



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

ZUÍLA MAYARA NICOLAU DE ARAÚJO

**ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DA POPULAÇÃO
ATENDIDA NA UNIDADE MISTA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FREI
MARTINHO/PB**

**CAMPINA GRANDE
2014**

ZUÍLA MAYARA NICOLAU DE ARAÚJO

**ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DA POPULAÇÃO
ATENDIDA NA UNIDADE MISTA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FREI
MARTINHO/PB**

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), como exigência para obtenção do título de graduada no curso de Licenciatura e Bacharelado em Enfermagem.

Orientador(a): Prof^a. Msc. Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama

CAMPINA GRANDE
2014

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

A659e Araújo, Zuila Mayara Nicolau de.

Estado nutricional e consumo alimentar da população atendida na unidade mista de saúde do município de Frei Martinho/PB [manuscrito] / Zuila Mayara Nicolau de Araújo. - 2014. 73 p. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014.

"Orientação: Profa. Ma. Jacqueline Santos da Fossêca Almeida Gama, Departamento de Enfermagem".

1. Estado nutricional. 2. Saúde Pública. 3. Assistência à Saúde. 4. Qualidade de vida. I. Título.

21. ed. CDD 613.2

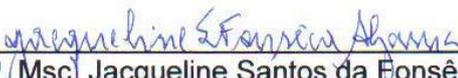
ZUÍLA MAYARA NICOLAU DE ARAÚJO

**ESTADO NUTRICIONAL E CONSUMO ALIMENTAR DA POPULAÇÃO
ATENDIDA NA UNIDADE MISTA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FREI
MARTINHO/PB**

Aprovado em: 14 / 03 / 2014 .

Nota: 10,0 (DEZ)

BANCA EXAMINADORA:



Prof^ª Msc. Jacqueline Santos da Fonseca Almeida Gama
(Orientadora – UEPB)



Prof^ª Msc. Josefa Josete da Siva Santos
(Examinadora – UEPB)



Enf^ª Sabrina Dantas Fernandes
(Examinadora – UMS/Frei Martinho)

Dedico este trabalho aos meus pais Inácio Nicolau de Araújo e Zeneide Francisca Nicolau de Araújo e aos meus irmãos Irenilson Nicolau de Araújo e Iwalisson Nicolau de Araújo pelo amor, carinho, apoio e incentivo durante toda minha trajetória acadêmica. Obrigado por fazerem parte de mais uma conquista de minha vida!

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me revestiu de força, coragem e determinação para vencer os desafios, superando os obstáculos, e que por sua graça e infinita misericórdia permitiu que tornasse realidade o que um dia sonhei. A Ele a honra e a glória para todo o sempre!

Aos meus pais, fonte inesgotável de amor, responsáveis pelo que hoje sou e que sempre me apoiaram e incentivaram para que eu alcançasse meus objetivos e realizasse os meus sonhos.

Aos meus irmãos Irenilson e Iwalisson pelo carinho e por estarem sempre prontos a me ajudarem no que for preciso.

A minha querida prima Léia de Araújo, que mesmo distante, sempre se mostrou presente através de seu carinho e preocupação, me apoiando e me incentivando para que eu alcançasse os meus objetivos, e trilhasse um caminho de vitórias.

Aos meus avós maternos João Francisco e Maria Rufina (*in memoriam*) e toda minha família pelo afeto e torcida por meu sucesso profissional.

A minha querida orientadora, Prof^a. Msc. Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama, pelo compartilhamento de conhecimentos, pelo carinho, dedicação, paciência, compreensão e orientação para a realização deste trabalho.

A professora Msc. Josefa Josete da Silva Santos, pela amizade, pelo carinho e pelos conhecimentos compartilhados.

A Enfermeira Sabrina Dantas Fernandes, pelo acolhimento e compartilhamento de conhecimentos, pela amizade, carinho e afeto.

Ao município de Frei Martinho, que carinhosamente me acolheu e possibilitou a realização deste estudo, e proporcionou imensuráveis experiências que serão eternizadas em minha vida profissional.

As minhas queridas amigas, Flávia de Oliveira, Anna Nery Vitorino e Dayana Steinmüller que estiveram sempre comigo compartilhando momentos difíceis da minha trajetória acadêmica, me apoiando, incentivando e encorajando a superar os obstáculos, bem como também comemorando comigo cada desafio vencido, cada vitória, cada conquista.

As minhas mais que colegas de sala, amigas e verdadeiras irmãs Danila Maria, Cíntia Medeiros e Luana Cardinale, pelo amor fraternal que nos uniu, pela cumplicidade, companheirismo, pelos momentos especiais vividos entre nós e pela linda amizade que construímos! Amo muito vocês!

A minha querida e prestativa amiga Jéssica Lira pela preocupação, colaboração e disposição em me ajudar na conclusão deste trabalho.

A todos os colegas de sala que tive a oportunidade de conhecer e de conviver durante toda jornada acadêmica.

A todos os professores pelos ensinamentos compartilhados e eternizados.

Aos funcionários e a todos que compõem o Departamento de Enfermagem.

A Universidade Estadual da Paraíba, que proporcionou ambientes de troca de experiências, convivência e aprendizado, e tem fomentado em seus alunos o desejo de sempre buscar o conhecimento através da metodologia crítica-reflexiva, num conjunto de atividades de ensino, pesquisa e extensão, tornando o aluno mais preparado e capacitado para o mercado de trabalho.

Enfim a todos que de forma direta ou indireta contribuíram, apoiaram e incentivaram para que eu trilhasse esse lindo caminho e realizasse esse sonho.
Minha eterna gratidão!

“Se alguém julga saber alguma coisa, com efeito, não aprendeu ainda como convém saber.”

I Coríntios 8:2

RESUMO

No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem um importante problema de saúde pública. Fatores de risco como excesso de peso, hábitos alimentares não saudáveis, e a inatividade física estão relacionados ao desenvolvimento dessas doenças. Objetivou-se com este estudo investigar o estado nutricional relacionado ao consumo alimentar da população atendida na Unidade Mista de Saúde, do município de Frei Martinho/PB. Trata-se de um estudo transversal, exploratório de caráter descritivo, com abordagem quantitativa, realizado na Unidade Mista de saúde do município de Frei Martinho durante o mês de maio de 2013. A amostra foi representada por 100 pessoas atendidas na referida unidade. A coleta de dados se deu por meio de um questionário/formulário de entrevista previamente elaborado, contendo questões pertinentes aos dados sociodemográficos, hábitos alimentares, e dados antropométricos. Verificou-se que 77% da amostra eram do sexo feminino e 23% do sexo masculino, 81% residentes na zona urbana e 19% na zona rural, e os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos constituiu a faixa etária predominante. Em relação ao grau de escolaridade, 63% não chegaram a concluir o ensino fundamental. No que diz respeito ao aspecto socioeconômico, 34% dos indivíduos eram aposentados, e o trabalho na agricultura apresentou-se como função mais exercida (23%). A maioria dos indivíduos (55%) relataram possuir uma renda familiar de 1 salário mínimo. Quanto ao consumo alimentar, a maioria dos entrevistados referiu um consumo regular de frutas, verduras, legumes e menor consumo de massas, de alimentos embutidos e de alimentos ricos em gordura animal, sal e açúcar; porém 50% da amostra relatou não realizar nenhum tipo de atividade física regular. Diante disso, percebe-se a necessidade de ações de apoio à manutenção de uma alimentação saudável e de incentivo à adoção da prática de atividades físicas regulares, como forma de controle do peso corporal e de prevenção de doenças e agravos à saúde.

Palavras-chaves: Estado nutricional, Consumo alimentar, Doenças crônicas não transmissíveis.

ABSTRACT

In Brazil, noncommunicable chronic diseases (NCDs) are a major public health problem. Risk factors such as overweight, unhealthy eating habits, and physical inactivity are related to the development of these diseases. The objective of this study is to investigate the nutritional status related food consumption of the population served in the Joint Health Unit, the municipality of Frei Martinho / PB. This is a cross-sectional, descriptive exploratory study with a quantitative approach, performed in the Joint Health Unit of the municipality of Frei Martinho during the month of May 2013. The sample was represented by 100 people served in that unit. Data collection was done through a questionnaire / interview form previously prepared, containing questions pertaining to sociodemographic, dietary habits, and anthropometric data. It was found that 77% of the sample were female and 23% male, 81% living in urban areas and 19% in rural areas, and individuals aged over 60 years was the predominant age group. Regarding the level of education, 63% had not completed primary education. With regard to socio-economic aspect, 34% were retired, and work in agriculture appeared as a function exercised more (23%). Most individuals (55%) reported having a household income of one minimum wage. As for food intake, the majority of respondents reported regular consumption of fruits, vegetables, and lower consumption of pasta, and embedded foods rich in animal fat salt and sugar foods; but 50% of the sample reported not engaging in any type of regular physical activity. Thus, we see the need for action to support the maintenance of healthy eating and encouraging the adoption of regular physical activity as a means of weight control and prevention of diseases and health problems.

KEYWORDS: Nutritional status, Food consumption, Chronic noncommunicable diseases.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Pontos de corte do Índice de Massa Corporal com diagnóstico nutricional para adultos.....	35
QUADRO 2: Pontos de corte do Índice de Massa Corporal com diagnóstico nutricional estabelecido para idosos.....	35

LISTA DE TABELAS

TABELA 1:	Perfil sociodemográfico da amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	37
TABELA 2:	Número de refeições diárias referidas pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013	42
TABELA 3:	Consumo alimentar de frutas referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013	43
TABELA 4:	Consumo alimentar de legumes e verduras referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	43
TABELA 5:	Consumo alimentar de leguminosas (feijão) referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	44
TABELA 6:	Consumo alimentar de cereais, tubérculos e raízes referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	45
TABELA 7:	Consumo alimentar de carnes referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	47
TABELA 8:	Consumo alimentar de peixe referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013	47
TABELA 9:	Consumo alimentar de leite e derivados referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	48
TABELA 10:	Consumo alimentar de frituras e embutidos referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	48
TABELA 11:	Consumo alimentar de doces e refrigerantes referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	50

TABELA 12: Tipo de gordura utilizada para o preparo das refeições referido pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	50
TABELA 13: Realização de atividade física regular referida pela amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013.....	53

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1:** Classificação do estado nutricional, de acordo com Índice de Massa Corporal, da amostra atendida na unidade de saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013 39
- GRÁFICO 2:** Classificação do estado nutricional, de acordo com Índice de Massa Corporal, dos portadores doenças crônicas não transmissíveis da amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013..... 40
- GRÁFICO 3:** Classificação da circunferência da cintura da amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013..... 41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
2.1 PERFIL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA....	18
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA GLOBAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.....	21
2.3 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E CONSUMO ALIMENTAR.....	25
2.4 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL.....	28
3. OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVO GERAL.....	32
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	32
4. PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA.....	33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	33
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	34
4.5 PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	34
4.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	36
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	65

1. INTRODUÇÃO

O crescente desenvolvimento tecnológico em saúde nos últimos anos vem aumentando a expectativa de vida e estendendo a sobrevivência da população brasileira. Porém, em virtude da transição nutricional, demográfica e epidemiológica também ocorrida nas últimas décadas, diversas patologias agravaram-se, dentre elas as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão arterial, diabetes mellitus e obesidade, as quais representam fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, coronarianas, cerebrovasculares, vasculares periféricas, doenças renais e dermatológicas (DRUCKER, 2007; MARTINEZ; LATORRE, 2006).

Em 2008, das 57 milhões de mortes no mundo, 36 milhões (63%) aconteceram em razão das DCNT, entre elas doenças do aparelho circulatório, diabetes, câncer e doença respiratória crônica. Cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda, onde 29% das pessoas têm menos de 60 anos de idade. Nos países de renda alta, apenas 13% são mortes precoces (WHO, 2011).

No Brasil, as DCNT constituem um importante problema de saúde pública. São responsáveis por 72% das causas de óbitos, com destaque para doenças do aparelho circulatório (DAC) (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), e atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas e, de forma mais intensa, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda (SCHMIDT, et al., 2011).

Entre as doenças crônicas de maior impacto mundial destacam-se as doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer e as doenças respiratórias crônicas, que são de etiologia multifatorial e têm quatro fatores de risco em comum modificáveis: tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e álcool. Tratando-se de mortes atribuíveis, os grandes fatores de risco mundialmente conhecidos são: pressão arterial elevada (responsável por 13% das mortes no mundo); tabagismo (9%); altos níveis de glicose sanguínea (6%); inatividade física (6%); e sobrepeso e obesidade (5%) (WHO, 2009).

De acordo com a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel 2012, realizada nas capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, a prevalência de hipertensão na população adulta brasileira é de 24,3%, sendo mais comum entre as mulheres (26,9%) que entre os homens (21,3%), e também varia de acordo com a faixa etária e a escolaridade. Entre os brasileiros com mais de 65 anos de idade, 59,2% se declaram hipertensos, contra apenas 3,8% na faixa de 18 a 24 anos e 8,8% de 25 a 34 anos. O Ministério da Saúde ainda revela que 7,4% da população adulta têm diabetes, sendo de 6,5% entre homens e de 8,1% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade, com maior aumento a partir dos 35 anos. Mais de um quinto dos homens e das mulheres com 65 anos ou mais de idade referiram diagnóstico médico de diabetes (BRASIL, 2013b). Além de contribuírem significativamente como grupo causal de mortalidade, essas patologias constituem uma das principais causas de permanência hospitalar prolongada e são responsáveis pela principal alocação de recursos públicos em hospitalizações no Brasil.

