

PERFIL NUTRICIONAL DE UMA AMOSTRA DE INDIVÍDUOS ADULTOS RESIDENTES NA REGIÃO CENTRAL DO ESTADO DE MATO GROSSO.

Camila Cimadon CABRAL¹

Elisabete Cristiane da Silva Cândido FERREIRA¹

Pedro Eduardo Tonet RAGNINI¹

Jackeline Corrêa F. de Arruda Bodnar MASSAD²

¹Discente do Curso de Nutrição do Centro Universitário de Várzea Grande (UNIVAG).

²Mestre em Saúde Coletiva, Nutricionista, Docente do Curso de Nutrição do UNIVAG (UNIVAG). E-mail: jackelinecfa@gmail.com

RESUMO

Introdução: Alguns autores em seus estudos relatam que mudanças no padrão alimentar adequado e saudável conforme o que determina o Guia Alimentar para a População Brasileira proposto pelo Ministério da Saúde, podem ocasionar um excesso de peso e com ele o surgimento de doenças crônicas causadas por esse desbalanço na qualidade dos alimentos ingeridos, dentre as capitais pesquisadas em relação ao excesso de peso da população a variação foi de 46,9% a 59,8% a capital do estado de Mato Grosso apresentou maior prevalência de excesso de peso no sexo masculino com 65,8%. **Objetivo:** Avaliar o estado nutricional, risco de doença cardiovascular e perfil alimentar de uma amostra de indivíduos adultos residentes na região central do Estado de Mato Grosso. **Materiais e Métodos:** Utilizou-se estadiômetro, balança de bioimpedância, e um questionário envolvendo variáveis demográficas (sexo, situação conjugal e número de filhos), socioeconômicas (escolaridade, renda individual e contribuição para o sustento da casa), perfil alimentar (hábitos alimentares e utilização de condimentos). O estado nutricional foi avaliado por meio do Índice de Massa Corporal e pelo parâmetro de circunferência da cintura que evidencia o risco de doenças cardiovasculares. **Resultados:** Dos 64 indivíduos investigados, a maioria eram do sexo feminino, casadas, com nível superior completo, renda individual e vivendo com 1 a 2 salários mínimos. O risco cardiovascular apresentou-se em 64,1% (n=41) dos entrevistados. Quanto aos hábitos alimentares, a maioria consumia carne com gordura aparente, mas não adicionava sal, adoçante e açúcar as preparações e ingeria refrigerante normal e leite integral, podendo levar ao aparecimento de Doença Cardiovasculares. **Conclusão:** Concluímos que a maioria dos indivíduos apresentavam risco de DCV (Doenças Cardiovasculares), estavam com excesso de peso em Cuiabá e eutróficos em Várzea Grande e apresentavam hábitos alimentares de risco para alterações no estado nutricional e ocorrência de Doença Cardiovascular.

Palavras-chaves: Perfil alimentar. Estado nutricional. Hábitos alimentares.

ABSTRACT

Introduction: Some authors in their studies report that changes in adequate and healthy eating patterns, as determined by the Food Guide for the Brazilian Population proposed by the Ministry of Health, may lead to overweight and with it the emergence of chronic diseases caused by this imbalance in the quality of food ingested, among the capitals surveyed in relation to population overweight the variation was from 46.9% to 59.8% the capital of the state of Mato Grosso presented higher prevalence of overweight in males with 65.8%. **Objective:** To evaluate the nutritional status, cardiovascular disease risk and dietary profile of a sample of adult individuals living in the central region of Mato Grosso. **Materials and Methods:** We used a stadiometer, bioimpedance balance, and a questionnaire involving demographic (gender, marital status and number of children), socioeconomic variables (education, individual income and contribution to household income), dietary profile (eating habits) and use of spices). Nutritional status was assessed using the Body Mass Index and waist circumference parameter, which shows the risk of cardiovascular disease. **Results:** Of the 64 individuals investigated, most were female, married, with complete college, individual income and living with 1 to 2 minimum wages. Cardiovascular risk was found in 64.1% (n = 41) of respondents. As for eating habits, most consumed meat with apparent fat,

but did not add salt, sweetener and sugar to the preparations and ingested normal soda and whole milk, which could lead to the onset of cardiovascular disease. **Conclusion:** We concluded that most individuals were at risk for CVD (Cardiovascular Diseases), were overweight in Cuiabá and eutrophic in Várzea Grande and had risky eating habits for changes in nutritional status and occurrence of Cardiovascular Disease.

