

Práticas Educativas em Nutrição como Método de Intervenção nos Hábitos Alimentares de Funcionários de uma Unidade Básica: relato de experiência

Educational Practices in Nutrition as a Means of Influencing the Dietary Habits of the Staff of a Basic Health Unit: report of experience

DANIELA DA SILVA¹, LUCILÉIA JUNKES¹, ALESSANDRA MONESTEL², TATIANA MEZADRI^{*}

RESUMO: As estimativas da Organização Mundial da Saúde têm demonstrado que um alto índice de obesidade e sobrepeso vem ocorrendo nos últimos anos e esta tendência se reflete também nos trabalhadores da saúde. Este artigo objetiva relatar a experiência da implantação de práticas educativas em nutrição como método de intervenção nos hábitos alimentares de funcionários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Itajaí/SC. Participaram da pesquisa dez funcionários, todos do sexo feminino, com idade entre 28 e 48 anos. Para conhecer a qualidade da alimentação foi aplicado o teste descrito no Guia Alimentar de Bolso do Ministério da Saúde, em que 70% dos sujeitos apresentaram consumo inadequado e muito inadequado de alimentos. Na avaliação do estado nutricional, por meio do índice de massa corporal e circunferência da cintura, 70% dos participantes estavam com excesso de peso e em 90% foi constatado algum grau de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Foi realizada uma atividade mensal de educação nutricional durante seis meses, os temas trabalhados surgiram conforme a demanda. Ao final, foi aplicado o teste de qualidade da alimentação para avaliar possíveis mudanças de hábitos alimentares. Constatou-se que 20% das mulheres melhoraram a alimentação após as intervenções.

Palavras-chave: Obesidade. Hábitos alimentares. Educação em saúde.

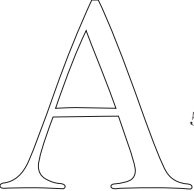
ABSTRACT: Estimates of the World Health Organization have shown high rates of overweight and obesity in recent years, and this trend is also seen among health workers. This project describes the implementation of educational practices in nutrition as a means of influencing the dietary habits of employees of a Basic Health Unit in the town of Itajaí, Santa Catarina. The subjects of the study were ten employees, all female, aged between 28 and 48 years. To find out the quality of the workers' diets, a test described in the *Guia Alimentar de Bolso* (Pocket Food Guide), published by the Brazilian Ministry of Health, was used. It was found that 70% of the workers had inadequate intakes and inadequate diets. In the assessment of nutritional status, using the body mass index and the waist circumference, it was found that 70% of subjects were overweight and 90% had some degree of risk of developing heart disease. A monthly health education activity was carried out over a six-month period, addressing themes that emerged according to the demand. At the end, the test of dietary quality was applied, to assess possible changes in eating habits. It was found that 20% of the women had improved their diets after the interventions.

Keywords: Obesity. Eating habits. Health education.

¹ Curso de Nutrição, Universidade do Vale do Itajaí (SC).

² Nutricionista da Secretaria Municipal de Saúde de Itajaí (SC).

*Autor para correspondência: mezdri@univali.br.



INTRODUÇÃO

A prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando rapidamente no mundo, sendo considerado um importante problema de saúde pública tanto para países desenvolvidos como em desenvolvimento (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF OBESITY, 2014).

De acordo com a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) de 2008-2009, verificou-se redução da aquisição média anual *per capita* de arroz e feijão de 40,5% e 26,4%, respectivamente, e aumento expressivo de 37% no consumo de alimentos industrializados, considerando a pesquisa anterior (2002-2003), além de insuficiente consumo de frutas, verduras e legumes (um quarto das recomendações diárias). Tais achados reforçam a redução do consumo de alimentos tradicionais e incremento de produtos ultraprocessados, ricos em sódio, gorduras e açúcares (IBGE, 2010).

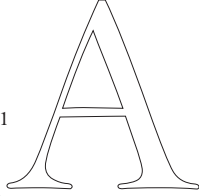
Associado a esse padrão alimentar não saudável, observa-se o declínio dos níveis de atividade física, favorecendo os elevados índices de sobrepeso entre os brasileiros que atingem 52,6% dos homens e 44,7% das mulheres. A obesidade, por sua vez, atinge média de 15,8% em ambos os sexos (IBGE, 2010).