Estima-se que o excesso de peso e a obesidade causem 2,8 milhões de mortes a cada ano (WHO, 2009). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o sobrepeso atinge mais de 30% das crianças entre 5 e 9 anos de idade e cerca de 20% da população entre 10 e 19 anos (IBGE, 2010). Na população adulta, houve aumento do sobrepeso e da obesidade em todas as faixas etárias e de renda. Nos períodos entre 1974-1975 e 2008-2009, a obesidade aumentou de 2,8% em homens e 7,8% em mulheres para 12,5% entre os homens e 16,9% entre as mulheres, de modo que o excesso de peso alcançou 50,1% nos homens e 48,0% nas mulheres (BRASIL, 2013a).

Neste contexto, o estado nutricional tem importantes implicações, visto que o controle de grande parte das doenças crônicas ou infecciosas e a prevenção de complicações decorrentes das mesmas depende do estado nutricional (NASCIMENTO et al., 2011). Os hábitos alimentares servem como marcadores de risco para doenças cardiovasculares, na medida em que o consumo elevado de colesterol, lipídios e ácidos graxos saturados somados ao baixo consumo de

fibras, participam na etiologia das dislipidemias, obesidade, diabetes e hipertensão (MUSTAD; KRIS-ETHERTON, 2001).

Os riscos de morbimortalidade por doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e diabetes mellitus decorrentes de sobrepeso e obesidade são avaliados com base na análise das características que aumentam a chance do indivíduo vir a apresentar a doença. Sendo assim, é de fundamental importância a identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento dessas patologias, a fim de estabelecer estratégias de prevenção e controle de tais morbidades.

Perante o exposto, o presente estudo pretende descrever o estado nutricional e o consumo alimentar da população atendida na Unidade Mista de Saúde, da cidade de Frei Martinho, com a perspectiva de poder contribuir com subsídios para o planejamento e implementação das ações que possam, de forma efetiva, promover uma alimentação saudável como forma de controle das doenças crônicas não transmissíveis e de prevenção de agravos à saúde.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PERFIL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA

No Brasil, paralelamente a transição demográfica, ocorreram importantes transformações no processo de saúde/doença, principalmente nos últimos cinquenta anos, em que foram observadas alterações na qualidade e na quantidade da dieta. Observou-se também repercussões negativas na saúde populacional, associadas a mudanças no estilo de vida, nas condições econômicas, sociais e demográficas (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003).

As mudanças no perfil de morbimortalidade da população, denominadas de transição epidemiológica, caracteriza-se pela evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas, para um outro, onde predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas (OMRAM, 1971).

O perfil de “transição” também é observado no universo nutricional. A mesma é caracterizada por mudanças nos padrões dietéticos e nutricionais tradicionalmente adotados. Observa-se a redução da prevalência de desnutrição e o aumento dos casos de sobrepeso e de obesidade entre os brasileiros (GUIMARÃES et al., 2001; PINHEIRO et al., 2004).

A transição nutricional no Brasil é marcada pela dupla carga de doenças, com a coexistência de doenças infecciosas e transmissíveis, desnutrição e deficiências nutricionais específicas e de DCNT relacionadas à alimentação, tais como obesidade, hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes e alguns tipos de câncer. (BRASIL, 2010c). Esse processo tem sido atribuído às mudanças no padrão alimentar e no estilo de vida, bem como, as transformações econômicas, sociais, demográficas, a melhoria nas condições de saneamento e o acesso aos serviços de saúde. (KAC; VELÁSQUEZ-MENDÉLEZ, 2003).

Diversos fatores sociais, econômicos e culturais tentam explicar esse fenômeno, como o processo de urbanização, o aumento do acesso ao consumo de alimentos, e a inserção da mulher no mercado de trabalho, principalmente na

década de 70, ocasionando uma família economicamente dependente da participação da renda da mulher no sustento da família. Com isso, perde-se um pouco da figura da mulher “dona do lar”, o que transforma a qualidade da alimentação, levando ao maior consumo de alimentos industrializados e à diminuição acentuada no consumo de alimentos mais saudáveis (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; KAC; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, 2003; MENDONÇA; ANJOS, 2004).

Como consequência, observou-se um aumento do consumo de ácidos graxos saturados, açúcares, refrigerantes, álcool, produtos industrializados com excesso de ácidos graxos “trans”, carnes, leite e derivados ricos em gorduras, guloseimas como doces, chocolates, balas, etc. Em contrapartida, foi constatada uma redução considerável no consumo de carboidratos complexos, frutas, verduras e legumes. Esse fato gera um quadro de excesso calórico por conta da elevada ingestão de macronutrientes (carboidratos, proteínas e lipídeos), e deficiência de micronutrientes (vitaminas e minerais) (ESCODA, 2002).

O Ministério da Saúde ressalta que a dieta habitual dos brasileiros é composta por diversas influências, e caracterizada por uma combinação de uma dieta dita “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos de alta densidade energética, ricos em açúcares simples, gordura saturada, sódio e conservantes e com baixo teor de fibras e micronutrientes. O consumo médio de frutas e hortaliças ainda é metade do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira e manteve-se estável na última década enquanto alimentos ultra-processados, como doces e refrigerantes, têm o seu consumo aumentado a cada ano (BRASIL, 2013a).

As maiores frequências de consumo de alimentos básicos, com melhor qualidade da dieta, são constatadas nos brasileiros residentes na zona rural, predominando o consumo de alimentos como arroz, feijão, batata-doce, mandioca, farinha de mandioca, frutas e peixes. Na zona urbana observa-se um maior consumo de alimentos ultra-processados. O padrão do consumo alimentar também varia de acordo com os grupos etários e com a renda dos brasileiros. Observa-se que a classe de mais baixa renda apresenta melhor qualidade na alimentação, com a predominância do consumo de arroz e feijão aliados a

alimentos básicos como peixes e milho, enquanto a frequência do consumo de alimentos de baixa qualidade nutricional como doces, refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados, tende a crescer com o aumento da renda das famílias. Entre os mais novos é maior o consumo de alimentos ultra-processados que tendem a diminuir com o aumento da idade, e o inverso é observado entre as frutas e hortaliças (BRASIL, 2013a).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde, o atual estilo de vida favorece a um maior número de refeições realizadas fora do domicílio. Em 2009, 16% das calorias foram oriundas da alimentação fora de casa que é composta, na maioria dos casos, por alimentos industrializados e ultra-processados como refrigerantes, cerveja, sanduíches, salgados e salgadinhos industrializados, imprimindo um padrão de alimentação que muitas vezes é repetido no domicílio. O consumo energético diário médio da população superior ao recomendado de 2.000kcal é um fator contributivo para o aumento do excesso de peso. Essa média se assemelha as encontradas em países desenvolvidos, como os Estados Unidos, com as maiores médias entre os adolescentes do sexo masculino e as menores entre os idosos (BRASIL, 2013a).

Paralelamente a alteração da característica da dieta, observa-se um acentuado declínio no nível de atividade física. As principais mudanças que justificam este fato estão na distribuição das ocupações setoriais (da agricultura para a indústria) e um aumento do número de trabalhos com redução do esforço físico ocupacional, em virtude do aumento da tecnologia (MENDONÇA; ANJOS, 2004). Observa-se, também, modificações do gasto energético nas atividades de lazer, que passam de atividades físicas com gasto energético acentuado, como práticas esportivas e longas caminhadas, para atividades sedentárias, a exemplo de assistir televisão, jogar vídeo game ou utilizar o computador.

Devido a estas modificações no comportamento alimentar e na prática de atividades físicas, a transição nutricional produziu mudanças no perfil de saúde da população brasileira, com destaque para o aumento da prevalência do sobrepeso e da obesidade.

Atualmente o excesso de peso – que compreende o sobrepeso e a obesidade – é considerado um dos maiores problemas de saúde pública, em

função de sua magnitude e velocidade de evolução, afetando todas as faixas etárias. Segundo o Ministério da Saúde, a obesidade avança anualmente cerca de 1% entre os adultos. Esse aumento está diretamente relacionado ao declínio no nível de atividade física associado a um padrão de dieta pouco saudável, e, seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, tornando a obesidade uma doença multifatorial. (BRASIL, 2013a).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA GLOBAL PARA A PROMOÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Diante deste cenário de alterações significativas no perfil de morbimortalidade, nos padrões de consumo alimentar e do estilo de vida da população, novas demandas e novos desafios são impostos às políticas públicas. Os problemas de saúde e nutrição enfrentados implicam uma mobilização de recursos econômicos, financeiros, políticos e sociais que poderiam ser evitados a partir de ações de promoção e prevenção, reduzindo também os custos no sistema de saúde.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na década de 1990, sob a Lei N.º 8.080/1990 foi instituída a Política Nacional da Saúde, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e correspondentes. Esta define saúde como produto de fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Como medida de reorganização do modelo assistencial de saúde, surge a Atenção Primária ou Básica em Saúde, caracterizada por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A estratégia de reorganização da Atenção Primária ou Básica foi iniciada no Brasil com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e em 1994, com a inserção do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esta tem o propósito de substituir o modelo assistencial tradicional de saúde, focado na doença, no médico e no hospital, por um novo modelo, centrado-se na família, entendida, percebida e situada a partir de seu ambiente físico e social com suas crenças e valores identificados. Este modelo de atenção à saúde favorece a compreensão ampliada do processo saúde/doença, através de uma atenção integral ao indivíduo e à comunidade, desenvolvida por uma equipe multiprofissional, no contexto de um território definido geográfica e administrativamente (CIANCIARULLO et al., 2002).

Nesse contexto, o enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional da atenção primária tem a função de prestar assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, de acordo com suas necessidades específicas, desenvolvendo atividades de promoção, manutenção e recuperação da saúde (SILVA et al., 2001), e desempenhando o papel de educador, não só na organização de grupos de educação em saúde, mas também durante as consultas de enfermagem, visitas domiciliares e na realização de procedimentos técnicos (OLIVEIRA et al., 2011).

A alimentação e nutrição constituem requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania. Ambos estão presentes na legislação do Estado brasileiro, com destaque para a Lei 8.080 de 19/09/1990 que entende a alimentação como um fator condicionante e determinante da saúde, e que as ações de alimentação e nutrição devem ser desempenhadas de forma transversal às ações de saúde, em caráter complementar e com formulação, execução e avaliação dentro das atividades e responsabilidades do sistema de saúde (BRASIL, 1990).

Integrando a Política Nacional de Saúde, foi homologada em 1999 a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) (BRASIL, 2003), com o objetivo principal de contribuir com o conjunto de políticas de governo voltadas à

concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas e à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população. Tem como princípio norteador a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, e do acesso à alimentação adequada, suficiente e segura, por meio da promoção de práticas alimentares adequadas e saudáveis, da vigilância alimentar e nutricional, da prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição (BRASIL, 2013a).

A PNAN tem como diretrizes a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, o monitoramento da situação alimentar e nutricional, a garantia da qualidade dos alimentos colocados para consumo no País, o desenvolvimento de pesquisas e recursos humanos, bem como o estímulo às ações intersetoriais que propiciem o acesso universal aos alimentos (BRASIL, 2008a). Estas diretrizes abrangem o escopo da atenção nutricional no Sistema Único de Saúde com foco na vigilância, promoção, prevenção e cuidado integral de agravos relacionados à alimentação e nutrição; atividades essas integradas às demais ações de saúde nas redes de atenção, tendo a atenção básica como ordenadora das ações. (BRASIL, 2013a).

A incorporação da alimentação como um direito social foi um dos principais avanços na última década. A Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, introduziu, no artigo 6º da Constituição Federal, a alimentação como direito (BRASIL, 2010b). Nesse sentido, o Estado Brasileiro, objetivando a construção de uma nova abordagem para atuar no combate à fome, à pobreza e na promoção da alimentação adequada e saudável, publicou a Lei 11.346/2006 – Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2006) e o Decreto 7.272/2010 - Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010a). Tanto a Lei como o Decreto apresentam o fortalecimento das ações de alimentação e nutrição no sistema de saúde, entre as suas bases diretivas (BRASIL, 2013a).

Os programas e ações em alimentação e nutrição do Ministério da Saúde, que visam à consolidação dos propósitos e fundamentos da PNAN, dentre os quais o Guia Alimentar para a População Brasileira é um exemplo, foram desenvolvidos tanto para contribuir para a prevenção e controle das doenças

crônicas não transmissíveis (DCNT) como das deficiências nutricionais e doenças infecciosas, promovendo o consumo de uma alimentação saudável e a adoção de modos de vida saudáveis (BRASIL, 2008a).

