de obesidade em adultos pode ser considerada um problema de saúde pública. Segundo a Pesquisa de Orçamentos Familiares (2008-2009) observou um aumento contínuo de excesso de peso e obesidade na população de 20 anos ou mais de 1974 para cá. O excesso de peso quase triplicou entre homens, de 18,5% em 1974-75 para 50,1% em 2008-09. Nas mulheres, o aumento foi menor: de 28,7% para 48%. Já a obesidade cresceu mais de quatro vezes entre os homens, de 2,8% para 12,4% e mais de duas vezes entre as

mulheres, de 8% para 16,9% (IBGE, 2011). A mudança se deve ao desenvolvimento econômico mundial levando a alterações nos hábitos e estilos de vida, com consumo excessivo de alimentos ricos em gordura saturada associado aos baixos níveis de atividade física, o que aumenta o risco de doenças cardíacas e cerebrovasculares, hipertensão, diabetes, câncer e desordens musculoesqueléticas (MALTA, et al. 2011).

Segundo Borges; Cruz; Moura (2008) é conhecida a crescente prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis nas populações, especialmente obesidade e hipertensão arterial. Estudo realizado por Oliveira, Nogueira (2010) observou que o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos de hipertensão arterial, o que corrobora com o resultado encontrado neste presente estudo de 24% referente à hipertensão arterial. Em outro estudo feito com adultos no centro- oeste do Brasil os índices de sobrepeso e obesidade foi de 56% da amostra total na população (AMER; MARCON; SANTANA, 2010). Se comparado com os índices desse estudo que foi 57% do total também corroboram para o mesmo.

O conhecimento acerca da prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis pode alertar gestores competentes para a importância da elaboração de programas de prevenção. Programas incentivando a adoção de hábitos de vida saudáveis voltados à população em geral, podem contribuir para a promoção de qualidade de vida e redução de ocorrência de doenças e de complicações evitáveis.

5.4 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Segundo Carvalho, Rocha (2011) o estudo do consumo alimentar de uma população é capaz de gerar uma série de informações que, de certa forma, refletem a sua organização social, uma vez que a alimentação constitui necessidade prioritária em qualquer sociedade. Avaliar os hábitos alimentares de populações apresenta-se como tarefa importante a cada dia, tendo em vista os estudos já realizados que relacionam a alimentação tanto com a prevenção quanto com o tratamento de diversas patologias. Gimeno et al (2011) afirma que a principal

vantagem desse procedimento, em relação ao tradicional, é que ao focalizar a dieta habitual como um todo, ter-se-ia maior capacidade de predizer o risco de doença do que teriam as análises dos alimentos ou nutrientes, isoladamente.

O padrão alimentar dos indivíduos é um importante condicionante da morbimortalidade por doenças crônicas ao longo de todas as fases da vida (MALTA et al (2011). Sabe-se que dietas com alta densidade energética, ricas em gorduras (particularmente as de origem animal) e pobres em fibras alimentares, associadas à redução da atividade física, ao tabagismo e ao consumo excessivo de álcool podem explicar parte substancial dos casos de algumas doenças crônicas como, por exemplo, a obesidade, as doenças cardiovasculares, o diabetes mellitus e a síndrome metabólica, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento (GIMENO, et al. 2011).

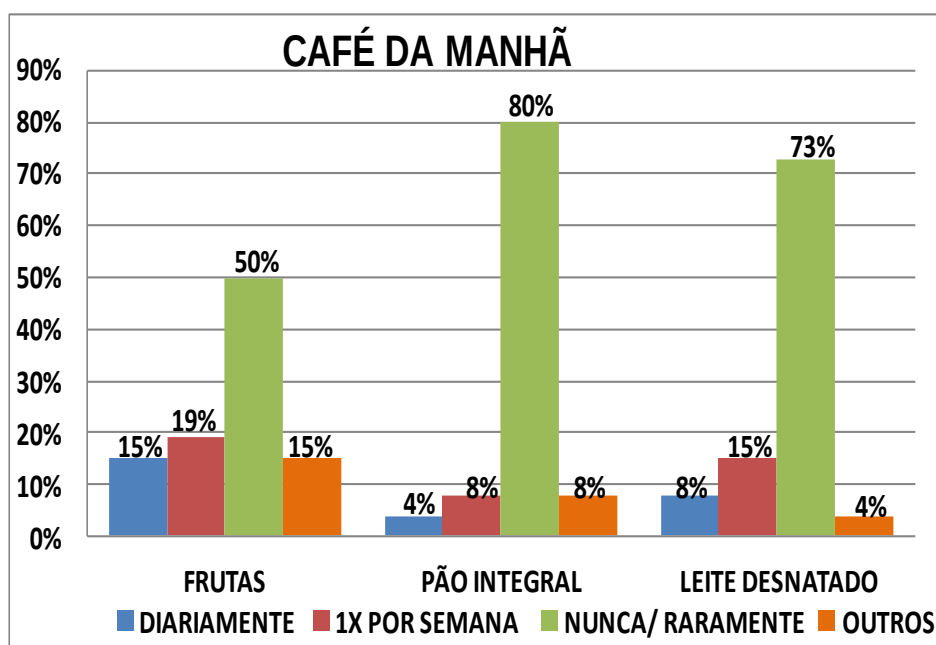
Segundo o Guia alimentar para população brasileira (2008), as práticas alimentares devem ter como enfoque prioritário o resgate de hábitos alimentares regionais inerentes ao consumo de alimentos, produzidos em nível local, culturalmente referenciados e de elevado valor nutritivo, como frutas, legumes e verduras, grãos integrais, leguminosas, sementes e castanhas, que devem ser consumidos a partir dos 6 meses de vida até a fase adulta e a velhice, considerando sua segurança sanitária.