Keywords: Dietary profile. Nutritional status. Eating habits.

INTRODUÇÃO

A transição epidemiológica é caracterizada por uma mudança nas causas de mortes que até então eram basicamente relacionadas a doenças infectocontagiosas, antes da década de 90, que tiveram ajuda da evolução da tecnologia médica para que fossem controladas, sendo que após a revolução industrial surgiram novas doenças que começaram a ser denominadas de DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis entre elas podemos citar Doença Cardiovascular (CLARO *et al.*, 2015; HEUBEL *et al.*, 2015; BRASIL, 2016).

Com a evolução da transição nutricional, o Brasil, por ser um país em desenvolvimento, teve grandes alterações na qualidade e quantidade dos gêneros alimentícios, sendo que os alimentos *in natura* ou minimamente processados dos campos foram substituídos por alimentos de alto valor energético, proporcionando uma mudança no estado nutricional de desnutridos para um grande aumento no peso classificando-os com sobrepeso, porém muitas vezes com carência nutricional (VAZ & BENNEMANN, 2014; TEODORO *et al.*, 2018).

Alguns autores em seus estudos relatam que houve mudanças no padrão alimentar com melhora na qualidade, aproximando-se do que é proposto como adequado e saudável pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, proposto pelo Ministério da Saúde. Entretanto, um desbalanço na qualidade desses alimentos podem ocasionar um excesso de peso e com ele o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (JAIME *et al.*, 2015).

Segundo a ABESO (2016) para se diagnosticar o estado nutricional de um indivíduo pelo índice de massa corporal (IMC) utiliza-se o peso dividido pela estatura ao quadrada, caso esse valor seja superior a 25 kg/m^2 em adultos de 18 anos até 59 anos, 11 meses e 29 dias, e em idosos superior a 27 kg/m^2 , é indicado excesso de peso, porém, esse indicador não pode ser utilizado para distinguir massa magra de tecido adiposo.

Segundo o VIGITEL(2017), dentre as capitais pesquisadas em relação ao excesso de peso da população brasileira a variação foi de 46,9% a 59,8%, sendo que a capital do estado de Mato Grosso apresentou maior prevalência de excesso de peso no sexo masculino com 65,8%, já as mulheres ficaram em décimo terceiro lugar com 50% daquelas que participaram da pesquisa sendo maiores de 18 anos e com IMC acima de 25 kg/m^2 (BRASIL,2018).

Diversos autores relatam que o consumo de alimentos com alto teor de gordura como carnes, industrializados, além da realização de poucas refeições na qual muitas vezes não passa de 3, favorecem aumento da densidade energética dessas refeições, porém a qualidade nutricional acaba por ser defeituosa, na qual os micronutrientes ingeridos não são suficientes, ocasionando diversas patologias mesmo que temporárias como gripes e infecções, a até crônicas tais como obesidade e doença cardiovascular (BRASIL,2014; PI *et al.*, 2015).

Diante do impacto do estado nutricional e do perfil alimentar da população e da limitação em estudos na população do Centro-Oeste, principalmente em Mato Grosso, houve-se a necessidade de avaliar os fatores que possam estar associados ao aumento de tecido adiposo. Por isso, o objetivo deste trabalho foi avaliar o estado nutricional, risco de doença cardiovascular e perfil alimentar de uma amostra de indivíduos adultos residentes na região central do Estado de Mato Grosso.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, amostragem por conveniência, realizado no município de Cuiabá com frequentadores de uma irmandade filosófica e no município de Várzea Grande, com funcionários em 3 microempresas. Participaram da amostra frequentadores da irmandade filosófica e funcionários das microempresas que tinham em comum atividade laboral leve, totalizando 64 pessoas que confirmaram sua participação na pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Mato Grosso está localizada no centro oeste do Brasil e é considerado o celeiro do país devido a sua economia estar fortemente ligada ao agronegócio, Cuiabá é a capital do estado com uma população de 612 mil habitantes com maior faixa etária de 20 a 29 anos com média de 4 salários mínimos mensal até o ano de 2017 segundo o IBGE, já Várzea Grande vizinha da capital conta com uma população de 284 mil habitantes com faixa etária dos 14 anos a 34 anos, com média mensal de 2,3 salários mínimos (IBGE,2017).

Foram incluídos na pesquisa ambos os sexos, com idades superiores a 18 anos, os participantes excluídos foram os menores de 18 anos, gestantes, portadores de necessidades especiais e usuários de marca-passo devido a inaplicabilidade no uso da bioimpedância. As informações e dados sócio demográficos, econômicos e de estilo de vida obteve-se por meio de questionário, auto-respondido, aplicado na população selecionada em horário previamente informado de forma que as atividades cotidianas não fossem prejudicadas.

Para a coleta das variáveis antropométricas utilizou-se de balança de bioimpedância e estadiômetro. Após a coleta de dados realizou-se o cálculo de Índice de Massa Corporal -

IMC na qual usa-se o peso corporal dividido pela estatura ao quadrado para diagnosticar o estado nutricional e pelo parâmetro de circunferência da cintura que evidencia o risco de doenças cardiovasculares (BRASIL, 2016).

Os dados foram tabulados no Programa Microsoft Excel, versão 2016 e analisados no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0 e os resultados expostos em frequências absoluta e relativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Várzea Grande - CEP/UNIVAG, sob parecer de número 3.066.674 (CAE 96292218.4.0000.5692), credenciado junto ao CONEP - Comitê Nacional de Ética em Pesquisa, seguindo as diretrizes da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A presente pesquisa apresentou uma manifestação de participação de 64 indivíduos, sendo a maioria do sexo feminino (54,69%) onde a maioria das mulheres (n=55,8%) residiam no município de Várzea Grande (Tabela 1). Os participantes estavam na faixa etária de 18 a 72 anos, sendo que a maioria adultos com menos de 60 anos (82,81%), residentes em Várzea Grande (86,0%) e casados (60,5%) seguido de solteiro (45,0%) em Cuiabá. De acordo com Cordeiro & Freitas (2016) em seu estudo sobre o excesso de peso em indivíduos residentes no interior do Amazonas, encontrou valores semelhantes onde a maioria da população pesquisada na cidade de Tefé eram do sexo feminino (58,3%), porém, a maior parte da população apresentavam estado civil solteiro (47,0%) seguido pelos casados ou com união estável (45,4%).

Tabela 1. Distribuição dos indivíduos por município, segundo variáveis demográficas.

| Variáveis | Várzea Grande n (%) | Cuiabá n (%) |
|---------------------|------------------------|-----------------|
| Sexo | | |
| Masculino | 19 (44,2) | 10 (47,6) |
| Feminino | 24 (55,8) | 11 (52,4) |
| Faixa etária | | |
| Adulto | 37 (86,0) | 16 (76,2) |
| Idoso | 6 (14,0) | 5 (23,8) |
| Estado Civil | | |
| Casado | 26 (60,5) | 11 (55,0) |
| Solteiro | 11 (25,6) | 9 (45,0) |
| Viúvo | 1 (2,3) | 0 (0,0) |

| | | |
|------------------------------|----------|---------|
| Separado / Divorciado | 5 (11,6) | 0 (0,0) |
|------------------------------|----------|---------|

Na Tabela 2 podemos observar que entre os dois municípios, quanto ao grau de escolaridade superior, Cuiabá apresentou maior número de pessoas concluintes (71,4%) quando comparado com Várzea Grande (44,2%), evidenciando que apesar da diferença, em ambos os municípios predominou a educação superior. Os dados encontrados são superiores aos dados apresentados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) para o estado de Mato Grosso, que evidenciou 14,8% de indivíduos, com a idade de 25 anos ou mais, com ensino superior completo (IBGE, 2017).

Tabela 2. Distribuição dos indivíduos por município, segundo variáveis socioeconômicas.

| Variáveis | Várzea Grande n (%) | Cuiabá n (%) |
|---|-------------------------------|------------------------|
| Escolaridade | | |
| Ensino Fundamental | 7 (16,3) | 4 (19,0) |
| Ensino Médio | 17 (39,6) | 2 (9,6) |
| Ensino Superior | 19 (44,2) | 15 (71,4) |
| Tipo de Renda * | | |
| Individual | 38 (88,4) | 20 (95,2) |
| Múltipla | 2 (4,7) | 1 (4,8) |
| Renda Per Capita (SM-Salário Mínimo) | | |
| Sem renda | 10 (23,3) | 1 (4,8) |
| Menos de 1 SM | 0 (0,0) | 0 (0,0) |
| 1 a 2 SM | 24 (55,8) | 5 (23,8) |
| 3 a 5 SM | 3 (7,0) | 3 (14,3) |
| > 6 SM | 6 (14,0) | 12 (57,1) |

*Tipo de renda individual proveniente exclusivamente do salário e a renda múltipla era acrescida de outras fontes tais como aluguéis, pensão e rendimento de poupança e/ou aplicações.

Comparando os resultados do grau de escolaridade da PNAD com os da presente pesquisa, observou-se maior escolaridade entre os indivíduos aqui pesquisados. Essa realidade pode estar associada ao fato de que os indivíduos pesquisados são residentes na região metropolitana de Cuiabá e Várzea Grande, dois municípios que oferecem muitas oportunidades estudantis, através de bolsas e outros programas oferecidos pelas instituições de ensino supe-

rior, disponibilizando com maior autonomia do que aos estudantes do interior do estado (IBGE, 20167).

Apesar do Brasil ocupar uma posição menor em comparação com os países latinos – americanos, é possível observar que o país ampliou os acessos em redes de ensino privadas. Essa evolução é extremamente positiva, pois resulta em um grupo com mais indivíduos empregados e com cargos de maior remuneração, devido a qualificação para melhores vagas no mercado de trabalho (IBGE, 2015).

Em ambos municípios, Cuiabá (95,2%) e Várzea Grande (88,4%), os indivíduos não apresentavam renda múltipla, ou seja, sua única fonte de renda era proveniente dos salários. Com relação à variável renda per capita, em Várzea Grande a maioria da população investigada possuía 1 a 2 salários mínimos (55,8%), enquanto que em Cuiabá a maioria apresentava mais que 6 salários mínimos (57,1%). Em pesquisa nacional sobre orçamentos familiares (POF) a renda média da população no Centro Oeste são de 4,2 salários mínimos (IBGE, 2019).

Os dados dos indivíduos do município de Várzea Grande podem estar inferiores à média nacional, pois as populações de estudo são em sua grande maioria trabalhadores registrados ou concursados com escolaridade entre ensino fundamental e médio, com salários compatíveis ao nível de escolaridade, além do fato de que como já mencionado, a maioria tem renda individual proveniente do trabalho. Em contrapartida, em Cuiabá muitos são autônomos e a maioria tem ensino superior, o que permite alcançar maiores salários devido a qualificação profissional.

Com relação ao risco de doença cardiovascular, observou-se que a maioria (64,0 %) apresentava risco para a doença. Nota-se que as pessoas entrevistadas com risco de doenças cardiovasculares, apresentavam em geral uma tendência a hábitos alimentares não saudáveis.

No presente estudo dos entrevistados com risco cardiovascular 63,4% consumindo gordura aparente da carne/frango (Tabela 3), embora, pesquisa recente tenha evidenciado uma redução no consumo de carnes/frangos com gordura aparente na população brasileira no ano de 2007 a 2014, com maior frequência de consumo no sexo masculino nas regiões Centro Oeste, Sudeste e Sul (LONGO-SILVA *et al.*, 2019). Contudo, a I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular ressalta que o alto consumo de gordura saturada e trans eleva o colesterol LDL favorecendo a formação de placas lipídica na parede dos vasos sanguíneos consequentemente podendo a levar ao infarto do miocárdio e acidente vascular encefálico (AVE) (SANTOS *et al.*, 2013).

Tabela 3. Risco de doença cardiovascular e hábitos alimentares de adultos da região Central de Mato Grosso, 2018.

| Hábitos alimentares | Risco de doença cardiovascular | |
|---|--------------------------------|--------------------|
| | Sem risco n (%) | Com risco n (%) |
| Comer gordura aparente da carne/frango | | |
| Sim | 15 (65,2) | 26 (63,4) |
| Não | 8 (34,8) | 15 (36,6) |
| Adicionar sal as preparações | | |
| Sim | 4 (17,4) | 13 (32,5) |
| Não | 19 (82,6) | 27 (67,5) |
| Adicionar adoçante as preparações | | |
| Sim | 2 (8,7) | 10 (24,4) |
| Não | 21 (91,3) | 31 (75,6) |
| Adicionar açúcar nas preparações | | |
| Sim | 11 (47,8) | 18 (43,9) |
| Não | 12 (52,2) | 23 (56,1) |
| Ingestão de Refrigerante | | |
| <i>Diet/ Light</i> | 1 (4,3) | 4 (9,8) |
| Normal | 13 (56,5) | 18 (43,9) |
| Os dois | 1 (4,3) | 3 (7,3) |
| Não toma | 8 (34,8) | 16 (39,0) |
| Ingestão de leite | | |
| Integral | 10 (43,5) | 18 (43,9) |
| Semi - desnatado | 4 (17,4) | 4 (9,8) |
| Desnatado | 0 (0,0) | 4 (9,8) |
| Zero lactose | 1 (4,3) | 1 (2,4) |
| Qualquer um | 1(4,3) | 1(2,4) |
| Não toma | 7 (30,4) | 13 (31,7) |

Em relação ao consumo de sal, o presente estudo demonstrou um certo controle, onde 67,5% dos entrevistados com risco cardiovascular não adicionavam sal nas preparações, dados considerados positivos, uma vez que o consumo de sal no Brasil permanece acima da recomendação

diária de 5g de sal proposta pela Organização Mundial de Saúde – OMS (SARNO *et al.*, 2013). O elevado consumo de sal é um fator dietético negativo, pois contribui diretamente para hipertensão arterial, que é a porta de entrada para outras patologias como hipertrofia ventricular esquerdo, acidente vascular encefálico e até mesmo doenças renais (SARNO *et al.*, 2013), sendo, portanto, a redução no consumo do sal, uma medida bem efetiva para reduzir os custos associados à a mortalidade por doenças cardiovasculares (CASTRO *et al.*, 2014).

O uso de adoçante foi de apenas 24,4 % nos entrevistados com risco de doença cardiovascular e segundo estudos de Zanini *et al.* (2011) não há dados que fornecem estimativas confiáveis, porém, há especulações de que há um grande crescimento do uso deste produto no Brasil devido o adoçante dietético ajudar no controle glicêmico auxiliando a dietoterapia para diabéticos ou pacientes com obesidade, ambos são fatores de riscos para doenças cardiovasculares.

Em contra partida, a maioria dos adoçantes artificiais tem em sua composição ciclamato ou sacarina, que segundo a OMS, não aconselha fazer o uso desses edulcorantes devido a alta concentração de sódio favorecendo a hipertensão (ZANINI *et al.*, 2011).

Tanto os indivíduos com risco (56,1%) quanto os indivíduos sem risco de doença cardiovascular (52,2%) reportaram, em sua maioria, não adicionar açúcar nas preparações. Apesar da maioria não adicionar, o percentual de quem adiciona é alto e caracteriza um indicativo para risco cardiovascular, visto que, o consumo excessivo de açúcar e triglicerídeos está associado com aumento da pressão arterial e diminuição do HDL (colesterol) que, segundo OMS, o consumo diário de calorias advindas da sacarose não pode ultrapassar 10% do VET diário (SANTOS *et al.*, 2013). Segundo estudo de Levy *et al.* (2012) que teve como objetivo mensurar o consumo de açúcar de adição em diversas regiões do Brasil envolvendo todas as classes sociais, o açúcar de adição foi reduzido, porém houve um aumento no consumo de açúcar através de produtos industrializados, tendo em média 16,7% das calorias diárias ultrapassando a recomendação de 10% do VET.

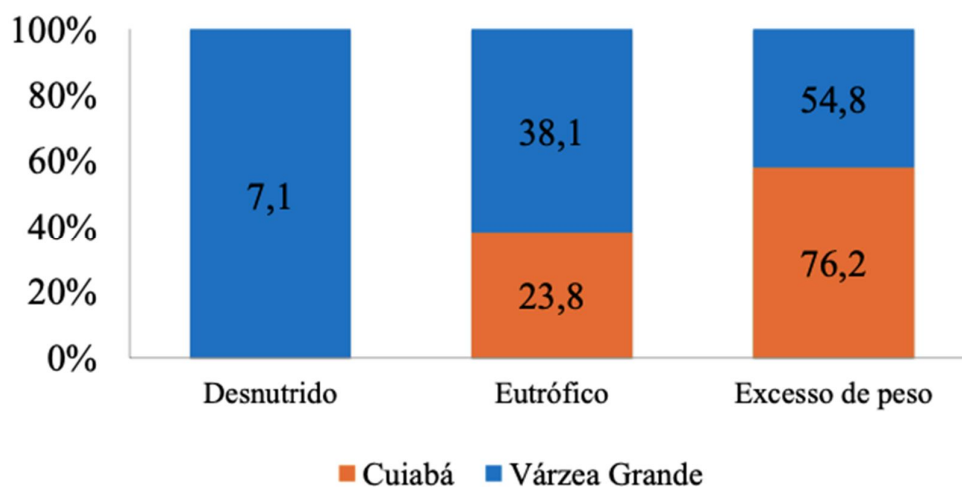
No presente estudo, 60,9% dos indivíduos com risco cardiovascular consome refrigerantes, dentre eles, 9,8% refrigerante *diet/light*, 43,9% refrigerante normal e 7,2% dos dois tipos. Segundo Silva *et al.* (2015), entre 2006 e 2009 houve uma diminuição de 23% na frequência regular de refrigerante, porém, os resultados ainda são alarmantes quanto a esse consumo, em especial ao avaliarmos que contribui para o consumo de calorias associado ao açúcar.

Quanto ao consumo de leite, a maioria consome leite integral, independente de ter risco ou não. Em contrapartida, observou-se maior porcentagem de consumo de leite desnatado nos indivíduos com risco de doença cardiovascular (9,8%) e maior consumo de semi-desnatado entre os indivíduos sem risco de DCV (17,4%). O ideal seria menor consumo do

leite integral entre os indivíduos com risco de doença cardiovascular, uma vez que esse tipo de leite apresenta alto teor de gordura contribuindo para dislipidemia e conseqüentemente doenças cardiovasculares. Segundo Claro *et al.* (2015), em estudo sobre o consumo de alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, oriundas da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a região Centro Oeste, apresentou os 60.202 entrevistados e destes 64,5% consome leite integral, tendo uma media de 60,2% entre as idades de 25 a 59 anos, onde deve haver uma atenção necessária para que se reduza o consumo de leites integrais para semi-desnatado ou desnatado, a fim de beneficiar a saúde.

Avaliando-se o estado nutricional (Figura 1) do grupo estudado observou-se que o município de Cuiabá apresentava maior população em excesso de peso (76,2%) seguido com Várzea Grande (54,8%), em relação ao estado de eutrofia Várzea Grande apresentava maiores números (38,1%) e os de desnutridos estavam todos no município de Várzea Grande (7,1%), tal valor encontrado na Capital do estado pode ser justificado por ter um maior número de estabelecimentos com fornecimento de comidas do tipo *fast-food*.

Figura 1. Estado Nutricional de indivíduos por município de uma população central do Estado de Mato Grosso.



CONCLUSÃO

Concluimos que a maioria dos indivíduos apresentavam risco de DCV (Doenças Cardiovasculares), estavam com excesso de peso em Cuiabá e eutróficos em Várzea Grande e apresentavam hábitos alimentares de risco para alterações no estado nutricional e ocorrência de Doença Cardiovascular. A frequência de risco para Doença Cardiovascular foram maiores entre indivíduos que tinham o hábito de comer carne com gordura aparente, faziam a ingestão de refrigerante normal e que ingeriam leite do tipo integral, além de estarem com um IMC maior

que 24,9kg/m². Recomenda-se que não só os participantes da pesquisa mas a população de um modo geral procurem orientações nutricionais que visam a melhoria na saúde e na qualidade de vida onde uma alimentação inadequada contribui de forma indireta a DCVM e outros fatores de risco como obesidade, dislipidemia, entre outros.

De modo particular, conhecendo os preceitos da irmandade, recomenda-se para esta e outros grupos religiosos, planejamento na sua agenda com algumas sessões de palestras que incluem temas de alimentação saudável, visando seus benefícios e desmistificando custos, além da entrega de folders com foco na prevenção de doenças crônicas e passo a passo para uma boa alimentação adequada incentivando padrões alimentares sustentáveis e que preservem a saúde.

Já para indivíduos incluídos nos espaços laborais de empresas privadas e públicas, recomenda-se incentivar esses indivíduos com palestras e dinâmicas sobre a qualidade, quantidade e calorias em escolhas errôneas de alguns alimentos, bem como promover a alimentação saudável com orientação e dicas de planejamento de seu alimentos, com foco na redução dos industrializados à mesa e em seu dia a dia através de hábitos alimentares para melhora da sua saúde e sem prejuízo de suas condições financeiras.

REFERÊNCIA

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

BRASIL. **Pesquisa nacional de saúde : 2013 : indicadores de saúde e mercado de trabalho : Brasil e grandes regiões / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. - Rio de Janeiro : IBGE, 2016.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Se-**

cretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, **Diário Oficial da União**, 12 dez. 2012.

CASTRO, R.S.A.; GIATTI, L.; BARRETO, S.M. Fatores associados à adição de sal à refeição pronta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, 2014.

CLARO, R. M.; SANTOS, M. A. S.; OLIVEIRA, T. P.; SZWARCOWALD, C. L.; MALTA, D. C. Consumo de Alimentos não saudáveis relacionados a doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.24, n.2, p.257-265, 2015.

CORDEIRO, J. Y. F.; FREITAS, S.R.S. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em uma população urbana do interior do Amazonas, Brasil. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v.29, n.4, p.533-543, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Análise de renda e escolaridade da população Brasileira**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/biblioteca/sintese-de-indicadores-sociais-educacao.html>>. Análise de renda e escolaridade da população Brasileira. Acessado em 17 de outubro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Descrição das Cidades Brasileiras**. Brasil, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mt/cuiaba/panorama>>. Acessado : 22 de outubro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **SIS: Sistema de Indicadores Sociais**. Disponível em: <<http://ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9221-sintese-de-indicadores-sociais.html?=resultados>>. Acessado: 17 de outubro de 2019

JAIME, P.C; STOPA, S.R; OLIVEIRA, T.P; VIEIRA, M.L; SZWARCOWALD, C.L; MALTA, D.C. Prevalência e distribuição sociodemográfica de marcadores de alimentação saudável,

Pesquisa Nacional de Saúde, Brasil 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde** [online], v.24, n.2, p.267-276. ISSN 1679-4974, 2015.

HEUBEL, A. D.; CORAL, D.J; SANTOS, P.S.A; LOURENÇO, C.M; VANZELLI,L,A; LIMA,R.C.S; CORRER,R; BARRILE, S.R Perfil sociodemográfico, clínico e hábitos de vida da população de Palmeirina (Pernambuco, Brasil) atendida durante o Projeto Rondon – Operação Guararapes. **SALUSVITA**. Bauru, v. 34, n. 3, p. 541-554, 2015.

LEVY, R.B; CLARO, R.M; BANDONI, D.H; MONDINI, L; MONTEIRO, C.A. Disponibilidade de “açúcares de adição” no Brasil: distribuição, fontes alimentares e tendência temporal. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.15, n.1, p.3-12, 2012.

LIMA, C.M; MENDES, D.R.G. Efeitos Nocivos Causados por Bebidas Industrializadas. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**. v.2, n.2, p.165-177, 2013.

LONGO-SILVA, G.; SILVEIRA, J.A.C.; MENEZES, R.C.E.; MARINHO, P.M.; EPIFANIO, S.B.O.; BREBAL, K.M.M.; TOLONI, M.H.A. Tendência temporal e fatores associados ao consumo de carnes gordurosas na população brasileira entre de 2007 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, Mar, 2019.

PI, R. A.; VIDAL, P.D; BRASSECO,B.R; VIOLA,L; ABALLY,L.R. Estado Nutricional em Estudantes Universitários: sua relação com o número de insumos alimentarias diárias e o consumo de macronutrientes. **Nutrición Hospitalaria**, Córdoba, v.31, n.4, p.1748-1756, 2015.

SANTOS R.D; GAGLIARDI A.C.M; XAVIER H.T; MAGNONI C.D; CASSANI R; LOTTENBERG A.M.P; CASELLA FILHO A; ARAÚJO D.B; CESENA F.Y; ALVES R.J; FENELON G; NISHIOKA S.A.D; FALUDI A.A; GELONEZE B; SCHERR C; KOVACS C; TOMAZZELA C; CARLA C; BARRERA-ARELLANO D; CINTRA D; QUINTÃO E; NAKANDAKARE E.R; FONSECA F.A.H; PIMENTEL I; SANTOS J.E; BERTOLAMI M.C; ROGERO M; IZAR M.C; NAKASATO M; DAMASCENO N.R.T; MARANHÃO R; CASSANI R.S.L; PERIM R; RAMOS S. I Diretriz sobre o consumo de gorduras e saúde cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, vol.100, no.1, supl.3, Jan, 2013.

SARNO, F.; CLARO, R.M.; LEVY, R.B.; BANDONI, D.H.; MONTEIRO, C.A. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2008-2009. **Revista Saúde Pública** .v.47, n.3, p.571-8, 2013.

LONGO-SILVA, G.; SILVEIRA, J.A.C.; MENEZES, R.C.E.; MARINHO, P.M.; EPIFANIO, S.B.O.; BREBAL, K.M.M.; TOLONI, M.H.A. Tendência temporal e fatores associados ao consumo de carnes gordurosas na população brasileira entre de 2007 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, vol.24, no.3, Mar, 2019.

SILVA, S.M; LUIZ, R.R; PEREIRA, R.A. Fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares em adultos de Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. *Rev. bras. Epidemiol, São Paulo*, vol.18, no.2, p.425-438 , Apr./June, 2015.

TEODORO, M.A.; SANTOS, L. M. P. G.; LIMA, D. B.; FERREIRA, E. B.; LUCIA, F. D. Estratégia de Educação Alimentar e Nutricional na prevenção de distúrbios nutricionais em pré - escolares. *Extensio: R.Eletr. de Extensão*, ISSN 1807- 0221 Florianópolis, v.15, n.31,p.15-30,2018.

VAZ, S. D. S. S.; BENNEMANN, R.M. Comportamento Alimentar e Hábito Alimentar: uma revisão. **Revista UNINGÁ Review**. v.20,n.1,p.108-112,2014.

ZANINI, R.V; ARAUJO, C.L; MESA, J.M. Utilização de adoçantes dietéticos entre adultos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: um estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v.27, n.5, p.924-934, 2011.

ANEXO

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. NOME: _____
2. PROFISSÃO: _____
3. IDADE: _____ 4. SEXO: () FEMININO () MASCULINO 5. ESTADO CIVIL: () CASADO () SOLTEIRO () VIÚVO () SEPARADO/DIVORCIADO 6. NÚMERO DE FILHOS: _____

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS

7. NÍVEL DE ESCOLARIDADE
() ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO () ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO () ENSINO MÉDIO INCOMPLETO
() ENSINO MÉDIO COMPLETO () ENSINO SUPERIOR INCOMPLETO () ENSINO SUPERIOR COMPLETO
8. FONTE DE RENDA
() TRABALHA () APOSENTADORIA () POUPANÇA () ALUGEL () MAIS DE UMA RENDA () OUTROS _____
9. QUANTOS SALÁRIOS MÍNIMOS? _____
10. MORA COM? () SOZINHO () PAIS () CÔNJUGE () FILHOS/NETO () AMIGOS () COM OUTROS PARENTES/AMIGOS

CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE E ESTILO DE VIDA

11. HÁBITO DE FUMAR? () SIM, QUANTOS CIGARROS POR DIA? _____ () NÃO
12. HÁBITO DE COMER CARNE/FRANGO COM GORDURA APARENTE? () SIM () NÃO
13. HÁBITO DE ADICIONAR SAL AS PREPARAÇÕES JÁ PRONTAS (EXCETO SALADAS)? () SIM () NÃO
14. HÁBITO DE ADICIONAR ADOÇANTE NAS PREPARAÇÕES, COMO CHÁ, CAFÉ E SUCOS? () SIM () NÃO
15. HÁBITO DE ADICIONAR MAIS AÇÚCAR AS PREPARAÇÕES COMO CHÁ, CAFÉ E SUCOS? () SIM () NÃO
16. HÁBITO DE TOMAR REFRIGERANTE? () DIET/LIGHT () NORMAL () OS DOIS () NÃO TOMA
17. HÁBITO DE TOMAR LEITE? () INTEGRAL () SEMI-DESNATADO () DESNATADO () ZERO LACTOSE () QUALQUER UM () NÃO TOMA
18. HÁBITO DE BEBER BEBIDA ALCOÓLICA? () SIM () NÃO
19. SE SIM PARA BEBIDA ALCOÓLICA, QUAL? () CERVEJA () VINHO () WHISKY () VODKA () OUTRAS.

20. APRESENTA ALGUMA DAS DOENÇAS ABAIXO?

DIABETES HIPERTENSÃO DOENÇA CARDIOVASCULAR COLESTEROL ELEVADO INTOLERÂNCIA E/OU ALERGIA ALIMENTAR CÂNCER OSTEOPOROSE DOENÇA CARDIOVASCULAR COM : HIPERTENSÃO E MARCAPASSO

21. TOMA ALGUM DOS REMÉDIOS ABAIXO?

PARA CORAÇÃO PARA DIABETES PARA HIPERTENSÃO PARA DORMIR PARA ALERGIA E INTOLERÂNCIA ALIMENTAR

20. FEZ ALGO PARA GANHAR PESO? REMÉDIO DIETA OU REGIME EXERCÍCIOS NÃO OUTRO: __

21. FEZ ALGO PARA PERDER PESO? REMÉDIO DIETA OU REGIME EXERCÍCIOS NÃO OUTRO: __

PREENCHIMENTO PELO AVALIADOR

| | | | |
|--------------------------|--|-----------------------|--|
| ESTATURA (M) | | GORDURA TOTAL(%) | |
| C.C (CM) | | MÚSCULO (%'') | |
| C.A (CM) | | GORDURA VISCERAL(%) | |
| PESO (KG) | | METABOLISMO BASAL | |
| IMC (KG/M ²) | | IDADE CORPORAL (ANOS) | |