Diversos documentos internacionalmente conhecidos, entre eles a Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, apontam para a necessidade de formulação e implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbimortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir que os indivíduos possam fazer escolhas saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visam tornar essas escolhas factíveis à população (BRASIL, 2008a).

Os principais objetivos da Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde sugerida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), são: reduzir os fatores de risco para DCNT por meio da ação em saúde pública e promoção da saúde e medidas preventivas; aumentar a atenção e o conhecimento sobre alimentação e atividade física; encorajar o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário que sejam sustentáveis, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia; monitorar dados científicos e influências-chave na alimentação e atividade física e fortalecer os recursos humanos necessários para qualificar e manter a saúde nesse domínio (OMS, 2004).

O documento final da estratégia dispõe algumas recomendações específicas sobre dieta,

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável;
- 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;
- Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado (BRASIL, 2008a).

A fim de prevenir as enfermidades cardiovasculares e diabetes e melhorar o estado funcional nas diferentes fases do curso da vida, especialmente na fase adulta e idosa, 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 atividade física pode ser definida como qualquer movimento realizado pelo sistema esquelético com gasto de energia. Esse conceito não se confunde com o de exercício físico, que é uma categoria da atividade física definida como um conjunto de movimentos físicos repetitivos planejados e estruturados para melhorar o desempenho físico. Ambos são formas importantes de manter o balanço energético; contudo, o primeiro implica adotar hábitos mais ativos em pequenas, mas importantes, modificações no cotidiano, optando-se pela realização de tarefas no âmbito doméstico e no local de trabalho e por atividades de lazer e sociais mais ativas. O segundo geralmente requer locais próprios para sua realização, sob a supervisão e orientação de um profissional capacitado em academias de ginástica, clubes e outros locais (BRASIL, 2008a).

A proposta da Estratégia Global pressupõe que, para modificar os padrões de alimentação e de atividade física da população, são necessárias estratégias sólidas e eficazes acompanhadas de um processo de permanente monitoramento e avaliação de impacto das ações planejadas. É importante enfatizar que tal proposta é flexível o suficiente para ser adequada às diferentes realidades dos países, e de forma integrada às suas políticas e aos programas para prevenção de DCNT e de promoção da saúde (BRASIL, 2013a).

Assim sendo, a PNAN e a Estratégia Global compartilham do mesmo propósito central: fomentar a responsabilidade associada entre sociedade, setor produtivo e público para efetuar as mudanças necessárias no âmbito socioambiental, que favoreçam as escolhas saudáveis em níveis individual e coletivo (BRASIL, 2008a).

2.3 ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E CONSUMO ALIMENTAR

Ao longo da vida, as necessidades nutricionais sofrem alterações à medida que há modificações na idade, metabolismo e estilo de vida de cada indivíduo. A

boa nutrição é fundamental para a manutenção de todos os nossos processos vitais, pois é através de uma alimentação equilibrada que o organismo obtém a energia e os nutrientes necessários para a manutenção destes processos. Evidências científicas comprovam que o indivíduo é aquilo que ingere e, através dos alimentos que consome, pode programar sua longevidade e bem-estar (TIRAPEGUI, 2000). Porém, a questão familiar, condição social e a qualidade de informação disponível, além de outros fatores, podem restringir a escolha de uma alimentação mais adequada e saudável.

Uma alimentação saudável é a prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, bem como ao uso sustentável do meio ambiente. Ou seja, deve estar em acordo com as necessidades de cada fase do curso da vida e com as necessidades alimentares especiais; referenciada pela cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; baseada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2013a).

De acordo com os princípios de uma alimentação saudável, todos os grupos de alimentos devem compor a dieta diária. A alimentação saudável deve fornecer água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo. A diversidade dietética que fundamenta o conceito de alimentação saudável pressupõe que nenhum alimento específico ou grupo deles isoladamente, é suficiente para fornecer todos os nutrientes necessários a uma boa nutrição e consequente manutenção da saúde (BRASIL, 2008a).

Em geral, a alimentação saudável é sempre constituída por três tipos de alimentos básicos: 1) Alimentos com alta concentração de carboidratos, como os grãos (incluindo arroz, milho e trigo), pães, massas, tubérculos (como as batatas e o inhame) e raízes (como a mandioca); 2) As frutas, legumes e verduras; 3) Os alimentos vegetais ricos em proteínas (particularmente os cereais integrais, as leguminosas e também as sementes e castanhas) (NRC, 1989; PAHO, 1998; UNACC, 2000; WCRF, 1997; WHO, 1990, 2003b).

O Ministério da Saúde refere que alimentos de origem animal como pequenas quantidades de carne de boi ou porco, carneiro, aves, peixe, ovos e também leite, queijo e iogurte, preferencialmente desnatados ou com baixos teores de gordura também fazem parte de uma alimentação saudável (BRASIL, 2008a).

Uma alimentação saudável contribui também para a proteção contra as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e potencialmente fatais, como diabetes, hipertensão, acidente vascular encefálico, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer, que, em conjunto, estão entre as principais causas de incapacidade e morte no Brasil e em vários outros países. Essa proteção é devida a três fatores inter-relacionados: 1) o consumo de uma diversidade de nutrientes que protegem e mantêm o funcionamento adequado do organismo; 2) a reduzida quantidade de gorduras saturadas, gorduras totais, açúcares, sal e álcool, componentes relacionados ao aumento de risco de DCNT; 3) a baixa concentração energética que previne o excesso de peso e a obesidade, que, por sua vez, aumentam o risco de outras DCNT (NRC, 1989a; UNACC, 2000; WCRF, 1997; WHO, 1990, 2000, 2003a).

A recomendação do Ministério da Saúde para uma alimentação saudável é proposta em forma de diretrizes no Guia Alimentar da População Brasileira e expressa sob a forma de 10 passos para uma alimentação saudável no Guia Alimentar de Bolso, sendo os seguintes:

1. Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.
2. Inclua diariamente seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos na sua forma mais natural.
3. Coma diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
4. Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e bom para a saúde.
5. Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!

6. Consuma, no máximo, uma porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.

7. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.

8. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos.

9. Beba pelo menos dois litros (seis a oito copos) de água por dia. Dê preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.

10. Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis (BRASIL, 2008a).

2.4 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação e o acompanhamento da situação alimentar e nutricional de toda a população brasileira, bem como a geração de outras informações, é de fundamental importância para o planejamento e monitoramento de políticas públicas voltadas para prevenção e controle das doenças crônicas, proporcionando uma melhor qualidade de vida no Brasil (BRASIL, 2004).

O estado nutricional é considerado um indicador importante na aferição das condições de saúde e de vida de uma população. É o resultado do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes, expressando o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo alcançadas, para manter a composição e funções adequadas do organismo (ACUÑA; CRUZ, 2004).

O Ministério da Saúde diz ainda que o estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais, e pode ter três tipos de manifestação orgânica (BRASIL, 2011):

- **Adequação Nutricional (Eutrofia):** manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo e as necessidades nutricionais.

- **Carência Nutricional:** situação em que deficiências gerais ou específicas de energia e nutrientes resultam na instalação de processos orgânicos adversos à saúde.

- **Distúrbio Nutricional:** problemas relacionados ao consumo inadequado de alimentos, tanto por escassez quanto por excesso, como a desnutrição e a obesidade.

O uso de indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional de indivíduo ou coletividades é, entre várias opções, a mais adequada e viável para ser adotada em serviços de saúde, considerando as suas vantagens como: baixo custo, a simplicidade de realização, sua facilidade de aplicação e padronização, amplitude dos aspectos analisados, além de não ser invasiva (BRASIL, 2011).

A antropometria consiste em um método de investigação científica em nutrição que avalia as medições das dimensões físicas e a composição total do corpo humano em diferentes idades e em distintos graus de nutrição (JELLIFE, 1968). É aplicável em todas as fases do curso da vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o seu estado nutricional (BRASIL, 2011).

Diversas medidas antropométricas podem ser utilizadas, de maneira isolada ou combinada para avaliação do estado nutricional. São elas: o peso, a estatura, as circunferências corporais, as pregas cutâneas, entre outras (JELLIFE, 1968; WHO, 1995).

O peso é uma variável antropométrica que expressa o volume corporal através da somatória da massa orgânica e inorgânica que existe nas células, tecidos, músculos, gorduras, órgãos, ossos, água, etc. (JELLIFE, 1968).

Segundo Waitzberg e Ferrini (2000), o peso corresponde à soma de todos os componentes de cada nível da composição corporal. É uma medida aproximada das reservas totais de energia do corpo, e mudanças no peso refletem alterações no equilíbrio entre ingestão e consumo de nutrientes.

A estatura representa o maior indicador do tamanho corporal geral e do comprimento dos ossos (LOHMAN; ROCHE; MARTORELL, 1988). É a medida antropométrica que expressa o volume longitudinal ou linear do corpo humano,

representando a somatória dos membros inferiores, da pélvis, da coluna vertebral e do crânio (JELLIFE, 1968).

Para avaliações coletivas do estado nutricional existem métodos indiretos que expressam a proporção de gordura na composição corporal, baseados na relação do peso, em quilogramas, com a estatura do indivíduo, em metros. O melhor indicador isolado do estado nutricional de adultos é a relação peso/estatura ao quadrado, proposta pelo pesquisador francês Quetelet, no final do século XIX, também conhecida como Índice da Massa Corporal (IMC) ou Índice de Quetelet. Este pode ser obtido através da seguinte forma: $IMC = P/H^2$, onde o P = peso corporal, em quilogramas; H = estatura do indivíduo, em metros (SANTANNA; MALINOVSKI, 1999).

Nos procedimentos de diagnóstico nutricional de adultos, a Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN recomenda o uso da classificação do IMC proposta pela OMS (WHO, 1995). As vantagens de se usar esse método para avaliação nutricional de adultos e idosos são: a) facilidade de obtenção e padronização das medidas de peso e altura; b) dispensa a informação da idade para o cálculo; c) possui alta correlação com a massa corporal e indicadores de composição corporal e d) não necessita de comparação com curvas de referência. Outra característica a ser ressaltada é a sua capacidade de predição de riscos de morbimortalidade, especialmente em seus limites extremos (BRASIL, 2011).

O SISVAN define padrões de referência para classificação do estado nutricional tanto para idosos, como para adultos de acordo com a recomendação da OMS (WHO,1995). Os pontos de corte do IMC para idosos são: Baixo peso: $IMC \leq 22$; adequado ou eutrófico: $IMC < 22$ e > 27 ; Sobrepeso: $IMC \geq 27$. Para adultos, o estado nutricional é classificado em quatro categorias, segundo pontos de corte do IMC: Baixo peso: $IMC < 18,5$; Adequado ou Eutrófico: $18,5 \leq IMC < 25$; Sobrepeso: $25,0 \leq IMC < 30$; Obesidade: $IMC \geq 30,00$ (BRASIL, 2011).

Outro parâmetro que poderá ser utilizado para adultos na Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, com objetivo de complementar o diagnóstico nutricional, é a circunferência da cintura (CC). Este indicador afere a localização da gordura corporal. Em adultos, o padrão de distribuição do tecido adiposo tem

relação direta com o risco de morbimortalidade. Os parâmetros de referência adotados pelo Ministério da Saúde são: Circunferência da cintura $\geq 80,0$ cm, para mulheres, e $\geq 94,0$ cm, para homens (BRASIL, 2011).

A deposição de gordura na região abdominal é um fator de risco cardiovascular e distúrbio da homeostase glicose-insulina mais grave do que a obesidade generalizada. Está associada à hipertensão, dislipidemia, fibrinólise, aceleração da progressão da aterosclerose e fatores psicossociais. A circunferência da cintura tem sido apontada como melhor indicador para aferir a obesidade abdominal (MARTINS; MARINHO, 2006).

O excesso de peso tende a aumentar com a idade, de modo mais rápido para os homens e, de modo mais lento, porém mais prolongado para as mulheres. A partir dos 55 anos para os homens e dos 65 anos para as mulheres, observa-se que o excesso de peso tende a cair. Dos 20 aos 44 anos, o excesso de peso é mais frequente em homens, invertendo-se as situações nas faixas etárias mais altas (IBGE, 2004b).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o estado nutricional relacionado ao consumo alimentar da população atendida na Unidade Mista de Saúde, da cidade de Frei Martinho.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar as condições sociodemográficas dos participantes do estudo.
- Observar as características referentes ao padrão alimentar baseadas no Guia Alimentar de Bolso (Ministério da Saúde).
- Avaliar o padrão alimentar e o estado nutricional identificados.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, exploratório de caráter descritivo, com abordagem quantitativa.

4.2. LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

O estudo foi desenvolvido na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, durante o mês de maio de 2013, no período do EMI (Estágio Multidisciplinar Interiorizado).

A cidade de Frei Martinho, emancipada em 26 de dezembro de 1961, está localizada na microrregião do Seridó Oriental Paraibano e sua população é de 2.933 habitantes, segundo o censo 2010, realizado pelo IBGE. O município dispõe de um hospital local e de uma Unidade Mista de Saúde, situada no centro da cidade, que presta atendimento à população da área urbana e rural.