Marinho; Hamann; Lima, (2007), enfatizam que práticas alimentares têm repercussões importantes no estado da saúde. Sabe-se que a promoção de mudanças nas práticas alimentares faz parte das metas para atingir a saúde. São necessárias mudanças baseadas na escolha e no preparo dos alimentos de maneira que promovam a adoção de uma alimentação mais saudável. É sabido que determinadas práticas alimentares constituem fatores protetores de condições mórbidas como as doenças cardiovasculares, diabetes, vários tipos de neoplasias e a obesidade, entre outras.

As Figuras 9, 10 e 11, respectivamente representam a frequência dos alimentos consumidos nas três principais refeições diárias pelos participantes. Pode-se observar que a frequência de alimentos considerados saudáveis pelo guia alimentar para população brasileira é bastante reduzido. Em alguns itens alimentícios como o pão integral (figura 09) chega a quase 80% de rejeição, assim como 50% nunca consomem frutas no café da manhã e 73% nunca consomem leite desnatado. Percebe-se também que a frequência do consumo de preparações que

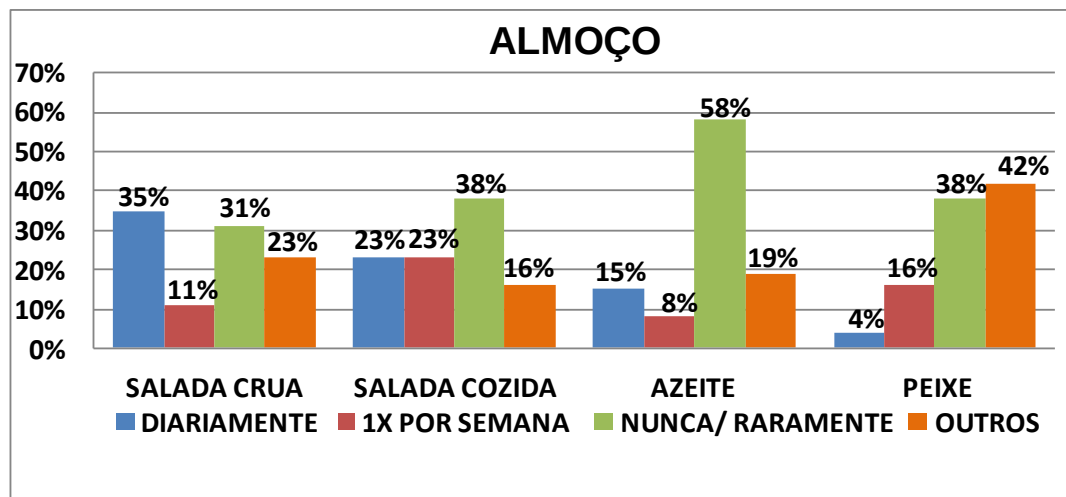
envolvem hortaliças como saladas cruas e cozidas não é diário para a maioria da população estudada, assim como o consumo da gordura monoinsaturada presente no azeite de oliva, este alcançando um percentual de 58% de não uso deste ingrediente. O consumo de sopa, preparação que consiste numa mistura de vegetais, carnes e carboidrato, é bem aceito pela população participante, porém o seu consumo não é diário. Barros; Fontinele; Seyffarth, (2007), enfatiza que as dietas pobres em gordura e rica em carboidratos complexos e fibras (vegetais, frutas e grãos) promove mais saciedade com menos calorias e melhora os perfis lipídicos, pressóricos e glicêmicos. Estudo realizado por Jaime; Monteiro, (2005) constataram que menos da metade dos indivíduos no Brasil consome frutas diariamente e menos de um terço da população relata o consumo diário de hortaliças. Esses dados corroboram o presente estudo.

Figura 9: Distribuição percentual da frequência de ingestão de frutas, pão integral e leite desnatado no café da manhã.



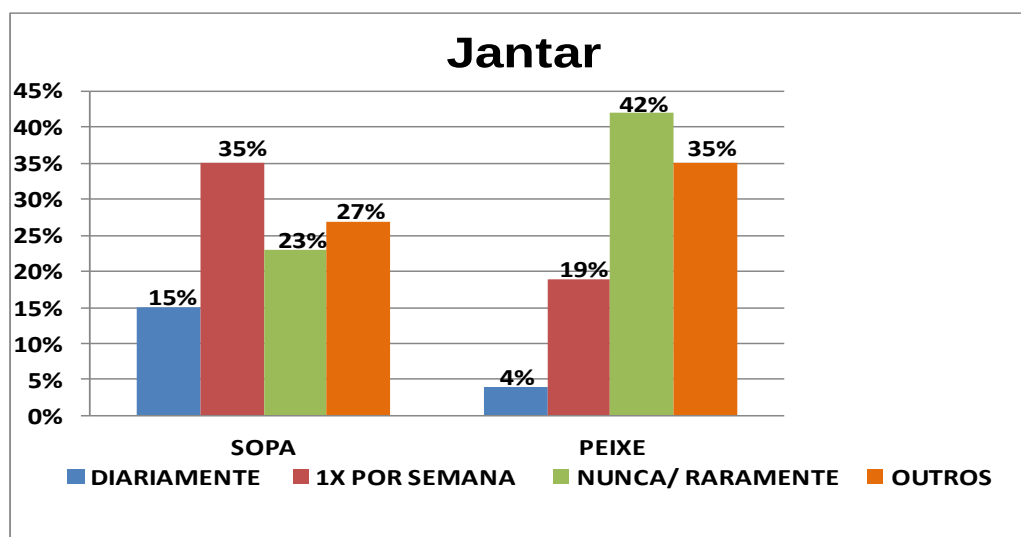
Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Figura 10: Distribuição percentual quanto à frequência do consumo de vegetais, gordura monoinsaturada e peixe consumidos no almoço.



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Figura 11: distribuição percentual da frequência do consumo de sopa e peixe no jantar.



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Estudo publicado por Neutzling et al. (2009) relata que o consumo de frutas, legumes e verduras tem sido associado à diminuição do risco de mortalidade e redução da ocorrência de doenças crônicas, tais como as doenças cardiovasculares, derrames e alguns tipos de câncer e recomenda um consumo mínimo de pelo menos cinco porções diárias de frutas, legumes e verduras, o que equivale a 400g ou mais por dia. A OMS afirma que, o consumo insuficiente de frutas, legumes e

verduras (consumo diário inferior a 400 gramas ou, aproximadamente, cinco porções por pessoa) é responsável anualmente por 2,7 milhões de mortes e por 31% das doenças isquêmicas do coração, 11% das doenças cerebrovasculares e 19% dos cânceres gastrointestinais ocorridos em todo o mundo (MALTA et al ,2011). Recente publicação da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que existem evidências convincentes de que o consumo de frutas, legumes e verduras também diminui o risco de diabetes e obesidade. Esses alimentos são importantes na composição de uma dieta saudável, pois são fontes de micronutrientes, fibras e de outros componentes com propriedades funcionais. Ademais, frutas e hortaliças têm baixa densidade energética, isto é, poucas calorias em relação ao volume do alimento consumido, o que favorece a manutenção saudável do peso corporal (FIGUEIREDO; JAIME; MONTEIRO, 2008).

Neutzling et al. (2009), afirma que identificar os fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras pode ser o primeiro passo para orientar os planejadores de saúde em direção às populações de maior risco. De acordo com estudos prévios, fatores sócio-econômicos como nível educacional e renda familiar são importantes determinantes da baixa ingestão de frutas, legumes e verduras. Gimeno, et al. (2011) ainda afirma que diversos fatores interferem nas opções alimentares de indivíduos ou populações, entre eles, os biológicos (sexo, idade, etnia), socioeconômicos (renda e escolaridade) e de estilo de vida (tabagismo, atividade física). Diante disso, dados do POF (2008-09) indicam crescimento de gastos com frutas (4,2% para 4,6), queda nos gastos com cereais, leguminosas e oleaginosas (10,4% para 8,0%) e açúcares e derivados (5,9% para 4,6%). A mesma pesquisa revela dois dados preocupantes 82% dos brasileiros consomem excessivamente gordura saturada e mais de 60% da população ultrapassa os limites de consumo de açúcar (IBGE, 2011). Estudos mostram que a idade e escolaridade também são fatores que influenciam no consumo positivo de frutas, legumes e verduras, o que foi confirmado no estudo realizado por Figueiredo; Jaime; Monteiro, (2008) com adultos na cidade de São Paulo e pelo Vigitel 2010.

Em relação à ingestão de alimentos integrais como o pão integral foi bastante reduzido. Alimentos integrais são muito importantes para uma alimentação saudável, pois são ricos em fibras, parte não digerível do alimento vegetal, a qual resiste à digestão e absorção intestinal, porém com fermentação completa ou parcial no intestino grosso. Segundo Mello, Laaksonen (2009) relataram que estudos

epidemiológicos sugerem que as fibras dos cereais e produtos à base de grãos integrais são capazes de prevenir a obesidade e o ganho de peso, além de contribuir na diminuição do risco para o desenvolvimento de DM. A importância é reforçada pela observação de que o consumo de alimentos ricos em fibras está presente em dietas associadas a uma redução de risco cardiovascular, como a dieta mediterrânea e a dieta DASH (STEEMBURGO, et al. 2007). Por essa razão a fim de auxiliar na prevenção do aparecimento de doenças crônicas relacionadas à dieta, a FAO/OMS recomenda o consumo de pelo menos 25 g/d de fibras na dieta (MELLO; LAAKSONEN, 2009). O baixo consumo do azeite já era esperado nesta população uma vez que os participantes encontram-se com renda entre um salário mínimo e meio, o produto é de alto custo e muitos desconhecem seus benefícios. Estudo realizado por Neumann; Shirassu; Fisberg (2006) com funcionários públicos em São Paulo observaram que o consumo diário de desses alimentos foi maior nos que possuíam maior escolaridade e renda. Em relação ao consumo de peixe que possui fatores benéficos para a saúde como fonte alimentar, graças ao seu valor nutritivo, fácil digestibilidade, diversidade de sabores e composição equilibrada, o resultado foi o mesmo. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-09, o consumo anual de peixe do brasileiro é de 9 kg e na região Nordeste o consumo médio é de 4,96kg, porém a Organização Mundial da Saúde preconiza ingestão anual de no mínimo 12 kg de pescado por pessoa e o Guia Alimentar para a População Brasileira, do Ministério da Saúde (2008), recomenda o consumo de peixe fresco pelo menos duas vezes por semana (BRASIL, 2011). A pesquisa mostra consumo insuficiente para o ideal proposto pelas organizações.

Os resultados encontrados neste trabalho evidenciam que o hábito alimentar encontrado (consumo habitual de carboidratos simples e complexos, sobretudo os açúcares, gorduras, especialmente as de origem animal e margarinas) concorre para o incremento na ocorrência da obesidade, que pode gerar transtornos metabólicos importantes como aqueles que geralmente a acompanham: hipertensão, cardiopatias, diabetes mellitus, entre outros. E que a frequência do consumo de frutas, legumes e verduras, bem como de alimentos considerados saudáveis pelo guia alimentar brasileiro nesta população de trabalhadores terceirizados está muito aquém das recomendações atuais do Ministério da Saúde do Brasil (5 porções de frutas, legumes e verduras ao dia e pelo menos duas vezes por semana do consumo de peixe fresco).

6. CONCLUSÃO

- ✓ A população em estudo mostrou uma maior prevalência de indivíduos no gênero masculino e a faixa etária encontrada prevalente em ambos os sexos foi entre 21- 40 anos.
- ✓ O sedentarismo bem como o uso de bebidas alcoólicas foi bastante representativo em ambos os sexos.
- ✓ Entre as comorbidades encontradas, houve a maior prevalência de hipertensão arterial seguida pelo diabetes mellitus.
- ✓ Para a avaliação antropométrica, O IMC mostrou uma prevalência maior de eutrofia seguida pela pré-obesidade e obesidade que superaram sua normalidade. O mesmo foi encontrado para a CC onde foi verificado estado moderado, embora o risco elevado e muito elevado para o surgimento complicações metabólicas, como a obesidade, quando somados tenham sido maior.
- ✓ Os achados deste estudo destacam um consumo habitual de gordura animal e um consumo não habitual de frutas, hortaliças e alimentos integrais que são fontes ricas em fibras. Fatores que impulsionam o aparecimento das DCNT.
- ✓ Estimular a ingestão de alimentos saudáveis de forma a prevenir o aparecimento de doenças crônicas deve ser é um trabalho primordial de educação nutricional na população.

REFERÊNCIAS

- ABREU, M. N.S.; SOUZA, C. F.; CAIAFFA, W. T. Tabagismo entre adolescentes e adultos jovens de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: influência do entorno familiar e grupo social. Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**. v.27, n.5, p. 935-943, maio 2011.
- ACUÑA, K.; CRUZ T. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 48, n. 3, p. 345-359, junho 2004.
- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. ANS. **Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico / Agência Nacional de Saúde Suplementar**. 2. ed.. Rio de Janeiro: ANS, 2007.
- AMER, N. M.; MARCON, S. S.; SANTANA, R. G. Índice de massa corporal e hipertensão arterial em indivíduos adultos no Centro-Oeste do Brasil. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v.96, n.1, p. 47-53, jan. 2011.
- ANDRADE, Taise Leite. **Caracterização da associação entre Diabetes Mellitus e hipertensão arterial na atenção primária**: estudo quantitativo no município de Jeceaba - MG. 2010. 22 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Belo Horizonte, 2010.
- AUGUSTO, A. L. P. et al. Avaliação Nutricional. In: AUGUSTO, A. L. P. **Terapia Nutricional**. São Paulo: Atheneu, 2002.
- BARRETO, S. M. et al. Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.14, n.1, p. 41-68, jan./mar. 2005.
- BARROS, M. B. A.; et al. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.11 n. 4, p. 911-926, out./dez. 2006.
- BARROS, R. M. M.; FONTINELE, R. S. S.; SEYFFARTH, A. S. Intervenção nutricional em grupo de moradores atendidos pelo Programa Família Saudável **Com. Ciências Saúde**. v.18, n. 3, p. 207-214, 2007.
- BERNARDON, R. et al. Construção de metodologia de capacitação em alimentação e nutrição para educadores. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.22, n.3, p.389-398, maio/jun. 2009.
- BERTO, S. J. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.8, ago. 2010.

BEZERRA, D. S.; SILVA, A. S.; CARVALHO, A. L. M. Avaliação das características dos usuários com hipertensão arterial e/ou *diabetes mellitus* em uma Unidade de Saúde Pública, no município de Jaboatão dos Guararapes/PE, BRASIL. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.** v. 30, n. 1, p. 69-73, Abr., 2009.

BORGES, H.P.; CRUZ, N.C. C.; MOURA, E. C. M. Associação entre Hipertensão Arterial e Excesso de Peso em Adultos, Belém, Pará, 2005. **Arq Bras Cardiol.** v. 91, nº2. p.110-118, 2008.

BORTOLUZZI, M. C. et al Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.16, n. 3, mar. 2011.

BOTTI, N. C. L.; LIMA, A. F. D.; SIMÕES, W. M. B. Uso de substâncias psicoativas entre acadêmicos de enfermagem da Universidade Católica de Minas Gerais SMAD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.** (Ed. port.). Ribeirão Preto, v.6, n.1, p. 1-13, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes: Atenção Básica: Saúde na Família:** jan./2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/publicacao_janeiro_21_01_2011.pdf>. Acesso em: 07 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Ministério da Saúde incentiva consumo de peixe.** Disponível: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/2264/162/ministerio-da-saude-incentiva-consumo-de-peixe.html>>. Acesso em: 07 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Guia Alimentar para a população brasileira:** Promovendo a Alimentação Saudável. Brasília / DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série A - Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de vigilância à saúde. Secretária de atenção à saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis:** promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília / DF: Ministério da Saúde, 2008. (Série B: Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v.8). Disponível: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume8livro.pdf>> Acesso em: 30 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no BRASIL, 2011-2022.** Brasília, DF: Ministério da Saúde , 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011.** Disponível: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pns2008_2011_preimpressao.pdf> .Acesso em: 25 out. 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS : Uma construção coletiva : Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011.**

Disponível: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Vigitel Brasil 2008:** saúde suplementar vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2008. Disponível: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/vigitel_2009.pdf>. Acesso em: 05 nov 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2009:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio-demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2009. Disponível:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel2009_220610.pdf> Acesso em: 06 nov 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/vigitel_2010_preliminar_web.pdf>. Acesso em: 21 out. 2011.

CAMPOS, M. O.; NETO RODRIGUES, J. F. Doenças Crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, p. 561-581, out./dez. 2009.

CARNELOSSO, M. L. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares na região leste de Goiânia (GO). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl.1 junho 2010.

CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C.; MONTEIRO, C. A. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas: inquérito populacional mediante entrevistas telefônicas em Botucatu, São Paulo, 2004. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.11, n. 1, p. 14-23, mar. 2008.

CARVALHO, E. O.; ROCHA, E. F. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatuba/ES, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 179-185. jan. 2011.

CERVATO, A. M.; VIEIRA, V. L. Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta. **Rev. Nutr.** Campinas, v.16, n.3, p. 347-355, jul/set. 2003.

CÔRTEZ, D. C. S. et al. Sedentarismo em população específica de funcionários de uma empresa pública. **Rev Bras Clin Med**, São Paulo, p. 375-377, set/out. 2010.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição Clínica no Adulto**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição nas doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Manole, 2009.

ECKERDT, N.S.; CORRADI-WEBSTER, C. M. Sentidos sobre o hábito de fumar para mulheres participantes de grupo de tabagistas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.18, n. esp., p. 641-647, mai/jun 2010.

FERREIRA, D. K. S.; BONFIM, C.; AUGUSTO, L. G. S. Fatores associados ao estilo de vida de policiais militares. *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3403-3412, ago. 2011.

FERREIRA, L. N. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27 n.8, p. 1473-1486, ago. 2011.

FIGUEIREDO, E. T. de et al. Influência da rotina acadêmica na prática de atividade física em graduandos de Medicina, **Rev Bras Clin Med**., n.7, p.174-176, 2009.

FIGUEIREDO, I. C. R.; JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. L. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. **Rev Saúde Pública**. v. 42, n.5, p. 777-785, 2008.

FILIZOLA, P. R. B. et al. Alcoolismo no Nordeste do Brasil – prevalência e perfil sociodemográfico dos afetados. **J. bras. psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 57, n.4, p. 227-232, 2008.

FONTANIVE, R.; PAULA T. P.; PERES, W. A. F. Avaliação da composição corporal de adultos In: DUARTE, Antonio Cláudio Goularte. **Avaliação nutricional: aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007.

FREITAS, S.N.; et al. Risco nutricional na população urbana de Ouro Preto, sudeste do Brasil: estudo de corações de Ouro Preto. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, v.88, n.2, p. 191-199, fev. 2007.

FURLAN-VIEBIG, R.; PASTOR-VALERO, M. Desenvolvimento de um questionário de frequência alimentar para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis. **Rev Saude Publica**. São Paulo, v.38, n. 4, p. 581-584, 2004.

GIMENO, S. G. A. et al. Padrões de consumo de alimentos e fatores associados em adultos de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: Projeto OBEDIARP. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n.3, p. 533-545, mar. 2011.

GOMES, F. S.; ANJOS, L. A.; VASCONCELLOS, M. T. L. Antropometria como ferramenta de avaliação do estado nutricional coletivo de adolescentes. **Rev. Nutr.** Campinas, v. 23, n.4, p. 591-605, jul/ago. 2010.

GOMES, F. S. Frutas, legumes e verduras: recomendações técnicas *versus* constructos sociais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n. 6, p. 669-680, nov./dez. 2007.

HOLANDA, L.G.M.; et al. Excesso de peso e adiposidade central em adultos de Teresina-PI. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v. 57, n.1, p. 50-55, jan./fev. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)- POF 2008-2009- Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_visualiza.php?id_noticia=1699&id_pagina=1>. Acesso em: 10 out. 2011.

ISOSAKI, M.; CARDOSO, E.; OLIVEIRA, A. **Manual de Dietoterapia e Avaliação Nutricional**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

JAIME, P. C.; MONTEIRO, C. A. Consumo de frutas e hortaliças na população adulta brasileira 2003. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, supl. 1. p. 19-24, 2005.

LINO, M. Z. R.; MUNIZ, P. T.; SIQUEIRA, K. S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em adultos: inquérito populacional em Rio Branco/Acre, Brasil, 2007-2008. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 797-810, abr. 2011.

LYRA, Ruy; et al. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v.54, n.6, p. 560-566, ago. 2010.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MALFATTI, C. R. M.; ASSUNÇÃO, A. N. Hipertensão arterial e diabetes na Estratégia de Saúde da Família: uma análise da frequência de acompanhamento pelas equipes de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.16, supl.1, p.1383-1388, 2011.

MALTA D. C.; et al, Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.3, p. 2011-2022, mar. 2011.

MARCARI, M. C. A.; SANTOS, C. Diagnóstico de enfermagem da nanda internacional nos trabalhadores com níveis pressóricos alterados de um supermercado do interior paulista. **Revista Hórus**. v 5, n.1, p. 163-175, jan. /mar. 2011.

MARINHO, M. C. S.; HAMANN E., M.; LIMA, A. C.C. F. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v.7, n.3, p. 251-261, jul./set. 2007.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O. Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito em trabalhadores de empresa metalúrgica e siderúrgica. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v. 87 n.4 p. 471-479, out. 2006.

MELLO, V. D.; LAAKSONEN, D. E. Fibras na dieta: tendências atuais e benefícios à saúde na síndrome metabólica e no diabetes melito tipo 2. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v.53, n.5, p. 509-518, jul. 2009.

MENEZES, T. N.; SOUZA, J. M. P.; MARUCCI, M. F. N. Avaliação do estado nutricional dos idosos residentes em Fortaleza /CE: o uso de diferentes indicadores antropométricos. **Rev. Bras.Cineantropom. Desempenho Hum.** v. 10, n. 4, p. 315-322, 2008.

MOREIRA, E. A. M.; CHIARELLO, P. G. **Nutrição e Metabolismo:** Atenção Nutricional Abordagem Dietoterápica em adultos. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NASCENTE, F. M. N.; et al. Hipertensão arterial e sua associação com índices antropométricos em adultos de uma cidade de pequeno porte do interior do Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras.** São Paulo, v.55, n.6, p. 716-722, 2009.

NEUMANN, A. I. la C. P.; SHIRASSU, M. M.; FISBERG, R. M. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos. **Rev. Nutr.** Campinas, v.19, n.1, jan./fev. 2006.

NEUTZLING, M. B.; et al. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2365-2374, nov. 2009.

OLIVEIRA, A. F. C.; NOGUEIRA, M. S. Obesidade como fator de risco para a hipertensão entre profissionais de enfermagem de uma instituição filantrópica. **Rev. esc. enferm. USP.** São Paulo, v.44, n. 2, p. 388-394, jun. 2010.

OLIVEIRA, C. S.; et al. Prática de atividade física na cidade universitária da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). **Ciênc. saúde coletiva.** Rio de Janeiro, supl.1, v.16, p. 1489-1496, 2011.

OLIVEIRA, L. P. M. ; et al. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 570-582, mar. 2009.

ORSATTI, F.L.; et al. Indicadores antropométricos e as doenças crônicas não transmissíveis em mulheres na pós-menopausa da região Sudeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro v. 30, n.4, p. 182-189, abr. 2008.

PALMA, D.; ESCRIVÃO, M. A. M. S.; OLIVEIRA, F. L. C. Avaliação nutricional. In: AMANCIO, O. M. S.; JUZWIAK, C. R.; OLIVEIRA, F. L. C. **Guia de nutrição clínica na infância e na adolescência**. Barueri, SP: Manole, 2009.

PELEGRINI, A.; PETROSKI E. L., Inatividade física e sua associação com estado nutricional, insatisfação com a imagem corporal e comportamentos sedentários em adolescentes de escolas públicas. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo v.27, n.4 p.366-373, dez. 2009.

PINTO, S. L.; et al. Prevalência de pré-hipertensão e de hipertensão arterial e avaliação de fatores associados em crianças e adolescentes de escolas públicas de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27 n.6, p. 1065-1075, jun. 2011.

REZENDE, F. A. C.; et al. Aplicabilidade do índice de massa corporal na avaliação da gordura corporal. **Rev Bras Med Esporte**. Niterói v.16, n.2, p. 90 -94, mar./ abr. 2010.

ROCHA, S. V.; et al. Atividade física no lazer e transtornos mentais comuns entre idosos residentes em um município do nordeste do Brasil. **J. bras. psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 60, n. 2, p. 80-85, 2011.

ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A. P. **Avaliação Nutricional: novas perspectivas**. São Paulo: Roca, 2009.

SAMPAIO, H. A. C.; SABRY, M. O. D. Nutrição em doenças crônicas: prevenção e controle. In: SOARES, N. T. **Avaliação nutricional nas doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Atheneu, 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo: Divisão de Doenças e Agravos Não-transmissíveis, Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Coordenadoria de Controle de Doenças. Instituição do Comitê Estadual para a Promoção da Alimentação Saudável e Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.42 n.2, p. 380-382, abr. 2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac", Divisão de Doenças e Agravos Não-transmissíveis., Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis e se seus fatores de risco SES/CVE/DDCNT**. 3. ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2008.

SANTOS, F. M.; CÉSAR, F. O.; MALTA, D. C. Fatores de Risco e Fatores de Proteção Referentes a Doenças Crônicas não Transmissíveis na População de Goiânia em 2009. **Brasília Med**. Brasília, v.47, n.4, p.439-444, 2010.

SÁVIO, K. E. O. et al. Sexo, renda e escolaridade associados ao nível de atividade física de trabalhadores. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.42, n.3, p. 457-463, junho 2008.

SCHROEDER, C; HOCH, V. A. O uso de bebidas alcoólicas entre funcionários/colaboradores de empresas. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 1, n. 2, p. 169-182, jul./dez. 2010.

SILVA, L. C. G.; et al, Análise do sedentarismo à prática regular de atividade física, um projeto chamado Viva Vida. **Revista Digital** - Buenos Aires, v. 12, n. 118, mar./2008. Disponível: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em: 10 out. 2011.

SITTA, É. I.; et al. A Contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Rev. CEFAC**; v.12, n.6, p.1059-1066, nov/dez 2010.

SOUZA, D. R. et al. Ingestão alimentar e balanço energético da população adulta de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil: resultados da Pesquisa de Nutrição, Atividade Física e Saúde (PNAFS). **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 879-890, mai. 2010.

STEEMBURGO, T.; et al. Fatores dietéticos e síndrome metabólica **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo v.51, n.9, p.1425-1433, dez. 2007.

SUZUKI, C. S.; MORAES, S. A.; FREITAS, I. C. M. Atividade física e fatores associados em adultos residentes em Ribeirão Preto, SP **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v.45, n.2, p. 311-320, abr. 2011.

TARDIDO, A. P.; FALCÃO, M. C. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**, [S. l.: s. n.]. p.117-124, 2006.

THOMAZ, P. M. D.; et al, Fatores associados à atividade física em adultos, Brasília, DF. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.5, p. 894-900, out. 2010.

TIRAPGUI, J.; RIBEIRO S. M. L. **Avaliação Nutricional: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VASCONCELOS, Francisco de Assis Guedes. **Avaliação Nutricional de coletividades**. 4. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2007.

VINHOLES, D. B.; ASSUNÇÃO, M. C. F.; NEUTZLING, M. B. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 791-799, abr, 2009.

VITOLO, M. R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

YOKOTA, R. T. C. et al. Prevalência de fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis em duas regiões do Distrito Federal. **Com. Ciencias Saude**. v.18, n. 4, p.289-296, out/dez 2007.

ZAITUNE, M. P. A. et al. Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.8, p. 1606-1618, ago. 2010.

APÊNDICES



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

APÊNDICE A - TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Caracterização do perfil nutricional dos servidores terceirizados do poder judiciário de Natal/RN.

Pesquisadores: MS. Carina Leite de Araújo (Coordenadora do Curso de Nutrição- FARN), Simone Domingos da Silva- graduanda em Nutrição (Bacharelado)/FARN- autora do projeto.

Objetivo: avaliar o estado nutricional e a prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nos terceirizados de um órgão do poder judiciário do RN.

Riscos: este estudo oferece riscos mínimos, tendo em vista que o participante desta pesquisa não será submetido a nenhum procedimento invasivo.

Benefícios: os benefícios em participar desse estudo contribuem para o conhecimento da prevalência das DCNT nesses servidores, com isso que os profissionais de nutrição possam enfocar métodos educacionais para melhorar a qualidade de vida.

Confidencialidade: o registro de participação neste estudo será mantido confidencial até o limite permitido por lei. No entanto somente os pesquisadores da equipe terão acesso a estas informações. Qualquer relatório ou publicação que resultar dos trabalhos científicos produzidos nesse projeto, a identificação do paciente não será revelada.

Participação voluntária: toda a participação é voluntária. Não há penalidade para alguém que decida não participar do estudo. Ninguém também será penalizado se decidir desistir de participar do estudo, em qualquer época.

Consentimento para a participação: estou de acordo em participar dos estudos provenientes desse projeto. Fui devidamente esclarecido quanto ao objetivo do trabalho, os procedimentos aos quais serei submetido e dos possíveis riscos que possam advir de tal participação. Foi garantido o direito a desistir em qualquer época, sem que este ato implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação não implicará em custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à identificação da minha pessoa.

Nome: _____

Assinatura do entrevistado ou responsável: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ____ / ____ / ____



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SÓCIO-ECONÔMICO E CLÍNICO

I- Dados Pessoais

1. Nome:
2. Data de Nascimento: / /
3. Gênero: () F () M
4. Cargo ocupacional:
5. Renda Mensal (em salário mínimo):
() 1 a 2 () mais de 4
6. Escolaridade:
() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo
() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo
() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo
() sem escolaridade

II- Avaliação Clínica

6. Prevalência de DCNT
() doenças cardiológicas () diabetes () HAS
() neoplasias () doenças pulmonares () outras _____
7. Hábito de fumar?
() sim () não Há quanto tempo? _____
8. Ingere bebidas alcoólicas?
() sim () não
No caso de sim com que frequência?
() diariamente () final de semana () 2 a 3 vezes /sem.
() esporadicamente Qual o tipo da bebida? _____
9. Realiza atividade física?
() sim () não
Com que frequência?
() diariamente () 2 vezes por semana () 3 vezes ou mais
Qual? _____

10. Quantas refeições realiza ao dia?

() 1 refeição () 3 refeições () 4 refeições () 5 ou mais

III- Dados Antropométricos

Peso: _____ Altura: _____

Circunferência da cintura (CC): _____

IMC kg/m²: _____



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO RIO
GRANDE DO NORTE**

**APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA DO
CONSUMO ALIMENTAR (QFCA)
CONSUMO MÉDIO**

Submetido aos servidores terceirizados do poder judiciário de Natal/RN

CAFÉ DA MANHÃ

Alimento	diariamente	1 vez por semana	2 à 3 vezes por semana	Mensalmente	Nunca/raramente
frutas					
pão francês					
pão integral					
bolo					
tapioca					
ovo frito					
margarina					
manteiga					
café					
açúcar adicionado					
adoçante					
leite desnatado					
leite integral					
iogurtes					
queijo					
mortadela					
cuscuz					

LANCHES

Alimento	diariamente	1 vez por semana	2 à 3 vezes por semana	Mensalmente	Nunca/raramente
frutas					
suco de frutas					
bolo					
salgado/coxinha					
pizza					
sanduíche					
maionese					
catchup					
biscoitos recheados					
refrigerante					

ALMOÇO

Alimento	diariamente	1 vez por semana	2 à 3 vezes por semana	Mensalmente	Nunca/raramente
salada crua					
salada cozida					
salada c/ maionese					
azeite					
óleo vegetal					
Carne vermelha					
peixes					
frango					
linguiça					
soja					
feijão					
macarrão					
arroz					
doce variado					
Sucos artificiais					
refrigerantes					
água					

JANTAR

Alimento	diariamente	1 vez por semana	2 à 3 vezes por semana	Mensalmente	Nunca/raramente
macaxeira					
pão					
tapioca					
sopas					
feijão					
arroz					
batatas					
macarrão instantâneo					
carnes					
carnes de conserva					
salsicha					
mortadela					
aves					
peixes					