

Associação entre Consumo Alimentar e Estado Nutricional em Agentes Comunitários de Saúde

Association between Food Consumption and Nutritional Status of Community Health Workers

ANDREIA MARINHO BARBOSA¹
DAILTON ALENCAR LUCAS DE LACERDA²

RESUMO

Objetivo: analisar a associação entre consumo alimentar e estado nutricional em Agentes Comunitários de Saúde (ACS). **Material e Métodos:** estudo transversal e quantitativo realizado nas 40 Unidades de Saúde da Família pertencentes ao Distrito Sanitário II, em João Pessoa-PB, com 163 ACS selecionados por conveniência. Os participantes responderam a um questionário semiestruturado, contemplando dados sociodemográficos e Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA). Para avaliar o estado nutricional foi realizada a antropometria. Os dados obtidos foram analisados por meio do programa estatístico SPSS Statistics, versão 21.0, onde se utilizou o Teste Exato de Fisher para comparar a frequência de consumo alimentar segundo o estado nutricional e nas demais relações empregou-se o teste do qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** evidenciou-se a prevalência de sobrepeso (37,4%) e obesidade (33,7%) entre os participantes, além de risco elevado (20,9%) e muito elevado (44,2%) para doenças cardiovasculares, estatisticamente relacionados ao sexo feminino ($p = 0,028$). Quanto ao consumo alimentar, encontrou-se um consumo regular de leguminosas, cereais, carnes e ovos, frituras e embutidos, e doces e refrigerantes, e não regular de hortaliças e leite e derivados. O consumo não regular de frutas foi maior no grupo com excesso de peso (84,5%). **Conclusão:** verificou-se no estudo práticas alimentares inadequadas que podem contribuir na prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal entre os sujeitos da pesquisa.

DESCRIPTORIOS

Agentes Comunitários de Saúde. Estado Nutricional. Consumo Alimentar.

ABSTRACT

Objective: analyze the association between food consumption and nutritional status in Community Health Workers (ACS). **Materials and Methods:** transversal and quantitative study carried in 40 Family Health Units belonging to the Sanitary District II in João Pessoa-PB, with 163 ACS selected for convenience. Participants answered a semi-structured questionnaire, covering socio-demographic data and Food Consumption Frequency Questionnaire (QFCA). To evaluate the nutritional status was performed anthropometry. Data were analyzed using the statistical program SPSS, version 21.0, which we used Fisher's Exact Test to compare the frequency of food consumption accordance with nutritional status and the other relationships we used the chi-square test. The significance level was 5%. **Results:** it was shown the prevalence of overweight (37,4%) and obesity (33,7%) among participants, and high risk (20,9%) and very high (44,2%) for cardiovascular disease, statistically related to females ($p=0,028$). As for food consumption, found himself a regular intake of legumes, cereals, meat and eggs, fried foods and meats, and sweets and soft drinks, not regular vegetables and dairy products. The non-regular consumption of fruit was higher in overweight group (84,5%). **Conclusion:** it was found in the study inappropriate feeding practices that may contribute to the prevalence of overweight and central obesity among the study subjects.

DESCRIPTORS

Community Health Workers. Nutritional Status. Food Consumption.

1 Nutricionista Residente no Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC). Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM/PB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

2 Professor no Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, Paraíba, Brasil.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) são profissionais primordiais na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois desenvolvem suas ações exclusivamente para o Sistema Único de Saúde (SUS) com vista à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos e a vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e/ou coletivas tanto nos domicílios como na própria comunidade¹.

A preocupação com profissionais que tivessem esse caráter remonta a Conferência de Alma-Ata (1978) realizada na antiga União Soviética e considerada um marco histórico para o surgimento de uma “nova” saúde pública, conferindo por meio da Declaração de Alma-Ata, o reconhecimento internacional ao conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e a definição de seus atores sociais: médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde².

No Brasil, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, configurou-se como primeira estratégia a ser implementada nacionalmente para ajudar na promoção e prevenção da saúde no âmbito domiciliar e local, por meio de ações simplificadas e conforme os pressupostos da Conferência de Alma-Ata³.

Posteriormente, em 1994, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Saúde da Família – PSF (atual ESF), como tática de reestruturação do sistema e atuando numa lógica de transformação das práticas na APS⁴, trazendo o ACS para compor essas equipes, juntamente com médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal e auxiliar e/ou técnico de enfermagem¹.

O papel desenvolvido pelo ACS neste contexto é de fundamental importância, tendo em vista que esses profissionais são os pilares dessas estratégias de saúde voltadas para a APS, além de constituírem o elo entre a equipe e a comunidade⁵.

Atualmente na literatura existem poucos estudos realizados que avaliam o perfil nutricional dos ACS. Destaca-se o realizado no município de São Paulo-SP⁶, em que foram observados o excesso de peso e a obesidade abdominal como os principais acometimentos à saúde desses profissionais além de práticas alimentares inadequadas.

No cenário epidemiológico atual, o modo de viver da sociedade tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, favorece o desenvolvimento da obesidade. Esta por sua vez,

destaca-se como um dos fatores de risco mais importantes para outras Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como as cardiovasculares e o diabetes⁷.

A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco para as DCNT, mas também por interferir na qualidade de vida dos indivíduos⁷.

A partir das características do trabalho do ACS, sua importância como profissional de saúde e membro da comunidade, mostra-se a necessidade de se realizar mais trabalhos tendo-os como público-alvo. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo analisar a associação entre consumo alimentar e estado nutricional em ACS.

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal e quantitativo desenvolvido nas 40 Unidades de Saúde da Família (USF) do Distrito Sanitário II, município de João Pessoa – PB. Os dados foram coletados no período de abril a junho de 2014, por uma equipe constituída de três acadêmicas previamente treinadas.

A amostra foi selecionada por conveniência. Em um universo de 279 ACS vinculados ao Distrito Sanitário II, 166 (59,5%) compareceram as suas respectivas USF no dia da coleta de dados, 163 (58,4%) concordaram participar da pesquisa e 3 (1,1%) recusaram. Foram excluídos da pesquisa aqueles que não estavam presentes por motivos de falta, afastamento por problemas de saúde, férias, licença-maternidade, entre outros.

Os participantes responderam a um questionário semiestruturado, contemplando dados sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar), antropométricos, e consumo alimentar - Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA) “Como está a sua alimentação?”, do Ministério da Saúde⁸, composto por 18 itens sobre a frequência de consumo de grupos alimentares.

O estado nutricional foi verificado através da avaliação antropométrica. Para tanto, foi aferido o peso, a altura e a Circunferência da Cintura (CC) dos participantes. Na mensuração do peso, utilizou-se balança portátil digital, com o indivíduo posicionado em pé, no centro da balança e descalço. A altura foi aferida por meio de estadiômetro acoplado em balança, com o indivíduo

em pé, descalço, com os calcanhares juntos, costas retas e os braços estendidos ao lado do corpo. A CC foi medida com fita antropométrica na menor curvatura localizada entre as costelas e a crista ilíaca, com o paciente em pé, sendo a leitura feita no momento da expiração⁹. Para o cálculo do IMC foi utilizado o peso e a altura seguindo a fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{altura}^2(\text{m})$.

As medidas antropométricas foram avaliadas segundo os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde – OMS¹⁰, sendo, neste estudo, as classificações categorizadas segundo as classes discriminadas no Quadro 1.

As informações do QFCA foram comparadas com as recomendações propostas pelo “Guia Alimentar para a população brasileira”¹¹ e classificados em regular e não regular com base nas porções diárias de consumo recomendadas para cada grupo alimentar: frutas (3 porções); hortaliças (3 porções); leite e derivados (3 porções); leguminosas (1 porção); cereais (6 porções); carnes e ovos (1 porção); frituras e embutidos (1 porção); doces e refrigerantes (1 porção); e água (6 a 8 copos). Foi considerado como consumo regular o consumo igual ou maior, em número de porções, dos grupos de alimentos, e não regular quando o indivíduo consumiu quantidades inferiores às porções recomendadas.

As variáveis dependentes foram a distribuição central de gordura corporal e o estado nutricional dos ACS, este último foi categorizado em sem e com excesso de peso. As variáveis

independentes estudadas foram: sexo, idade, estado civil, escolaridade, renda familiar e consumo alimentar.

Os dados foram organizados na planilha de cálculo do software Microsoft Excel®, versão 2010, e analisados por meio do programa estatístico SPSS Statistics, versão 21.0, onde as variáveis quantitativas foram descritas por médias, desvios padrão, medianas e valores mínimo e máximo, e as qualitativas por frequências simples e percentuais. Para comparar a frequência de consumo alimentar segundo o estado nutricional foi utilizado o Teste Exato de Fisher, nas demais relações foi utilizado o teste do qui-quadrado. O nível de significância adotado foi de 5%.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, e aprovado de acordo com o Prot. n° 0104 de 20/03/2014. Todos os sujeitos receberam informações sobre a natureza da pesquisa e concordaram em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

RESULTADOS

Os sujeitos participantes dessa pesquisa foram representados por 125 (76,7%) do sexo feminino e 38 (23,3%) do sexo masculino. A idade variou entre 25 e 62 anos, sendo a média $38,5 \pm 8,14$ e a mediana 37 anos. Quanto ao estado civil

Quadro 1. Classificação do IMC e CC para adultos segundo OMS¹⁰ e categorização utilizada no estudo.

IMC (Kg/m ²)		CLASSIFICAÇÃO	CATEGORIAS
< 16,0		Magreza grau III	Sem excesso de peso
16,0 – 16,9		Magreza grau II	
17,0 – 18,4		Magreza grau I	
18,5 – 24,9		Eutrofia	Sobrepeso
25,0 – 29,9		Sobrepeso	
30,0 – 34,9		Obesidade grau I	Obesidade
35,0 – 39,9		Obesidade grau II	
> 40,0		Obesidade grau III	
CC (cm)		CLASSIFICAÇÃO	CATEGORIAS
Feminino	Masculino		
< 80	< 94	Normal	Sem risco
= 80	= 94	Risco cardiovascular elevado	Risco elevado
= 88	= 102	Risco cardiovascular muito elevado	Risco muito elevado

Fonte: Organização Mundial da Saúde¹⁰.

verificou-se que 95 (58,3%) dos ACS eram casados/moram com companheiros(as), 51 (31,3%) solteiros, 12 (7,4%) separados e 5 (3,1%) viúvos.

Em relação à escolaridade, 79% possuem Ensino Médio Completo, 38% Ensino Superior Incompleto, 35% Ensino Superior Completo e 6,7% outros. Foram encontrados os valores aproximados de renda familiar: 1 a 2 salários mínimos (42,9%), seguido por 2 a 5 salários mínimos (40,5%), 5 a 10 salários mínimos (8,6%) e até um salário mínimo (8,0%). O perfil sociodemográfico foi detalhado conforme mostra a Tabela 1.

A avaliação antropométrica dos ACS revelou, segundo classificação do IMC, que 61 (37,5%) estavam com sobrepeso, 55 (33,7%) com obesidade e 47 (28,8%) sem excesso de peso. Em relação à distribuição central de gordura corporal, um total de 72 (44,1%) ACS apresentaram risco muito elevado para doenças cardiovasculares e 34 (20,9%) risco elevado. Houve relação entre a CC e o sexo, onde o feminino apresentou uma maior prevalência ($p=0,028$) (Tabela 2).

As médias de peso, estatura, IMC e CC foram 73,64kg ($\pm 17,3$ DP), 1,61m ($\pm 0,09$ DP), 28,33 kg/m² ($\pm 5,58$ DP) e 88,87 cm ($\pm 13,2$ DP), respectivamente.

A respeito do consumo alimentar, constatou-se que 99 (60,7%) dos ACS realizam de 3 a 4 refeições/dia, 43 (26,4%) de 5 a 6 refeições/dia e 21 (12,9%) menos que 3 refeições/dia. O consumo não regular de frutas, foi maior no grupo com excesso de peso (84,5%), sendo este estatisticamente significativo ($p=0,002$).

Quanto ao consumo de hortaliças (63,2%) e leite e derivados (81,0%), este foi não regular para ambos grupos (sem e com excesso de peso). Por outro lado, o consumo de leguminosas (92,6%) e cereais (91,4%) foi regular nos dois.

O consumo de carnes e ovos (67,5%), frituras e embutidos (63,8%), e, doces e refrigerantes (59,5%), foi regular pelos dois grupos. O consumo regular e não regular de água mostrou valores aproximados: 55,2% e 44,8% respectivamente (Tabela 3).

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico dos ACS Vinculados às ESF do Distrito Sanitário II em João Pessoa – PB, 2014.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	125	76,7
Masculino	38	23,3
Idade		
18 – 30 anos	29	17,8
31 – 40 anos	67	41,1
41 – 50 anos	55	33,7
> 51 anos	12	7,4
Estado Civil		
Solteiro (a)	51	31,3
Casado (a) / mora com companheiro (a)	95	58,3
Separado (a)	12	7,4
Viúvo (a)	5	3,1
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	79	48,5
Ensino Superior Incompleto	38	23,3
Ensino Superior Completo	35	21,5
Outras	10	6,7
Renda Familiar*		
Até 1 salário mínimo	13	8,0
De 1 a 2 salários mínimos	70	42,9
De 2 a 5 salários mínimos	66	40,5
De 5 a 10 salários mínimos	14	8,6

* No período de coleta de dados o valor vigente do salário mínimo era de R\$724,00.

Tabela 2. Perfil Antropométrico de acordo com o Sexo dos ACS Vinculados às ESF do Distrito Sanitário II em João Pessoa – PB, 2014.

Variável	Total		Feminino		Masculino		Valor de p*
	n	%	n	%	n	%	
IMC**							
Sem excesso de peso	47	28,8	41	32,8	6	15,8	0,081
Sobrepeso	61	37,5	42	33,6	19	50,0	
Obesidade	55	33,7	42	33,6	13	34,2	
CC**							
Sem risco	57	35,0	38	30,4	19	50,0	0,028
Risco elevado	34	20,9	27	21,6	7	18,4	
Risco muito elevado	72	44,1	60	48,0	12	31,6	
Total	163	100	125	100	38	100	

* p < 0,05. ** Classificação segundo a OMS¹⁰.

Tabela 3. Frequência de Consumo Alimentar Segundo o Estado Nutricional dos ACS Vinculados às ESF do Distrito Sanitário II Em João Pessoa – PB, 2014.

Grupos Alimentares*	Total		Sem excesso de peso		Com excesso de peso		Valor de p**
	n	%	n	%	n	%	
Frutas							0,002
Consumo Regular	36	22,1	18	38,3	18	15,5	
Consumo Não Regular	127	77,9	29	61,7	98	84,5	
Hortaliças							0,332
Consumo Regular	60	36,8	19	40,4	41	35,3	
Consumo Não Regular	103	63,2	28	59,6	75	64,7	
Leite e Derivados							0,061
Consumo Regular	31	19,0	13	27,7	18	15,5	
Consumo Não Regular	132	81,0	34	72,3	98	84,5	
Leguminosas							0,239
Consumo Regular	151	92,6	42	89,4	109	94,0	
Consumo Não Regular	12	7,4	5	10,6	7	6,0	
Cereais							0,173
Consumo Regular	149	91,4	45	95,7	104	89,7	
Consumo Não Regular	14	8,6	2	4,3	12	10,3	
Carnes e Ovos							0,257
Consumo Regular	110	67,5	34	72,3	76	65,5	
Consumo Não Regular	53	32,5	13	27,7	40	34,5	
Frituras e Embutidos							0,295
Consumo Regular	104	63,8	32	68,1	72	62,1	
Consumo Não Regular	59	36,2	15	31,9	44	37,9	
Doces e refrigerantes							0,296
Consumo Regular	97	59,5	30	63,8	67	57,8	
Consumo Não Regular	66	40,5	17	36,2	49	42,2	
Água							0,188
Consumo Regular	90	55,2	29	61,7	61	52,6	
Consumo Não Regular	73	44,8	18	38,3	55	47,4	

* Classificação de acordo com as porções diárias de consumo recomendadas para cada grupo de alimentos pelo Guia Alimentar para a população brasileira¹¹.

** Teste Exato de Fisher (p < 0,05).

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico apresentado pelos ACS neste estudo é semelhante ao de outros registros encontrados na literatura, em relação ao sexo, idade, estado civil, escolaridade e renda familiar^{12,13}.

É elevada a prevalência de sobrepeso e obesidade encontrada neste estudo. Em estudo realizado com ACS no município de São Paulo a prevalência mostrou-se inferior⁶. Essas altas prevalências têm sido observadas nas capitais do Brasil, sendo que o sobrepeso variou de 41,7% em São Luís a 54,9% em Cuiabá e a obesidade de 13,2% a 22,4%, nas respectivas cidades¹⁴. Verifica-se, ainda, uma tendência de aumento da prevalência do excesso de peso entre mulheres com menor escolaridade (inferior a 12 anos de estudo)¹⁵ e situadas nas faixas de renda mais baixas¹⁶.

Com relação à obesidade abdominal, a maior prevalência em mulheres é inferior ao observado em estudos que avaliaram a relação da CC ao risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, em São Paulo-SP¹⁷ e Viçosa-MG¹⁸. Destaca-se a importância da CC visto que é a medida antropométrica que está melhor relacionada com a quantidade de gordura visceral, apresentando-se como risco para o desenvolvimento de alterações metabólicas ainda que os indivíduos não apresentem diagnóstico de obesidade^{6,18}.

Quanto ao consumo alimentar, é observado neste estudo que o consumo não regular de frutas e hortaliças apresenta maior frequência, especialmente, no grupo com excesso de peso. Esses alimentos são fontes ricas em vitaminas, minerais e fibras, além de se constituírem como fatores de proteção para DCNT. O baixo consumo desses alimentos também se pode observar em outros estudos^{6,19}.

O consumo regular de cereais e leguminosas também foi encontrado em pesquisa feita com ACS⁶. De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009, a combinação típica brasileira, arroz e feijão, apresentou uma redução considerável nas quantidades adquiridas para o

consumo domiciliar quando comparadas a POF 2002-2003 (redução de 40,5% e 26,4% respectivamente)²⁰. Apesar disso, ainda se constituem como alimentos prevalentes na dieta da população (84% e 72,8%)²¹.

O achado nesse estudo corrobora com pesquisas que mostram um baixo percentual de indivíduos fazendo consumo de leite e derivados em frequência adequada^{6,22}, que são importantes fornecedores de cálcio e vitamina B¹².

Apesar de ser considerado profissional de baixa renda, a maioria dos ACS neste estudo apresentou um consumo regular de carnes de acordo com Guia Alimentar para a população brasileira¹¹. Esse resultado ratifica as pesquisas realizadas no país onde a aquisição de carnes tem aumentado independente da condição socioeconômica²⁰. Os produtos de origem animal, têm grande importância na dieta do brasileiro, por serem uma boa fonte de aminoácidos essenciais e contribuírem com 18% do valor calórico total da dieta²³.

O consumo regular de frituras e embutidos e doces e refrigerantes, mostrou-se semelhante ao resultado encontrado por Sousa *et al.*²⁴ onde o consumo de frituras (90%), embutidos (84%), biscoitos doces (64%) e refrigerantes (58%) foi elevado. Essas classes de alimentos consumidas em excesso constituem risco para doenças cardiovasculares²⁵.

Em termos metodológicos, uma limitação do estudo foi seu tipo (transversal) que impossibilita identificar nesta pesquisa a sequência de fator-efeito e estabelecer relações causais entre as variáveis, além da amostra não-probabilística que restringe a generalização dos resultados.

CONCLUSÃO

O ACS é considerado um profissional chave na ESF, pois além de estar vinculado à equipe, constitui-se um membro intrinsecamente ligado à comunidade promovendo ações que buscam a melhoria da saúde de todos. No entanto, com esse

estudo foi possível perceber algumas práticas alimentares inadequadas praticadas por esses profissionais que podem contribuir na alta prevalência de excesso de peso e obesidade abdominal encontrada entre os mesmos.

Esses fatores de risco para outras doenças crônicas podem ser modificados por meio de ações

que visem à conscientização e mudança de hábitos cotidianos do estilo de vida desses sujeitos. Verifica-se também a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o estado de saúde dessa população, assim como a elaboração de estratégias e políticas de saúde que permitam melhorar sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *O trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_05a.pdf> Acesso em: 22 jun. 2015.
3. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 2011; 16(1):349-60.
4. Filgueiras AS, Silva ALA. Agente Comunitário de Saúde: um novo ator no cenário da saúde do Brasil. *Physis*. 2011; 21(3):899-916.
5. Gonçalves CS, Novais RLDFS, Santos SC. *Análise do nível de satisfação da comunidade com relação ao papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS), no município de Venturosa-PE* [trabalho de conclusão de curso]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. (36p).
6. Freitas AC, Marcolino FF, Santos IG. Agentes Comunitários de Saúde da Zona Leste do Município de São Paulo: um olhar para seu estado nutricional e consumo alimentar. *RBPS*. 2008; 21(1): 3-12.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Portal do Departamento de Atenção Básica. *Guia alimentar: como está a sua alimentação?* Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/teste_alimentacao.php> Acesso em: 03 ago. 2014.
9. Cuppari L. *Nutrição clínica no adulto: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar*, UNIFESP- Escola Paulista de Medicina. 2ª.ed. Barueri: Manole; 2005.
10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. *Report of a WHO Consultation on Obesity*. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <[http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf)> Acesso em: 13 jun. 2013.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
12. Paula IR, Marcacine PR, Castro SS, Walsh IAP. Capacidade para o trabalho, sintomas osteomusculares e qualidade de vida entre agentes comunitários de saúde em Uberaba. *Saúde Soc*. 2015; 24(1):152-64.
13. Mascarenhas CHM, Prado FO, Fernandes MH. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013; 18(5):1375-86.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
15. Gigante DP, França GVAD, Sardinha LMV, Iser BPM, Meléndez GV. Variação temporal na prevalência do excesso de peso e obesidade em adultos: Brasil, 2006 a 2009. *Rev Bras Epidemiol*. 2011; 14(Suppl.1):157-65.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil: pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.
17. Marcopito LF, Rodrigues SSF, Pacheco MA, Shirassu MM, Goldfeder AJ, Moraes MA. Prevalência de alguns fatores de risco para doenças crônicas na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):738-45.
18. Rezende FAC, Rosado LEFPL, Ribeiro RCL, Vidigal FC, Vasques ACJ, Bonard IS, Carvalho, CR. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq Bras Cardiol*. 2006; 87(6):728-34.
19. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, Moraes Neto OL, Penna GO. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(3):2011-22.
20. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. *Aquisição alimentar domiciliar per capita Brasil e Grandes Regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. *Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2011.

22. Marcondelli P, Costa THM, Schmitz BAS. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. *Rev. Nutr.* 2008; 21(1):39-47.
23. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes NS, Monteiro CA. Disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil: distribuição e evolução (1974-2003). *Rev Saúde Pública* 2005; 39(4):530-40.
24. Sousa AG, Carvalho CA, Fôñseca PCA, Machado SP. Perfil sociodemográfico e nutricional de servidores em período de pré-aposentadoria. *Rev Pesq Saúde* 2011; 12(3):16-21.
25. Simão AF, Precoma DB, Andrade JP, Correa Filho H, Saraiva JFK, Oliveira GMM, et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol.* 2013; 101(6 Suppl 2):1-63.

Correspondência

Andreia Marinho Barbosa
Rua Cel. Ascendino Feitosa, 337, apto 104, Castelo Branco
João Pessoa – Paraíba – Brasil
CEP: 58050-640
E-mail: amb_yeshua@yahoo.com.br