Segundo o Ministério da Saúde, a Unidade Mista de Saúde é definida como Unidade de Saúde Básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única (DATASUS).

4.3. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelos usuários da Unidade Mista de Saúde. A amostra foi representada pelas pessoas atendidas na referida unidade, compreendendo um total de 100 sujeitos participantes do estudo, durante o mês de maio de 2013.

4.4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no estudo os usuários com idade mínima de 18 anos, de ambos os sexos, que compareceram à Unidade Mista de Saúde e concordaram em participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). Foram excluídos do estudo as usuárias gestantes, bem como os usuários que não atenderam aos critérios acima mencionados.

4.5. PROCEDIMENTO E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados se deu por meio de um questionário/formulário de entrevista previamente elaborado, contendo questões pertinentes aos dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade, zona de residência, ocupação e renda), hábitos alimentares, estas adaptadas do Guia Alimentar de Bolso (APÊNDICE B) e dados antropométricos. Os dados antropométricos foram coletados da seguinte forma:

Peso: Para a medição do peso foi utilizada a balança profissional digital antropométrica com estadiômetro, modelo BK-50FA (Balmak®), do tipo plataforma, com capacidade para 150 kg e graduação em 100g. O indivíduo posicionou-se no centro da balança, descalço, com roupas leves, ereta, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo, mantendo-se parada nessa posição; a leitura foi realizada após apresentação do valor estabilizado no painel digital da própria balança.

Estatura: Os participantes tiveram a estatura medida por meio de uma régua antropométrica em alumínio anodizado, com amplitude de 200 cm e graduação de 0,5 cm, acoplado à coluna da balança digital. O indivíduo em posição ortostática, sem quaisquer objetos na cabeça (chapéu, boné, presilhas, hastes, etc.), descalço, braços estendidos ao longo do corpo, pés unidos, posicionou-se de costas para a escala do estadiômetro, o mais próximo possível do instrumento, e com a cabeça orientada segundo o plano de Frankfurt (cabeça naturalmente reta, olhando para frente), paralela ao solo. A leitura da medição da

estatura foi feita com o cursor em ângulo de 90° em relação à escala do estadiômetro.

IMC: O cálculo do IMC (Índice de Massa Corpórea) foi feito mediante a fórmula $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m}^2\text{)}$, com base no manual de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (FAGUNDES, 2004).

Os padrões adotados para adultos e idosos são os apresentados nos QUADROS 1 e 2.

Quadro 1. Pontos de corte do Índice de Massa Corporal com diagnóstico nutricional para adultos

IMC (Kg/m²) - ADULTOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< IMC 18,5	Baixo Peso
≥ IMC 18,5 e < IMC 25	Adequado ou Eutrófico
≥ IMC 25 e < IMC 30	Sobrepeso
≥ IMC 30	Obesidade

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2008b.

Quadro 2. Pontos de corte do Índice de Massa Corporal com diagnóstico nutricional estabelecido para idosos.

IMC (Kg/m²) – IDOSOS	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≤ IMC 22	Baixo Peso
> IMC 22 e < IMC 27	Adequado ou Eutrófico
≥ IMC 27	Sobrepeso

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde, 2008b.

Circunferência da Cintura: A CC foi obtida durante expiração normal na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca, na altura da cicatriz umbilical, com fita métrica flexível e inelástica, com extensão de 2m, dividida em cm e subdividida em mm, sem comprimir os tecidos. Os pontos de corte adotados para CC foram os preconizados por Lean et al (1995). O acúmulo de gordura na cintura, ou obesidade abdominal, foi classificado em dois níveis. O nível 1 (risco aumentado) correspondeu aos valores de CC entre 80,0 e 87,9 cm para as mulheres, e entre 94,0 e 101,9 cm para os homens; o nível 2 (risco muito

aumentado) correspondeu a uma CC $\geq 88,0$ cm e $\geq 102,0$ cm para mulheres e homens, respectivamente. Valores abaixo de 80,0 cm para as mulheres e 94,0 cm para os homens foram classificados como adequados (WHO, 1997).

4.6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados com o auxílio do programa Excel/2007, e apresentados em tabelas e gráficos, contendo frequência absoluta e relativa, e valores absolutos das variáveis estudadas.

4.7. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi realizada respeitando o que está proposto na Resolução CNS N° 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa em seres humanos, conforme determinação do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, cujas obrigações do pesquisador são: a garantia o anonimato, a privacidade e a desistência do participante em qualquer etapa do estudo.

Neste contexto, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, para apreciação dos aspectos éticos, e aprovado mediante parecer de n° 16516613.8.0000.5187 (ANEXO A).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados encontrados referem-se a uma amostra de 100 indivíduos (n=100), dos quais 77% eram do sexo feminino e 23% do sexo masculino, 81% residentes na zona urbana e 19% na zona rural. A idade mínima encontrada foi de 19 anos e a máxima de 86 anos, e população com idade igual ou superior a 60 anos constituiu a faixa etária predominante. Em relação ao grau de escolaridade, 63% não chegaram a concluir o ensino fundamental. No que diz respeito ao aspecto socioeconômico, 34% dos indivíduos eram aposentados, e o trabalho na agricultura apresentou-se como função mais exercida (23%). A maioria dos indivíduos (55%) relataram possuir uma renda familiar de 1 salário mínimo (TAB. 1).

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico da amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

VARIÁVEIS		N	%
Sexo	Masculino	23	23,0
	Feminino	77	77,0
Zona	Rural	19	19,0
	Urbana	81	81,0
Faixa Etária	19 a 29 anos	15	15,0
	30 a 39 anos	12	12,0
	40 a 49anos	13	13,0
	50 a 59anos	19	19,0
	≥ 60 anos	41	41,0
Escolaridade	Sem Escolaridade	20	20,0
	Fundamental Incompleto	43	43,0
	Fundamental Completo	7	7,0
	Ensino Médio Incompleto	3	3,0
	Ensino Médio Completo	24	24,0
	Ensino Superior Incompleto	2	2,0
Ocupação	Ensino Superior Completo	1	1,0
	Desempregado	1	1,0
	Do lar	12	12,0
	Autônomo	5	5,0
	Agricultor	23	23,0
	Aposentado	34	34,0
	Pensionista	3	3,0
Outras profissões	22	22,0	
Renda	Menos de 1 salário	24	24,0
	1 salário	55	55,0
	2 salários	14	14,0
	3 ou mais salários	7	7,0

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Vários estudos constataam que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é menor que a das mulheres (FIGUEIREDO, 2005; PINHEIRO et al., 2002) , fato comprovado também neste estudo, em que observou-se a prevalência de mulheres em relação aos homens. Estudos apontam que devido às ações preventivas serem voltadas quase que exclusivamente às mulheres, os homens não se reconhecem como alvo dos atendimentos de saúde (KALCKMANN; BATISTA; SOUSA, 2005; SCHRAIBER, 2005). Isso constitui um desafio para realização de atividades de promoção e prevenção voltadas a esse público, como também reflete as dificuldades na adoção de práticas de autocuidado, haja vista que muitos deles entendem a perspectiva preventiva como algo associado ao cuidar feminino (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Observou-se a prevalência de indivíduos residentes na área urbana em relação aos que residem na zona rural. A dificuldade de transporte, grandes distâncias a serem percorridas e as disponibilidades dos serviços, constituem fatores que contribuem para o menor acesso e utilização de serviços de saúde pela população rural (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). Em relação à faixa etária, os que possuem idade igual ou superior foram predominantes em relação aos demais; isso pode ser explicado pelo fato de que os idosos utilizam mais os serviços de saúde do que a população adulta, talvez porque muitos já possuem alguma doença crônica (VERAS, 2002).

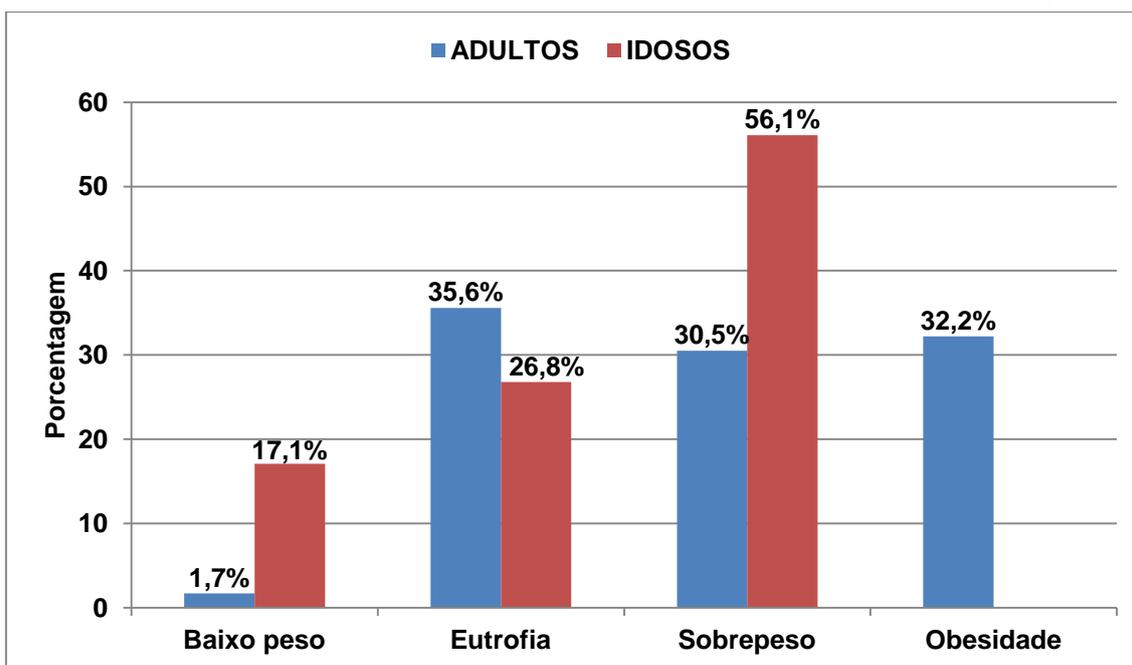
A situação socioeconômica pode influenciar no estado nutricional por meio da educação, da renda e da ocupação, resultando em padrões comportamentais específicos que afetam a ingestão calórica, gasto energético e taxa de metabolismo (MELLO, et al., 2004). Alguns estudos destacam que alguns aspectos como a baixa escolaridade, baixa renda, a escolha por alimentos financeiramente mais acessíveis e, ao mesmo tempo altamente energéticos (pelo excesso de gordura e açúcar), constituem fatores que contribuem para um estado nutricional inadequado (FERREIRA, 2003; GIGANTE et al., 1997; MONTEIRO, et al., 2003).

Pesquisas realizadas em países desenvolvidos revelam que sujeitos de baixa escolaridade apresentam maiores chances de sobrepeso/obesidade e de

mortalidade por todas as causas (REGIDOR, et al., 2011; WARDLE, et al., 2002). Segundo Telarolli Júnior et al. (1996), “a escolaridade é um importante indicador de caracterização socioeconômica, relacionando-se às possibilidades de acesso à renda, à utilização dos serviços de saúde e adesão aos programas educacionais e sanitários”.

Considerando o Índice de Massa Corporal (IMC), constatou-se que dos 59 indivíduos adultos (faixa etária de 19 a 59 anos), 21 (35,6%) eram eutróficos, 18 (30,5%) apresentaram sobrepeso e 19 (32,2%) obesidade. Dos 41 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, 11 (26,8%) corresponde ao número de eutróficos, e 56,0% ao número de idosos com sobrepeso (GRAF. 1).

Gráfico 1 - Classificação do estado nutricional, de acordo com Índice de Massa Corporal, da amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013



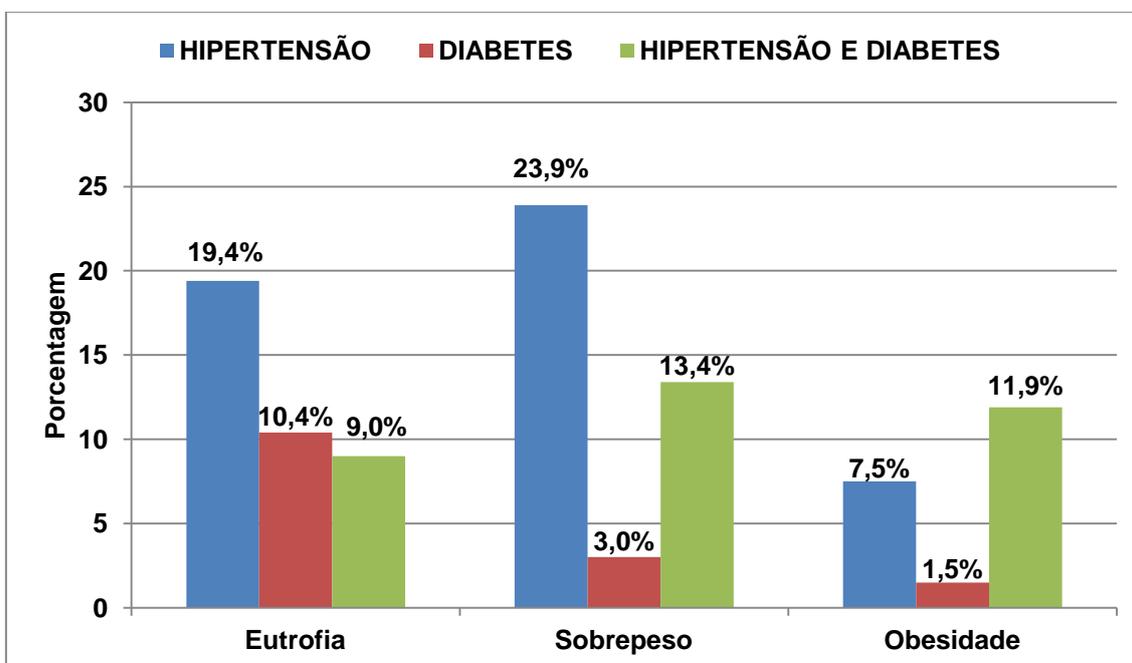
Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Tais resultados indicam a prevalência da inadequação do estado nutricional entre os adultos e os idosos participantes do estudo. Isso merece destaque, pois ratifica o que é observado em outros estudos, que apesar dos diferentes critérios de avaliação utilizados, sinalizam o desvio nutricional, principalmente em relação à população idosa (CAMPOS, 1996).

O aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade da população adulta brasileira tem sido observado nas últimas décadas, e de forma mais intensa nos segmentos socioeconômicos intermediários e baixos, apontando a obesidade como questão de saúde pública e a necessidade de adoção de políticas públicas preventivas (MONTEIRO et al., 2000). Estudos apontam que em todas as regiões brasileiras a distribuição do excesso de peso é mais elevada na área urbana do que na rural em zonas rurais (COITINHO et al., 1991; MONTEIRO et al., 2000) . O estilo de vida mais ativo na área rural, o trabalho na agricultura com maior gasto de energia e a alimentação mais saudável, onde há um maior consumo de frutas, verduras e hortaliças *in natura*, podem estar relacionados a este fato.

Observou-se 67% dos participantes da pesquisa referiram possuir algum tipo de doença crônica não transmissível, sendo que 34% relatou ser portadores de hipertensão arterial, 10% referiu ser portadores de diabetes, e 23% portadores de hipertensão arterial e diabetes associados. Destes, 61,2% apresentaram sobrepeso e obesidade (GRAF. 2).

Gráfico 2 - Classificação do estado nutricional, de acordo com Índice de Massa Corporal, dos portadores de doenças crônicas não transmissíveis da amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

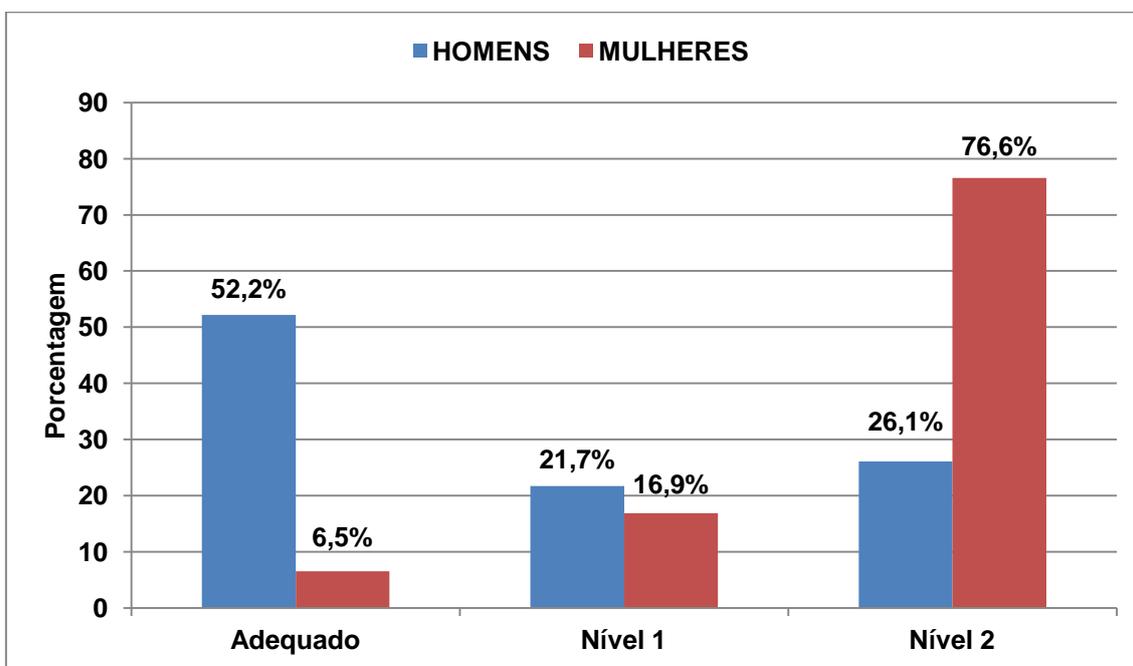


Fonte: Dados da Pesquisa 2013.

O Ministério da Saúde revela que a obesidade constitui um dos fatores de risco mais importantes para outras doenças não transmissíveis, principalmente para as cardiovasculares e diabetes. Estudos apontam que o índice de morte de obesos por doenças do aparelho circulatório, com destaque especial para o acidente vascular encefálico e infarto agudo do miocárdio, é relativamente maior que indivíduos com peso adequado (FLASO, 1998; FRANCISCHI, 2000). Segundo Waitzberg (2000), “o diabetes mellitus e a hipertensão ocorrem 2,9 vezes mais frequentemente em indivíduos obesos do que naqueles com peso adequado”.

Na análise de circunferência da cintura (CC), observa-se que dos 23 participantes da pesquisa do sexo masculino, 12 (52,2%) apresentaram CC no nível adequado (<94), 5 (21,7%) no nível 1 - risco aumentado (≥ 94 e < 102 cm), e 6 (26,1%) acima de 102 cm (nível 2 – risco muito aumentado). No sexo feminino, das 77 participantes da pesquisa, 5 (6,5%) apresentaram CC no nível adequado, 13 (16,9%) no nível 1 – risco aumentado (≥ 80 a < 88 cm), e 59 (76,6%) acima de 88cm (nível 2 - risco muito aumentado) (GRAF. 3).

Gráfico 3 – Classificação da circunferência da cintura da amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013



Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Várias doenças e agravos podem ser geradas pelo excesso de gordura corporal; dentre eles estão as altas taxas de incapacidade e de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, como as doenças cardiovasculares. Os dados deste estudo revelam uma elevada porcentagem de alto risco e de muito alto risco para doenças cardiovasculares e distúrbios metabólicos, para ambos os sexos, mas com destaque para as mulheres. Em outros estudos também foi observado maior incidência de resultados elevados quanto à circunferência da cintura em mulheres (CASTANHEIRA, et al. 2003; SANTOS; SICHIERI, 2005). Isso pode ser explicado em virtude de muitas mulheres trabalharem apenas no próprio lar e ser aposentada, enquanto os homens trabalham fora do lar num serviço mais braçal, apesar de alguns estarem aposentados.

Com relação ao número de refeições realizadas por dia, 17% referiram fazer 6 refeições por dia, 33% 5 refeições por dia, 31% 4 refeições por dia e 19% 3 refeições por dia (TAB. 2).

Tabela 2 – Número de refeições diárias referidas pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

NÚMERO DE REFEIÇÕES DIÁRIAS	
3 Refeições por dia	19,0%
4 Refeições por dia	31,0%
5 Refeições por dia	33,0%
6 Refeições por dia	17,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

A prática de uma alimentação saudável pressupõe o respeito aos horários e a realização de 5 a 6 refeições ao longo do dia, intercalando lanches saudáveis entre as principais refeições (café-da-manhã, almoço e jantar). Essa disciplina alimentar é importante no controle da glicemia dos diabéticos, além de evitar o consumo excessivo de alimentos nas grandes refeições, o qual pode interferir na manutenção do peso adequado – essencial para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, e para melhor qualidade de vida de diabéticos e hipertensos (BRASIL, 2008a). A maioria da população estudada referiu a realização do número de refeições dentro do padrão alimentar preconizado.

No que diz respeito ao consumo alimentar de frutas, 11% dos entrevistados não consumiam nenhum tipo de fruta ou copo de suco natural, 46% referiram consumir 3 ou mais unidades/copos de suco natural, 23% consumiam 2 unidades/copos de suco natural e 20% consumiam 1 unidade/copo de suco natural por dia (TAB. 3). Já em relação ao consumo de legumes e verduras, 14% não consumiam nenhum tipo de legume ou verdura, 43% consumiam 3 ou menos colheres de sopa, 27% consumiam de 4 a 5 colheres de sopa, 9% consumiam de 6 a 7 colheres de sopa, e 7% referiram consumir 8 ou mais colheres de sopa (TAB. 4).

Tabela 3 – Consumo alimentar de frutas referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE FRUTAS	
Não consome	11,0%
1 unid/fatia/copo de suco	20,0%
2 unid/fatias/copos de suco	23,0%
3 unid/fatias/copos de suco ou mais	46,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Tabela 4 – Consumo alimentar de legumes e verduras referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE LEGUMES E VERDURAS	
Não consome	14,0%
3 colheres de sopa ou menos	43,0%
4 a 5 colheres de sopa	27,0%
6 a 7 colheres de sopa	9,0%
8 ou mais colheres de sopa	7,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Segundo o Ministério da Saúde, frutas, legumes e verduras devem estar presentes diariamente nas refeições, pois além de possuírem baixo teor energético e serem ricos em vitaminas, minerais e fibras, auxiliam na prevenção e no controle da obesidade e de vários tipos de câncer, contribuindo para a

proteção à saúde e diminuição do risco de ocorrência de várias doenças, como por exemplo, a hipertensão arterial e o acidente vascular encefálico, provavelmente pelo seu alto teor de potássio, a hiperlipidemia (excesso de gordura no sangue) e doenças cardíacas, devido ao seu alto teor de fibras e de compostos antioxidantes (BRASIL, 2008a). Evidências científicas demonstram que o consumo regular de uma quantidade mínima de 400g/dia desses grupos de alimentos é relacionado ao menor risco de desenvolvimento de muitas doenças crônicas não transmissíveis e à manutenção do peso adequado (WHO, 2003a).

O consumo diário recomendado é de 3 porções de frutas e 3 porções de legumes e verduras nas refeições diárias (BRASIL, 2008a). O consumo desses alimentos referido pela maioria da amostra é compatível com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde.

A TABELA 5 refere-se ao consumo de feijão. O consumo de 2 ou mais colheres de sopa por dia foi referido por 82% da amostra, menos de 5 colheres por semana referido por 5%, 1 colher de sopa ou menos por dia referido por 11%, e 2% dos entrevistados referiram não consumir.

Tabela 5 – Consumo alimentar de leguminosas (feijão) referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE LEGUMINOSAS (FEIJÃO)	
Não consome	2,0%
Menos de 5 vezes por semana	5,0%
1 colher de sopa ou menos por dia	11,0%
2 colheres de sopa ou mais por dia	82,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

As leguminosas são os alimentos vegetais mais ricos em proteínas. Nesse grupo estão inclusos os feijões verde, branco, preto, carioquinha, fradinho, decorda ou macassar, guandu ou andu, mangalô e também as lentilhas, ervilhas secas, fava, soja e grão-de-bico. Possuem ainda carboidratos complexos (amido) e são ricos em fibra alimentar, vitaminas do complexo B, ferro, cálcio e outros minerais, bem como em compostos bioativos (BRASIL, 2008a).

A combinação das proteínas do feijão com as do arroz constituem uma fonte completa de proteínas para os seres humanos (DE ANGELIS et al., 1982a; 1982b; SOUZA, 1973). Essa combinação deve ser resgatada ou mantida, valorizada e incentivada como elemento central da alimentação dos brasileiros, uma vez que dados científicos apontam que este prato está perdendo importância e valor no hábito alimentar, devido a preferência do consumo de alimentos industrializados e menos saudáveis (BRASIL, 2008a).

Os dados sobre consumo diário desse grupo de alimentos referido neste estudo revelam que a maioria dos entrevistados cumpre a recomendação de consumir pelo menos uma porção por dia.

Quanto ao consumo de cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos e raízes, 24% dos sujeitos da pesquisa referiu consumir menos de 3 porções de massa, 57% consumiam de 3 a 6 porções de massa, 10% consumiam de 6 a 7 porções e 9% consumiam 8 ou mais porções de massa por dia (TAB. 6).

Tabela 6 – Consumo alimentar de cereais, tubérculos e raízes referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE CEREAIS, TUBÉRCULOS E RAÍZES	
Menos de 3 porções	24,0%
De 3 a 6 porções	57,0%
De 6 a 7% porções	10,0%
8 porções ou mais	9,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

O grupo dos cereais (arroz, milho, trigo) pães e massas, preferencialmente na forma integral; dos tubérculos como as batatas; e as raízes, principalmente a mandioca, constituem a mais importante fonte de energia e devem ser o principal componente da maioria das refeições, pois são ricos em carboidratos (BRASIL, 2008a).