O sobrepeso e a obesidade contribuem de forma importante para a carga de doenças crônicas e incapacidades. As consequências para a saúde associadas a estes fatores vão desde condições debilitantes que afetam a qualidade de vida, tais como osteoartrite, dificuldades respiratórias, problemas musculoesqueléticos, problemas de pele e infertilidade, até condições graves, como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e certos tipos de câncer (WHO, 2003). As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de mortalidade no Brasil (MANSUR; FAVARATO, 2012). De acordo com o Ministério da Saúde, este tipo de doença altera o funcionamento normal do coração e das artérias. Entre as mais comuns são referidas: infartos, acidentes vasculares cerebrais (AVCs), arritmias cardíacas, isquemias e anginas, sendo a principal característica apontada como a presença da aterosclerose, acúmulo de placas de gorduras nas artérias (BRASIL, 2014).

O ambiente de trabalho desempenha importante ligação com fatores associados à gênese e à consolidação do excesso de peso, pois é causa e consequência de múltiplos fatores que podem interagir ao potencializarem o ganho de peso corporal, tais como escolaridade, renda, tipo de atividade desenvolvida, acesso a cuidados médicos, hábitos alimentares, atividade física e até mesmo diferentes níveis de pressão social sobre o peso corporal. Desta forma, o local de trabalho deve ser considerado importante para a promoção primária de um ambiente que favoreça a manutenção de um peso saudável (HOFELMANN; BLANK, 2007).

A dieta inadequada e o excesso de peso trazem consequências diretas para as empresas, uma vez que contribuem para o absenteísmo e para o crescimento das despesas com o plano de saúde corporativo. Assim, considerando o longo período de tempo que os indivíduos adultos passam na empresa, onde fazem pelo menos uma refeição ou lanche, o local de trabalho representa um ambiente estratégico para a implementação de programas para a promoção da alimentação saudável (NUTRITION RESOURCE CENTRE, 2002).

Neste sentido, este trabalho relata a experiência do desenvolvimento de práticas de educação nutricional com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Itajaí/SC como estratégia de controle do peso e estímulo à adoção de uma alimentação saudável.



DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

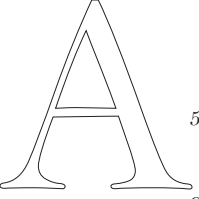
A presente pesquisa é um relato de experiência que foi desenvolvido entre os meses de setembro de 2014 e março de 2015 com funcionários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Itajaí/SC. Os responsáveis pelas ações das práticas educativas foram acadêmicos do curso de Nutrição sob a orientação do professor envolvido no projeto e com a participação da nutricionista vinculada à secretaria de saúde do município. Este estudo atendeu às premissas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Itajaí.

Na unidade de saúde trabalhavam na ocasião 31 profissionais, sendo 29 mulheres e dois homens, todos foram convidados a participar das atividades de educação propostas. A pesquisa iniciou com a elaboração de um plano de trabalho, contendo a descrição dos objetivos, o cronograma e os tipos de atividades que seriam realizadas em cada encontro. A proposta foi desenvolver seis reuniões mensais nas dependências da Unidade Básica de Saúde com duração de 1h para realização de ações de educação em saúde. Ficou estabelecido que esse material nortearia as práticas, mas deveria ser constantemente revisto e aprimorado, de acordo com o interesse dos participantes, para que os encontros se tornassem momentos dinâmicos e participativos. O estado nutricional (antropometria e hábito alimentar) foi avaliado antes e ao final das atividades, buscando verificar a efetividade do projeto.

No primeiro encontro, por meio de exposição dialogada, buscou-se sensibilizar os profissionais sobre a importância da alimentação saudável e prática de atividade física para manutenção da saúde. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a apresentação do plano de trabalho, foi aplicado um questionário semiestruturado para identificar o perfil socioeconômico e estilo de vida (idade, cargo ou função, escolaridade, estado civil, número de filhos, renda mensal total, tabagismo, meio de transporte, prática de atividade física, diagnósticos médicos de doenças crônicas, práticas de dietas atuais e dos últimos doze meses, ganho e/ou perda de peso e motivo da alteração de peso).

Aplicou-se também um questionário quanti-qualitativo adaptado do teste “Como está sua alimentação?” descrito no Guia Alimentar de Bolso do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) com intuito de caracterizar o perfil alimentar dos profissionais e possibilitar o planejamento de atividades que contribuíssem para melhorar o hábito alimentar. Foram obtidas informações sobre a frequência do consumo e número de porções comumente ingeridas de frutas, hortaliças, leguminosas e carnes, além de questões referentes ao comportamento alimentar como: consumo da gordura aparente da carne vermelha ou pele do frango; adição de sal; substituição das refeições principais (almoço ou jantar) por lanches; quantidade diária de ingestão de água e frequência do consumo de bebidas alcoólicas, classificando como adequado, inadequado e muito inadequado, conforme o número de pontos obtidos no teste, sendo respectivamente, > ou igual a 43 pontos, 29 a 42 pontos e < 28 pontos (FEITOSA, 2010).

No mesmo momento foram coletadas medidas antropométricas por meio das variáveis de peso, estatura e circunferência da cintura. Para a pesagem foi utilizada uma balança digital da marca Plenna® e para a estatura um estadiômetro digital da marca Soehnle®. Em ambas as avaliações, os indivíduos se apresentaram com roupas leves, descalços e com os braços estendidos ao lado do corpo. A partir dos dados de peso e estatura, foi definido o estado nutricional com base na avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC) expresso pela fórmula $IMC = \left[\frac{\text{peso}}{(\text{altura}^2)} \right]$



e posteriormente classificado com os pontos de corte propostos pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995) que determina baixo peso quando IMC for $>18,5\text{Kg}/\text{m}^2$; Eutrofia quando IMC estiver entre $18,5\text{Kg}/\text{m}^2$ e $24,99\text{Kg}/\text{m}^2$; Sobrepeso corresponde ao IMC entre $25\text{Kg}/\text{m}^2$ e $29,99\text{Kg}/\text{m}^2$ e IMC maior que $30,0\text{ Kg}/\text{m}^2$, indicando obesidade.

A circunferência da cintura foi medida com o auxílio de uma fita antropométrica inextensível de 150,0cm, sendo o ponto de referência o nível da cicatriz umbilical sem comprimir os tecidos. Foi utilizado para a classificação os parâmetros para mulheres: $>94\text{cm}$ risco de complicações metabólicas aumentado e $>102\text{cm}$ risco muito aumentado (REZENDE et al., 2006).

O conteúdo teórico dos encontros foi elaborado tendo em vista o resultado das variáveis coletadas (socioeconômico, estilo de vida, perfil alimentar e estado nutricional). Em todas as reuniões foi abordado mudar o estilo de vida com foco na reeducação alimentar e na prática de atividade física visando à promoção da saúde e ao controle do desequilíbrio da massa corporal, sobrepeso e obesidade para prevenir e/ou tratar doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellito, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e dislipidemias.

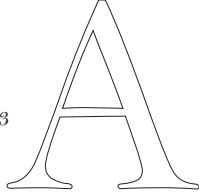
Na reunião do segundo mês, onde efetivamente iniciaram as palestras, dinâmicas e oficinas, as discussões foram pautadas no tema “Alimentos Funcionais”. O conteúdo foi apresentado visualmente na forma de *slides* e frente à temática abordada foi possível estabelecer uma interação entre os membros do grupo e os acadêmicos que estimularam o debate e compartilharam o conhecimento sobre o assunto, bem como receitas práticas elaboradas com estes alimentos. Ao final da reunião, o grupo sugeriu o tema seguinte como interesse de todos.

No terceiro encontro foi discutido sobre “Diets da Moda”, iniciado com exposição visual e explanação sobre o conteúdo exposto. Partiu-se do entendimento que a globalização da economia e a industrialização exercem um papel importante de escala mundial devido ao suporte publicitário envolvido pelas sociedades de consumo que parecem atribuir aos indivíduos a responsabilidade pela plasticidade de seu corpo. Com esforço e trabalho físico, homens e mulheres são persuadidos a alcançar a aparência desejável, mesmo que para isso sejam necessários exercícios intensos, cirurgias plásticas e dietas radicais (SIQUEIRA; FARIA, 2007). Diante disso, foram esclarecidas dúvidas referentes às dietas mais frequentes e aos tipos comumente utilizados pela população, orientando ainda sobre a importância do nutricionista na elaboração de planos alimentares saudáveis.

