



Universidade de Brasília

Departamento de Nutrição

Disciplina: Trabalho de Conclusão de Curso

Professoras: Rosemeire Victoria Furumoto

Keilla Lima Sirqueira

Avaliação Nutricional de adultos atendidos no ambulatório
de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto - DF

BRASÍLIA

2012

Keilla Lima Sirqueira

Avaliação Nutricional de adultos atendidos no ambulatório
de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto - DF

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de
Nutrição da Universidade de Brasília
como requisito parcial à aprovação
em curso de graduação em Nutrição
para à obtenção do título de
Nutricionista.

Professora Orientadora: Profa.
Doutora Rosemeire Victoria
Furumoto.

BRASÍLIA

2012

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Brasil tem passado por um momento denominado Transição Nutricional caracterizado pela alteração no perfil nutricional da população. Segundo a POF 2009-2010 houve um aumento de cerca de 10% na prevalência de sobrepeso e de mais de $\frac{1}{3}$ na de obesidade (IBGE, 2010), fator relacionado também ao perfil de consumo alimentar. A ingestão alimentar inadequada associada ao excesso de peso pode acarretar no desenvolvimento de DCNT (WHO, 1998; PEIXOTO *et al*, 2006; MASKUS *et al*, 2011). O trabalho teve como objetivo identificar o perfil nutricional pacientes adultos atendidos no Centro de Saúde da Vila Planalto - DF, e o relacionar com a presença de DCNT e consumo alimentar. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo transversal, que avaliou 140 adultos, de 20 a 59 anos, atendidos no ambulatório de Nutrição da Vila Planalto – DFOs dados foram coletados por meio de fichas de atendimento adaptadas do SISVAN. Desta ficha foram extraídos dados socioeconômicos, presença de doenças, antropometria e consumo. Para Avaliação nutricional foram coletadas, as medidas antropométricas: Altura e Peso e Circunferência da Cintura, dados utilizados para cálculo do IMC, dados de consumo alimentar foram coletados por meio de QFA. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente com programa SPSS 16.0, sendo os resultados considerados estatisticamente significantes quando $p < 0,5$. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A amostra se dividiu em 81% de mulheres e 19% de homens. Em relação à idade, o grupo se dividiu em 37% por indivíduos de 45 a 59 anos, além disso, dentre os homens a maior prevalência de idade é acima de 45 anos. Isso mostra que as mulheres procuram muito mais o serviço de saúde e também começam buscar acompanhamento frequente com idade inferior em relação aos homens (GOMES, NASCIMENTO & ARAÚJO, 2007). Também se observou que 83% da população deste estudo está em condição nutricional de sobrepeso ou obesidade em um dos três graus, resultado acima do descrito pelo VIGITEL – MS (2011) que é de 63,1%. $\frac{1}{3}$ dos pacientes apresenta HAS e mais de 10% da população é portador de DM ou outras DCNT. Em relação ao consumo observou-se consumo frequente tanto de alimentos saudáveis quanto de não saudáveis. **CONCLUSÃO:** Os homens apresentam maior faixa de idade e representam a minoria da amostra. A presença de DCNT pode ser associada ao excesso de peso, e acúmulo de adiposidade central. O consumo alimentar mostra mudança no padrão de consumo da população brasileira.

Introdução:

A cada nova pesquisa demográfica realizada, tem-se observado constante aumento de sobrepeso e obesidade na população brasileira, sem que este aumento se limite a gênero ou faixa etária. A Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009 (IBGE, 2010) em comparação com a POF de 2002-2003 (IBGE, 2004) mostra que houve aumento de 9,5% para sobrepeso e de 36,9% na prevalência de obesidade em cinco anos.

Atualmente o sobrepeso atinge cerca de metade dos homens e mulheres em idade adulta, sendo 50,1% e 48%, respectivamente (IBGE, 2010). Quanto à obesidade, para a mesma faixa etária, a pesquisa mostra que 16,9% das mulheres e 12,5% dos homens brasileiros são classificados neste estado nutricional (IBGE, 2010). Segundo o Vigitel (2010) o excesso de peso atinge 48,1% e a obesidade, 15% da população adulta no Brasil (Ministério da Saúde, 2010).

O excesso de peso e a obesidade não são fatores de risco apenas no Brasil, estes estão presentes em vários países do mundo (GU *et al*, 2006). Mais de um bilhão de adultos (GU *et al*, 2006) e aproximadamente 10% das crianças (HASLAM e JAMES, 2005) em todo o mundo são classificados com excesso de peso ou obesidade. Nos Estados Unidos, por exemplo, mais de 35% tanto da população feminina quanto masculina estão com obesidade (FLEGAL, KM. *et al*, 2009).

A literatura mostra que há uma grande relação entre a obesidade e o nível de adiposidade infantil com a manutenção do excesso de peso na fase adulta, incluindo o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (DCV) (MASKUS JUONALA *et al*, 2011). Sabe-se também que a presença de sobrepeso e obesidade está ligada às complicações nos aparelhos circulatório (REXRODE, BURING e MANSON, 2001) e respiratório; no sistema imune e na regulação metabólica, podendo também desencadear alterações do sono (KNIGHT, 2011).

O excesso de peso, além de poder convergir nas condições supracitadas, está relacionado com Síndrome Metabólica (KADAKIA, *et al*, 2012). Dessa forma, representa um fator de risco para o desenvolvimento de Doenças Coronarianas, Diabetes Mellitus (DM) tipo 2, Câncer (CA), Hipertensão Arterial (HAS),

Dislipidemias, alterações pancreáticas e no sistema nervoso também podem ocorrer como consequência do sobrepeso ou obesidade (KNIGHT, 2011).

Tem-se observado uma mudança do perfil do estado nutricional, onde a prevalência de baixo peso tem diminuído e a de sobrepeso tem aumentado constantemente. Isso pode ser associado ao período de Transição Nutricional pelo qual o Brasil e demais países em desenvolvimento estão passando nos últimos anos (PINHO *et al*, 2011).

Este aumento de peso tem relação direta com o aumento da prevalência e risco de desenvolvimento de DCNT. Também está relacionado ao aumento da morbi-mortalidade no Brasil, principalmente quando associados mais de um fator como diabetes, hipertensão e dislipidemia (WHO, 1998; PEIXOTO *et al*, 2006, MASKUS *et al*, 2011).

Sobrepeso e obesidade podem ser considerados fatores de risco para o desenvolvimento de câncer. Um dos cânceres que tem o risco aumentado quando relacionado ao peso inadequado e baixo nível de atividade física é o endometrial (SCHOUTEN, GOLDBOHLM, BRAND, 2012). O excesso de peso é também fator de risco para câncer de intestino grosso e de canal reto (PISCHAN, *et al*, 2005; KUCHARA, *et al*, 2012), câncer ovariano (ENGELAND, TRETALI e BJORGE, 2003), dentre outros.

O excesso de peso e a obesidade podem ser associados ao nível socioeconômico de populações adultas de países considerados em desenvolvimento, como o Brasil. Esta relação se mostra positiva para homens e negativa para mulheres (COELHO, ASSIS e MOURA, 2009; MONTEIRO *et al*, 2004). Além do fator renda, pode-se também relacionar o excesso de peso com anos de escolaridade, onde homens com maior nível de escolaridade tem maior propensão a apresentares sobrepeso, já mulheres com menor nível de escolaridade apresentam sobrepeso nível de atividade física, idade e paridade para mulheres (PINHO *et al*, 2011).

O indicador mais utilizado para a classificação do Estado Nutricional é o Índice de Massa Corporal (IMC) (FLECAL *et al*, 2009; PEIXOTO *et al*, 2006). Entretanto, este índice apresenta diversas limitações, como o fato de não

considerar a estrutura corporal e ter pontos de corte fixos para uma larga faixa etária, além de não diferenciar os gêneros (PEIXOTO *et al*, 2006; PINHO *et al*, 2011).

A classificação do estado nutricional é feita baseada nos pontos de corte sugeridos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e estes são, resumidamente: IMC menor que 18,5kg/m² sugere baixo peso, entre 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m², eutrofia, e maior que 25 kg/m² e menor que 30 kg/m², sobrepeso (WHO, 1997).

Por sua vez, a obesidade por ser classificada em três graus distintos que sugerem o nível do excesso de peso. O IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m² indica Obesidade grau I, quando que, maior que 35 kg/m² e menor que 40, classifica como Obesidade grau II. Por fim, a Obesidade classe III engloba aqueles com IMC acima de 40 kg/m² (WHO, 1997).

Para complementar a medida de IMC, usa-se a medida da Circunferência da Cintura (CC), que sugere o acúmulo adiposo na parte abdominal. Os pontos de corte descritos pela OMS para este parâmetro se diferenciam para gênero e gravidade, onde para o primeiro nível, no qual o indivíduo apresenta risco aumentado de morbidades associadas à obesidade, o ponto de corte é maior ou igual a 80 cm e 94 cm para mulheres e homens, respectivamente. No segundo nível, o mais avançado, onde o indivíduo apresenta risco muito aumentado de morbidades associadas à obesidade, os pontos de corte para mulheres e homens, nesta ordem, são maior ou igual a 88 cm e 102 cm (WHO, 1997).

O consumo alimentar e o estado nutricional estão relacionados diretamente entre si e estudos tem mostrado que o baixo consumo de frutas e hortaliças e folhosos pode culminar no desenvolvimento de mortalidade por DCNT (LYDIA e BAZZANO, 2006). Isso se justifica, pois estes grupos de alimentos são ricos em substâncias que podem ser classificados como de proteção à saúde, sendo estes, por exemplo, antioxidantes e vitaminas e minerais, além das fibras dietéticas (STEFFEN, 2006). Assim, o consumo adequado destes alimentos traz diversos benefícios à saúde (LYDIA e BAZZANO, 2006; STEFFEN, 2006).

A OMS estipula um mínimo de consumo recomendado de frutas e vegetais, sendo este de cinco porções por dia (WHO, 2003). É notado que a maior parte da população consome menos que cinco porções por dia, sendo no Brasil pouco mais que 10% da população com consumo adequado (BOMBEM, 2010), e este fator está associado ao maior valor de IMC (DEGHAN, AKHTAR-DANESH e MERCHANT, 2011). No Brasil, observa-se uma mudança no consumo alimentar de modo geral, porém, o acesso e consumo aumentados de gorduras e açúcar chamam atenção principalmente nos locais de maior renda populacional e áreas metropolitanas (BOMBEM, 2010).

1. Objetivos:

Este estudo teve como objetivo identificar o Estado Nutricional e a associação com DCNT, como obesidade, DM e HAS. Como objetivos específicos, este estudo pretende: avaliar o estado nutricional por meio da antropometria da população adulta atendida no CS 15 da Vila Planalto (DF) no período de 2009 a 2012; avaliar o consumo alimentar da mesma população no mesmo período e avaliar fatores de risco nutricional para DCNT.

2. Metodologia:

2.1 Tipo e descrição geral da pesquisa

Este estudo é descritivo, transversal e quantitativo. Utilizou como método de coleta de dados o levantamento e análise de dados sócio-demográficos, antropométricos e consumo alimentar, baseado no acesso a banco de dados (fichas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – MS (SISVAM – MS)) da unidade de saúde.

2.2 Caracterização da unidade de saúde do objeto de estudo

O Centro de Saúde N°15 da Vila Planalto, área utilizada para este estudo, localiza-se na Rua Piauí, área especial s/n° - Vila Planalto, sendo vinculado a

Regional Norte – HRAN. Funciona de segunda a sexta-feira no horário de 7h às 12h e das 13h às 18h, atendendo as especialidades: Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia, Odontologia, Homeopatia, Psicologia e Nutrição. A Vila Planalto faz parte da Região Administrativa I – Ra I, criada na década de 50 com a finalidade de abrigar os construtores da Capital Federal. Em 1988 a Vila Planalto foi tombada pelo Departamento de Patrimônio Histórico e Artístico do DF – DePHA juntamente com o Instituto de Patrimônio Histórico e Artístico Nacional – IPHAN (CODEPLAN, 2009).

2.3 População e amostra

O presente estudo pesquisou a população atendida no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde Nº 15 da Vila Planalto – DF, a população desta pesquisa foi composta por pacientes que buscaram de forma livre e espontânea, ou por algum tipo de indicação o serviço ambulatorial de nutrição. Dos pacientes do ambulatório foram selecionados os adultos, ou seja, com idade entre 20 e 59 anos, sendo este o único critério para classificação e exclusão de indivíduos.

Dessa forma a amostra deste estudo foi composta por indivíduos adultos, de ambos os sexos, atendidos no período entre março de 2009, pois nos dois primeiros meses do mesmo ano não houve atendimento no ambulatório de especialidade em nutrição, e dezembro de 2012 (n= 140). Durante o período de análise considerado para este estudo o atendimento no ambulatório de nutrição ocorreu em quatro e cinco dias úteis durante todas as semanas.

Não foi excluído nenhum indivíduo, e aqueles que não continham alguma das principais variáveis foram analisados com a classificação de Não Informado (NI). Dentre os indivíduos considerados para este estudo não há registro de gestantes, uma vez que o atendimento nutricional é diferente assim como a antropometria e indicações de consumo, não sendo viável incluí-las neste estudo.

2.4 Instrumentos de pesquisas

Para a realização do presente estudo, foram coletadas no Centro de Saúde 15 da Vila Planalto as fichas de atendimento individual e o Questionários de

Frequência Alimentar (Anexo A) adaptados do SISVAN-MS. As fichas coletadas contêm dados pessoais, sociodemográficos, antropométricos e de consumo alimentar.

O preenchimento das fichas foram realizados por alunos estagiários do curso de nutrição devidamente capacitados para a coleta os dados e supervisionados pela nutricionista responsável pelo ambulatório de nutrição. Os itens que não necessitavam de aferição para serem incluídos na ficha foram coletados na forma de entrevista, onde o estagiário de nutrição questionava e o individuo respondia. Estes itens são aqueles que se encaixam dentro da história sócio ambiental, patológica pregressa, patológica familiar entre outros.

Os dados para preenchimento da ficha base deste estudo foram coletados em momento anterior a esta pesquisa, caracterizando-se assim como secundários, pois fazem parte de banco de dados do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF.

2.5 Procedimentos de coleta e de análise de dados

Foram extraídos e analisados, da ficha do SISVAN de cada indivíduo, os seguintes dados: Gênero; data de nascimento; escolaridade (categorizada da seguinte forma: Não Informado (NI), Analfabeto, Alfabetizado, 1º grau (nível fundamental) incompleto e completo, 2º grau (nível médio) incompleto e completo, 3º grau (nível superior) incompleto e completo); antropometria (peso, altura, IMC e CC); doenças atuais (infecciosas, agudas e crônicas); questionário de frequência alimentar. Os dados foram transcritos para o computador, no programa SPSS versão 16.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos).

Quanto aos dados referentes à antropometria, estes foram aferidos pelos estagiários do curso de graduação em nutrição. A altura foi aferida utilizando metro como medida, mediante estadiômetro da marca Stanley. Para esta aferição os indivíduos se encontravam descalços, sem qualquer adorno na cabeça, se colocando de forma ereta com os pés unidos e com o rosto reto com o olhar no horizonte.

O peso foi aferido utilizando-se balança digital portátil Filizola (capacidade de aferição de 100g até 180kg), sendo considerado quilograma a medida para este indicador, nesta medida, os indivíduos se encontravam descalços, com o mínimo possível de roupas e sem adereços ou objetos pessoais como relógio, colar, carteira, celular, entre outros. Por sua vez, a circunferência da cintura foi aferida a com uma fita métrica inelástica da marca Sanny, sendo centímetro a medida utilizada. Esta medida foi feita no ponto médio da distancia entre a crista ilíaca e a última costela do indivíduo.

Para classificar o Risco de Complicações Associadas ao sobrepeso baseado na Circunferência da Cintura de cada indivíduo, foi utilizado protocolo da OMS 1997. Assim, valores iguais a 80cm e 94cm para mulheres e homens, respectivamente caracterizam Riscos associados ao sobrepeso, e valores maiores ou iguais a 88cm para mulheres e 102cm para homens classificam risco muito elevado associados ao sobrepeso (WHO, 1998).

As informações relacionadas ao consumo alimentar foram coletadas mediante a aplicação de Questionário de Frequência Alimentar (QFA). Os indivíduos foram questionados quanto ao consumo de grupos alimentares e a frequência deste consumo no período de uma semana, assim o indivíduo poderia responder que consumiu certo grupo de alimento nenhum dia até todos os dias nos últimos 07 dias. Para analisar o consumo, foram utilizados como parâmetros as indicações de porções de alimentos da OMS.

Informatizados os dados, foi feita então sua análise. Para se calcular a idade, o IMC e a relação entre CC/E foram incluídas as devidas fórmulas para o cálculo de cada índice no programa de computador Excel (Windows 2007). Em relação ao consumo alimentar, o que foi relatado mediante QFA, para analisar o consumo os alimentos foram agrupados conforme sua categoria, sendo estas: Frutas, Vegetais e hortaliças, Leguminosas, Laticínios, Refrigerantes, Alimentos industrializados, Gorduras e Açúcar.

As classificações dos índices Antropométricos foram feitas baseadas no protocolo da OMS. O IMC foi calculado a partir da divisão do peso pelo quadrado da altura de cada indivíduo sendo este cálculo feito no Excel. A OMS considera IMC menor que 18,5kg/m² como baixo peso, entre 18,5 kg/m² e 24,9 kg/m²,

eutrofia, e maior que 25 kg/m² e menor que 30 kg/m², sobrepeso, a obesidade é dividida em níveis, sendo IMC entre 30 kg/m² e 34,9 kg/m² Obesidade grau I, maior que 35 kg/m² e menor que 40 Obesidade grau II e Obesidade classe III IMC acima de 40 kg/m² (WHO, 1998). O presente estudo pretende seguiu exatamente estes pontos de corte como parâmetro para classificação através do IMC.

Depois de computados todos os dados, foi feita a análise dos mesmos mediante o programa SPSS 16.0.

3. Resultados:

Na Tabela 1 pode-se observar que a amostra de indivíduos deste estudo apresenta maior número de mulheres, 81% (n= 114) em relação ao número de homens, 19% (n= 26). Em se tratando de faixa etária, o intervalo mais predominante considerando ambos os sexos é entre os 35 e 44 anos de idade, 34% (n= 47).

Tabela 1: Distribuição por faixa etária de pacientes adultos atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n = 140]

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%*	n	%*		
Sexo [n= 140]	26	19	114	81	140	100
Idade (a) [n= 140]						
20 a 24 anos de idade	1	4	6	5	7	5
25 a 34 anos de idade	4	15	31	27	35	25
35 a 44 anos de idade	6	23	41	36	47	34
45 a 54 anos de idade	10	38	23	20	33	24
55 a 59 anos de idade	5	19	13	11	18	13

*Prevalência da ocorrência dentro da variável sexo (%).

Na tabela 2, está descrita a escolaridade dos indivíduos do presente estudo, observa-se que o nível de escolaridade mais predominante é o 1º grau incompleto, 39% (n= 54), também pode-se notar que proporcionalmente os homens apresentam predominância de não alfabetizados, 12% (n= 3) semelhante a de mulheres, 11% (n= 13). Outro ponto a ser destacado, é o fato de que apenas

mulheres apresenta nível de escolaridade classificado em 3º grau incompleto, 2% (n= 2) e completo, 8% (n= 9)

Tabela 2: Distribuição por nível de escolaridade de pacientes adultos atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n = 140]

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%*	n	%*		
Sexo[n= 140]	26	19	114	81	140	100
Escolaridade [n= 140]						
Não Informado	3	12	13	11	16	11
Analfabeto	1	4	1	1	2	1
Alfabetizado	1	4	2	2	3	2
1º Grau Incompleto	10	38	44	39	54	39
1º Grau Completo	5	19	12	11	17	12
2º Grau Incompleto	1	4	3	3	4	3
2º Grau Completo	5	19	28	25	33	24
3º Grau Incompleto	0	0	2	2	2	1
3º Grau Completo	0	0	9	8	9	6

*Prevalência da ocorrência dentro da variável sexo (%).

Quanto a Antropometria, na Tabela 3 estão descritos os valores médios para homens e mulheres. Pode-se observar que em relação ao IMC as mulheres apresentam maior valor de média, 32,5 kg/m² em relação aos homens, 30,2 kg/m². Por sua vez, para os valores de Circunferência da Cintura a média para os homens, 91,2 cm é maior que a média para as mulheres, 89,3 cm.

Tabela 3: Perfil antropométrico médio de pacientes adultos atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n = 140]

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		Média	DP
	Média	DP	Média	DP		
Sexo [n= 140]	26		114		140	
IMC médio (kg/m ²)	30,2	6,3	32,5	6,7	34,9	6,6
Sexo [n= 140]	26		114		140	
CC média (cm)	91,2	13,4	89,3	11,3	89,7	11,7

Ainda em relação à Antropometria, destacando-se a classificação de Estado Nutricional baseada no IMC, a tabela 4 mostra que de modo geral, os pacientes se encontram em estado de sobrepeso, 29% (n= 36), sendo este o mais

predominante também entre o grupo dos homens, 42% (n= 11), já as mulheres se encontram em maior parte no estado de obesidade grau I, 27% (n= 31).

Tabela 4: Perfil antropométrico, baseado na classificação de IMC de pacientes adultos atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n = 140]

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%*	n	%*		
Sexo [n= 140]	26	19	114	81	140	100
IMC (kg/m²)						
NI	2	8	3	3	5	4
Desnutrição	1	4	1	1	2	1
Eutrofia	3	12	13	11	16	11
Sobrepeso	11	42	30	26	41	29
Obesidade grau I	5	19	31	27	36	26
Obesidade grau II	2	8	22	19	24	17
Obesidade grau III	2	8	14	12	16	11

*Prevalência da ocorrência dentro da variável sexo (%).

Na tabela 5 está descrito perfil antropométrico dos pacientes baseado na CC. Nota-se que mais da metade dos homens encontram-se adequados, ou seja, sem Risco de complicações associadas à obesidade, 62% (n= 16), já as mulheres apresenta maior predominância no grupo classificado com risco muito elevado de complicações associadas à obesidades, sendo 35% (n= 40) classificadas desta forma.

Tabela 5: Perfil antropométrico, baseado na classificação de CC de pacientes adultos atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n = 140]

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%*	n	%*		
Sexo [n= 140]	26	19	114	81	140	100
CC (cm)						
NI	0	0	45	39	45	32
Adequado	16	62	0	0	16	11
Risco Elevado**	3	12	29	25	32	23
Risco Muito Elevado**	7	27	40	35	47	34

*Prevalência da ocorrência dentro da variável sexo (%).

** Risco de complicações associadas à obesidade.

Outro ponto a ser analisado por este estudo é a presença de Doenças Crônicas não Transmissíveis, na tabela 6, é possível observar que, mais da metade dos pacientes não era portador de Diabetes Mellitus, 81% (n= 114), entre os homens, metade são hipertensos (n= 13). Quanto as Doenças Cardiovasculares (DCV), a maior parte dos indivíduos, 87% (n= 122) não apresenta nenhuma doença deste grupo, 13% (n= 18) dos pacientes referiam ter alguma outra doença de caráter crônico e não transmissível.

Tabela 6: Doenças Crônicas Não Transmissíveis referidas de pacientes adultos atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n = 140]

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%*	n	%*		
Sexo [n= 140]	26	19	114	81	140	100
Diabetes						
NI	2	8	6	5	8	6
Sim	2	8	16	14	18	13
Não	22	85	92	81	114	81
HAS						
NI	2	8	6	5	8	6
Sim	13	50	33	29	46	33
Não	11	42	75	66	86	61
DCV						
NI	2	8	6	5	8	6
Sim	4	15	6	5	10	7
Não	20	77	102	89	122	87
Outras Doenças						
NI	4	15	10	9	14	10
Sim	2	8	16	14	18	13
Não	20	77	88	77	108	77

*Prevalência da ocorrência dentro da variável sexo (%).

Foi feita a relação entre IMC e DCNT e também CC e DCNT a fim de se observar se havia relação entre as medidas antropométricas, o diagnóstico nutricional baseada nas mesmas e a presença de comorbidades pelos pacientes. Na tabela 7 estão demonstrados o diagnóstico nutricional dos pacientes portadores de DCNT para homens.

Tabela 7: Diagnóstico nutricional baseado no IMC e na CC dos pacientes adultos do sexo masculino com DCNT referida, atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n =21]

	DCNT							
	DM		HAS		DCV		Outras	
	n	%*	n	%*	n	%	n	%*
Homens [n= 21]	2	8	13	50	4	15	2	8
IMC (kg/m²)								
NI	0	0	2	15	0	0	0	0
Desnutrição	0	0	0	0	0	0	0	0
Eutrofia	0	0	0	0	1	25	1	0
Sobrepeso	2	100	6	46	1	25	0	0
Obesidade grau I	0	0	2	15	1	25	0	0
Obesidade grau II	0	0	1	8	0	0	0	0
Obesidade grau III	0	0	2	15	1	25	1	50
CC (cm)								
NI	0	0	0	0	0	0	0	0
Adequado	2	100	6	46	2	50	1	50
Risco Elevado**	0	0	3	23	1	25	0	0
Risco Muito Elevado**	0	0	4	31	1	25	1	50

*Prevalência da ocorrência dentro da variável doença (%).

** Risco de complicações associadas à obesidade.

A mesma análise foi feita para as mulheres, onde foi analisada a relação entre IMC e CC com DCNT, os resultados encontrados para os pacientes adultos do sexo feminino estão descritos na tabela 8.

Tabela 8: Diagnóstico nutricional baseado no IMC e na CC dos pacientes adultos do sexo feminino com DCNT referida, atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n =71]

	DCNT							
	DM		HAS		DCV		Outras	
	n	%*	n	%*	n	%	n	%*
Mulheres [n= 71]	16	14	33	29	6	5	16	14
IMC (kg/m²)								
NI	0	0	0	0	0	0	0	0
Desnutrição	1	6	0	0	0	0	0	0
Eutrofia	0	0	3	9	1	17	1	0
Sobrepeso	2	13	9	27	1	17	8	0
Obesidade grau I	5	31	7	21	2	33	4	0
Obesidade grau II	4	25	9	27	2	33	2	0
Obesidade grau III	4	25	5	15	0	0	1	0
CC (cm)								
NI	0	0	1	3	0	0	1	6
Adequado	3	19	8	24	1	17	2	13
Risco Elevado**	5	31	7	21	2	33	6	38
Risco Muito Elevado**	8	50	17	52	3	50	7	44

*Prevalência da ocorrência dentro da variável doença (%).

** Risco de complicações associadas à obesidade.

Por fim, em relação ao consumo alimentar, baseado na aplicação de Questionário de Frequência Alimentar, observa-se que o consumo de frutas e hortaliças cruas por mais de cinco vezes por semana é praticado por mais de 1/3 da amostra, 48% (n= 67); em relação ao consumo de hortaliças cozidas, para ambos os sexos, predomina o consumo com frequência de menos que cinco vezes por semana, 39% (n= 55). Para o consumo de alimentos que fazem parte do grupo de leguminosas, observa-se que a frequência de cinco ou mais dias por semana é predominante, representando 74% dos indivíduos (n= 104).

Na tabela 7 estão descritos mais dados relacionados ao consumo alimentar dos participantes deste estudo, como o consumo de cinco vezes ou mais de laticínios por 60% (n= 84) dos participantes. Outro ponto que merece ser ressaltado é o fato mais da metade, 54% (n= 75) dos indivíduos relatar que não consome habitualmente alimentos embutidos e mais de 1/3, 41% (n=57) relatar também o consumo não habitual de refrigerantes.

Tabela 7: Consumo regular de pacientes adultos atendidos no ambulatório de nutrição do Centro de Saúde da Vila Planalto – DF, no ano de 2009 a 2012. [n = 120]

	Sexo				Total	
	Masculino		Feminino		n	%
	n	%*	n	%*		
Sexo [n= 140]	26	19	114	81	140	100
Consumo de frutas						
Não consome habitualmente	4	15	18	16	22	16
< 5 dias por semana	12	46	39	34	51	36
≥ 5 dias por semana	10	38	57	50	67	48
Consumo de hortaliças cruas						
Não consome habitualmente	5	19	15	13	20	14
< 5 dias por semana	6	23	47	41	53	38
≥ 5 dias por semana	15	58	52	46	67	48
Consumo de hortaliças cozidas						
Não consome habitualmente	8	31	31	27	39	28
< 5 dias por semana	10	38	45	39	55	39
≥ 5 dias por semana	8	31	38	33	46	33
Consumo de leguminosas						
Não consome habitualmente	1	4	15	13	16	11
< 5 dias por semana	1	4	19	17	20	14
≥ 5 dias por semana	24	92	80	70	104	74
Consumo de laticínios						
Não consome habitualmente	8	31	23	20	31	22
< 5 dias por semana	4	15	21	18	25	18
≥ 5 dias por semana	14	54	70	61	84	60
Consumo de Embutidos						
Não consome habitualmente	14	54	61	54	75	54
< 5 dias por semana	8	31	47	41	55	39
≥ 5 dias por semana	4	15	6	5	10	7
Consumo de Refrigerantes						
Não consome habitualmente	7	27	41	36	48	34
< 5 dias por semana	7	27	50	44	57	41
≥ 5 dias por semana	12	46	23	20	35	25
Consumo de Açúcar**						
Não consome habitualmente	12	46	64	56	76	54
< 5 dias por semana	6	23	37	32	43	31
≥ 5 dias por semana	8	31	13	11	21	15

*Prevalência da ocorrência dentro da variável sexo (%).

**Alimento ricos em sacarose e fontes industrializadas de carboidratos simples.

4. Discussão:

Em relação ao perfil sociodemográfico da amostra, observou-se que a representatividade de mulheres foi superior a de homens, assim como também a predominância de mulheres com idade entre 35 e 44 anos, e homens com idade entre 45 e 54 anos. Observa-se que homens apresentam média de idade superior a das mulheres, este dado está de acordo com pesquisas que mostram que as mulheres frequentam os hospitais para atendimentos ambulatoriais com mais frequência e desde idades inferiores em relação aos homens (GOMES, NASCIMENTO & ARAÚJO, 2007).

O Brasil esta em um momento notável de transação nutricional, e este fator pode ser observado nitidamente na amostra de indivíduos avaliados neste estudo, uma vez que poucos indivíduos se encontram em estado de desnutrição (4% [n= 1] para homens e 1% [n= 1] para mulheres), e a maior parte em excesso de peso (77% [n= 20] para homens e 84% [n= 97] para mulheres). Conforme o VIGITEL-MS (2011) a prevalência de excesso de peso na população brasileira é de 63,1%, assim a população analisada se mostra acima da média total da população.

Apesar dos resultados de estado nutricional baseados nos parâmetro de IMC demonstrarem excesso de peso para a maior parte da amostra, este índice não faz diferenciação de massa magra e adiposa, esta particularidade pode representar um ponto de viés (PEIXOTO *et al*, 2006; PINHO *et al*, 2011). Não foi questionado aos indivíduos qual era sua ocupação ou atuação profissional ao longo da vida, este seria um item importante para auxiliar na distinção entre os pacientes que realmente apresentam excesso de peso, e aqueles que apresentam grande quantidade de massa muscular.

Outra opção para eliminar este viés seria aferir as pregas cutâneas de todos os indivíduos com a finalidade de estimativa e diferenciação de tecido adiposo e muscular, assim seria possível identificar aqueles com grande quantidade de massa magra e que a partir do IMC apresentam sobrepeso. Estudos mostram que a relação entre o valo de circunferência da cintura e a estatura se mostra melhor para avaliação do estado nutricional em relação ao IMC, entretanto há necessidade de mais estudos para comprovar as eficiência.

Além disso, deve-se considerar que a falta de balanço equilibrado entre gasto e ingestão energética estão relacionados a critérios qualitativos, como cultura, hábito familiar, fatores socioeconômicos, chegando até mesmo ao âmbito de modelo governamental (FLEGAL, et al. 2009). Assim o excesso de peso se mostra um ponto muito além do individual, representando uma questão de saúde pública. Isto, pois 80% das mortes em países de baixa e média renda são por DCNT, dessa forma, pode-se dizer que a elevada prevalência de obesidade dificulta o desenvolvimento econômico de países considerado em desenvolvimento (WHO, 2011).

Segundo a POF (2008-2009) e VIGITEL (2011) as mulheres apresentam duas vezes mais excesso de peso em relação aos homens, assim como foi observado nos indivíduos participantes deste estudo baseado no IMC e CC. Entretanto há autores que encontram em homens a maior prevalência de excesso de peso (MOURA *et al*, 2011).

Para avaliar a obesidade central, assim como neste estudo, pode ser utilizada a medida de Circunferência da Cintura, para esta medida encontramos entre as mulheres maior predomínio de obesidade abdominal. Este resultado está de acordo com o outros em estudos, que afirmam a suscetibilidade de mulheres oito vezes maior em relação aos homens para obesidade central (DELISLE, AGUEH, FAYOMI, 2011). Este fator pode ser justificado por questões de diferenças metabólicas e hormonais entre os gêneros, além do fator gestação para as mulheres (PINHO *et al*, 2001)

Associado ao excesso de peso e obesidade central, representando até mesmo um desfecho desta condições (SEIDELL, et al. 2001) esta o número de casos de DCNT, e a prevalência de caos esta diretamente relacionada a ocorrência de mortes prematuras em países em desenvolvimento, diminuindo assim a expectativa de vida nestes países. Estas doenças são aquelas de longa duração e prognóstico lento (WHO, 2011). Neste estudo a frequência de indivíduos portadores de DM foi consideravelmente alta, isto pois é mais de duas vezes maior que a apontada pelo VIGITEL-MS (2011) para a população do Distrito Federal (DF).

Em relação à HAS, os valores encontrados também foram maiores que os apontados pelo VIGITEL-MS (2011) para o DF. Em contrapartida a frequência de DM e de HAS, aparece baixa a ocorrência de DCV nos indivíduos deste estudo, para ambos os sexos. Apesar de apresentar baixa frequência, as DCV merecem atenção especial, pois dentre as mortes por DCNT, são responsáveis por 48% (WHO, 2011). Outro ponto preocupante das DCV, é que esta tem sua incidência e agravamento diretamente relacionado ao IMC e CC (SEIDELL, *et al.* 2001).

Foi observado que a maior parte das mulheres com DCV apresentaram risco elevado ou muito elevado de complicações associadas ao excesso de peso. Para mulheres a medida que o IMC e a CC aumentam, também aumenta o risco e a incidência de DCV. (SEIDELL, *et al.* 2001). Em nossa pesquisa, foi verificada associação significativa entre as DCNTs e o IMC, confirmando a tendência de que grupos populacionais diagnosticados com obesidade, a partir do IMC, têm maior prevalência de DCNTs (BALKAU, *et al.* 2007).

Quanto ao consumo alimentar, assim como em outros estudos (PEIXOTO *et al.*, 2006) observa-se que quase a metade os indivíduos apresenta consumo de frutas e hortaliças cruas com frequência de cinco vezes ou mais por semana, fator este que não pode ser considerado tão satisfatório, uma vez que a OMS sugere consumo de cinco porções diárias de alimentos destes grupos (WHO, 2003). Isto pois estes alimentos apresentam-se como protetores quando relacionados ao desenvolvimento de DCNT por serem fonte de vitaminas, minerais, componentes antioxidantes e outros nutrientes necessários para a manutenção de saudável do organismo (STEFFEN, 2006).

Além disso, sabe-se que o baixo consumo de frutas e vegetais, associado ao elevado consumo de alimentos ricos em gordura e sacarose aumenta a propensão ao desenvolvimento de DCNT, além de também aumentar a morbimortalidade de pacientes portadores de doenças desta categoria (LYDIA e BAZZANO, 2006). O consumo inadequada de alimentos destes grupos está diretamente relacionado a maior frequência de IMC sugestivo de excesso de peso (DEHGHAN, AKHTAR-DANESH e MERCHANT, 2011).

Atualmente o brasileiro tem apresentado mudanças radicais no padrão geral de consumo, com consumo aumento notável de alimentos industrializados,

ricos em gordura e em carboidratos simples. O hábito alimentar faz parte da cultura de cada indivíduo, entretanto em locais de maior renda e áreas urbanas e principalmente metropolitanas tem ocorrido mudanças de padrão alimentar. (BOMBEM, 2010).

O consumo de refrigerantes e alimentos ricos em açúcar se mostrou presente em mais de um terço da amostra com frequência de uma a quatro vezes por semana. Há pesquisas que mostram que relação indireta entre o consumo alimentar de frutas e hortaliças e de refrigerantes (MOURA, *et al.* 2011). Entretanto no presente estudo, a frequência de consumo foi semelhante para os alimentos naturais e para os industrializados, isto mostra nitidamente a mudança no padrão de consumo alimentar que reflete na transição nutricional pela qual o Brasil está passando.

5. Conclusão:

Os homens apresentam maior faixa de idade e representam a minoria da amostra, entretanto metade deles apresenta HAS e esta está associada a risco elevado ou muito elevado de complicações associadas ao excesso de peso. Fator este que chama atenção para a efetividade de programas de atendimento e acompanhamento ambulatorial direcionados a pacientes do sexo masculino. A maior parte dos pacientes avaliados apresenta excesso de peso, que se mostrou acima dos resultados da pesquisa demográfica VIGITEL – MS publicada em 2011.

A presença de DCNT pode ser associada ao excesso de peso, e acúmulo de adiposidade central mediante a aferição de CC e do diagnóstico do estado nutricional baseado no IMC. O consumo alimentar mostra mudança no padrão de consumo da população brasileira, e também ingestão inadequada e insuficiente de alimentos considerados protetores em relação ao desenvolvimento de DCNT.

Observou-se que o modelo de Avaliação Nutricional do SISVAN-MS se mostrou falho, uma vez que não abrange em sua relação de dados a serem coletados, informações como renda, paridade e número de filhos vivos para mulheres, pressão arterial, glicemia de jejum, pregas cutâneas entre outras. Dessa forma, se mostra necessária a reformulação deste modelo de coleta de dados.

6. Referências Bibliográficas:

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 152p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

_____. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. 130p.

BALKAU, B. et al. International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA): A Study of Waist Circumference, Cardiovascular Disease, and Diabetes Mellitus in 168.000 Primary Care Patients in 63 Countries. *Circulation*, v. 116, p. 1942-1951, may. 2007.

BOMBEM, K. C. M. Impacto de uma intervenção nutricional sobre a qualidade da dieta de trabalhadores adultos. Universidade de São Paulo, 2010.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 236p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CODEPLAN. Levantamento domiciliar socioeconômico - Vila Planalto 2009. Brasília - DF, outubro de 2009. Disponível em: <<http://www.codeplan.df.gov.br/sites/200/216/00000427.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2012.

COELHO, M.S.P.H.; ASSIS, M.A.A.; MOURA, E.C. Aumento do Índice de Massa Corporal Após os 20 Anos de Idade e Associação com Indicadores de Risco ou de Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis. **Arquivo brasileiro de endocrinologia e Metabolismo**; 53/9, 2009.

DEHGHAN, M.; AKHTAY-DANESH, N. e MERCHANT, A.T. Factors Associated With Fruit and Vegetable Consumption Among Adults. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**. Vol. 24, p. 128-134, 2011.

DELISLE, H.; AGUEH, V.; FAYOMI, B. Partnership research on nutrition transition and chronic diseases in West Africa – trends, outcomes and impacts. *BMC International Health and Human Rights*, v. 11, (Suppl 2):S10, 2011.

ENGELAND, A.; TRETLI, S.; BJORGE, T. Height, Body Mass Index, and Ovarian Cancer: A Follow-up of 1.1 Million Norwegian Women. **Journal of the National Cancer Institute**. Vol. 95, nº15, ago, 2003.

FLEGAL, K.M.; *et al.* Comparisons of percentage body fat, body mass index, waist circumference, and waist-stature ratio in adults. **Am J Clin Nutr**; Vol. 89, p. 500-8, 2009.

GOMES, R. NASCIMENTO, E. F. ARAÚJO, F. C. Porque homens buscam menos os serviços de saúde que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e ensino superior. *Cad. Saúde Pública*. 23(3):565-574, Rio de Janeiro, mar, 2007.

GU, D.; *et al.* Body Weight and Mortality Among Men and Women in China. **JAMA**; Vol 295, p.776-783, 2006.

HASLAM, D.W.; JAMES, W.P.T. Obesity. **Seminars** , Vol. 366, p. 1197-1209, outubro, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: análise de disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: aquisição alimentar domiciliar per capita, Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro : Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2010.

KADAKIA, M. B.; *et al.* Central obesity and cardiovascular outcomes in patients with acute coronary syndrome: observations from the MERLIN-TIMI 36 trial. **Obesity and the heart**. Vol. 97, p. 1782-1787, 2011.

KNIGHT, J. A. Diseases and Disorders Associated with Excess Body Weight. **Annals of Clinical & Laboratory Science**. Vol. 41, nº 2, p. 107-121, 2011.

KUCHIBA, A.; *et al.* Body Mass Index and Risk of Colorectal Cancer According to Fatty Acid Synthase Expression in the Nurses Health Study. **Brief Communication**. Vol 104, mar. 2012.

LINHARES, R. da S. Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28. n. 3, p. 438-448, mar. 2012.

LYDIA, A.; BAZZANO, M.D. The High Cost of Not Consuming Fruits and Vegetables. **Journal of the AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION**. Vol. 106, nº 9, p. 1364-1368, sep., 2006.

MASKUS, J. M.D.; *et al.* Childhood Adiposity, Adult Adiposity, and Cardiovascular Risk Factors. **The New England Journal of Medicine**. 365; 20; p. 1876-1875, 17 nov., 2011.

Ministério da Saúde. **Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. VIGITEL BRASIL, 2010.

MONTEIRO, C.A.; *et al.* Socioeconomic status and obesity in adult populations of developing a review. **Bull World Health Org**; Vol.82 nº12, p. 940-6, 2004.

MOURA, E. C. et al . Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 486-496, mar. 2011.

PEIXOTO, M.R.C.; *et al.* Circunferência da Cintura e Índica de Massa Corporal como Preditores da Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol**; Vol. 87; p. 462-470, 2006.

PINHO, C.P.S.; *et al.* Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco , Brasil: magnitude e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Vol. 27, nº 12, p. 2350-2350, dez, 2011.

PISCHAN, T.; *et al.* Body Size and Risk of Colon and Rctal Cancer in the European Prospective Investigatian Into Cancer and Nutricion (EPIC). **Journal of the Nacional Cancer Intitute**. Vol 98, nº13, jul., 2006.

REXRODE, K. M.; BURING, J. E.; MANSON, J. E. Abdominal and total adoposity and risk of coronary heart disease in men. **International Journal of Obesity**. Vol. 25, p. 1047—1056, 2001.

SEIDELL, J. C et al. Report from a Centers for Disease Control and prevention workshop on use of adult anthropometry for public health and primary health care. Am J Clin Nutr, v. 73, p. 123–126, 2001.

SHOUTEN, L.J.; GOLDBOHM, R.A.; BRANDT, P.A.van den. Anthropometry, Physical Activity, and Endometrial Cancer Risk: Results From The Netherlands Cohort Study. **Journal of the National Cancer Institute**. Vol 96, nº21, nov., 2004.

STEFFEN, L.M. Eat your fruit and vegetable. www.thelancet.com, Vol. 367, p. 278-9, 28 jan, 2006.

World Health Organization. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity Geneve : WHO; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Non communicable diseases country profiles 2011. Geneva: World Health Organization; 2011. 209p.

7. Anexos e Apêncices:

Anexo A: Ficha base para coleta de dados.

Ficha de Atendimento Individual

Identificação

Nome: _____ Sexo: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Escolaridade: _____

Antropometria

Peso: _____ Altura: _____

IMC: _____ Estado Nutricional: _____

CC: _____ Diagnóstico CC: _____

Doenças referidas

Anemia Falciforme Diabetes Melitos HAS

Doença Cardiovascular Osteoporose Dislipidemia

Sem Doenças Anemia Ferropriva Outras doenças

Medicamentos: Sim Não

Quais? _____

Sinais e Sintomas apresentados no último mês

Azia Disfagia Náusea Vômito Poliúria Flatulência

Diarréia Constipação Intestinal Quantos Dias? _____

Alimentação

Tipos de gordura utilizada:

Óleo vegetal Gordura Animal Margarina/Manteiga

Quantidade/mês: _____ Quantidade/dia: _____

Água: Sim não Quantidade/dia: _____

Café: Sim não Quantidade/dia: _____

Refrigerante: Sim não Quantidade/dia: _____

Apresenta alguma dificuldade para se alimentar? (Falta de apetite, limitação financeira, etc)

Conduta: _____

Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
Alimentos/Bebidas	Não comi nos últimos 7 dias	1 dia nos últimos 7 dias	2 dia nos últimos 7 dias	3 dia nos últimos 7 dias	4 dia nos últimos 7 dias	5 dia nos últimos 7 dias	6 dia nos últimos 7 dias	Todos os dias nos últimos 7 dias
Salada crua								
Vegetais cozidos								
Frutas frescas ou salada de frutas								
Feijão								
Leite ou iogurte								
Frituras								
Hambúrguer ou embutidos								
Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
Bolachas/biscoitos doces, balas, chocolates								
Refrigerantes/Sucos industrializados								
Sapas instantâneas								
Temperos industrializados								
Adoçantes								