Os grãos contêm em sua composição 70% de carboidratos complexos (amidos), proteínas, vitaminas do complexo B e outras vitaminas, minerais, ácidos

graxos essenciais, e fibras alimentares. Já os tubérculos e as raízes, como batata-doce, batata-inglesa (fontes de ácido ascórbico), mandioca, cará ou inhame possuem alto teor de água e relativamente menor quantidade de carboidratos que os grãos (BRASIL, 2008a).

O grupo dos carboidratos (complexos + açúcares simples ou livres) deve fornecer de 55% a 75% do valor energético total (VET) da alimentação diária; destes, mais da metade da energia fornecida deverá ter origem em alimentos ricos em carboidratos complexos (grãos, tubérculos e raízes), ou seja, 45% a 65% do VET. Sendo assim, uma alimentação rica em carboidratos possivelmente terá menor quantidade de gordura saturada e menos açúcar, prevenindo o excesso de peso, a obesidade, alguns tipos de câncer e outras DCNT entre as pessoas (DHSS,1994; NRC, 1989; UNACC, 2000; WCRF, 1997; WHO, 1990, 2000).

Dados da pesquisa do IBGE em 2004 revelam que o consumo nacional desses alimentos nas famílias de menor renda é prevalente sobre as de maior renda e que entre os mais pobres o consumo recomendado é atendido. Verificou-se também a queda do consumo de arroz e pão e aumento de biscoitos (bolachas salgadas, doces e as recheadas), produtos estes, em geral, com alto teor de gorduras trans e sal ou açúcar, e quando consumidos em excesso são prejudiciais à saúde (IBGE, 2004a).

O consumo desse grupo de alimentos referido pela maioria dos entrevistados atende à recomendação do Ministério da Saúde de um consumo diário de até 6 porções de cereais, tubérculos e raízes.

Tratando-se do consumo diário de carnes (gado, porco, aves, peixes e outros) ou ovos, observou-se que 3% não consumiam nenhum tipo de carne, 49% consumiam 1 pedaço ou 1 ovo, 25% consumiam 2 pedaços ou 2 ovos e 23% consumiam mais de 2 pedaços ou mais de 2 ovos (TAB. 7). 75% dos entrevistados relataram tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave, 24% relataram não tirar esse tipo de gordura, e 1% relatou não consumir carne vermelha ou frango.

Referente ao consumo de peixe, 16% dos entrevistados responderam nunca consumir, 29% somente algumas vezes no ano, 17% 2 ou mais vezes por semana, e 38% de 1 a 4 vezes por mês (TAB. 8).

No que concerne ao consumo de leite e derivados, 16% referiram não consumir leite, nem seus derivados, 12% consumiam 3 ou mais copos/fatias/porções, 17% consumiam 2 copos/fatias/porções, e 55% consumiam 1 ou menos copo/fatia/porções por dia. Dos 84% que relataram consumir leite e seus derivados, 51 (60,7%) afirmaram que o tipo de leite e seus derivados consumidos eram do tipo integral, e 33 (39,3%) do tipo semidesnatado, desnatado ou *light* (TAB. 9).

Referindo-se ao consumo de alimentos embutidos, frituras, carnes salgadas, hambúrgueres e presuntos, observa-se na TABELA 10 que 19% dos entrevistados costumavam comer menos que 2 vezes por semana, 1% de 4 a 5 vezes por semana, 11% de 2 a 3 vezes por semana, 3% todos os dias e 66% raramente ou nunca.

Tabela 7 – Consumo alimentar de carnes referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE CARNES	
Não consome	3,0%
1 pedaço/fatia/colher de sopa/1ovo	49,0%
2 pedaços/fatias/colhereres de sopa/2 ovos	25,0%
Mais de 2 pedaços/fatias/colhereres de sopa/2 ovos	23,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Tabela 8 – Consumo alimentar de peixe referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE PEIXES	
Não consome	16,0%
Somente algumas vezes no ano	29,0%
De 1 a 4 vezes por mês	38,0%
2 ou mais vezes por semana	17,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Tabela 9 – Consumo alimentar de leite e derivados referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE LEITE E DERIVADOS	
Não consome	16,0%
1 copo/fatia/porção	55,0%
2 copos/fatias/porções	17,0%
3 ou mais copos/fatias/porções	12,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Tabela 10 – Consumo alimentar de frituras e embutidos referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE FRITURAS E EMBUTIDOS	
Raramente ou nunca	66,0%
Menos do que 2 vezes por semana	19,0%
De 2 a 3 vezes por semana	11,0%
De 4 a 5 vezes por semana	1,0%
Todos os dias	3,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Carnes e miúdos (vísceras), aves, peixes e ovos, bem como o leite e seus derivados constituem alimentos de origem animal. No Brasil é comum o consumo de carnes bovinas, suínas, de aves (frango principalmente) e de grande variedade de peixes (BRASIL, 2008a). Apesar de muito nutritivos, esses alimentos possuem alto teor de gorduras saturadas. Por isso seu consumo deve ser moderado, a fim de prevenir a obesidade, as doenças cardíacas e outras doenças, incluindo alguns tipos de câncer (DHSS, 1994; UNACC, 2000; WCRF, 1997; WHO, 1990).

Em geral, as carnes e os peixes são boas fontes de todos os aminoácidos essenciais, substâncias químicas necessárias para o crescimento e a manutenção do corpo humano, além de ferro de alta biodisponibilidade e vitamina B12; os peixes também são fontes de cálcio. Já os miúdos são ricos em ferro e devem compor a alimentação de crianças, gestantes e idosos, pelo menos uma vez por semana, a fim de evitar a anemia ferropriva que retarda o

desenvolvimento físico e mental. Com relação aos produtos derivados de carne, embutidos, hambúrgueres, salsicha, presunto e outros, devem ser evitados, devido a grande quantidade de gordura e do alto teor de sal que possuem (BRASIL, 2008a).

Os ovos também são componentes de uma alimentação saudável, pois são fontes de vitaminas do complexo B, de proteínas de alto valor biológico e de gordura, além de grande quantidade de colesterol. Apesar de algumas evidências científicas mostrarem que 50% da gordura presente nos ovos é do tipo insaturada, estes devem ser consumidos de acordo com a recomendação dada para todos os alimentos de origem animal, uma vez que possuem (HU et al, 1999; KATZ et al, 2005; KRITCHEVSKY; KRITCHEVSKY, 2000; SONG; KERVER, 2000).

A importância do consumo do leite e seus derivados está relacionada ao fato de que esse grupo de alimentos é a principal fonte de cálcio. Mesmo os leites com baixo teor de gordura e os desnatados são ricos em cálcio. Os alimentos derivados do leite, como o iogurte e o queijo branco, têm o mesmo perfil do leite, exceto os que são compostos praticamente de gordura, como a manteiga e o creme de leite. O cálcio é necessário para o desenvolvimento dos ossos e dentes e fundamental para a manutenção da saúde óssea ao longo da vida, evitando a osteoporose (BRASIL, 2008a).

A recomendação do Ministério da Saúde é de que o consumo diário desse grupo de alimentos seja de 3 porções de leite e derivados e de 1 porção de carne, peixes ou ovos, e que as carnes com menor quantidade de gordura sejam as selecionadas para consumo. Outra prática recomendada é a retirada de toda a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes de sua preparação para consumo (BRASIL, 2008a).

A maioria dos sujeitos da pesquisa referiu o consumo de carne e de peixe dentro da recomendação indicada, porém quanto ao consumo de leite e de seus derivados a prevalência foi do consumo abaixo do recomendado. Verificou-se também o baixo consumo dos alimentos derivados de carne, embutidos, hambúrgueres, salsicha e outros, pela maioria dos entrevistados, o que é positivo, uma vez que o consumo desses tipos de alimentos deve ser evitado.

Quanto ao consumo de doces, refrigerantes e sucos industrializados, 43% dos entrevistados responderam raramente ou nunca consumir, 37% menos que 2 vezes por semana, 8% de 2 a 3 vezes por semana, 6% de 4 a 5 vezes por semana e 6% todos os dias (TAB. 11). No que se refere ao tipo de gordura utilizada para o preparo das refeições, houve predomínio no uso de óleo vegetal (56%) em relação ao uso de margarina (32%) e ao uso de manteiga (9%). 3% dos entrevistados referiram não fazer uso de nenhum dos tipos de gordura acima citados (TAB. 12). A maioria da amostra (91%) relatou que não adiciona sal aos alimentos quando já estão no prato.

Tabela 11 – Consumo alimentar de doces e refrigerantes referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

CONSUMO ALIMENTAR DE DOCES E REFRIGERANTES	
Raramente ou nunca	43,0%
Menos do que 2 vezes por semana	37,0%
De 2 a 3 vezes por semana	8,0%
De 4 a 5 vezes por semana	6,0%
Todos os dias	6,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Tabela 12 – Tipo de gordura utilizada para o preparo das refeições referido pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

GORDURA UTILIZADA NO PREPARO DE ALIMENTOS	
Manteiga	9,0%
Óleo vegetal	56,0%
Margarina	32,0%
Nenhum tipo de gordura	3,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

As gorduras e os açúcares constituem fontes de energia para o organismo. Os ácidos graxos essenciais e vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K) são componentes da gordura e devem ser veiculados pelos alimentos, já que o organismo não pode produzi-los. Estes elementos são encontrados

principalmente nas margarinas e nos óleos vegetais (soja, milho, girassol, canola, algodão), componentes do grupo das gorduras insaturadas. As gorduras de origem animal (banha, manteiga, leite e laticínios, e a própria gordura que compõem as carnes), são classificadas como gorduras saturadas e seu consumo deve ser moderado (BRASIL, 2008a).

Evidências científicas apontam alguns tipos de ácidos graxos essenciais presentes nas gorduras insaturadas como fatores de proteção à saúde. O ácido graxo ômega-3, presente principalmente na gordura dos peixes, está associado com a redução do risco de doenças cardiovasculares, de alguns tipos de câncer e no tratamento de doenças inflamatórias como artrite reumatóide (CARRERO et al., 2005; EILAT-ADAR et al., 2004; HOLUB; HOLUB, 2004; NETTLETON; KATZ, 2005; OH, 2005; SALDEEN; SALDEEN, 2004; SAHIDI; MIRALIAKBARI, 2004; SEO et al., 2005).

O consumo excessivo de alimentos com elevado teor de gordura está relacionado ao crescimento e ao risco de incidência de várias doenças, como as dislipidemias, as doenças cardíacas e o excesso de peso ou a obesidade, e este risco é maior em populações sedentárias (NRC, 1989a; UNACC, 2000; WCRF, 1997; WHO, 1990, 2000, 2003a).

O açúcar simples, assim como o amido, é um tipo de carboidrato, utilizado em preparações caseiras diversas e em produtos industrializados. Uma alimentação com alto teor deste tipo de açúcar, além de estar associada ao excesso de peso e obesidade, está relacionada também às cáries dentárias entre crianças, ao aumento da glicose sanguínea (FREIRE, 2000) e constitui um fator de risco para câncer de cólon (WCRF, 1997).

Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 revelam que o consumo do grupo de açúcares, incluindo os refrigerantes, ultrapassa os limites das recomendações em todas as regiões geográficas, nas áreas rurais e urbanas e em todas as faixas de renda (IBGE, 2004b).

O sal de cozinha (cloreto de sódio) é a principal fonte de sódio e de iodo na alimentação, e assim como o potássio são minerais essenciais para a regulação de fluidos intra e extracelulares, e para o desenvolvimento e crescimento do corpo humano. É comumente usado como tempero para realçar o sabor dos alimentos

nas preparações caseiras, e está contido em vários alimentos processados (BRASIL, 2008a).

O hábito de acrescentar sal aos alimentos já preparados, bem como o consumo de alimentos com alto teor de sódio deve ser desestimulado (BRASIL, 2008a), pois o consumo de sal em excesso constitui um fator de risco para doenças coronarianas, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico e câncer de estômago (NRC, 1989a; UNACC, 2000; WCRF, 1997; WHO, 1990, 2000, 2003a). Estudos evidenciam que o consumo excessivo de sal na dieta é um fator de risco independente para as doenças cardiovasculares, uma vez que além de elevar os níveis pressóricos aumenta o risco de desenvolvimento de hipertrofia ventricular esquerda (MOLINA et al., 2003).

As recomendações feitas pelo Ministério da Saúde em relação a esses alimentos são: pequenas quantidades de óleo vegetal devem ser utilizadas no preparo dos alimentos assados, cozidos, ensopados e grelhados e que o uso de margarina, ou gordura vegetal e manteiga devem ser evitados; o consumo do grupo dos açúcares e doces deve ser de no máximo 1 porção por dia, evitando-se refrigerantes e sucos industrializados; a quantidade de sal por dia deve ser, no máximo, uma colher de chá rasa, por pessoa, distribuída em todas as refeições, e o uso de alimentos industrializados com alto teor de sódio, como embutidos, conservas de vegetais, molhos e temperos prontos devem ser evitados.

Os dados do presente estudo mostram que a maioria dos entrevistados refere baixo consumo de doces, refrigerantes e sucos industrializados; a preferência do uso do tipo de gordura recomendada para o preparo dos alimentos (óleo vegetal) também é referida pela maioria; e a recomendação de não adicionar sal aos alimentos já preparados é atendida pela maioria dos sujeitos da pesquisa.

No que se refere à prática de atividade física regular, 50% da amostra relatou não realizar atividade física regular, 22% relatou realizar de 2 a 4 vezes por semana, e 28% referiram realizar algum tipo de atividade física todos os dias da semana (TAB. 13).

Tabela 13 – Realização de atividade física regular referida pela amostra atendida na Unidade Mista de Saúde do município de Frei Martinho, maio de 2013

REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR	
Não	50,0%
Sim	28,0%
De 2 a 4 vezes por semana	22,0%
TOTAL	100%

Fonte: Dados da pesquisa 2013.

Além de melhorar o funcionamento do organismo, reforçando a função circulatória, muscular, pulmonar, óssea e as articulações, a prática de atividade física regularmente auxilia na redução e/ou na manutenção do peso corporal e, sobretudo, contribui para a prevenção de doenças crônicas (GUS, 2002). Os dados da pesquisa revelam que 50% da população estudada não realiza nenhum tipo de atividade física regular, resultado esse que aponta para a necessidade de uma conscientização da população sobre a importância e os benefícios obtidos pela realização de algum tipo de atividade física regular.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou o conhecimento do estado nutricional e dos hábitos alimentares dos sujeitos estudados, identificando-se a existência de fatores de risco para o desenvolvimento e complicações de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo do alto índice de sobrepeso e obesidade, bem como o excesso de gordura abdominal, apesar do consumo regular de frutas, verduras, legumes e menor consumo de massas, de alimentos embutidos e de alimentos ricos em gordura animal, sal e açúcar.

Hábitos de vida inadequados, como o sedentarismo, concomitante ao baixo nível de escolaridade verificado na maioria dos indivíduos estudados, constituem fatores que poderão ter influenciado no estado nutricional observado.

Diante do exposto, destaca-se a importância da implantação de estratégias efetivas que visem à promoção da saúde e à prevenção de doenças não transmissíveis, conforme a realidade local. Informações sobre os determinantes e consequências do sobrepeso e da obesidade são imprescindíveis e devem ser fomentadas para a prevenção e o controle dessas doenças.

Sabe-se que a atenção básica é um espaço privilegiado para o desenvolvimento das ações de apoio e de incentivo à adoção/manutenção de hábitos alimentares saudáveis, bem como à prática de atividade física regular. A equipe de saúde ao desenvolver as ações de saúde baseadas nesse princípio, garante a propagação de informações e permite espaços para a reflexão sobre os fatores individuais e coletivos relacionados às práticas em saúde e nutrição na comunidade.

Logo, acompanhar o estado nutricional e de saúde da população usuária da atenção básica, além de promover práticas que estimulem à alimentação saudável e a realização de atividade física regular, são ações que devem fazer parte do cotidiano da equipe de saúde. Atividades de planejamento de consultas de cuidado continuado necessárias para atender a população; estabelecer vínculos de parceria com outros profissionais de saúde essenciais ao atendimento a esses indivíduos, como nutricionistas, psicólogos e educador físico; criação de

grupos terapêuticos com reuniões periódicas e debates sobre o tema; realização de atividades de educação em saúde como oficina e palestras, estimulando a prática de atividades físicas e formação de grupos de caminhada, são algumas sugestões de ações essenciais para o alcance da efetividade da promoção à saúde e da prevenção das principais doenças crônicas não transmissíveis.

Contudo, o desenvolvimento dessas ações não pode se limitar apenas ao espaço físico da unidade de saúde. O apoio da gestão e a parceria com outros setores sociais são fundamentais para a inserção dessas atividades em espaços comunitários de atividade física e práticas corporais, escolas e creches, associações comunitárias, redes de assistência social e ambientes de trabalho, entre outros.

Nesse ínterim, destaca-se a importância do enfermeiro, pois este é o profissional que desenvolve o papel imprescindível para a modificação do cenário encontrado, estabelecendo práticas de monitoramento e direcionando suas intervenções de acordo com a realidade da comunidade, a fim de promover o estado nutricional adequado da população, reduzindo a prevalência das doenças associadas, e proporcionando uma melhor qualidade de vida e bem-estar à sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p.181-191, 2003.

BRASIL. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2010a. Seção 1, p. 6.

_____. Emenda Constitucional nº 64 de 4 de fevereiro de 2010. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 fev. 2010b. Seção 1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 set. 2006. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 2ed. rev. Brasília, 2003. 144p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de princípios e diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010c. 152p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Diagnóstico de Saúde e Nutrição da População do Campo: Levantamento de Dados/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 34p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **O que é uma alimentação saudável? Considerações sobre o conceito, princípios e características: uma abordagem ampliada/** Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. 210p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira.pdf> Acesso em 10 de nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar: como ter uma alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, [s.d.]. (Guia de bolso). 32p. Disponível em:

<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar_bolso> . Acesso em: 29 mar. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 84p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.– Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. **Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 136p.

CAMPOS, M.T.F.S. **Efeitos da suplementação alimentar em idosos** [dissertação]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 1996.

CASTANHEIRA, M.; OLINTO, A. T. M.; GIGANTE, P. D. Associação de variáveis sócio-demográficas e comportamentais com a gordura abdominal em adultos: estudo de base populacional no sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 4, p. 122-145, 2003.

CARRERO, J. J.; MARTÍN-BAUTISTA, E.; BARÓ, L. Cardiovascular effects of omega-3-fatty acids and alternatives to increase their intake. **Nutr. Hosp.**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 63-69, 2005.

CIANCIARULLO, T. I.; GUALDA, D. M. R.; CUNHA, I. C. K. O.; SILVA, G. T. R. **Saúde na Família e na Comunidade**. São Paulo: Robe Editorial; p. 17-34, 2002.

COITINHO, D. O.; LEÃO, M. M.; RECINE, E.; SICHIERI, R. **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos**. Brasília: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), 1991.

DATASUS. Pesquisa: Unidade Mista de Saúde. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/tipo_estabelecimento.htm>. Acesso em: 02 abr. 2013.

DE ANGELIS, R. C. et al. Mezclas de arroz y frijol: valor nutricional de las proteínas. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**. [S.l.], v. 32, n. 1, p.47-63, 1982a.

_____. Mezclas de arroz y frijol: limitación de vitaminas liposolubles. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**., v. 32, n. 1, p. 64-78, 1982b.

DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY (DHSS). **Dietary reference values for food energy and nutrients for the united kingdom**. Committee on Medical Aspects of Food Policy. London, 1991.

DRUCKER, L. P. Rede de suporte tecnológico domiciliar à criança dependente de tecnologia egressa de um hospital de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, 2007.

EILAT-ADAR, S. et al. Omega-3 fatty acids, fish, fish oil and cardiovascular disease-a review with implications to Israeli nutritional guidelines. **Harefuah**. [S.l.], v. 143, n. 8, p. 585-591, 2004.

ESCODA, M. S. Q. Para a crítica da transição nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 219-226, 2002.

FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES OBESIDAD (FLASO). **I Consenso Latino-americano em obesidade**. Rio de Janeiro, 1998.

FERREIRA, V. A. **Obesidade & pobreza: o aparente paradoxo**. [dissertação] Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2003.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 10, p. 105-109, 2005.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v. 13, p. 17-28, 2000.

FREIRE, M. Dieta, saúde bucal e saúde geral. In. BUISCHI Y (Ed.). **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2000.

GIGANTE, D. P.; BARROS, F. C.; POST, C. L. A.; OLINTO, M. T. A. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 3, p. 236-46, 1997.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. do; ARAÚJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 565-574, 2007.

GUIMARÃES, L. V.; BARROS, M. B. A. As diferenças de estado nutricional em pré-escolares de rede pública e a transição nutricional. **J Pediatr.**, v.77, n. 5, p. 381-386, 2001.

GUS, I.; FISCHMANN, A.; MEDINA, C. Prevalência dos fatores de risco da doença arterial coronariana no Estado do Rio Grande do Sul. **Arq Bras Cardiol.**, v. 78, n. 5, p. 478-483, 2002.

HERRON, K. L.; VEGA-LOPEZ, S.; CONDE, K.; RAMJIGANESH, T; SHACHTER, N. S.; FERNANDEZ, M. L. Men classified as hypo- or hyperresponders to dietary cholesterol feeding exhibit differences in lipoprotein metabolism. **J. Nutr.** [S.I.], v. 133, n. 4, p. 1036-1042, 2003.

HERRON, K. L.; LOFGREN, I. E.; SHARMAN, M.; VOLEK, J. S.; FERNANDEZ M. L. High intake of cholesterol results in less atherogenic low-density lipoprotein particles in men and women independent of response classification. **Metabolism.** [S.I.], v. 53, n. 6, p. 823-830, 2004.

HOLUB, D. J.; HOLUB, B. J. Omega-3 fatty acids from fish oils and cardiovascular disease. **Mol. Cell. Biochem.** [S.I.], v. 263, n. 1-2, p. 217-225, 2004.

HU, F. B.; STAMPFER, M. J.; RIMM, E. B.; MANSON, J. E.; ASCHERIO, A.; COLDITZ, G. A.; ROSNER, B. A.; SPIEGELMAN, D.; SPEIZER, F. E.; SACKS, F. M.; HENNEKENS, C. H.; WILLETT, W. C. A prospective study of egg consumption and risk of cardiovascular disease in men and women. **Jama** [S.I.], v. 281, n. 15, p. 1387- 1394, 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretorias de Pesquisa. Coordenação de Índices de Preços. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar e estado nutricional no Brasil**. Rio de Janeiro, 2004a. 80p.

_____. Diretorias de Pesquisa. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004b.

_____. Diretorias de Pesquisa. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e**

Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

JELLIFE, D. B. **Evaluation Del estado Del estado de nutrición de la comunidad.** Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1968.

KAC, G; VELÁSQUEZ-MENDÉLEZ, G. [editorial]. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cad Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 4-5, 2003.

KALCKMANN, S.; BATISTA, L. E.; SOUZA, L. C. F. Homens de baixa renda falam sobre saúde reprodutiva e sexual. In: ADORNO, R.; ALVARENGA, A.; VASCONCELOS, M. P. organizadores. **Jovens, trajetória, masculinidades e direitos.** São Paulo: Edusp; 2005, p.199-217.

KATZ, D. L. NJIKE V, FARIDI Z, DUTTA S, GONZALEZ-SIMON AL. Egg consumption and endothelial function: a randomized controlled crossover trial. **Int. Jour. Cardiol.** [S.l.], v. 99, n. 1, p. 65-70, 2005.

KRITCHEVSKY, S. B.; KRITCHEVSKY, D. Egg consumption and coronary heart disease: an epidemiologic overview. **J. Am. Coll. Nutr.** [S.l.], v. 19, p. 549S-555S, 2000. Supplement 5.

LEAN, M. E. J.; HAN, T. S.; MORRISON, C. E. **Waist circumference as a measure for indicating need for weight mangement.** *BMJ* . v. 311, p. 158-161, 1995.

LOHMAN T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. **Anthropometric standardization reference manual.** Champaign: Human Kinetics Books, 1988.

MARTINS, I. S.; MARINHO, S. P. O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 760-767, 2003).

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.**, v. 87, n. 4, p. 471-479, 2006.

MELLO, E. D.; LUFT, V. C.; MEYER, F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 3, p. 173-182, 2004.

MENDONÇA, C. P.; ANJOS, L. A. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 698-709, 2004.

MOLINA, M. D. C. B.; CUNHA, R. S.; HERKENHOFF, L. F.; MILL J. G. Hipertensão e consumo de sal. **Rev Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 743-750, 2003.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; CASTRO, I. R. R. A tendência cambiante da relação entre escolaridade e risco de obesidade no Brasil (1975-1997). **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 67-75, 2003.

MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. M.; POPKINS, B. M. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: A Evolução do País e de suas Doenças** (C. A. Monteiro, org.), São Paulo: Editora Hucitec/Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde – NUPENS, Universidade de São Paulo. p. 247-255, 2000.

MUSTAD, V. A.; KRIS-ETHERTON, P. M. Além da redução do colesterol: decifrando os benefícios da intervenção alimentar para a doença cardiovascular. **Curr. Atheroscler. Reports**, v. 1, p. 2-7, Brasil 2001.

NASCIMENTO, C. M.; RIBEIRO, A. Q.; SANT'ANA, L. F. R.; OLIVEIRA, R. M. S.; FRANCESCHINI, S. C. C.; PRIORE, S. E. Estado nutricional e condições de saúde da população idosa brasileira: revisão da literatura. **Rev Med Minas Gerais**, v. 21, n. 2, p. 174-180, 2011.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL (NRC). **Diet and health: implications for reducing chronic disease risk**. Washington: National Academy Press, 1989.