No mês seguinte, foi apresentado o próximo assunto escolhido pelo grupo, que teve como tema “Doença Celíaca e Intolerância à lactose”. Durante a exposição visual do conteúdo abordado, foi-lhes oferecida a oportunidade de esclarecer as dúvidas com relação ao aspecto de saúde e convivência com a doença, pois mesmo quem não a possuía referiu ter na família ou alguém próximo que sofria com algum dos casos. As consequências e os fatores de risco que os alimentos fontes do glúten e da lactose provocam ao intolerante foram apresentados, bem como os alimentos que devem ser evitados e os principais sintomas que podem ser preliminares importantes para um diagnóstico.

O próximo encontro de práticas educativas ocorreu em dezembro, com a discussão do tema “Alimentos para o verão”, por meio de exposição visual e dinâmica sobre mitos e verdades da alimentação saudável. A estratégia permitiu debater questões a cerca de alguns alimentos que podem ser substituídos durante a estação. Foram sugeridas receitas com ingredientes mais leves e de baixa concentração calórica.

Após a conclusão das intervenções educativas, o projeto foi encerrado em fevereiro de 2015. Neste momento, foi realizada a segunda coleta dos dados antropométricos e preenchimento



do Teste “Como Está Sua Alimentação?” para conhecer se houve influência sobre os hábitos alimentares após as intervenções.

Foi entregue para cada participante uma cartilha elaborada pelos acadêmicos com uma breve revisão dos aspectos relacionados às mudanças de hábitos alimentares e às receitas saudáveis, seguindo o contexto do material ministrado durante os encontros. Após a coleta dos dados antropométricos, puderam-se avaliar os resultados comparando os valores da primeira e da segunda coletas para as variáveis de peso e circunferência da cintura, na qual o participante que obteve melhores resultados foi contemplado com um brinde.

Para o fechamento harmonioso do trabalho, foi oferecido aos participantes um lanche com preparações saudáveis, encerrando as discussões e as orientações sobre as condições alimentares e nutricionais a partir das informações e da vivência dos participantes no projeto. Esse tipo de ação pode proporcionar a ampliação da consciência no desenvolvimento de atividades culinárias e uma possível melhoria nos hábitos alimentares que contribui para a promoção de uma alimentação saudável. Os dados obtidos de antropometria, consumo alimentar e socioeconômicos foram organizados em planilha Microsoft Excel 2010.

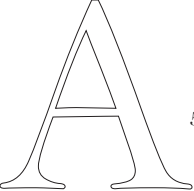
DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DAS VARIÁVEIS COLETADAS

As reuniões tiveram início em setembro de 2014, e dos 31 funcionários da Unidade Básica de Saúde, somente 15 aceitaram participar do estudo, sendo que, ao longo dos encontros, foi registrada a desistência de mais 5 participantes que relataram dificuldades em adaptar sua extensa rotina de trabalho na unidade.

Na primeira etapa de coleta de dados do questionário socioeconômico, são apresentadas as características do grupo avaliado (Quadro 1).

Quadro 1 - Características dos Profissionais de Saúde (n=10) participantes do projeto. Unidade de Saúde da cidade de Itajai (SC). Abril, 2015

VARIÁVEIS	N	%
Escolaridade		
Ensino médio completo	7	70
Ensino superior incompleto	2	20
Ensino superior completo	1	10
Estado civil		
Solteira	3	30
Casada	5	50
Outros	2	20
Número filhos		
Sem filhos	3	30
De 1 a 2 filhos	5	50
3 filhos	2	20
Quantidade total de indivíduos na casa		
1 pessoa	1	10
De 2 a 3 pessoas	4	40
De 4 a 5 pessoas	5	50
Profissão		
Médico	1	10



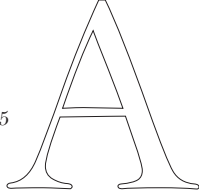
Técnico de enfermagem	3	30
Agente comunitária de saúde	5	50
Atendente do sistema de regulação em saúde	1	10
Renda mensal familiar (em salários mínimos – SM)		
2 SM	1	10
3 a 5 SM	8	80
+ 10 SM	1	10
Tabagismo		
Sim	1	10
Não	9	90
Meio transporte para chegar ao trabalho		
Ativo (caminhada ou bicicleta)	1	10
Passivo (veículos motores)	8	80
Ativo/passivo (ambos alternadamente)	1	10
Prática de exercício físico		
Sim	4	40
Não	6	60
Diagnóstico médico relatado para doenças crônicas não transmissíveis		
Sim	7	70
Não	3	30

Observa-se que os indivíduos foram todos do sexo feminino na faixa etária entre 28 e 48 anos de idade; destas, 70% possuíam o ensino médio completo e metade (50%) eram casadas com um ou dois filhos. Quanto à profissão, predominou a de agente comunitário de saúde (50%), seguido de técnico em enfermagem (30%). A maioria (80%) recebe de 3 a 5 salários mínimos. A prática de exercício físico foi relatada por 40% dos participantes e 70% referiu ter diagnóstico médico para alguma doença crônica não transmissível.

Com relação às questões que abordavam o comportamento frente à alimentação, observou-se que 70% das pessoas do estudo não realizaram dieta nos últimos 12 meses, no entanto 90% apresentou alteração de peso, sendo que o principal motivo relatado foi ansiedade (Quadro 2).

Quadro 2 – Comportamento alimentar relatado pela população estudada (n=10). Unidade de Saúde da cidade de Itajaí (SC). Abril, 2015

VARIÁVEIS	Nº	%
Realizou dieta nos últimos 12 meses		
Sim	3	30
Não	7	70
Alteração de peso nos últimos 12 meses		
+4 kg	1	10
+6 kg	1	10
+2 kg	2	20
-4 a -5 kg	3	30
-9 kg	1	10
Não soube dizer	1	10
Não teve alteração	1	10
Principal motivo que levou a alteração de peso nos últimos 12 meses		
Ansiedade	5	50
Estresse	2	20



Emocional	1	10
Não soube dizer	1	10
Não teve alteração	1	10

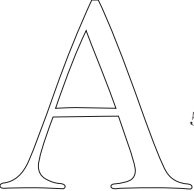
Borsonello et al. (2002) comentam que todos os casos de ansiedade apresentam sintomas psicológicos e somáticos. Dentre os psicológicos, estão apreensão, medo, desespero, sensação de pânico, hipervigilância, irritabilidade, fadiga, insônia e dificuldade para se concentrar; os de origem somática são: dor de cabeça e lombar, causada pelo aumento da tensão muscular, palpitação devido aos movimentos mais vigorosos e rápidos do coração, sudorese emocional, principalmente nas mãos, sensação de bolo na garganta devido à maior tensão dos músculos do pescoço, boca seca, náusea e vazio no estômago, além de falta de ar e tontura, estas últimas conseqüentes a hiperventilação, tremores e fraquezas.

Na avaliação do estado nutricional, 70% dos participantes apresentaram excesso de peso (sobrepeso + obesidade) e em 90% foi constatado algum grau de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Quadro 3). Este panorama vem ao encontro dos dados apresentados em pesquisa realizada por telefone anualmente, que classificou o estado nutricional por meio do IMC entre homens e mulheres adultos com percentual de excesso de peso chegando a 54,7% para homens e 47,4% para mulheres. Já para o percentual de obesidade, a classificação obteve um resultado de 17,5% para homens e mulheres, considerando IMC maior ou igual a 30 Kg/m². Houve aumento significativo na frequência de excesso de peso e obesidade entre os anos de 2006 a 2013 (BRASIL, 2014).

Quadro 3 - Avaliação do estado nutricional considerando o Índice de Massa Corporal, a Circunferência da Cintura e o Perfil Alimentar dos participantes antes e após as atividades de intervenção. Unidade de Saúde da cidade de Itajaí (SC). Abril, 2015

VARIÁVEIS	Avaliação antes das	Avaliação depois das
	atividades de intervenção	atividades de intervenção
	N (%)	N (%)
Índice de Massa Corporal (Kg/m²)		
Eutrofia	3(30)	3(30)
Sobrepeso	2(20)	2(20)
Obesidade	5(50)	5(50)
Circunferência da Cintura (cm)		
Sem risco para problemas cardiovasculares	1(10)	1(10)
Com risco para problemas cardiovasculares	4(40)	4(40)
Com risco muito aumentado para problemas cardiovasculares	5(50)	5(50)
Perfil Alimentar		
Adequado	3(30)	5(50)
Inadequado	5(50)	3(30)
Muito Inadequado	2(20)	2(20)

No Brasil, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) correspondem a 72,4% das causas de morte no país (BRASIL, 2014). Desta forma, o Ministério da Saúde planeja ações para o enfrentamento do problema apresentado que vem crescendo nos últimos anos, com o objetivo de controlar doenças e prevenir fatores de risco como tabagismo, etilismo, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade, agravantes para o estado normal da saúde.



Quanto comparados os resultados da avaliação do IMC, CC e hábito alimentar antes e após as intervenções de educação alimentar, observou-se que não houve alterações para os dois primeiros indicadores, no entanto, a avaliação da alimentação demonstrou melhora de 20% (Quadro 3). Os dados aqui apresentados correspondem à tendência secular do aumento da incidência e da gravidade da obesidade na população adulta nos últimos anos.

Esta experiência foi marcada por momentos agradáveis, por meio do vínculo estabelecido com os participantes, possibilitando um maior diálogo sobre os benefícios de se manter um peso adequado com hábitos alimentares saudáveis. Como limitações da prática, podem-se citar as dificuldades encontradas em organizar horários que facilitassem a participação do maior número de pessoas e as interrupções frequentes daqueles que não estavam envolvidos nas atividades, demandando serviços dos participantes.

Esta vivência permitiu ainda reconhecer a complexidade de trabalhar com práticas de intervenção nos hábitos alimentares que, para possibilitarem mudanças, devem ser pautadas em estratégias que considerem as características das pessoas a que se destinam, neste caso, profissionais da área da saúde, com o propósito de garantir diagnóstico de situação em termos das atitudes e dos comportamentos, face a estilos de vida diferentes.

AGRADECIMENTOS

Em especial à nutricionista da Unidade de Saúde, Gislene Bitencourt Coelho.

REFERÊNCIAS

BORSONELLO, E. C. et al. A influência do afastamento por acidente de trabalho sobre a ocorrência de transtornos psíquicos e somáticos. Universidade Estadual Paulista J. M. Mesquita. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 22, n. 3, sep. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 201p.

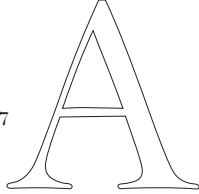
BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2013**: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 164 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Norma técnica do SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p.

FEITOSA, E. P. S.; DANTAS, C.A.O.; ANDRADE-WARTHA, E.R.S.; MARCELLINI, O.S., MENDES-NETTO, R.S. Hábitos alimentares de estudantes de uma Universidade Pública no Nordeste, Brasil. **Alimentos & Nutrição**, v. 21, n. 2, p. 225-30. 2010.

HÖFELMANN, D.A.; BLANK, N. Auto-avaliação de Saúde entre trabalhadores de uma indústria no Sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 777-87, 2007.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009**: Antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. 130p. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_



encaa.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2015.

MANSUR, A. P; FAVARATO, D. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 99, n. 2, p. 755-61, ago. 2012.

NUTRITION RESOURCE CENTRE. **Guide to nutrition promotion in the workplace**. Toronto: Ontario Public Health Association, 2002.

REZENDE, F.A.C.; ROSADO, L.E.F.P.L.; RIBEIRO, R.C.L.; VIDIGAL, F.C.; VASQUES, A.C.J.; BONARD, I.S.; CARVALHO, C.R. Body Mass Index and Waist Circumference: Association with Cardiovascular Risk Factors. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 87, n. 6, p. 666-71, dec. 2006.

SIQUEIRA, D. C. O.; FARIA, A. A. Corpo, saúde e beleza: representações sociais nas revistas femininas. **Comunicação, Mídia e Consumo**, São Paulo, v. 4, n. 9, p. 171-88, mar. 2007.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: **The use and interpretation of anthropometry**. Geneva: WHO, 1995. (WHO technical Report Series, n. 854)

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/facts/obesity/en/>>. Acesso em: 23 abr. 2014.