



**FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E NEGÓCIOS DE  
SERGIPE – FANESE  
GESTÃO NUTRICIONAL E ALIMENTAR: NUTRIÇÃO CLÍNICA  
E ESPORTIVA**

**THAIS LOURENÇO DA SILVA GARCEZ**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES  
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE  
FÍSICA**

**Aracaju, SE 2018.1**

**THAIS LOURENÇO DA SILVA GARCEZ**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES  
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE  
FÍSICA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de PósGraduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão Nutricional e Alimentar: Nutrição Clínica e Esportiva, coordenado por Lavínia Aragão Trigo de Loureiro, no ano de 2018.**

**Aracaju, SE 2018.1**

**THAIS LOURENÇO DA SILVA GARCEZ**

**SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES  
PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE  
FÍSICA**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Núcleo de Pós-Graduação e Extensão – NPGE, da Faculdade de Administração de Negócios de Sergipe – FANESE, como requisito para a obtenção do título de Especialista em Gestão Nutricional e Alimentar: Nutrição Clínica e Esportiva, coordenado por Lavínia Aragão Trigo de Loureiro, no ano de 2018.**

**Lavínia Aragão Trigo de Loureiro  
Professor Avaliador**

**Lavínia Aragão Trigo de Loureiro  
Coordenador de Curso**

**Thais Lourenço da Silva Garcez  
Aluna**

**Aprovado (a) com média: \_\_\_\_\_ Aracaju  
(SE), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
	<b>2. 2- DELINEAMENTO DO ESTUDO .....</b>	<b>10</b>
	<b>2. 2 - DELINEAMENTO DO ESTUDO .....</b>	<b>11</b>
	<b>2. 3 - INSTRUMENTO .....</b>	<b>11</b>
	<b>2. 4 - ANÁLISE ESTATÍSTICA .....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCURSÃO. ....</b>	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>19</b>

# **SITUAÇÃO DE SAÚDE DAS MULHERES PARTICIPANTES DE UM PROGRAMA DE ATIVIDADE FÍSICA**

**Thais Lourenço da Silva Garcez <sup>1</sup>**

## **RESUMO**

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) preocupam os serviços de saúde devido à sua rápida e constante progressão, configurando desta forma um problema de saúde pública a nível mundial. No Brasil, esta tendência se repete, e nem mesmo as mais variadas políticas públicas voltadas para detenção do desenvolvimento destas doenças, assim como contenção de seus fatores de risco, parecem amenizar o aumento progressivo das mesmas. Considerando a eficiência preventiva da nutrição para tais doenças este trabalho visou investigar a situação de saúde de um grupo de mulheres participantes de um programa de atividade física, do município de Itaporanga D'Ajuda – SE. Para tanto foram utilizados questionários previamente aplicados pela Equipe do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), contendo questões que se agrupam em Dados gerais, Dados de Saúde, Histórico Familiar, e Antropometria. A população se constitui exclusivamente de mulheres, de sobrepeso, associadas à prevalência de algumas DCNT's (Doenças Crônicas não Transmissíveis), bem como de alguns fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças. Esta conjuntura sugere ações no campo da nutrição que possam possibilitar a prevenção e/ou tratamento para controlar o surgimento destas doenças.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mulheres, DCNT, perfil de saúde.

<sup>1</sup> Nutricionista Bacharelado pela Universidade Tiradentes, Aracaju, Sergipe, 2014.

## INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) preocupam os serviços de saúde devido à sua rápida e constante progressão, configurando desta forma um problema de saúde pública a nível mundial (DUNCAN et al., 2012). O Brasil acompanha esta mesma tendência ao passo que vivencia uma transição do processo saúde doença, pois, enquanto antes predominavam as doenças infecciosas, hoje, porém, o que prevalece são as doenças crônicas não transmissíveis (SANTOS; ISIDORO; CRUZ, 2012; MALTA et al., 2006) as quais são as causas de 72% das mortes dos brasileiros e preenchem 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b).

Visando a promoção da saúde e diminuição de gastos públicos direcionados ao tratamento destas DCNT's, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) criou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT's no Brasil, 2011-2022, o qual define e prioriza os investimentos necessários para preparar o país para enfrentar e deter, nos próximos dez anos as DCNT's, objetivando conhecer a distribuição, a magnitude, a tendência, os agravos e seus fatores de risco, além de apoiar as políticas públicas de promoção à saúde.

Foi criada também em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) a qual prioriza ações em diferentes campos capazes de prevenir o surgimento precoce das DCNT's como: alimentação saudável, trabalhos de conscientização, estímulo a prática de atividade física, prevenção ao uso de tabaco e álcool. (BRASIL, 2011<sup>a</sup>; COELHO; BURINI, 2009). Com esta mesma proposta também foi publicada a Portaria N°252 de 19 de fevereiro de 2013 (BRASIL, 2013a), instituindo a Rede de Atenção aos portadores das DCNT's, cuja finalidade é a atenção integral em todos os pontos de atenção.

Dentre as políticas e os programas que se destinam à promoção de saúde associado ao controle das DCNT's, se destaca ainda o NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, criado em 2008 com o objetivo de ampliar a finalidade das ações de Atenção Básica, com a constituição de equipes multiprofissionais pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF) (MANCUSO, 2012).

No entanto, mesmo com todas estas iniciativas públicas com o propósito de solucionar/amenizar os efeitos das DCNT's, a prevalência destas continua alta, principalmente em mulheres, considerando que a obesidade atinge 18% das brasileiras, o que representa fator de risco para o desenvolvimento de outras DCNT's, já que cerca 65% das mulheres obesas também são hipertensas (BRASIL, 2013b).

Outras DCNT'S típica da idade e algumas exclusivamente detectadas em mulheres são: o câncer de mama – já que esta é a primeira causa de morte, entre mulheres abrangendo cerca de 80% das brasileiras (BRASIL, 2004), osteoporose – que atinge principalmente mulheres pós menopausa determinando a fragilidade óssea das mesmas (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Reumatologia, 2011), além de Diabetes Mellitus – que é prevalente entre mulheres residentes em Sergipe (BRASIL, 2013b), desta forma, bons hábitos alimentares são determinantes para a prevenção destas DCNT's, e por isso campanhas envolvendo alimentação e nutrição, surgem cada vez mais (SANTOS, 2005).

Considerando esta eficiência preventiva da nutrição para tais doenças o trabalho visou investigar a situação de saúde de um grupo de mulheres participantes de um programa de atividade física do município de Itaporanga d'Ajuda- SE.

## **1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes no mundo, estimando-se 38 milhões de mortes anuais. Desses óbitos, 16 milhões ocorrem prematuramente (menores de 70 anos de idade) e quase 28 milhões, em países de baixa e média renda. Evidências indicam aumento das DCNT em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco (tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis). Assim, a intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo.

A epidemia de DCNT resulta em consequências devastadoras para os indivíduos, famílias e comunidades, além de sobrecarregar os sistemas de saúde. Estudos apontam que as DCNT afetam mais populações de baixa renda, por estarem mais vulneráveis, mais expostas aos riscos e terem menor acesso aos serviços de saúde e às práticas de promoção à saúde e prevenção das doenças. A Organização Mundial da Saúde (OMS) avalia que as pessoas com DCNT têm sua situação de pobreza agravada.

Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT (doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, diabetes, câncer e outras, inclusive doenças renais), 10% às doenças infecciosas e parasitárias e 5% aos distúrbios de saúde materno-infantis. Essa distribuição contrasta com a de 1930, quando as doenças infecciosas respondiam por 46% das mortes nas capitais brasileiras. Essa mudança radical ocorreu em um contexto de desenvolvimento econômico e social marcado por avanços sociais importantes e pela resolução dos principais problemas de saúde pública vigentes naquela época. Paralelamente a essa mudança na carga de doença, houve uma rápida transição demográfica no Brasil, que produziu uma pirâmide etária com maior peso relativo para adultos e idosos.

Esse cenário resultou, em setembro de 2011, no compromisso dos líderes mundiais na Assembleia da ONU em definir ações concretas para o enfrentamento dessas doenças. Em 2013, a Assembleia Mundial da Saúde adotou um quadro abrangente de monitoramento global com 25 indicadores e nove metas voluntárias globais para 2025, além de aprovar o Plano de Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis 2013-2020. Dentre as metas definidas, constam a redução da mortalidade por DCNT em 25%, a redução dos fatores de risco (tabaco, álcool, sal, inatividade física) e o acesso a medicamentos, ao aconselhamento e a tecnologias para tratamento de DCNT. O acesso à assistência aos portadores de DCNT, incluindo consultas médicas, cuidados na atenção primária, acesso a medicamentos, testes de laboratório, prática clínica e aconselhamento, resulta em benefícios na assistência aos portadores de DCNT e melhoria da qualidade de vida.

As mudanças nos padrões de ocorrência das doenças têm imposto, constantemente, novos desafios além que, às doenças crônicas custam caro para o Sistema



Único de Saúde (SUS). Se não prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam uma assistência médica de custos sempre crescentes, em razão da permanente e necessária incorporação tecnológica. Para toda a sociedade, o número de mortes prematuras e de incapacidades faz com que o enfretamento das "novas epidemias", causadas por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), demandem significativos investimentos em pesquisa, vigilância, prevenção, promoção da saúde e defesa de uma vida saudável.

Portanto é importante monitorar o acesso e utilização de serviços entre pessoas com DCNT, dada a elevada carga de doença, que ainda tem sido ampliada em virtude do envelhecimento populacional. O elevado consumo de serviços de saúde requer planejamento dos serviços e adequação das políticas e ofertas. As estratégias que envolvem um aumento na discussão e no planejamento intersetoriais são necessárias para implementar e intensificar intervenções custo-efetivas que possam ajudar a criar um ambiente propício às escolhas saudáveis de estilo de vida.

A proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde, sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as mortes e doenças em todo o mundo. Seus quatro objetivos principais são: Reduzir os fatores de risco para DCNT através da ação em saúde pública e promoção da saúde e medidas preventivas; aumentar a atenção e conhecimento sobre alimentação e atividade física; encorajar o desenvolvimento, fortalecimento e 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 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

Para a concretização da Estratégia Global, a OMS recomenda a elaboração de planos e políticas nacionais e o apoio de legislações efetivas, infra-estrutura administrativa e fundo orçamentário e financeiro adequado e investimentos em vigilância, pesquisa e avaliação. Sugere, ainda, a construção de propostas locais e a provisão de informação

adequada aos consumidores, por meio de iniciativas vinculadas à educação, publicidade, rotulagem, legislações de saúde, e enfatiza a necessidade de garantia de articulação intersetorial e políticas nacionais de saúde, educação, agricultura e alimentação que incorporem, em seus objetivos, a nutrição, a segurança da qualidade dos alimentos e a segurança alimentar sustentável, a promoção da alimentação saudável e da atividade física, além de políticas de preços e programas alimentares.

Uma alimentação equilibrada fornece ao organismo energia e nutrientes para o bom desenvolvimento das atividades de cada pessoa, bem como a manutenção da saúde. Desta forma, sabe-se que prejuízos também podem ocorrer devido a alimentação, seja pelo excesso – obesidade – ou pela carência total ou parcial dos alimentos – desnutrição.

Vários estudos demonstram a relação entre alimentação e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) – hipertensão, diabetes, câncer, etc. Um exemplo clássico, é uma alimentação rica em gordura saturada e o aparecimento de problemas cardiovasculares. Diante de todos os perigos que uma alimentação inadequada pode trazer à população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu guias que definem limites seguros para o consumo de determinados alimentos e ou nutrientes.

A alimentação é uma aliada na prevenção, entretanto, quando diagnosticada a doença, a alimentação deve ser encarada como um tratamento auxiliar ao tratamento medicamentoso, proposto pelo médico. Portanto, comece a cuidar da sua alimentação o quanto antes, ainda mais se existem casos de diabetes, hipertensão, entre outras, na sua família. Cuidar da sua saúde é o melhor presente que você pode se dar.

## **2. METODOLOGIA.**

### **2.1 - POPULAÇÃO E LOCAL DO ESTUDO**

A amostra compõe-se de 138 usuárias do Programa “Agita Itaporanga” do

município de Itaporanga D'Ajuda, sem restrição de faixa etária, moradoras de 3 localidades diferentes (Sede, povoado Sapé e povoado Nova Descoberta). O único critério de inclusão, para a seleção dos questionários utilizados neste estudo foi de que as componentes fossem participantes usuárias do Programa.

O Programa “Agita Itaporanga” é proporcionado pela Prefeitura Municipal e existe há 5 anos no município, possui no total 235 usuários, os quais também se distribuem em 3 pólos (Sede, Povoado Nova Descoberta e Povoado Sapé). São ofertadas atividades físicas regulares 2, 3 ou 5 vezes por semana variando de acordo com o local.

## **2.2 - DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Inicialmente, após esclarecimentos do estudo juntamente à Secretaria Municipal da Saúde, foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pela Secretária da Saúde além da Nutricionista, com as quais foi estabelecido contato com marcação de encontro para esclarecimentos sobre a pesquisa e posterior concessão dos questionários previamente aplicados, resultados de uma iniciativa da Equipe do NASF do município.

## **2.3 - INSTRUMENTO**

Para a averiguação da situação de saúde da população foi construído um questionário (Anexo 1), pela Nutricionista do NASF, baseado na demanda diária dos seus atendimentos. O questionário foi aplicado por componentes da Equipe do NASF (fisioterapeuta, assistente social, fonoaudióloga, psicóloga e nutricionista). O instrumento em questão se divide em quatro sessões. Dados de identificação, Dados de Saúde, Histórico Familiar, e Dados antropométricos sendo estes últimos aferidos exclusivamente pela Nutricionista da Equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família.

## 2.4 - ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise estatística utilizou-se o *software* SPSS, versão 18 (SPSS Inc., Chicago, IL), através do qual foram utilizadas medidas de tendência central (média), variabilidade (desvio-padrão) e prevalências (absoluta e relativa).

Foi utilizado o Teste Kolmogorov-Smirnov para identificar quais variáveis possuiriam distribuição normal, então para aquelas que apresentaram, foi aplicado o Test T. Para ambos os testes foram utilizados o nível de significância de 5%.

## 3. RESULTADOS E DISCURSÃO

A população se constitui de 138 mulheres, com média de 69 anos de idade . Segundo a Organização Mundial da Saúde, a idade para um indivíduo tornar-se oficialmente idosa é a partir dos 60 anos. A Terceira idade traz com ela o desenvolvimento de algumas patologias devido ao desgaste da idade associados a uma alimentação não saudável ao longo da vida (KINOSHITA et al., 2012).

Dentre as doenças mais prevalentes em idosos estão as doenças crônicas não transmissíveis como a obesidade, que se relaciona com as doenças cardiovasculares, HAS, DM e as osteoarticulares, além de algumas formas de câncer (AURICHIO; REBELATTO; CASTRO, 2010; CAMPOLINA, et al., 2013).

VARIÁVEIS	MÉDIAS	VARIÁVEIS	MÉDIAS
IDADE	69,4326	CB	31,7580(*)

HIPERTENSÃO	76%	INGESTÃO HÍDRICA 04 A 06 COPOS	36,2%
DIABETES	21,0%	MASTIGAÇÃO NORMAL	44,2%
HIPERCOLESTEROLEMIA	27,5%	QUALIDADE DO SONO TRANQUILO	63,0%
HIPERTRIGLICERIDEMIA	2,9%	HÁBITO INTESTINAL EVACUAÇÃO NORMAL	66,7%
PESO	69,432(*)	HORARIO > APETITE TARDE	65,9%
IMC	28,779(*)	ETILISTA	34,8 %
CC	97,030(*)	TABAGISTA	5,1%
CQ	104,17(*)	FAZ DIETA	18,8%
RCQ	0,9459(*)		

**Quadro 1. Médias dos dados referentes à situação de saúde de mulheres participantes de um programa de atividade física, Itaporanga D' Ajuda- SE. (\*)  $p \leq 0,05 \rightarrow$  KolmogorovSmirnov (KS)**

No tocante a prevalência de hipertensos da população obteve-se resultado preocupante, chegando a 76%, o que ultrapassa a prevalências de âmbito nacional, já que

segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), no Brasil a hipertensão acomete de 50% a 70% dos idosos.

Outro resultado de saúde demonstra que 21% das mulheres usuárias do Programa de Atividade Física são diabéticas. Em todo o país esse número demonstrou proporções semelhantes (21,6%) entre idosos acima de 60 anos, tendo-se atribuído como causas para o aumento da população diabética no país, o progressivo envelhecimento, bem como o aumento da obesidade, já que nos últimos 5 anos a prevalência de excesso de peso cresceu em 28%. (BRASIL, 2012).

Uma das medidas de prevenção para DM é manter uma alimentação saudável (SANTOS et al., 2011). Autores demonstram que mudanças na alimentação em pacientes portadores de DM, tais como alimentos ricos em fibras e de baixo índice glicêmico, proporcionam o aumento de níveis séricos de glicose e insulina (CARVALHO et al., 2012). Recomenda-se então, uma dieta fracionada (cinco a seis refeições diárias), calorias adequadas de acordo com a necessidade de cada paciente, alimentação rica em fibras e pobre em gorduras trans e saturada, baixo teor de sódio, e quantidades de carboidrato controladas, bem como sua qualidade monitorada (GOMES; FERREIRA; SOUZA, 2012).

A população apresentou 27,5% do seu número total de pessoas com Hipercolesterolemia. Segundo, COSTA, WAGNER e OLIVEIRA (2012), o colesterol tende a aumentar com a idade, e, acima dos 65 anos. Neste estudo, 42% das mulheres apresentaram taxa de colesterol acima de 240 mg/dL. Sabe-se que altos índices de colesterol de baixa densidade (LDL) e redução dos índices de colesterol de alta densidade (HDL), são fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis, tais como as cardiovasculares (PINHATTI et al., 2012).

Dentre os fatores citados como preditores para o desenvolvimento destas DCNT's (HAS, DB), está o fator genético que foi de 73% para HAS e de 57% para DM. O histórico familiar influencia diretamente no risco cardiovascular em indivíduos femininos com mais de 65 anos. (BRASIL, 2010). Desta mesma forma, segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (2013), o fator genético também é relevante para desenvolvimento do

Diebetes Mellitus.

O número de pessoas acometidas por hipertrigliceridemia foi de 2,9% dos indivíduos, o que se qualifica como vantagem para essa população, já que altas taxas de triglicérides no sangue também são fatores de risco para desencadeamento de doenças cardiovasculares (COSTA; WAGNER; OLIVEIRA, 2012).

A prática de atividade física favorece a redução dos níveis de triglicérides – o que é um fator positivo para os indivíduos desta população visto que todos (100%) são praticantes de atividade física – pois o exercício regula o perfil lipídico a longo prazo, reduzindo os valores de triglicérides, que estão relacionados diretamente com as coronariopatias. (LIMA et al., 2012; SANTOS,2012).

Segundo a média do IMC – 28,78Kg/m<sup>2</sup> - a população está em sobrepeso, indicados numa faixa de pré-obesidade, o que é preocupante haja vista que existe uma relação direta da obesidade com várias complicações metabólicas (CACHONI; BAIDA; OLIVEIRA; COSTA, 2010).

Além disso, há estudos que comprovam excesso de peso junto ao acúmulo de gordura corporal, são fatores de risco para desencadear doenças cardiovasculares, favorecendo o aparecimento de níveis alterados de colesterol e triglicérides no sangue, hipertensão e resistência insulínica com consequente diabetes (FERREIRA; PAPINI; CORRENTE, 2011).

Além do que, uma média de 97 cm de circunferência da cintura (CC), reflete nos riscos para desenvolver doenças cardiovasculares a que estas mulheres estão expostas, já que, segundo World Health Organization ( WHO, 1997), mulheres com CC > 88cm são consideradas de alto risco para desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV). Desta mesma forma, a Relação Quadril-Cintura (RQC), também apontou risco muito alto de DCV, pois obtiveram média de 0,94, considerando que a RCQ > 0,82 cm ( WHO, 1997), configura elevado risco para DCV.

Já a média da circunferência do braço (CB) foi de 31,76 cm, classificado como eutrófico (p50-p75) o que pode se considerar um valor favorável para o grupo, (NHANES III, 1988-1991). Porém mesmo a CB estando eutrófica vários outros fatores apontam a população como sobrepeso.

O sobrepeso em uma população de idosas é um fator pertinente, já que, com a menopausa, a maioria das mulheres sofrem alterações hormonais com redução estrogênica, modificando o padrão de distribuição de adiposidade corporal, desencadeando um maior acúmulo de gordura no abdômen, além do aumento do índice de massa corpórea. A prevalência de obesidade em mulheres após a menopausa pode ser influenciada por fatores além de biológicos, também psicossociais e culturais (MOREIRA, 2013).

Da população analisada, 36,2%, referiram ingerir 4 a 6 copos (de 200ml) de água por dia, o equivalente a 1-1,5 litros (PINHEIRO, 2005). A recomendação diária de ingestão hídrica é de no mínimo 2 litros de água, o que equivale entre 6-8 copos (PHILIPPI, 2008; BRASIL, 2008).

É importante ter uma boa ingestão hídrica diária considerando seus benefícios para a saúde, pois a água corporal está em todos os sistemas e órgãos do organismo e também na regulação da temperatura, necessária em todos os processos metabólicos, no transporte e excreção de substâncias (BRASIL, 2008), além de manter a hidratação do organismo (PALMA et al., 2012). Por outro lado, a hipohidratação provoca prejuízos para o funcionamento corporal como desidratação, instabilidade na temperatura corporal, além de causar disfunções vitais do organismo (MORO, 2011).

Em relação à mastigação, a maioria (44,2%), relatou que mastiga de forma normal. A mastigação é a fase inicial do processo digestivo, por tanto, para que a digestão dos alimentos seja eficiente, o processo deve ser feito de forma correta, com a degradação mecânica dos alimentos que os reduzem em tamanhos adequados para serem deglutidos e posteriormente absorvidos pelo organismo por meio do sistema digestivo (APOLINÁRIO; MORAES; MOTTA, 2008). No entanto, 29% da população relataram ter uma mastigação lenta. O que pode estar associado à idade, já que o envelhecimento



causa modificações que afetam o sistema estomatognático, que é composto por músculos, ossos, dentes, articulação temporomandibular, sistema vascular e nervoso. Essas modificações causam grande dificuldade para o idoso ingerir alimentos sólidos, que são mastigados de forma lenta, e, muitas vezes, até são substituídos por alimentos líquidos (ALMEIDA; GENTIL; NUNES, 2012). Em contrapartida 26,8% restantes da população têm uma mastigação rápida. O que pode trazer prejuízos e risco à saúde como o aumento do IMC em virtude de baixos estímulos à saciedade – levando o indivíduo a comer mais – tendo em vista que sua ativação se dá por estímulos desencadeados por impulsos nervosos nos proprioceptores musculares que se excitam na mastigação (LOPES et al., 2012).

Ao se avaliar a qualidade do sono, 63% dos participantes afirmaram dormir bem. O sono e o repouso são funções restauradoras necessárias para preservação de uma vida saudável. Estudos demonstram que um bom sono está relacionado com as atividades diárias que um indivíduo possa desenvolver e influencia na qualidade de vida (SILVA et al., 2012). Tendo em vista que todas são participantes do programa e conseqüentemente fazem atividade de 2 a 5 vezes na semana, é possível explicar o porquê a maioria da população dorme bem, já que, ainda segundo SILVA (2012), esse exercício traz boa influência para o sono além de melhorar os fatores fisiológicos que influenciam diretamente no seu estado de vigília.

Em relação ao hábito intestinal, 66,7% disseram ter funcionamento normal do intestino. O bom funcionamento do intestino traz benefícios à saúde tais como síntese de vitaminas e proteínas pré-digeridas, aumento da absorção de cálcio, inibição de patógenos e também redução de incidência de tumores no intestino, diminuição do colesterol sérico e da intolerância à lactose, além do alívio da constipação (PIMENTEL, 2012).

Outro item investigado nesse estudo, refere-se ao horário em que se sente mais fome, sendo neste estudo, relatado o período da tarde (65,9%). Além disso, foi possível perceber que, algumas pessoas se alimentam com frequência de apenas 2 ou 3 vezes ao dia.

Vale ressaltar a importância do fracionamento junto ao porcionamento das

refeições para melhorar o ritmo intestinal e até a qualidade de vida (FUENTES et al, 2012). Dentre os diversos benefícios em fracionar as refeições, destacam-se: a manutenção da glicose sanguínea, pois a queda de glicose no sangue pode levar à diminuição da concentração de energia; redução da fome nas próximas refeições, evitando o “comer compulsivo” característico de quando a fome já se instalou; funcionamento do metabolismo num ritmo mais acelerado; consumo de maior quantidade e variedade de nutrientes. Devido a todos estes fatores, estudos mostram que o consumo de mais refeições ao longo do dia pode evitar o aparecimento de doenças crônicas (FARSHCHI; TAYLOR; MACDONALD, 2005).

Embora tenham-se obtido 34,8% de pessoas etilistas, estas relataram a ingestão etílica, apenas socialmente (uma vez na semana ou em ocasiões especiais). No entanto, o consumo de álcool é um fator contrário aos promotores de saúde, independente da quantidade ingerida, como cita Ramis (2012). Um agravante deste hábito consiste no fato de que associado ao hábito de ingerir bebidas alcoólicas está o hábito de fumar (RAMIS et al., 2012).

A prevalência tabagismo foi de 5,1% do total da população analisada. Estas prevalências podem estar associados ao fato de que estes são hábitos mais comuns em populações masculinas (PEREIRA et al., 2013), configurando para esta população, exclusivamente feminina, indicadores de saúde positivos pois, o grande número de mortalidade de pessoas fumantes e, até mesmo ex-fumantes, chega a 13% no país, sendo, o tabagismo um dos fatores de maior mortalidade global. Estas mortes são consequências das principais doenças associadas ao tabagismo – cardíacos, pulmonares e câncer. Além dos prejuízos à saúde, o tratamento para essas doenças decorrentes do fumo podem chegar a custar ao país R\$ 21 bilhões anuais às redes de saúde. Carmo (2013).

Embora 18,8% da população tenha relatado a prática de seguir dietas, estas o fazem por conta própria. Neste contexto, vale destacar os riscos de seguir uma dieta sem respaldo do profissional indicado, pois apesar de existirem recomendações de saúde gerais (BRASIL, 2005), os planos alimentares são individualizados, havendo, desta forma o risco de restrições radicais, ou métodos perigosos, podendo causar déficit calórico, bem como de micronutrientes, o que podem gerar doenças como: anemia, osteoporose,

hipovitaminoses, retardo no crescimento, doenças infecciosas, cálculos renais, xerofthalmia, imunodepressão, entre várias outras. (RAPOSO, 2006).

Ressalta-se a importância de bons hábitos alimentares, bem como a importância da inserção do nutricionista para o acompanhamento nutricional eficaz, sendo, segundo a Resolução nº 380/2005, este o profissional capacitado para: prescrição dietética, realização de atividades de alimentação e nutrição em políticas e programas institucionais, de atenção básica e de vigilância sanitária, promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação, educação nutricional, dentre outras atribuições (BRASIL, 2005). Assim, ausência do nutricionista nos serviços de saúde pública pode resultar em uma execução superficial das ações relacionadas à alimentação e nutrição, área que tem se destacado como fundamental para a promoção da saúde (MANCUSO, 2012).

#### 4. CONCLUSÃO

A identificação de alta frequência de indivíduos com sobrepeso no presente estudo, acompanhados com a prevalência de algumas doenças crônicas não transmissíveis, sugerem ações no campo da nutrição possam possibilitar o controle de ganho de peso, junto à prevenção e/ou tratamento para controlar, ou até mesmo reduzir, o surgimento dessas doenças. Diante da alta prevalência de pessoas com sobrepeso e algumas DCNT's, o presente estudo reforça a importância da utilização das políticas públicas para a implementação de ações, podendo melhorar e/ou levar a extinção do problema, tendo potencial de expandir para a população de forma geral evitando assim que, mais casos venham a aparecer. A avaliação da tecnologia em saúde necessita ser expandida para fornecer uma base sólida para a seleção apropriada de novos programas e ações em saúde pública e de novos medicamentos, dispositivos e testes diagnósticos. Além disso deve-se implementar ações nutricionais que visem a promoção da saúde e a prevenção destas doenças como: Implementar os guias alimentares para fomentar, em todos os ciclos da vida, escolhas saudáveis relacionadas à alimentação; articular ações de capacitação e de educação permanente dos profissionais de saúde, em especial na Atenção Primária em Saúde, com foco na promoção da alimentação saudável; elaborar Guia de

Boas Práticas Nutricionais para Alimentação Fora de Casa, destinado a orientar pequenos comércios e serviços sobre o preparo e a oferta adequada e saudável dos alimentos oferecidos para refeições de rua; estimular o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras e outros; estimular a produção de alimentos de bases limpas (orgânicos, agroecológicos etc.), em articulação com os programas facilitadores da produção de alimentos saudáveis do Ministério do Desenvolvimento Agrário.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, S. T.; GENTIL, B. C.; NUNES, E. L. Alterações miofuncionais orofaciais associadas ao processo de envelhecimento em um grupo de idosos. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 9, n. 2, p. 282-292, maio/ago., 2012.
- APOLINÁRIO, R. M. C.; MORAES, R. B.; MOTTA, A. R. Mastigação e dietas alimentares para redução de peso. **Revista CEFAC – Atualização Científica em Fonoaudiologia e Educação**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 191-199, abr.-jun., 2008.
- AURICHIO, T. R.; REBELATTO, J. R.; CASTRO, A. P. Obesidade em idosos do Município de São Carlos, SP e sua associação com Diabetes Melito e dor articular. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 114-117, abr./jun., 2010.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) do Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.a
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Organização PanAmericana da Saúde (OPACS). **Pesquisa Especial de Tabagismo**, Rio de Janeiro, 2011.b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Orientação e Prevenção. **Diabetes**, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**, p. 192, 2006.a
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de Mama**. Documento de Consenso, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel dos Indicadores do SUS**, 2006.b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB, 2013.a
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Legislação da Saúde. Portaria nº 252, 19 de fevereiro de 2013. **Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**, Brasília, DF, 2013.b
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Departamento de População e

Indicadores Sociais. **Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios do Brasil**, Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. **Resolução CFN nº 380 de 28 de dezembro de 2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelecer parâmetros numéricos de referência, por área de atuação e dá outras providências. Conselho Federal dos Nutricionistas. 28, dez., 2005.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 64, 2010.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Diabetes. I Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes para o Tratamento e Acompanhamento de Diabetes Mellitus. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**. Rio de Janeiro, RJ. p.154, 2006.c

BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL)**, Brasília-DF, 2013.c

BRAY, G. A. & GRAY, D. S. **Obesity. Part I: pathogenesis**. Western Journal of Medicine, v. 149, n. 4, p. 429-441, 1988.

CACHONI, L.; BAIDA, L. C.; OLIVEIRA, M. R. M.; COSTA, V. M. H. M. Indicadores Antropométricos de estado nutricional de idosos praticantes e não praticantes de exercício físico na Zona Norte de São José do Rio Preto-SP. **Revista de Alimentos e Nutrição**, Araraquara, v. 21, n. 4, p. 537-546, out./dez., 2010.

CAMPOLINA, A. G., ADAMI, F., SANTOS, J. L. F., LEBRÃO, M. L. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1217-1229, jun., 2013.

CARMO, M. A. **Análise da valorização do tabagismo com problema de saúde, nos prontuários de pacientes internados em enfermarias de Clínica médica do hospital Universitário, de Salvador (Bahia) no ano de 2011**. Monografia (Conclusão de Curso) Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Medicina da Bahia, Salvador, 2013.

CARVALHO, Fernanda Sanches, et al. **Importância da orientação nutricional e do teor de fibras da dieta no controle glicêmico de pacientes diabéticos tipo 2 sob intervenção educacional intensiva**. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e e Metabologia, São Paulo, v. 56, n. 2, mar., 2012.

COELHO, C. F.; BURINI, R. C. Atividade física para prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e da incapacidade funcional. **Revista de Nutrição**, v. 22, n. 6, p. 937-946, 2009.

COSTA, J. F.; WAGNER, R.; OLIVEIRA, L. C. Avaliação do risco cardiovascular em idosos residentes em asilos da grande Curitiba – PR. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 8, p. 44-60, 2012.

COSTA, Maria Cecília, et al. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis indicados em trabalhadores atendidos em um ambulatório de nutrição. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 727-739, jul./set., 2012.

DUNCAN, Bruce Bartholow, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 1, Dezembro, 2012. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 20 Janeiro 2018.

FARSHCHI, H. R., TAYLOR, M. A., MACDONALD, I. A. Beneficial metabolic effects of regular meal frequency on dietary thermogenesis, insulin sensitivity, and fasting lipid profiles in healthy obese women. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 81, n. 1, p. 16-24, 2005.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; Sociedade Brasileira de Reumatologia. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes. **Osteoporose: Dianóstico**, 2011.

FERREIRA, P. M.; PAPINI, S. J.; CORRENTE, J. E. Fatores associados à obesidade em idosos cadastrados na rede básica de saúde do município de Botucatu, São Paulo. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas. v. 20, n. 3-4, p. 77-85, maio/ago., 2011.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. Evolution of prevalence of diabetes and associated hypertension in Brazil: analysis of National Household Sample Survey, 1998, 2003 and 2008. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 07-19, mar., 2012.

FUENTES, Maria Inez, et al. Perfil Nutricional e adesão ao tratamento de adolescentes obesos. Faculdades Integradas do Brasil - Unibrasil. **Cadernos da Escola de Saúde**, Curitiba, v. 5, p. 102-117, 2012.

GARCIA, R. S.; PETERS, S. H.; MUNIZ, R. M. Perfil nutricional de idosos hipertensos cadastrados no Sistema HiperDia de uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil. **Journal of Nursing and Health – JONAH**, Pelotas (RS), v. 1, n. 2, p. 205-213, jul./dez., 2011.

GOMES, D. L.; FERREIRA, E. A. P.; SOUZA, C. M. C. Automonitoramento e adesão a dois tipos de regras nutricionais e adultos com diabetes tipo 2. **Acta Comportamental**. **Revista Latina de Análisis de Comportamiento**, v. 20, n. 3, p. 327-342, 2012.

KINOSHITA, Larissa Naemy, et al. Doenças autorrelatadas e satisfação com a vida de participantes da Universidade Aberta à Terceira Idade da Escola e de Artes Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo (UnATI EACH- USP). **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v. 15, n. 7, p. 107-128, 2012.

LEITÃO, M. P. C.; MARTINS, I. S. Prevalência e fatores associados à síndrome metabólica em usuários de unidades básicas de saúde em São Paulo – SP. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 58, n. 1, jan./fev., 2012.

LIMA, N. A.; FREIRE, M. S. S.; SANTOS, A. L. B.; MACHADO, A. N. A. Perfil da prática de exercícios físicos e fatores de risco cardiovascular em servidores de um restaurante universitário. **Cadernos de Cultura e Ciências**, a. VII, v. 11, n. 1, p. 59-69, dez., 2012.

LOPES, Souza, et al. **Fatores associados ao excesso de peso entre mulheres**. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v.16, n. 3, set., 2012.

LOPEZ, Regina Maria Fernandes, et al. ¿La diabetes mellitus causa deterioro cognitivo en la vejez? Un estudio de revisión. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá/Colombia, v. 31, n. 1, p. 131-139, 2013.

MALTA, D. C.; CEZARIO, A. C.; MOURA, L.; NETO, O. L. M.; JUNIOR, J. B. S. Building surveillance and prevention for chronic non communicable diseases in the national Unified Health System. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set., 2006.

MANCUSO, A. M. C; TONACIO, L. V.; SILVA, E. R.; VIEIRA, V. L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Revista de Ciência de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 12, p. 3289-3300, 2012.

MONTEIRO, C. A; MONDINI, L. Mudanças no padrão alimentar da população urbana brasileira (1962-1988). **Revista de Saúde Pública**, v. 6, p. 433-439, 1994.

MONTEIRO, M. F.; FILHO, D. C. S. Exercício físico e o controle da pressão arterial. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 10, n. 6, p. 513-516, 2004.

MOREIRA, Marina Colares, et al. Fatores sociodemográficos associados ao índice de massa corporal e relação cintura quadril em mulheres pós-menopausa. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, Ponta Grossa – PR, v. 5, n. 2, p. 51-58, abr./jun., 2013.

MORO, G. M. B; SANTOS, M. C. Consumo de água e outros líquidos por adultos frequentadores de uma academia do município de Julio de Castilhos, RS. EFDesportes.com, **Revista Digital**, Buenos Aires, v. 15, n. 152, 2011. Disponível em: < [www.efdeportes.com/efd152/consumo-de-agua-e-outros-liquidos-por-adultos.htm](http://www.efdeportes.com/efd152/consumo-de-agua-e-outros-liquidos-por-adultos.htm) >. Acesso em: 18 Fev., 2018.

OLIVEIRA, S. C. M.; NETO, A. M. P.; GÓES, J. R. N.; CONDE, D. M.; SÁ, D. S.; PAIVA, L. C. **Prevalência e fatores associados à constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa**. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas – SP, v. 42, n.1, jan./mar., 2005.

PALMA, Maria Lídia, et al. Relação entre a ingestão dietária de água e a hidratação cutânea. **Jornal de Investigação Biomédica e Biofarmacêutica**, v. 9, n. 2, p. 173-181, 2012.



PEREIRA, A. M. et al. Prevalência da exposição ao fumo ambiental do tabaco em casa e do tabagismo na população Portuguesa – o estudo INAsma. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, v. 19, n. 3, p. 114-124, 2013.

PHILIPPI, Sônia Tucunduva. **Pirâmide dos alimentos: fundamentos básicos da nutrição**. Barueri: Manole, 2008.

PIMENTEL, Tatiana Colombo. Atitude do consumidor em relação a culturas probióticas e alimentos probióticos. *Revista Brasileira de Tecnologia Agroindustrial*, v.6, n. 2, p. 796-808, 2012.

PINHATTI, Mauren Mitiazo, et al. Seguimento dos pacientes em acompanhamento no Ambulatório de Dislipidemia e Alto Risco - HCPA : melhora do perfil lipídico associado a atendimento especializado. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, v. 32, ago., 2012.

PINHEIRO, Ana Beatriz Vieira. **Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras**. 5 ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

PITANGA, F. J. G.; LESSA, I. Associação entre indicadores antropométricos de obesidade e risco coronariano em adultos. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 10, n. 2, p. 239-248, 2007.

RAMIS, Thiago Rozales, et al. Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 15, n. 2, p. 376-385, 2012.

RAPOSO, H. F.; BASSO, L. S.; BERNARDI, J. L. D. Restrição alimentar de carboidratos no tratamento da obesidade. *Revista de Ciências Médicas*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 55-67, jan./fev., 2006.

RODRIGUES, S. L.; BALDO, M. P.; MILL, J. G. **Associação entre a Razão CinturaEstatura e Hipertensão e Síndrome Metabólica: Estudo de Base Populacional**. Universidade Federal do Espírito Santo. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, Vitória – ES, v. 95, n. 2, p. 186-191, 2010.

SANTOS C. S., ISIDORO, L. C. R., CRUZ, G. E. C. P. Fatores de risco para doença arterial coronariana em jovens: revisão integrativa da literatura brasileira, *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 2, n. 2, p. 264-278, maio/ago., 2012.

SANTOS, D. M.; POZZOBON, A.; PÉRICO, E. Efeito de um programa de exercício físico na qualidade de vida, perfil lipídico e glicêmico de mulheres com riscos de doenças cardiovasculares. *Caderno Pedagógico*, Lajeado, v. 9, n. 2, p. 173-184, 2012.

SANTOS, G. G.; SOUSA, J. B.; OLIVEIRA, D. N. B.; RIBEIRO, N. C. **Avaliação da Qualidade da dieta de mulheres atendidas em uma clínica escola**. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, v. 15, n. 4, p. 37-52, 2011.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Revista de Nutrição**, v. 18, n. 5, p. 681-692, 2005.

SILVA, José Mário Nunes da, et al. Avaliação da qualidade do sono em idosos não institucionalizados. **Revista Conscientiae Saúde**, v. 11, n. 1, p. 29-36, 2012.

SOTELO, Y. O. M.; COLUGNATI, F. A. B.; TADDEI, J. A. A. C. Diagnóstico de obesidade por medidas antropométricas em um estudo longitudinal com crianças de seis a oito anos. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 14, n. 2, p. 129-137, mar./abr., 2005.

Third National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III), v 11, n. 10, 1988-94.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation on obesity**. Geneva; 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020**. Geneva: WHO; 2013. Disponível em: < [http://www.who.int/nmh/events/ncd\\_action\\_plan/en/](http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/) >. Acesso em: < 08 de maio de 2018 >

Organização das Nações Unidas no Brasil – ONU-BR. 17 objetivos para transformar nosso mundo: objetivo 3: assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades. Brasília (DF); 2015. Disponível em: < <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/> >. Acesso em: < 09 de maio de 2018 >

Silva-Junior JB. As doenças transmissíveis no Brasil: tendências e novos desafios para o Sistema Único de Saúde. In: Ministério da Saúde, ed. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Indicadores Sócio demográficos e de Saúde no Brasil 2009. **Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica**, número 25. 2009. [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indicsaude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indicsaude.pdf) (acesso em 09 de maio de 2018).

MONTEIRO CA, MONDINI L, SOUZA AL, POPKIN B. **Da desnutrição para a obesidade: a transição nutricional no Brasil**. In: Monteiro CA, ed. **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil: a evolução do país e suas doenças**, 2nd edn. São Paulo: Hucitec, Nupens/USP, 2000: 247–55.

## **ABSTRACT**

Chronic non-communicable diseases (NCDs) concern health care services due to their fast and constant progression, thus being a worldwide public health issue. In Brazil, this issue is also existent and not even the public policies created to detain the NCDs' development, as well as their risk factors seem to minimize their progressive increase. Considering the efficiency of preventive nutrition for these diseases, this paper aims to investigate the health status of a group of women participating in a physical activity group in Itaporanga D'Ajuda, state of Sergipe. Two questionnaires were used and previously applied by the NASF (Center of Family Health Assistance) team. The questions were grouped in four categories: General data, Health data, Family history and Anthropometry. The population is constituted exclusively of overweight women, associated with some NCDs prevalence, as well as some risk factors to their development. This situation suggests actions regarding nutrition, so the NCDs can be prevented and/or treated.

**KEYWORDS:** Women, NCDs, health profile.

## **ANEXO 1: Questionário Aplicado na População**



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPORANGA D'AJUDA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE  
NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF



Nº do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_ Medidor: \_\_\_\_\_

#### DADOS PESSOAIS

01. Nome do Participante: \_\_\_\_\_
02. Sexo: (0) Masc. (1) Fem. 03. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 04. Idade: \_\_\_\_\_
05. Profissão: \_\_\_\_\_ 06. Residência: (0) Cidade (1) Povoado \_\_\_\_\_
07. Escolaridade: (0) Analfabeto (1) Ensino Fundamental (2) Ensino Médio (3) Nível Técnico (4) Nível Superior
08. Filhos: (0) Não (1) Sim 09. Se sim, quantos? \_\_\_\_\_
10. Idade: \_\_\_\_ 11. Sexo (0) Masc. (1) Fem. 12. Sobrepeso/Obesidade (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
13. Idade: \_\_\_\_ 14. Sexo (0) Masc. (1) Fem. 15. Sobrepeso/Obesidade (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
16. Idade: \_\_\_\_ 17. Sexo (0) Masc. (1) Fem. 18. Sobrepeso/Obesidade (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
19. Idade: \_\_\_\_ 20. Sexo (0) Masc. (1) Fem. 21. Sobrepeso/Obesidade (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
22. Idade: \_\_\_\_ 23. Sexo (0) Masc. (1) Fem. 24. Sobrepeso/Obesidade (0) Não (1) Sim (2) Não sabe

#### DADOS DE SAÚDE

25. Atividade Física: (0) Não (1) Sim 26. Frequência (semana): (0) 01x (1) 02x (2) 03x (3) 04x (4) 05x (5) 06x
27. Tipo: (0) Caminhada (1) Musculação (2) AGITA (3) Outros 28. Qual? \_\_\_\_\_
29. Etílica: (0) Não (1) Sim (2) Ex 30. Frequência: (0) 01x (1) 02x (2) 03x (3) 04x (4) 05x (5) diariamente (6) socialmente
31. Tabagista: (0) Não (1) Sim (2) Ex 32. Quanto tempo? \_\_\_\_\_ 33. Não sabe ( )
34. Quantas carteiras/dia: (0) meia (1) 01 (2) 02 (3) 03 (4) 04 (3) 05 (4) mais (4) não sabe
35. Dieta atualmente (0) Não (1) Sim 36. Perda peso recente (03 meses): (0) Não (1) Sim (2) Não sabe 37. Se sim, quantos kg: \_\_\_\_\_
38. Ganho peso recente (03 meses): (0) Não (1) Sim (2) Não sabe 39. Se sim, quantos kg: \_\_\_\_\_
40. Ingestão hídrica: (0) 01-03 copos de 200ml (1) 04-06 copos de 200ml (2) 07-09 copos de 200ml (3) mais de 10 copos de 200ml  
(200ml a 600ml) (800ml a 1,2L) (1,4 a 1,8L) (>2L)
41. Quais refeições realiza: (0) Café-da-Manhã (1) Lanche da Manhã (2) Almoço (3) Lanche da Tarde (4) Jantar (5) Ceia
42. Horário de > apetite: (0) manhã (1) tarde (2) noite
43. Qualidade do sono: (0) Tranquilo (2) Agitado 44. Ronca: (0) Sim (1) Não (2) Não sabe
45. Mastigação: (0) Lenta (1) Normal (2) Rápida
46. Hábito Intestinal: (0) Evacuação Normal (1) Constipação (2) Diarréia
47. DM declarada: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe 48. DM detectada: (0) Não (1) Sim 49. Glicemia: \_\_\_\_\_ mg/dl
50. HAS declarada: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe 51. HAS detectada: (0) Não (1) Sim
52. Analógico: \_\_\_\_\_ mm/Hg 53. Digital: \_\_\_\_\_ mm/Hg
54. Hipercolesterolemia: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe (3) Med 55. Hipertrigliceridemia: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe (3) Med
56. Outras Patologias: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe (3) Med 57. Se sim, quais: \_\_\_\_\_

#### HISTÓRICO FAMILIAR (avôs/pai/mãe/irmãos)

58. HAS: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe 59. Diabetes: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe
60. Obesidade: (0) Não (1) Sim (2) Não Sabe 61. Câncer: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe 62. Local: \_\_\_\_\_
63. Doença Mental: (0) Não (1) Sim (2) Não sabe 64. Outros: \_\_\_\_\_

#### DADOS ANTROPOMÉTRICOS

65. Peso: \_\_\_\_ Kg 66. Altura: \_\_\_\_ m 67. IMC: \_\_\_\_ Kg/m<sup>2</sup>
68. CC: \_\_\_\_ cm 69. CQ: \_\_\_\_ cm 70. RCQ: \_\_\_\_ cm 71. CB: \_\_\_\_ cm 72. Percentil CB: \_\_\_\_\_
73. Diagnóstico Nutricional: (1) Magr. (2) Eutr. (3) Sobrepeso (4) Obesidade grau I (5) Obesidade grau II (6) Obesidade grau III