NETTLETON, J. A.; KATZ, R. N-3 long-chain polyunsaturated fatty acids in type 2 diabetes: a review. **J. Am. Diet. Assoc.** [S.l.], v. 105, n. 3, p. 428- 440, 2005.

OH, R. Practical applications of fish oil (omega-3fatty acids) in primary care. **J. Am. Board. Fam. Pract.** [S.l.], v. 18, n. 1, p. 28-36, 2005.

OMRAM, A. R., 1971. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 49 (Part 1): 509-538.

OLIVEIRA, M. M.; COIMBRA, V. C. C.; OLIVEIRA, E. M.; PEREIRA, D. B.; MARTINS, A. O profissional enfermeiro e a atenção primária à saúde. **Rev. enferm. Saúde**, v. 1, n. 1, p.184-189, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia Global para a Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde: 57.ª Assembléia Mundial de Saúde: Wha 57.17** 8.ª sessão plenária de 22 de Maio de 2004 (versão em português, tradução não oficial). [S.l.], 2004.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). **Guías alimentarias y promocion de la salud en América Latina**. Washington, 1998.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. **Rev. Nutr. Campinas**, v. 17, n. 4, p. 523-533, 2004.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 7, p. 687-707, 2002.

REGIDOR, E.; KUNST, A. E.; RODRÍGUEZ-ARTALEJO, F.; MACKENBACH, J. P. Small socio-economic differences in mortality in Spanish older people. **Eur J Public Health**, 2011; [Epub ahead of print].

SALDEEN, P.; SALDEEN, T. Women and omega-3 Fatty acids. **Obstet. Gynecol. Surv.** [S.I.], v. 59, n. 10, p. 722-730, 2004.

SANTANNA, C. M; MALINOVSKI, J. R. Avaliação nutricional de operadores de motosserra no corte de eucalipto em região montanhosa. **Scientia Forestalis**, v. 9, n. 55, p. 71-77, 1999.

SANTOS, D. M.; SICHIERI, R. Índice de massa corporal e indicadores antropométricos de adiposidade em idosos. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p.163-168, 2005.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B; AZEVEDO E SILVA, G; MENEZES, A. M; MONTEIRO, C. A; BARRETO, S. M; **Chronic non communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. Lancet. 2011.

SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S., organizadores. **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2005, p. 39-61.

SEO, T.; BLANER, W.; DECKELBAUM, R. Omega-3 fatty acids: molecular approaches to optimal biological outcomes. **Curr. Opin, Lipidol.** [S.I.], v. 16, n. 1, p. 11-18, 2005.

SHAHIDI, F.; MIRALIKBARI, H. Omega-3 (n-3) fatty acids in health and disease: part 1:cardiovascular disease and cancer. **J. Med. Food.** [S.I.], v. 7, n. 4, p. 387-401, 2004.

SILVA, E. M.; NOZAWA, M. R.; SILVA, J. C.; CARMONA, S. A. L. D. Práticas das enfermeiras e políticas de saúde pública em Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 989-998, 2001.

SONG, W.O.; KERVER, J. M. Nutritional contribution of eggs to American diets. **J. Am. Coll. Nutr.** [S.I.], v. 19, 2000. Supplement 5, p. 556S-562S.

SOUZA, N. **Estudo do valor nutritivo da proteína de arroz e feijão**. (Tese Doutorado)–Faculdade de Medicina de Botucatu, 1973.

TIRAPÉGUI, J. , **Nutrição:fundamentos e aspectos atuais**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 01 a 03.

TELAROLLI JÚNIOR, R.; MACHADO, J. C. M. S.; CARVALHO, F. Perfil demográfico e condições sanitárias dos idosos em área urbana do Sudeste do Brasil. **Rev Saude Publica**, v. 30: 485-498, 1996.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil 1998 e 2003. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2490-2502, 2007.

UNITED NATIONS ADMINISTRATIVE COORDINATING COMMITTEE (UNACC). Sub-Committee on Nutrition of the United Nations (ACC/SCN). Ending malnutrition by 2000: an agenda for change in the millennium: report by the commission on the nutrition challenges of the 21st century. **Food and Nutr Bull** [S.I.], v. 21, n. 3, p. 1-88, 2000.

VERAS, R. P. Terceira Idade. **Gestão Contemporânea em Saúde**. Relume-Dumará; 2002.

WAITZBERG, D.L. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2000.

WAITZBERG, D.L.; FERRINI, M.T. Exame Físico e Antropometria. In: Waitzberg DL. **Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica**. 3a ed. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 255-278.

WARDLE, J.; WALLER, J.; JARVIS, M. J. Sex differences in the association of socioeconomic status with obesity. **Am J Public Health**, v. 92, p. 1299-1304, 2002.

WORLD CANCER RESEARCH FUND (WCRF). **Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborative Study Team on the Role of Breastfeeding on the Prevention of Infant Mortality: how much does breastfeeding protect against infant and child mortality due to infectious diseases?: a pooled analysis of six studies from less developed countries. **Lancet** [S.I.], v. 355, p. 451-455, 2000.

_____. **Diet Nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation**. Geneva, 2003a. (WHO Technical Report Series, 916).

_____. **Food nutrition and the prevention of chronic diseases**. Geneva, 1990. (Technical Report, 797)

_____. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva: World Health Organization; 2009.

_____. **Global status report on non communicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization; 2011.

_____. **Nutrition for Health and Development: report of a joint WHO/FAO expert consultation on diet, nutrition and the prevention of chronic diseases.** Geneva, 2003b. (WHO Technical Report Series).

_____. **Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity,** Geneva: World Health Organization; 1997. p. 107-158.

_____. **Physical status: the use and interpretation of anthropometry.** Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

ANEXOS E APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “**PERFIL NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO ATENDIDA NA UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE FREI MARTINHO/PB**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho **PERFIL NUTRICIONAL DA POPULAÇÃO ATENDIDA NA UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE FREI MARTINHO/PB** terá como objetivo geral descrever o perfil nutricional da população atendida na Unidade Mista de Saúde da cidade de Frei Martinho/PB.

Ao voluntário só caberá a autorização para responder um questionário/formulário de entrevista previamente elaborado, e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário.

- Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial; entretanto, quando necessário for, poderá revelar os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 8784 – 0802 com Jacqueline Santos da Fonsêca Almeida Gama.

- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica
Participante da pesquisa

APÊNDICE B – Questionário

QUESTIONÁRIO

N° do Questionário: ____

Data da Entrevista: __/__/____

Nome: _____

Endereço: _____

Sexo: () M () F Data de Nascimento: __/__/____ Idade: ____

Escolaridade: () Sem escolaridade () Completo

() Ensino Fundamental () Incompleto

() Ensino Médio

() Ensino Superior

Profissão/Ocupação: _____

Renda Familiar: _____

Pressão Arterial: _____

Glicemia Capilar: _____

Peso: _____

IMC: _____

Altura: _____

Circunf. Abdominal: _____

Antecedentes Pessoais de:

Hipertensão Arterial () Diabetes () Cardiopatia () Nefropatia () Tabagismo ()

Outros () _____.

Questões adaptadas do Guia Alimentar – Ministério da Saúde

1. Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

- a. () Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias
- b. () 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- c. () 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- d. () 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural

2. Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia? Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (veja pergunta 4).

- a. () Não como legumes, nem verduras todos os dias
- b. () 3 ou menos colheres de sopa
- c. () 4 a 5 colheres de sopa
- d. () 6 a 7 colheres de sopa
- e. () 8 ou mais colheres de sopa

3. Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- a. Não consumo
- b. 2 ou mais colheres de sopa por dia
- c. Consumo menos de 5 vezes por semana
- d. 1 colher de sopa ou menos por dia

4. Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

- a. Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha: ____ colheres de sopa
- b. Pães: ____ unidades/fatias
- c. Bolos sem cobertura e/ou recheio: ____ fatias
- d. Biscoito ou bolacha sem recheio: ____ unidades

5. Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

- a. Não consumo nenhum tipo de carne
- b. 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo
- c. 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos
- d. Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos

6. Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não como carne vermelha ou frango

7. Você costuma comer peixes com qual frequência?

- a. Não consumo
- b. Somente algumas vezes no ano
- c. 2 ou mais vezes por semana
- d. De 1 a 4 vezes por mês

8. Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?

Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.

- a. Não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10)

- b. 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- c. 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- d. 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções

9. Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

- a. Integral
- b. Com baixo teor de gorduras (semidesnatado, desnatado ou *light*)

10. Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, lingüiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. Raramente ou nunca
- b. Todos os dias
- c. De 2 a 3 vezes por semana
- d. De 4 a 5 vezes por semana
- e. Menos que 2 vezes por semana

11. Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. Raramente ou nunca
- b. Menos que 2 vezes por semana
- c. De 2 a 3 vezes por semana
- d. De 4 a 5 vezes por semana
- e. Todos os dias

12. Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?

- a. Banha animal ou manteiga
- b. Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- c. Margarina ou gordura vegetal

13. Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

- a. Sim
- b. Não

14. Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?

- | | | |
|-----------------|------------------------------|------------------------------|
| Café da manhã | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |
| Lanche da manhã | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim |

- | | |
|-------------------------|---|
| Almoço | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Lanche ou café da tarde | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Jantar ou café da noite | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |
| Lanche antes de dormir | <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim |

15. Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).

- a. Menos de 4 copos
- b. 8 copos ou mais
- c. 4 a 5 copos
- d. 6 a 8 copos

16. Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?

- a. Diariamente
- b. 1 a 6 vezes na semana
- c. Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)
- d. Não consumo

17. Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?

Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.

- a. Não
- b. Sim
- c. 2 a 4 vezes por semana

18. Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?

- a. Nunca
- b. Quase nunca
- c. Algumas vezes, para alguns produtos
- d. Sempre ou quase sempre, para todos os produtos



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS – CEP/UEPB



COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAIBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof.ª Dra. Dorciléia Pedrosa da Anália
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO RELATOR: (18)

CAAE PLATAFORMA BRASIL: 16516613.8.0000.5187

Título: Perfil nutricional da população atendida na Unidade Mista de Saúde de Frei Martinho/PB.

Pesquisador (a): Jacqueline Santos da Fonseca Almeida Gama.

Orientando (a): Zulla Mayara Nicolau de Araújo.

Data da Relatoria: 07/05/2013

Apresentação do Projeto:

O Projeto de Pesquisa intitulado: "Perfil nutricional da população atendida na Unidade Mista de Saúde de Frei Martinho/PB", apresenta como proposta e objetivo geral "descrever o perfil nutricional da população atendida na Unidade Mista de Saúde do Município de Frei Martinho/PB"; tendo, por conseguinte, relevância nos planos científico e social. Ademais, contempla a parcela de pessoas assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, em um contexto local, a partir de uma pesquisa de campo.

Avaliação dos riscos e benefícios:

O presente estudo não oferece riscos aos sujeitos da pesquisa; por outro lado, do ponto de vista político, social e científico, vislumbramos várias perspectivas de benefícios que poderão advir a partir dos resultados obtidos.

Comentários e considerações sobre a pesquisa:

De um modo geral, o estudo é norteado a partir dos seguintes elementos: introdução, justificativa, objetivos (geral e específicos), referencial teórico, metodologia (incluindo tipo de estudo; local de pesquisa; população e amostra; critérios de inclusão e exclusão; procedimento e instrumento de coleta de dados; processamento e análise de dados; e aspectos éticos), cronograma de execução, referências, anexos e apêndices. De maneira que existe toda uma articulação e harmonia entre os constructos que compõem o projeto. Quanto as demais informações presentes no corpo deste protocolo, entendemos que atendem aos aspectos fundamentais da Resolução CNS/196/96 (em sua nova versão revisada e atualizada por ocasião do I ENCEP de 2012), sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. De forma igual, destacamos a receptividade desse projeto com relação às recomendações complementares relacionadas com o sujeito de pesquisa, com o pesquisador e com o Comitê de Ética em Pesquisa, previstas, respectivamente, nos itens: IV.1.f, IV.2.d, III.1.z, V.3 e V.4, da Resolução acima mencionada.

Considerações sobre as documentações formais de natureza obrigatória:

O projeto consta de Folha de Rosto (FR), protocolada junto à Plataforma Brasil; Termo de Compromisso do Pesquisador Responsável (TCPR); Termo de Autorização Institucional (TAI); Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); estando tais documentos em conformidade com as recomendações previstas na Resolução 196/96 do CNS/MS. Outrossim, também estão presentes uma Declaração de Concordância com o Projeto de Pesquisa e um Questionário, estando, de modo igual, dentro dos padrões estruturais recomendados pela CONEP.

Conclusões, pendências ou lista de inadequações:

De acordo com o parecer supra, concluo com o parecer favorável a operacionalização do presente estudo.

Situação do parecer:

Aprovado (x)

Pendente ()

Retirado () – hipótese na qual um parecer tido como pendente, após decorrer 60 dias do conhecimento da pendência por parte do pesquisador responsável no CEP que o avaliou, o mesmo não toma as devidas providências para regularização do protocolo, junto ao CEP.

Não aprovado ()

Cancelado () – antes do recrutamento dos sujeitos de pesquisa.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Prof. Dra. Dornília Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa