

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

HELENA GABRIELLA CARVALHO DE MEDEIROS

Análise do perfil nutricional e prevalência de doenças crônicas não
transmissíveis de funcionários de uma rede de supermercados da
cidade do Natal /RN.

NATAL/RN

2012

HELENA GABRIELLA CARVALHO DE MEDEIROS

Análise do perfil nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis de funcionários de uma rede de supermercados da cidade do Natal /RN.

Trabalho de conclusão de curso do
Curso de Graduação em Nutrição
do Centro Universitário do Rio
Grande do Norte.

Orientadora: Profa. MS. Juliana
Padilha Ramos Neves

NATAL/RN

2012

UNI-RN
BIBLIOTECA

PR: 36.254

Id de Bar: M001971

Data: 19.04.13

612.39

M488p

2012

ex.01

Catálogo na Publicação – Biblioteca do UNI-RN
Setor de Processos Técnicos

Medeiros, Helena Gabriella Carvalho de.

Análise do perfil nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis de funcionários de uma rede de supermercados da cidade do Natal/RN / Helena Gabriella Carvalho de Medeiros. – Natal, 2012.

xx f.

Orientador: Profª. Juliana Padilha Ramos Neves (Msc.)

Monografia (Graduação em Nutrição) – Centro Universitário do Rio Grande do Norte.

1. Nutrição – Monografia. 2. Perfil Nutricional – Monografia. 3. Doenças Crônicas – Monografia. 4. Rede de Supermercados – Monografia. I. Neves, Juliana Padilha Ramos. II. Título.

RN/UNI-RN/BC

CDU 612.39

HELENA GABRIELLA CARVALHO DE MEDEIROS

Perfil nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis
de funcionários de uma rede de supermercados da cidade do Natal /RN.

TCC apresentado ao curso de graduação de Nutrição do Centro
Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para
obtenção do grau de Nutricionista.

Data de aprovação: ____/____/____

Banca examinadora:

Orientadora

Examinador 1

Examinador 2

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por ter guiado meu passos para que hoje eu pudesse estar concluindo esse curso e me tornando nutricionista.

Aos meus pais que com muito esforço, junto com meus avós me proporcionaram essa faculdade e tudo que precisei para concluí-la.

Ao meu noivo que sempre me apoiou, ajudou e incentivou ao longo desses quatro anos, entendendo junto com meu filho as minhas ausências, quando elas foram necessárias.

A minha orientadora, Juliana Padilha que em todas as fases desse trabalho esteve disponível e disposta a ajudar, me incentivando e fazendo com que eu desse o meu melhor.

As minhas amigas de sala por fazerem todas as aulas, trabalhos e estágios mais prazerosos e animados.

E a todos que de alguma maneira contribuíram e torceram para que eu pudesse realizar mais um sonho, o meu MUITO OBRIGADO!

RESUMO

No Brasil, assim como em outros países, o sobrepeso e a obesidade vêm crescendo aceleradamente nos últimos anos. Apesar do conhecimento acumulado e difundido socialmente, é difícil desenvolver um modo de vida mais saudável. De um lado, porque vários fatores de risco estão relacionados ao prazer, são disseminados na mídia e reforçados pelo consumismo da sociedade atual. De outro, o impacto dos fatores de risco comportamentais sobre a saúde é sentido em idades mais avançadas, pois se associam a doenças que se desenvolvem lenta e silenciosamente, e cuja incidência é preponderante na população com idade ≥ 40 anos. Neste contexto, intervenções na saúde pública devem ser constantemente desenvolvidas para promover comportamento saudável, preferencialmente desde a infância, para que tal comportamento se reflita na idade adulta. A avaliação nutricional é uma excelente ferramenta de diagnóstico nutricional e então prevenção dos fatores acima mencionados. Neste contexto, este estudo buscou conhecer o perfil nutricional de funcionários de uma rede supermercado na cidade do Natal-RN. O presente estudo caracteriza-se por ser transversal e descritivo, sendo fácil, econômico e com duração de tempo relativamente curta. Estudo foi realizado a partir de um universo de 2500 funcionários de 8 lojas de uma rede de supermercados, a amostra final foi de 721 funcionários. Foram coletadas as variáveis peso e altura, para o cálculo do indicador IMC. As medidas foram realizadas com estadiômetro de haste móvel de 2,00m e balança portátil digital devidamente calibrada. Dentre os colaboradores avaliados 43,8% eram do sexo feminino e 56,2% do sexo masculino. Quanto à classificação do estado nutricional pelo índice de massa corporal (IMC) utilizando-se como pontos de corte a OMS (2000), nota-se que 45,4% (n=184) dos homens estão em eutrofia, 38,5% (n=156) em sobrepeso, 14,8% (n=60) em obesidade e 1,2% (n=5) com baixo peso. No sexo feminino 44,9% (n=142) foram classificadas como eutroficas, 40,8% (n=129) em sobrepeso, 13,9% (n=44) como obesas, e 0,31% (n=1) com baixo peso. A patologia com maior prevalência foi a hipertensão com 6,9% (n= 28) entre os homens, e 7,9% (n=25) entre as mulheres, seguido pelo diabetes com 1,40% (n=6) no sexo masculino, e 2,5% (n=8) no sexo feminino. Apenas dois participantes do sexo masculino declararam ter diabetes e hipertensão representando um percentual de 0,49%. Dos homens que relataram a presença de alguma DCNT, a sua maioria estava com sobrepeso/obesidade, da mesma forma aconteceu com o grupo das mulheres. Ocorreu uma baixa prevalência de DCNT, porém ao ter-se como estado nutricional predominante o excesso de peso (sobrepeso e obesidade, somados) se tem um risco elevado de desenvolvê-las no futuro, constatando-se a necessidade de ser feita orientação nutricional para esses funcionários.

Palavras chave: Estado nutricional, doenças crônicas não transmissíveis, IMC.

ABSTRACT

In Brazil, as in other countries, overweight and obesity have been growing rapidly in recent years. Despite the widespread and socially accumulated knowledge, it is difficult to develop a healthier lifestyle. On one hand, several risk factors are related to pleasure, are disseminated in the media and reinforced by modern consumerism. On the other, the impact of behavioral risk factors on health is felt at older ages because they associate the diseases that develop slowly and silently, and whose incidence is prevalent in the population aged ≥ 40 years. In this context, public health interventions should be constantly developed to promote healthy behavior, preferably from childhood, that such behavior is reflected in adulthood. Nutritional assessment is an excellent diagnostic tool and then nutritional prevention of the above factors. In this context, this study aimed to know the nutritional profile of employees in a network supermarket in the city of Natal, RN. The present study was a cross-sectional, descriptive, and easy, economical and relatively short duration of time. Study was conducted from a universe of 2500 employees from 8 stores of a supermarket chain, the final sample of 721 employees. We collected weight and height to calculate BMI indicator. The measurements were performed with stadiometer spindle of 2.00 m and portable digital scale calibrated properly. Among the collaborators evaluated 43.8% were female and 56.2% male. Regarding the classification of nutritional status by body mass index (BMI) using as cutoffs WHO (2000), we note that 45.4% ($n = 184$) of men are at normal weight, 38.5% ($n = 156$) in overweight, 14.8% ($n = 60$) in obesity and 1.2% ($n = 5$) with low weight. Among females 44.9% ($n = 142$) were classified as normal weight, 40.8% ($n = 129$) in overweight, 13.9% ($n = 44$) as obese, and 0.31% ($n = 1$) underweight. The disease was most prevalent hypertension with 6.9% ($n = 28$) among men and 7.9% ($n = 25$) among women with diabetes followed by 1.40% ($n = 6$) in males, and 2.5% ($n = 8$) in females. Only two male participants reported having diabetes and hypertension representing a percentage of 0.49%. Of the men who reported the presence of some NCDs, their majority was overweight / obesity, just as happened with the group of women. There was a low prevalence of NCDs, however to have been as prevalent nutritional excess weight (overweight and obesity) has a high risk of developing them in the future, realizing the need to be made nutritional guidelines for those employees.

Keywords: Nutritional status, chronic diseases, BMI.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Distribuição da população estudada quanto ao gênero 20
- Figura 2:** Distribuição do percentual de funcionários segundo a classificação do estado nutricional pelo índice de massa corporal (IMC) 21
- Figura 3:** Distribuição da presença de patologias referidas pelos funcionários 22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Relação do estado nutricional dos homens segundo IMC, com a presença de DCNT

Tabela 2: Relação do estado nutricional das mulheres segundo IMC, com a presença de DCNT

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVOS	11
2.1 Objetivo Geral	11
2.2 Objetivos Específicos	11
3 REFERENCIAL TEÓRICO	12
3.1 Globalização e Transição Nutricional	12
3.2 Hábitos de vida e alimentação saudáveis	13
3.3 Doenças crônicas não transmissíveis	14
3.4 Avaliação nutricional	16
3.4.1 Métodos para avaliar o estado nutricional	16
3.4.2 Medidas Antropométricas	17
4 METODOLOGIA	18
4.1 Tipo de Pesquisa	18
4.2 Universo e Amostra	18
4.3 Materiais e métodos	18
4.4 Tratamento para Análise dos Dados	19
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	20
5.1 Caracterização dos indivíduos estudados	20
6 CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS	
APENDICE	

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, assim como em outros países, o sobrepeso e a obesidade vêm crescendo aceleradamente nos últimos anos. Junto a isso, a prevalência de DCNT vem aumentando e entre as principais causas destas doenças está a alimentação inadequada.

Para tentar reverter esse quadro, em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um manual chamado Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. Trata-se de um trabalho de prevenção para grupos populacionais de todo o mundo, com o objetivo de apresentar os conhecimentos científicos disponíveis sobre as principais evidências ligando dieta, atividade física e doenças crônicas não transmissíveis (VINHOLES; ASSUNÇÃO; NEUTZLING, 2009).

Apesar do conhecimento acumulado e difundido socialmente, é difícil desenvolver um modo de vida mais saudável. De um lado, porque vários fatores de risco estão relacionados ao prazer, e são disseminados na mídia e reforçados pelo consumismo da sociedade atual. De outro, o impacto dos fatores de risco comportamentais sobre a saúde é sentido em idades mais avançadas, pois se associam a doenças que se desenvolvem lenta e silenciosamente, e cuja incidência é preponderante na população com idade ≥ 40 anos (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

Por isso Intervenções de saúde pública devem promover comportamento saudável desde as idades mais jovens e, preferencialmente desde a infância, para que tal comportamento se reflita na idade adulta.

Porém mesmo com o crescente número de obesos no país, ainda temos regiões que vivem a situação exatamente inversa, vivendo numa realidade de miséria e desnutrição, mesmo com a disponibilidade de alimentos no Brasil situando-se no patamar de cerca de 3 mil quilocalorias (kcal) por pessoa/ dia, provando que o Brasil é um país heterogêneo também em relação à distribuição dos determinantes socioeconômicos da desnutrição (BRASIL, 2009).

Fica claro que o dilema atual da nutrição em saúde pública é lidar ao mesmo tempo com situações aparentemente contraditórias, como a desnutrição e a obesidade e suas implicações.

Organizações internacionais vêm defendendo que para o enfrentamento da transição nutricional é necessário colocar na pauta uma série de políticas articuladas nas quais todos caminhem para um único objetivo, a promoção da alimentação saudável, no enfoque do curso da vida (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

Isso porque a promoção da alimentação saudável constitui-se uma das estratégias de saúde pública mais importante para o enfrentamento dos problemas alimentares e nutricionais do contexto atual (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

Outra estratégia de grande importância é a educação nutricional que na maioria das vezes é árdua, uma vez que os meios de comunicação de massa vêm ganhando uma importância em proporções cada vez maiores. Observa-se com grande frequência que o público recebe muita informação distorcida sobre nutrição através da propaganda, rótulos, artigos em revistas e em livros que podem levar à mudanças dietéticas indesejáveis. Acredita-se que esse tipo de publicidade totalmente baseada no marketing, e que somente se preocupa com a venda de produtos e não com a saúde do indivíduo, exerça uma influência muito grande na nutrição das pessoas.

É fato que estamos diante de um momento de profundas mudanças na alimentação e, portanto, frente a uma realidade em que há revisão de identidades já formadas, e mudanças de hábitos alimentares que podem trazer prejuízos, entre eles o crescente número de casos de doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2009).

Diante da problemática acima, é sempre necessário realizar diagnóstico nutricional em determinados grupos ou populações. Este estudo visa diagnosticar o estado nutricional de funcionários de uma rede de supermercados na cidade do Natal-RN.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o perfil nutricional e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis de funcionários de uma rede de supermercados da cidade do Natal /RN.

2.2 Objetivos específicos

Realizar diagnostico nutricional através de variáveis antropométricas.

Identificar a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis.

Relacionar desvios do diagnostico nutricional com a prevalência das DCNT.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GLOBALIZAÇÃO E TRANSIÇÃO NUTRICIONAL

A história do homem se confunde com a história da alimentação. A partilha de alimentos, também denominada comensalidade, é prática característica do *Homo sapiens*, desde os tempos de caça e coleta (MOREIRA, 2010).

Há bem mais de 300 mil anos o domínio do fogo permitiu a cocção dos alimentos, modificando-os do cru ao cozido e dando origem à cozinha, o primeiro laboratório do homem. A modificação do alimento do cru ao cozido foi interpretada por Lévi-Strauss como o processo de passagem do homem da condição biológica para a social. O comportamento alimentar do homem não se diferenciou do biológico apenas pela invenção da cozinha, mas também pela comensalidade, ou seja, pela função social das refeições. Função social essa que hoje direciona muitas vezes a escolha dos alimentos que um indivíduo faz (MOREIRA, 2010).

Ao longo dos anos nossos hábitos alimentares passaram por inúmeras mudanças e atualmente vivemos uma transição nutricional fenômeno que consiste em um somatório de mudanças de cunho nutricional, relacionadas às alterações na estrutura da dieta e na distribuição de fatores econômicos, sociais e demográficos associados à saúde (POPKIN et al, 1993 apud OLIVEIRA, 2006).

Essa transição na alimentação caracteriza-se também pelo declínio da ocorrência de desnutrição em crianças e adultos, ao mesmo tempo em que aumenta a prevalência de sobrepeso e obesidade, pois a mesma é direcionada a uma alimentação com maior quantidade de gordura, principalmente as de origem animal, alimentos industrializados e açúcares, com o agravante da redução do consumo de fibras e carboidratos complexos, aliado a redução na prática de exercícios físicos regulares (MONTEIRO, 1999).

O Brasil vem atravessando essa fase de transição nutricional nas últimas três décadas, e com ela sofre um comportamento claramente epidêmico, o agravamento simultâneo de duas situações opostas por definição: casos de desnutrição, e uma condição típica da globalização, a obesidade (TARDIDO e

FALCÃO, 2006). Estabelece-se, dessa forma, um antagonismo de tendências temporais entre desnutrição e obesidade, definindo uma das características marcantes do processo de transição nutricional do país (BATISTA FILHO, 2003).

Devido às mudanças ocorridas no estilo de vida urbano, é imposta uma necessidade de diversas adaptações da população, como tempo, recursos financeiros, locais disponíveis para se alimentar, local e periodicidade das compras, entre outras. As soluções são muitas vezes criadas pela mídia e indústria, que apresentam alternativas adaptadas às condições urbanas e delineando novas formas do modo de comer, o que certamente contribui para mudanças no consumo alimentar (GARCIA, 2003).

3.2 HÁBITOS DE VIDA E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2000) o conceito de saúde refere-se não só à ausência de doença como também ao bem-estar físico, mental, e social e a manutenção de um estilo de vida saudável, considerando este como o conjunto de comportamentos, ações e hábitos que podem influir na condição física e no estado de saúde de uma pessoa (MARTINS, 2004).

Nos dias atuais o consumo alimentar de uma pessoa muitas vezes é caracterizado por maus hábitos alimentares, a rotina diária corrida, a escolha inadequada dos alimentos, refeições muito calóricas, podendo dessa forma favorecer ao acúmulo de adiposidade corpórea.

Além disso, mesmo com os benefícios da prática regular de atividade física na manutenção da saúde e na prevenção das doenças crônicas não transmissíveis virem sendo conhecidos e divulgados, poucos indivíduos adultos são fisicamente ativos.

Hoje os baixos níveis de atividade física na população ocidental, principalmente nos países em desenvolvimento, são reflexos das mudanças nos hábitos de vida. Estes levam as pessoas a passarem muitas horas do dia relativamente inativas, dessa forma, mostra-se de grande importância o incentivo à prática do exercício físico, com o objetivo principal de promover uma vida mais ativa e saudável (MENDONÇA et al., 2004; CUNHA et al, 2008).

Observa-se também que a vida nas grandes cidades fez com que a importância do ato de alimentar-se fosse diminuída, fazendo parecer que não importa o que se come, ou como se come. O típico habitante da cidade grande come no intervalo do trabalho algo rápido, as vezes em pé no balcão da lanchonete próxima ao trabalho.

Uma alimentação saudável mantém o valor nutritivo e os aspectos sensoriais dos alimentos, estes devem ser qualitativa e quantitativamente adequados a quem vai ingeri-lo e capaz de promover uma vida mais saudável prevenindo as doenças provenientes de maus hábitos alimentares (PHILIPI, 2000 apud OKU, 2007).

São vários os fatores associados à dieta que podem contribuir para o aumento da má qualidade de vida, entre eles as mudanças nos padrões alimentares tradicionais, como a alimentação fora de casa, crescimento da oferta dos *fast-foods*, maior consumo de alimentos industrializados e processados. Estes aspectos estão diretamente ligados as condições financeira das famílias, e ao valor sócio-cultural que os alimentos vão apresentando para cada grupo social (MENDONÇA et al., 2004).

A associação de medidas de incentivo, como estratégias de informação e educação nutricional ajudam as pessoas a fazerem escolhas alimentares mais saudáveis (COUTINHO et al., 2008).

3.3 DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

A alimentação durante a infância, ao mesmo tempo em que é importante para o crescimento e desenvolvimento, pode funcionar também como uma das mais importantes prevenções de algumas doenças que poderiam se desenvolver na fase adulta (ROSSI et al., 2008)

Além da alimentação inadequada, exposição à fatores de risco comportamentais, como tabagismo, e sedentarismo, que frequentemente se inicia na adolescência e se consolida na vida adulta, aumenta-se o risco de desenvolvimento da maioria das DCNT. (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

Experiências e exposições ao longo da vida, em especial na infância e juventude, têm repercussões de longo prazo na saúde e podem contribuir para

problemas de saúde na vida adulta e idosa (BARRETO; PASSOS; GIATTI, 2009).

O Brasil convive hoje com a transição nutricional que contribui com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, associadas às causas de morte mais comuns atualmente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a hipertensão arterial e a obesidade correspondem aos dois principais fatores de risco responsáveis pela maioria das mortes e doenças no mundo. No Brasil, as doenças cardiovasculares correspondem à primeira causa de morte há pelo menos quatro décadas, acompanhada de um aumento expressivo da mortalidade por diabetes e ascensão de algumas neoplasias malignas (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

As doenças crônicas não transmissíveis, por serem de longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde, gerando no Brasil uma sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS). Estima-se que os gastos do Ministério da Saúde com atendimentos ambulatoriais e internações em função das doenças crônicas não transmissíveis sejam de aproximadamente R\$ 7,5 bilhões por ano. A obesidade, a hipertensão e o diabetes são propiciados pelo perfil alimentar encontrado entre as famílias brasileiras, em que há uma participação crescente de gorduras em geral, alimentos industrializados ricos em açúcar e sódio e a diminuição de cereais, leguminosas, frutas, verduras e legumes (COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008).

Devido ao crescente aumento na expectativa de vida dos brasileiros, cada vez mais se observa a ocorrência das DCNT, em grande parte associadas ao estilo de vida, e ao tipo de alimentação de cada um, tendo a alta ingestão de gordura um papel preponderante (SAVIO et al., 2005).

Destacam-se dentre os influenciadores dos hábitos tidos como não saudáveis, o contexto sócio-político-econômico em que as pessoas vivem os serviços de educação e saúde a que tem acesso, as condições de trabalho que possuem o salário que ganham e o tempo que dispõem para o lazer (SAVIO et al., 2005).

Fica claro que para reverter esse crescente número de pessoas acometidas pelas DCNT, é necessário que as estratégias de ações e políticas de saúde estimulem o indivíduo a mudar o estilo de vida e, portanto melhorar suas escolhas alimentares.

3.4 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação nutricional é uma abordagem completa realizada pelo nutricionista para definir o estado nutricional do paciente fazendo uso da sua história clínica, social, nutricional e de medicações; exames físicos; medidas antropométricas e exames laboratoriais. Envolve a interpretação de dados da triagem nutricional e incorpora informações adicionais, que tem por finalidade, reunir informações para chegar-se a uma conclusão sobre o estado nutricional. Pode ser considerada a primeira etapa do processo de tratamento nutricional (MAHAN, 2010).

O estado nutricional pode ser definido como o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades do corpo (BRASIL, 2004).

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, resulta do equilíbrio entre a ingestão e a necessidades de nutrientes. O objetivo da avaliação do estado nutricional é identificar os pacientes com risco aumentado de apresentar complicações associadas ao estado nutricional, para que possam receber terapia nutricional adequada e monitorizar a eficácia da terapia escolhida (ACUÑA, 2004).

A transição nutricional também tem sido evidenciada pela avaliação nutricional nos últimos anos e em diferentes populações. Em diversos países em desenvolvimento, no entanto, o aumento na ocorrência de obesidade e sobrepeso tem sido acompanhado pela persistência de problemas relacionados ao baixo peso.

3.4.1 Métodos para avaliar o estado nutricional

A escolha do método ideal para a avaliação nutricional dependerá primeiramente do objetivo da avaliação, pois os marcadores nutricionais podem se diferenciar quanto a sua utilização, seja ela para pesquisa ou prática clínica.

Caso o objetivo seja a pesquisa. Há necessidade de buscar marcadores que apresentem uma vida média curta, que sejam capazes de identificar doenças, medir respostas a intervenções e não sofrer influências de

desequilíbrio hídrico, de estados inflamatórios e de comorbidades, ou seja, devem apresentar maior especificidade (CUPPARI, 2009).

Existem vários métodos para avaliar o estado nutricional. E como um parâmetro isolado não caracteriza a condição geral de uma pessoa, é necessário se fazer uso de uma associação de vários indicadores para assim melhorar a precisão do resultado. (CUPPARI, 2009)

3.4.2 Medidas Antropométricas

Monitorar o estado nutricional é de suma importância para tratar/prevenir as DCNT, para isso um dos métodos mais utilizados são as medidas antropométricas, estas são de grande importância para avaliação do estado nutricional, pois por meio delas avalia-se crescimento e composição corporal.

As vantagens dessas medidas são: uso de equipamentos de fácil aquisição e de baixo custo, utilização de técnicas não invasivas, obtenção rápida de resultados e fidedignidade desde que mensurado e avaliado por profissionais capacitados (DUARTE, 2007).

O índice de massa corporal (IMC) é um calculo simples feito através de peso/estatura utilizado para classificar o estado nutricional especialmente em adultos.

A organização mundial de saúde classifica o estado nutricional de acordo com o IMC em adultos, e por meio de faixas de variação são feitas associações com risco de co-morbidades, sendo a faixa considerada normal a com valores de IMC de 18,5 a 24,9 kg/m (DUARTE, 2007).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se por ser transversal e descritivo, é um tipo de estudo fácil e econômico, com duração de tempo relativamente curto.

No estudo transversal os dados são coletados num determinado espaço de tempo, especificamente para obtenção de informações desejadas de populações.

O estudo descritivo procura analisar a frequência de ocorrência de um fenômeno, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características, sem manipula-lo, os fatos são observados, registrados, analisados, classificados e interpretados, sem interferência do pesquisador que faz uso de técnicas padronizadas de coleta de dados.

4.2 UNIVERSO E AMOSTRA

O estudo foi realizado a partir de um universo de 2.500 funcionários de 8 lojas de uma rede de supermercados. A amostra final foi de 721 funcionários representados pelas oito lojas, que se propuseram participar.

Todos os participantes foram esclarecidos quanto ao estudo e então convidados a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1).

4.3 MATERIAIS E MÉTODOS

A coleta de dados foi realizada no local de trabalho, antes dos funcionários fazerem as refeições, no período de dezembro de 2011, por meio de dados antropométricos aferidos pela própria pesquisadora.

Os dados coletados na pesquisa foram: peso e altura. Para serem aferidos os funcionários permaneceram com o peso distribuído igualmente entre os pés; braços estendidos ao longo do corpo e calcanhares juntos; em posição ereta. As medidas foram realizadas com estadiometro de haste móvel de 2,00m e balança portátil digital(max. 150 kg) devidamente calibrada, para o calculo do IMC. Também foram coletados possíveis presença de alguma

doença crônica não transmissível. Estas foram referidas pelo funcionário sendo questionado se a mesma já foi diagnosticada.

A classificação do estado nutricional foi a partir dos pontos de corte propostos pela OMS.

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Quadro 1: Classificação do estado nutricional segundo IMC.
FONTE: OMS(2000).

4.4 TRATAMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

Para a tabulação dos dados foi utilizado o Microsoft Excel, sendo estes apresentados em gráficos e tabelas.

5.0 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INDIVÍDUOS ESTUDADOS

Segundo a figura 1 que mostra a distribuição da amostra quanto ao gênero, nota-se que 56,2% (n=405) eram participantes do gênero masculino, e 43,8% (n=316) do gênero feminino.

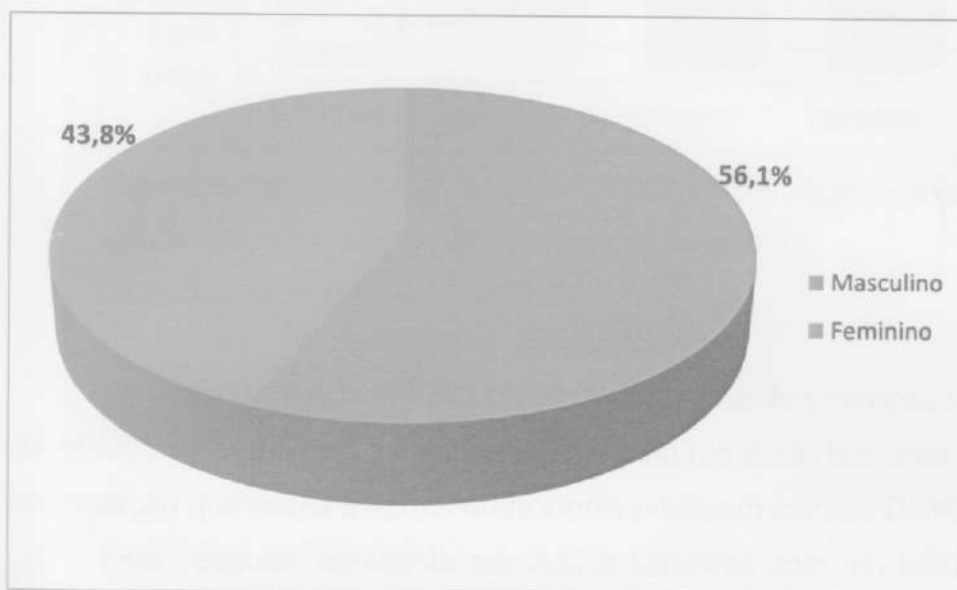


Figura 1: Distribuição da população estudada quanto ao gênero.

Fonte: Dados da pesquisa, 2011.

Quanto à classificação do estado nutricional pelo índice de massa corporal (IMC) utilizando-se como pontos de corte a OMS (2000), nota-se na figura 2 que 45,4% (n=184) dos homens estão em eutrofia, 38,5% (n=156) em sobrepeso, 14,8% (n=60) em obesidade e 1,2% (n=5) com baixo peso.

No sexo feminino 44,9% (n=142) foram classificadas como eutóficas, 40,8% (n=129) em sobrepeso, 13,9% (n=44) como obesas, e 0,31% (n=1) com baixo peso.

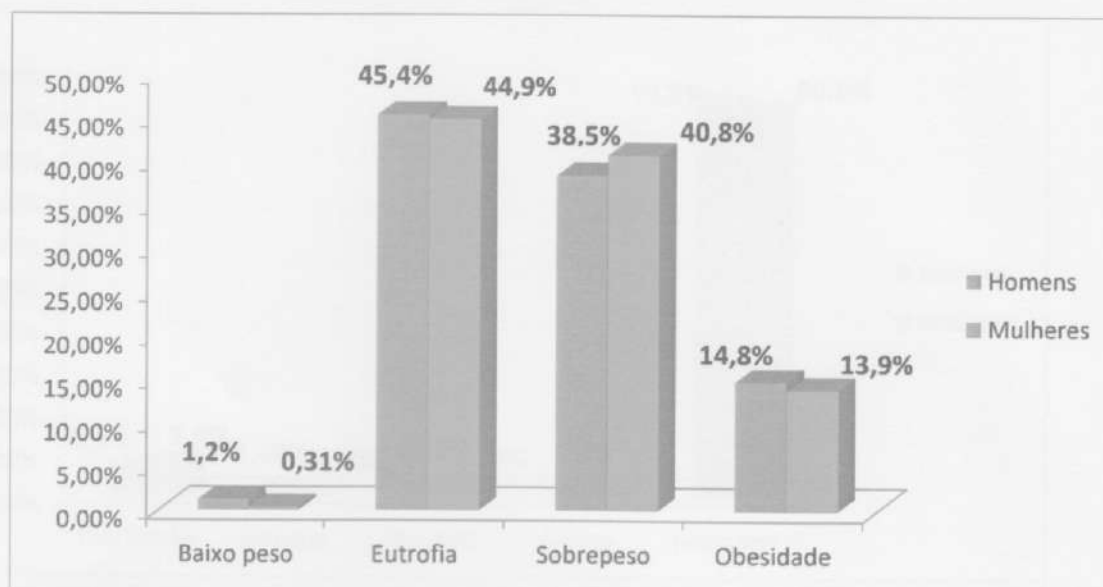


Figura 2: Distribuição do percentual de funcionários segundo a classificação do estado nutricional pelo índice de massa corporal (IMC).

Fonte: Dados da pesquisa (2011).

Ao observar esses dados nota-se que a soma do sobrepeso e obesidade em ambos os sexos ultrapassa os 50%, sendo um dado bastante preocupante pela relação que esses estados nutricionais possuem com as DCNT.

Esta pesquisa apresenta resultados similares com um estudo realizado por Aguiar et al (2009) para avaliar o estado nutricional de funcionários de uma UAN, e mostrou que 57% apresentam-se fora do peso normal, apontando 55% acima do peso e 2% abaixo do peso. Outro estudo realizado por Scarparo (2010) que avaliou as características e o estado nutricional de profissionais ligados à produção de alimentos, mostrou que 56,9% encontravam-se com excesso de peso, destes, 34,6% com sobrepeso e 22,3% com obesidade.

A figura 3 mostra o percentual da presença de patologias entre os participantes, em ambos os sexos. A patologia com maior prevalência foi a hipertensão com 6,9% (n= 28) entre os homens, e 7,9% (n=25) entre as mulheres, seguido pelo diabetes com 1,40% (n=6) no sexo masculino, e 2,5% (n=8) no sexo feminino. Apenas dois participantes do sexo masculino declararam ter diabetes e hipertensão representando um percentual de 0,49%.

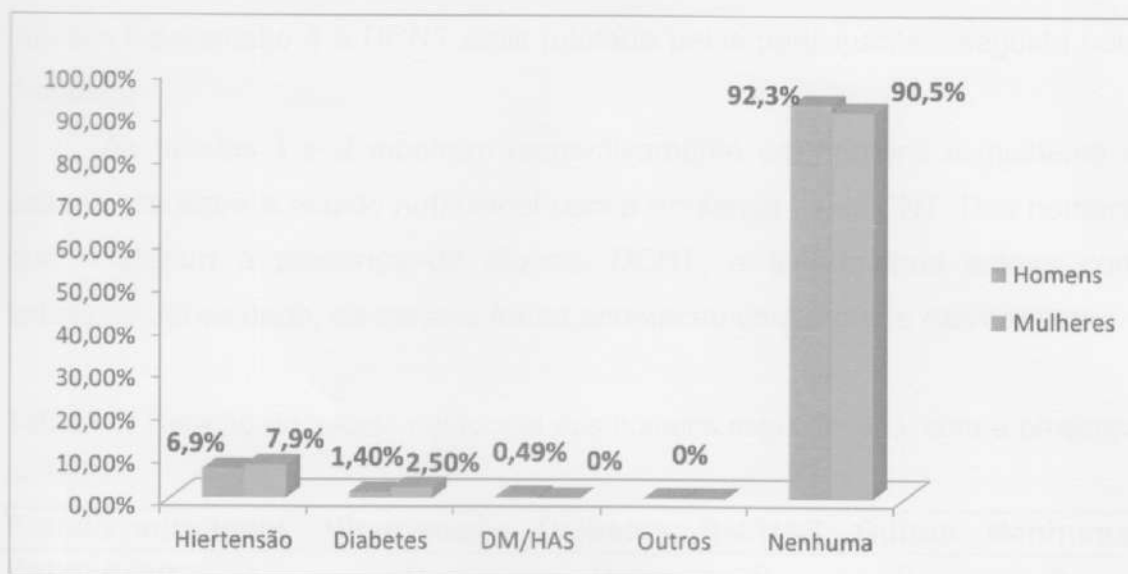


Figura 3: Distribuição da presença de patologias referidas pelos funcionários.

Fonte: Dados da pesquisa (2011).

Ao analisarmos os dados da figura 3, nota-se uma baixa prevalência de DCNT, o que talvez possa ser justificado pelo fato do grupo ser de pessoas relativamente jovens (adultos), que ainda não manifestaram sinais clínicos relacionados à essas patologias. Entretanto, se associarmos o resultado do estado nutricional, este grupo apresenta risco de desenvolver tais doenças.

Temos que considerar também que os dados da pesquisa foram obtidos através do relato dos indivíduos entrevistados, e os que relataram não ter nenhuma DCNT, podem desconhecer a presença destas.

É conhecida a crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis nas populações, especialmente obesidade e hipertensão arterial. Cesarino et al. (2008), ao estudarem a prevalência de hipertensão entre os indivíduos da cidade de São Jose do Rio Preto- SP, observaram que 25,2% deles referiram ter hipertensão arterial. A prevalência de hipertensão arterial no Brasil segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, varia em adultos de 22,3% a 43,9% (PINTO et al.,2011). Em seu estudo, Lyra et al. (2010) evidenciaram a prevalência do diabetes mellitus em 13,6% de uma população no interior do nordeste.

Esses resultados assemelham-se com os resultados obtidos nesta pesquisa, que apesar de em menor proporção também mostrou valores nos

quais a hipertensão é a DCNT mais relatada pelos participantes, seguida pelo diabetes.

As tabelas 1 e 2 mostram respectivamente em homens e mulheres a associação entre o estado nutricional com a presença das DCNT. Dos homens que relataram a presença de alguma DCNT, a sua maioria estava com sobrepeso/obesidade, da mesma forma aconteceu com o grupo das mulheres.

Tabela 1: Relação do estado nutricional dos homens segundo IMC, com a presença de DCNT.

Estado nutricional	Hipertensão	Diabetes	DM/HAS	Outras	Nenhuma
Baixo peso	0	0	0	0	5
Eutrofia	7	2	2	0	181
Sobrepeso	14	1	0	0	143
Obesidade	7	0	0	0	45

FONTE: Dados da pesquisa, 2011.

Tabela 2: Relação do estado nutricional das mulheres segundo IMC, com a presença de DCNT.

Estado nutricional	Hipertensão	Diabetes	DM/HAS	Outras	Nenhuma
Baixo peso	0	0	0	0	2
Eutrofia	5	2	0	0	134
Sobrepeso	12	4	0	0	116
Obesidade	7	1	0	0	34

FONTE: Dados da pesquisa, 2011.

Borges, Cruz e Moura (2008), ao estudarem a associação de excesso de peso e a presença de hipertensão nos adultos de Belém do Pará, encontraram relação significativa entre as duas variáveis. Outro estudo realizado por Feijão et al, (2005), em uma população urbana de baixa renda, constatou uma amostra de 22,58% dos indivíduos com hipertensão, e que estavam associadas também ao excesso de peso.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ocorreu uma baixa prevalência de DCNT, porém ao ter-se como estado nutricional predominante o excesso de peso (sobrepeso e obesidade) se tem um risco elevado de desenvolvê-las no futuro, constatando-se a necessidade de ser feita orientação nutricional para esses funcionários.

O padrão alimentar do indivíduo pode refletir diretamente em seu estado nutricional, e esse possui relação direta com o estado de saúde. As mudanças comportamentais ocorridas dentro do processo de globalização, como: sedentarismo, alto consumo de açúcar e gorduras, e a baixa ingestão de frutas e verduras, contribuem para o excesso de peso, e por isso devem ser combatidos já que tal estado nutricional é um dos principais fatores de risco para o aparecimento de DCNT.

Estratégias que visam o combate à essas doenças e seus principais fatores de risco são de grande importância para reduzir o número de óbitos e melhorar a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do Estado Nutricional de Adultos e Idosos e Situação Nutricional da População Brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v.48, n.3, junho,2004.

BARRETO Maria Sandhi; PASSOS Azeredo Maria valeria; GIATTI Luana. Comportamento saudável entre adultos jovens no Brasil. **Rev Saúde Pública** 2009.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Caderno de saúde pública** Rio de janeiro, v.19, n.1, p.181-191, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Departamento de formulação de Políticas de Saúde; 2000. Brasília, 30 de setembro de 2004.

CESARINO, Claudia B. et al. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto- SP. **Arq. Bras. Cardiol.** v.91,n.1, p. 31-35, 2008.

COUTINHO;J. G.; GENTIL P., C.; TORAL N.. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 332-340,jul 2008.

CUNHA, I.C.; et al. Fatores associados à pratica de atividade física na população adulta de Goiânia: monitoramento por meio de entrevistas telefônicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, n.3, p. 495-504, 2008.

CUPPARI, Lilian. **Nutrição nas Doenças Crônicas não transmissíveis**. São Paulo: Manole, 2009. 515p.

DUARTE, Antônio Claudio Goulart. **Avaliação nutricional: Aspectos clínicos e laboratoriais**. São Paulo: Atheneu, 2007.

GARCIA, R. W. D. Reflexos da globalização na cultura alimentar: considerações sobre as mudanças na alimentação urbana. **Revista de nutrição**, Campinas, v.16, n.4, p.483-492, outubro/dezembro, 2003.

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. Kathlrn; STRUMP, E. S. **KRAUSE: ALIMENTOS, NUTRIÇÃO E DIETOTERAPIA**. 12 ed. São Paulo: Elsevier, 2010. 1351p.

MARTINS, F.da R.; SANTOS, J. A. R. atividade física de lazer, alimentação e composição corporal. **Revista brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 159-67, abril/junho, 2004.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. DOS. Aspectos das praticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p. 698-709, maio/junho, 2004.

MOREIRA, A.S. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. **Cienc. Cult.**, vol.62, no.4, São Paulo Outubro, 2010.

MONTEIRO, C.A; CONDE, W.L. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.43, n.3, p.186-204, 1999.

OKU, S. K.; CORDEIRO, A. A.; CERVATO, A. M. Análise qualitativa dos cardápios servidos por centros educacionais em áreas de alta vulnerabilidade social do município de São Paulo. **Revista Nutrição em Pauta**, São Paulo, ano 15, n. 82, p.10-15, janeiro/fevereiro, 2007.

OLIVEIRA, K.E.S.de. **Fatores de risco associados ao perfil bioquímico e nível de atividade física de trabalhadores vinculados ao programa de alimentação do trabalhador, distrito federal, Brasil.**2006. 125f. Tese (Doutorado em ciências da saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

PINTO, S. L.; et al. Prevalência de pré- hipertensão e 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.

SCARPARO, A. L. S.; AMARO, F. S.; OLIVEIRA, A. B. Caracterização e avaliação antropométrica dos trabalhadores dos restaurantes universitários da universidade federal do Rio Grande do Sul. **Revista HCPA**, vol.30, n.3, p.247-251, 2010.

SÁVIO, K. E. O.; Avaliação antropométrica e de composição corporal. In SILVA, M. C. S. da S.; MURA, J. D. P. Tratado de Alimentação nutrição e dietoterapia. São Paulo: Rocca, 2007. P.131-140.

TARDIDO Ana Paula, FALCÃO Mário Cícero O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. **RevBrasNutrClin**. 2006; 21(2):117-24

VIANA, D. S. et al. Análise da dieta habitual às recomendações nutricionais em pacientes atendidos em consultório particular. **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.1, n.3, p.55-59, mai/jun, 2007.

VINHOLES Botelho Daniele; ASSUNÇÃO Formoso Cecilia Maria;
NEUTZLING Borges Marilda. Frequência de hábitos saudáveis de
alimentação medidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável
do Ministério da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, abr 2009.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), desta pesquisa. Caso concorde em participar, favor assinar ao final do documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo à sua relação com o pesquisador (a) ou com a instituição.

NOME DA PESQUISA:

Perfil nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis de funcionários de uma rede de supermercados da cidade do natal/RN.

PESQUISADOR (A) RESPONSÁVEL:

Helena Gabriella Carvalho De Medeiros.

OBJETIVOS: Analisar o perfil nutricional e prevalência de doenças crônicas não transmissíveis de funcionários de uma rede de supermercados da cidade do natal/RN .

PROCEDIMENTOS DO ESTUDO: Se concordar em participar da pesquisa, você terá que responder a um questionário.

CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE: Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação.

Assinatura do Voluntário

RG:

CPF:

Assinatura do Pesquisador Responsável

RG:

CPF: