



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

IDOSOS OBESOS: QUAL O PESO DE SEUS ESTILOS DE VIDA?

ISABELA PERON MELHADO

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Universidade Federal de São Paulo para ob-
tenção do Título de Especialista em Saúde da
Família.**

Orientador(a): Antônio Carlos Frias

**São Paulo
2016**

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 OBJETIVOS	6
2.1 Geral	6
2.2 Específico(s)	6
3 REFERENCIAL TEÓRICO	7
4 MÉTODO	11
4.1 Local	11
4.2 Participantes	11
4.3 Ações	12
4.4 Avaliação e Monitoramento	12
5 RESULTADOS ESPERADOS	13
6. CRONOGRAMA	15
7 REFERÊNCIAS	16
ANEXOS	19

1. INTRODUÇÃO

A obesidade vem se tornando um problema de saúde pública de crescentes dimensões, à medida que abrange todas as faixas etárias, desde a infância até a senectude. É sabido que esse crescimento possui caráter multifatorial e possui relação estreita com as mudanças no estilo de vida das pessoas na atualidade, não se fazendo exceção à faixa etária idosa.

Esse panorama é condizente com a realidade brasileira, na qual configura-se atualmente em um período de transição demográfica, com redução da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida, e de transição epidemiológica, com aumento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Em estudo brasileiro realizado em 1989, com o objetivo de aferir o estado nutricional da população do país, observou-se que, na população idosa, 30,4% dos homens e 50,2% das mulheres apresentavam excesso de peso, com predomínio deste problema no sexo feminino, enquanto que o perfil de magreza foi de 7,8% nos homens e 8,4% nas mulheres (TAVARES, ANJOS; 1999); estes dados evidenciam a alta prevalência de obesidade na população idosa brasileira, destacando a necessidade de seu estudo.

Segundo Rocha et. al, nos últimos anos, os idosos representam a população de maior crescimento no Brasil. O envelhecimento acelerado e acentuado da população está associado ao aumento na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo das doenças cardiovasculares (...). Esse fato se deve, principalmente, ao estilo de vida sedentário e ao uso de dietas hipercalóricas, que implicam na sobrecarga metabólica, aumentando a incidência de doenças, como a obesidade e a dislipidemias.

Somando-se esses dois cenários, podemos observar um aumento expressivo da população idosa e paralelamente, um aumento de obesidade nessa faixa etária. Obesidade e sobrepeso representam um crescente problema para a saúde da população em um crescente número de países do mundo (WHO, 2000). O excesso de peso atinge cerca de 1/3 da população adulta e apresenta uma prevalência crescente nas últimas décadas, mesmo entre as pessoas idosas

(CABRERA, JACOB FILHO; 2001).

Diversos fatores tem sua participação no desenvolvimento da obesidade por esta população, partindo-se das alterações fisiológicas próprias da idade, como redução da massa magra e aumento da massa gorda, deposição central de gordura, redução da mobilidade até comorbidades e hábitos de vida patológicos, como tabagismo, sedentarismo, alto consumo de gorduras, osteoartrose, diabetes mellitus e hipertensão.

A obesidade é uma doença complexa, que resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais, relacionados aos hábitos de vida. Os fatores ambientais interagindo com os genéticos, podem levar a um ganho de peso em indivíduos suscetíveis (VILLARES, 2002).

Tendências epidemiológicas recentes da obesidade indicam que a causa primária da epidemia global da obesidade está nas alterações ambientais e comportamentais, pois o aumento nas taxas de obesidade ocorreu num período muito curto, insuficiente para que pudessem ocorrer alterações genéticas significantes nas populações (OMS, 2004).

Os fatores dietéticos (como as dietas com alto teor de gorduras e ricas em calorias) e os padrões de atividade física (como o sedentarismo) influenciam fortemente a equação de balanço de energia e podem ser considerados os principais fatores modificáveis entre as muitas forças externas que promovem o ganho de peso (OMS, 2004).

A obesidade além dos transtornos somáticos associados às demais comorbidades que a acompanham, também possui impacto negativo na qualidade de vida dos idosos, a medida que prejudica a saúde mental, com redução da auto-estima, e reduz o grau de independência dos idosos, quesito de suma importância para essa população.

O excesso de massa gorda deve ser evitado em idosos, especialmente pelo risco de limitações físicas. Utilizando dados do Cardiovascular Health Study,

VISSER et al. (1998) demonstraram uma associação positiva entre massa gorda e incapacidade. Os resultados mostraram que grande quantidade de gordura corporal é um preditor independente de incapacidade relacionada à mobilidade em mulheres e homens idosos.

Baseado em custos de tempo de vida, expectativa de vida, doenças e inabilidade física ou mental, Mello (2008), relata que indivíduos idosos obesos de 70 anos podem viver tanto quanto não obesos, porém custam aos serviços de saúde a mais, 34% comparados aos de peso normal e, ainda, experimentam uma qualidade de vida ruim (apud Lakdawalla et al, 2005).

Portanto, a atuação nos fatores modificáveis relacionados a obesidade no idoso é de suma importância tanto para a saúde global e o bem-estar físico e mental dessa população.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Reduzir a contribuição dos fatores modificáveis relacionados ao estilo de vida no desenvolvimento da obesidade em idosos de 60 a 80 anos das microáreas 35, 37 e 11 da ESF Vila Jardim no município de Adamantina no ano de 2015.

2.2 Específico(s)

- Estimar a população de idosos obesos entre 60 e 80 anos das microáreas supracitadas.
- Aplicar questionário sobre as variáveis dietéticas e de prática de atividade física.
- Avaliar por meio dos questionários aplicados os principais fatores contribuintes para a gênese e propagação da obesidade.
- Distribuir orientações dietéticas gerais específicas para obesos ou estímulo à prática regular de atividade física explicando sobre seus benefícios, a depender da análise dos questionários.
- Agir na educação da população, a longo prazo, com orientações quanto aos fatores modificáveis estudados.

3.REFENCIAL TEÓRICO

Obesidade é o excesso de tecido adiposo no organismo, sendo considerada uma doença crônica e inter-relacionada direta ou indiretamente com algumas outras situações patológicas contribuintes da morbi-mortalidade como as doenças cardiovasculares, osteomusculares e neoplásicas. O excesso de peso atinge cerca de 1/3 da população adulta e apresenta uma tendência crescente nas últimas décadas, mesmo entre as pessoas idosas (CABRERA, JACOB FILHO, 2001)

Segundo dados recentes da OMS, a prevalência da obesidade no mundo mais do que duplicou desde 1980, atingindo 13% da população maior ou igual a 18 anos. A maior parte da população vive em países onde a obesidade tem contribuído de forma mais significativa na mortalidade do que a desnutrição, sendo aquela uma doença passível de prevenção.

Os idosos configuram uma população suscetível ao desenvolvimento da obesidade, visto que as próprias comorbidades que os afligem, por vezes, reduzem sua mobilidade, independência, segurança e prejudicam a motivação para alterar hábitos e estilo de vida prejudiciais à saúde sedimentados ao longo de suas vidas.

A obesidade leva a distúrbios das condições de saúde do organismo. Essas alterações podem ser representadas por distúrbios psicológicos, sociais, aumento do risco de morte prematura e o aumento de risco de doenças de grande morbi-mortalidade como DM, hipertensão arterial (HA), dislipidemias, doenças cardiovasculares (DCV) e câncer. Além disso, pode estar associada a outras doenças que podem interferir na qualidade de vida do indivíduo obeso (CABRERA, JACOB FILHO, 2001)

Para a caracterização do estado nutricional, pode-se valer de diferentes métodos e protocolos, sendo o mais utilizado dentre eles o cálculo do IMC, devido a sua praticidade e simplicidade.

O IMC “é um índice utilizado para classificar sobrepeso e obesidade; é calculado através da divisão do peso corporal (em quilogramas) pela estatura (em metros) ao quadrado. É de fácil mensuração, apresenta uma grande disponibilidade de dados e relação com morbi-mortalidade, podendo ser utilizado como um dos indicadores de estado nutricional em estudos epidemiológicos, apesar de não indicar a composição corporal” (DE CASTRO, 2005 apud ANJOS, 1992).

À medida que o IMC aumenta, o mesmo ocorre com o risco do

desenvolvimento das co-morbidades da obesidade, entre elas *diabetes mellitus*, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, gota e doenças osteoarticulares, entre outras” (DE CASTRO, 2005).

Os diversos fatores envolvidos no desenvolvimento da obesidade nos idosos estão intimamente relacionados ao meio em que estes vivem, incluindo aspectos biopsicossociais e culturais, os quais refletem em seus hábitos alimentares diários, atividades da vida diária e na prática de atividade física regular ou mesmo no sedentarismo.

Cumprе assinalar que a saúde e a qualidade de vida dos idosos, mais que em outros grupos etários, sofrem a influência de múltiplos fatores físicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional (LEITE-CAVALCANTI, 2011).

A perspectiva ecossocial apresenta conceitos teóricos que explicam como as relações sociais, políticas e econômicas nas quais o indivíduo se insere também condicionam comportamentos relacionados à saúde. Esses modelos questionam algumas teorias de estilo de vida e de estresse psicossocial de "culpar a vítima", que responsabilizam o indivíduo por sua doença e controle. Teorias que consideram as redes sociais também começam a ser testadas, com a hipótese de que comportamentos podem se difundir como se fossem agentes infecciosos. Essa abordagem analítica pode ser especialmente interessante para entender a propagação dos modos de vida contemporâneos em redes sociais, como sua relação com a obesidade (DUNCAN *et al.*, 2012 apud HILL, 2010).

A partir desses conceitos, tem-se diferentes frentes de ação no combate e prevenção da obesidade, conforme os fatores contribuintes mais significantes para cada população após estudo da realidade na qual está inserida.

Conforme a OMS, os fatores que justificam o aumento da prevalência da obesidade relacionam-se principalmente ao aumento do consumo de alimentos ricos em gordura e hipercalóricos e à inatividade física. Tais mudanças no padrão de vida são resultado de mudanças no ambiente e sociedade em que vivemos, associadas a falhas na vigilância e no suporte de políticas de saúde e outros setores como transpor-

te, planejamento urbano, processamento e distribuição de alimentos, agricultura, meio ambiente e educação.

De acordo com Castro (2005), “a atividade física regular e a adoção de estilo de vida ativo são necessários para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida durante o processo de envelhecimento. A atividade física deve ser estimulada não somente nos adultos, mas também nos idosos, como forma de prevenir e controlar as doenças crônicas não transmissíveis que aparecem mais freqüentemente durante a terceira idade e como forma de manter a independência funcional” (apud MATSUDO et al; 2001).

Além da frequente inatividade física, outro fator contribuinte muito significativo está relacionado aos hábitos alimentares prejudiciais adquiridos pela população idosa, muitas vezes com raízes em sua cultura e de difícil manejo, muitas vezes com baixas taxas de sucesso nas tentativas de adoção de hábitos alimentares mais saudáveis.

Para Cavalcanti et al (2001),

“Diversos autores relatam que o principal fator que determina o potencial de longevidade é a nutrição adequada. Isto faz crer que o tipo de alimentação pode estar diretamente associado à qualidade de vida do indivíduo, pois uma alimentação adequada pode diminuir o risco de incidência de certas doenças. Os hábitos dietéticos inadequados apresentam-se como um importante fator de risco para o surgimento de doenças crônicas em idosos¹⁷. Nesse sentido, há a necessidade de intervenções nutricionais direcionadas a esse grupo etário para esclarecer a importância da alimentação saudável no controle do peso corporal, a fim de minimizar a ocorrência de doenças em prol de melhor saúde e qualidade de vida”.

“Diversos autores relatam que o principal fator que determina o potencial de longevidade é a nutrição adequada. Isto faz crer que o tipo de alimentação pode estar diretamente associado à qualidade de vida do indivíduo, pois uma alimentação adequada pode diminuir o risco de incidência de certas doenças” (CAVALCANTI, 2011)

A adoção de hábitos dietéticos mais saudáveis propicia uma maior longevidade para esse grupo etário e com maior qualidade de vida, a medida que o contrário é verda-

deiro. Retardando-se a adoção de uma dieta adequada e equilibrada, aumenta-se a prevalência de comorbidades, inclusive a obesidade, e como reflexo vive-se com uma qualidade de vida inferior.

Cavalcanti *et al*, acredita que a obesidade tem impacto relevante na longevidade, e qualquer iniciativa com vistas à redução de peso traz benefícios que podem ser observados em longo prazo, e que tendem a ser maiores quanto mais precoces forem essas intervenções. Isto não apenas para os graus maiores de obesidade, mas inclusive para os que se encontram na faixa de sobrepeso.

Nesse sentido, em conformidade com Cavalcanti (2011), são necessárias medidas de intervenção nutricionais específicas para esta população, como o esclarecimento quanto aos benefícios de uma alimentação saudável no controle do peso corporal e na promoção da qualidade de vida.

4. MÉTODO

Projeto de intervenção com elaboração e aplicação de questionário e posterior intervenção a partir da distribuição de orientações específicas, conforme a análise do instrumento de avaliação.

A população inicialmente pré-selecionada foi composta por 196 idosos, de ambos os sexos, com idade mínima de 60 anos e máxima de 80 anos, cadastrados na ESF Vila Jardim nas microáreas 35, 37 e 11 do município de Adamantina, estado de São Paulo, no ano de 2015. Destes 196 pacientes, foram selecionados aqueles com dados antropométricos disponíveis por meio de aferição de peso e altura no momento da triagem pré-consulta médica e de renovação de receita de medicamentos de uso contínuo, no ambiente da UBS, além da busca em prontuário eletrônico. Foram submetidos a aplicação do questionário e alvos da intervenção aqueles com IMC a partir de 30 e que aceitaram a participação no projeto.

4.1 Local

ESF Vila Jardim, PAS II, Adamantina – São Paulo

4.2 Participantes (público-alvo)

Critérios de inclusão:

- Idade mínima de 60 anos
- Idade máxima de 80 anos.
- IMC maior ou igual a 30.
- Ambos os sexos.
- Dados antropométricos disponíveis.
- Adscrição na ESF Vila Jardim
- Residentes nas microáreas 34, 35 ou 11.

Critérios de exclusão:

- Dados antropométricos indisponíveis.
- Grupos específicos de idosos (acamados, institucionalizados).
- Recusa a participação no estudo.

4.3 Ações

O primeiro passo constituiu-se da pré-seleção, por meio de levantamento de dados por parte das ACS, dos pacientes idosos correspondentes a faixa etária citada acima.

Após esse passo, partiu-se para a avaliação da disponibilidade dos dados antropométricos necessários para a caracterização do estado nutricional. Isso foi realizado por meio de busca em prontuário eletrônico, dados de triagem para consulta médica e aferição de peso e altura no momento de solicitação de renovação de receitas na UBS, com a colaboração da técnica de enfermagem. A partir então, estimou-se o número de obesos da população alvo, utilizando-se como base o cálculo do IMC. Por meio de reunião de equipe, foi realizada a capacitação dos ACS quanto a aplicação dos questionários e dos demais atores envolvidos quanto à coleta dos dados antropométricos.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foi aplicado questionário (Apêndice) pelas ACS de suas respectivas microáreas na população selecionada (31 obesos), com posterior coleta dos dados para análise pela autora do projeto. Somado a isso, contou-se também com a colaboração e participação de nutricionista para a elaboração das orientações dietéticas distribuídas à população-alvo do estudo.

4.4 Avaliação e Monitoramento

Após aplicação do questionário à população supracitada será realizada uma avaliação destes individualmente e posteriormente serão entregues orientações afim de se atingir o objetivo geral proposto.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Da população total inicial de 196 idosos entre 60 e 80 anos de idade da área em estudo, 97 não possuíam dados antropométricos fidedignos. Do total daqueles que possuíam as medidas (99 idosos), 31 são obesos, 42 possuem sobrepeso e, apenas 20, são eutróficos, com nenhum caso de desnutrição na população estudada.

Segue abaixo, a proporção do estado nutricional dos idosos com dados antropométricos disponíveis.

Gráfico 1 – Proporção do estado nutricional da população idosa



Devido a dificuldades técnicas, foi aplicado o questionário a 25 pacientes dos 31 obesos.

Segundo dados mais recentes, o consumo de açúcar preconizado por dia foi reduzido de 50g para 25g por pessoa. Em relação ao consumo de sal, recomenda-se até 5g sal (2g de sódio) por dia para a população em geral. (OMS 2015, 2014)

Já o consumo de óleo vegetal deve ser calculado para 7,5ml/dia/pessoa, totalizando 900ml de óleo vegetal por mês para uma família de 4 pessoas.

Em relação a prática de exercícios físicos, é consenso que esta deve ser realizada de forma regular, com o mínimo de 150 minutos de atividade aeróbica por semana, de moderada a alta intensidade (AHA, 2015).

Seguindo os parâmetros e fontes acima citadas, após avaliação do instrumento utilizado, evidenciou-se inadequação de 100% dos pacientes em relação ao consumo de óleo, 84% no de sal e 64% no de açúcar, sendo que destes pacientes, 40% se auto-referiam como diabéticos e 84% como hipertensos.

Em relação à prática de atividade física, 64% dos pacientes mostraram-se como sedentários, 16% realizam atividade física de forma insuficiente e 20% são ativos.

Scherer, em um estudo no RS, encontrou 46% de excesso de peso na população de idosos estudada, contrapondo-se a 31% da população no presente estudo.

Almeja-se com a implantação do projeto de intervenção presente a adoção pela população idosa obesa de hábitos alimentares mais saudáveis, visto que os fatores dietéticos foram mais expressivos na contribuição da obesidade. Dessa forma, intenciona-se a prevenção primária da obesidade, obter melhora do controle das comorbidades associadas, redução do peso, melhora do bem-estar físico e mental, da composição corporal, da mobilidade e da qualidade de vida de forma geral.

De acordo com Ribeiro (2001), “faz-se necessário o estímulo à mudança de comportamento da população de risco e à divulgação de informações sobre medidas de prevenção e controle destas doenças” (apud Barreto & Carmo, 1998).

Posteriormente, medidas complementares devem ser implementadas para sedimentar uma cultura de mudança no estilo de vida, abrangendo não só as variáveis dietéticas, mas também meios de combater o sedentarismo, muito presente em tal população. Acompanhamento multiprofissional, com participação médica, nutricional e de educador físico, por meio de grupos de caminhada, cardápios individualizados e educação continuada da população são medidas necessárias e complementares para se atingir com êxito o objetivo motivador deste projeto

6. CRONOGRAMA

Tabela 1 - Cronograma de atividades

Atividade	Maio 2015	Junho 2015	Julho 2015	Agosto 2015	Setembro 2015	Outubro 2015	Novembro 2015	Dezembro 2015	Janeiro 2016
Elaboração do projeto									
Aprovação do projeto									
Estudo da literatura									
Coleta de dados									
Discussão e análise dos resultados									
Revisão final e digitação									
Entrega do trabalho final									
Socialização do trabalho									

7. REFERÊNCIAS

1. American Heart Association. **American Heart Association recommendations for physical activity in adults**. 2014. Disponível em:http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/PhysicalActivity/FitnessBasics/American-Heart-Association-Recommendations-for-Physical-Activity-in-Adults_UCM_307976_Article.jsp#.VnSva_kzbrd. Acesso em: 17 Dez. 2015.
2. CABRERA, Marcos A.S.; JACOB FILHO, Wilson. Obesidade em idosos: prevalência, distribuição e associação com hábitos e co-morbidades. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo , v. 45, n. 5, p. 494-501, Oct. 2001. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302001000500014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 Dez. 2015.
3. CASTRO, Daniela Gouvêa Cunha de. **Intervenção na obesidade em idosos**.2005. Disponível em:<http://nutritotal.com.br/publicacoes/files/150--IntervencaoObesidadeldosos.pdf>. Acesso em: 09 Dez. 2015
4. CAVALCANTI, Christiane Leite et al . Programa de intervenção nutricional associado à atividade física: discurso de idosas obesas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 5, p. 2383-2390, Maio 2011. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Dez. 2015.
5. DUNCAN, Bruce Bartholow et al . Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, supl. 1, p. 126-134, Dez. 2012. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700017&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 Dez. 2015.
6. LEITE-CAVALCANTI, Christiane et al . Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. salud pública**, Bogotá, v. 11, n. 6, Dec. 2009. Disponível em:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000600003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 09 Dez. 2015.
7. MELLO, Danielli Braga de. **Influência da obesidade na qualidade de Vida de Idosos**. 2008. Disponível em:<http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4503>. Acesso em: 09 Dez. 2015.

8. OMS. **Obesidade: Prevenindo e Controlando a Epidemia Global**. Relatório da consultoria da OMS. Genebra, Organização Mundial de Saúde, 2004.
9. RIBEIRO, Adriana Bouças; CARDOSO, Marly Augusto. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 239-245, Aug. 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732002000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732002000200012>.
10. ROCHA, Fabiana Lucena et al . Correlação entre indicadores de obesidade abdominal e lipídeos séricos em idosos. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 59, n. 1, p. 48-55, Feb. 2013. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000100011&lng=en&nrm=iso. Acesso em 09 Dez. 2015.
11. SCHERER, Fernanda; VIEIRA, José Luiz da Costa. Estado nutricional e sua associação com risco cardiovascular e síndrome metabólica em idosos. **Rev. Nutr.**, Campinas v. 23, n. 3, p. 347-355, June 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300003&lng=en&nrm=iso>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300003>. Acesso em 03 Abr 2016.
12. SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE **Rastreamento do Sedentarismo em Adultos e Intervenções na Promoção da Atividade Física na Atenção Primária à Saúde**. 2009. Disponível em:[http://www.sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/17Rastreamento do Sedentarismo.pdf](http://www.sbmfc.org.br/media/file/diretrizes/17Rastreamento_do_Sedentarismo.pdf). Acesso em: 09 Dez. 015
13. TAVARES, Elda Lima; ANJOS, Luiz Antonio dos. **Perfil antropométrico da população idosa brasileira. Resultados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição**. **Cad. Saúde Pública**, Rio De Janeiro, v. 15, n. 4, p. 759-768. 12/1990. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v15n4/1016.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2016.
14. World Health Organization. **Guideline: Sugars intake for adults and children**. Genebra: WHO; 2015. Disponível em:<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 18 Dez. 2015.

15. World Health Organization. **Guideline: Sodium intake for adults and children.** Genebra: WHO; 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77985/1/9789241504836_eng.pdf?ua=1&ua=1>. Acesso em: 18 Dez. 2015.

16. World Health Organization. **Global recommendations on physical activity for health.** Genebra: WHO; 2010. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. Acesso em: 17 Dez. 2015.

ANEXOS

QUESTIONÁRIO GERAL

Nome							
Idade		Sexo		Peso		Altura	IMC:
Endereço							
Número de Cômodos da casa				Número de pessoas que moram na casa			
O Sr(a) é Diabético?	Não ()	Sim ()	Sem sim à quanto tempo sabe				
Faz uso de Insulina?	Não ()	Sim ()					
Tem pressão alta?	Não ()	Sim ()	Sem sim à quanto tempo sabe				
Você fuma?	Não ()	Sim ()	Há quanto tempo?				
					Quantos cigarros por dia?		

QUESTIONÁRIO ALIMENTAR

Em relação às Refeições	Café da manhã	Almoço	Café da tarde	Jantar
Quais Refeições faz em Casa				
Quais Refeições você faz FO-RA de Casa				
Quantas latas de óleo são usadas por mês (em média)?				
Quantas garrafas (2 litros) de refrigerante são usadas por semana (em média)?				
Quantos sacos (1Kg) de açúcar são usados por mês (em média)?				
Quantas vezes por semana você come frituras (em média)?				
Quantas frutas você come por dia?				
Você possui o hábito de consumir produtos industrializados?			Não ()	Sim ()
Quanto da sua renda mensal é gasta com a alimentação (em média)?				
Você faz algum acompanhamento com nutricionista?			Não ()	Sim ()
Onde?		Porque?		

QUESTIONÁRIO DO EXERCÍCIO FÍSICO

Você pratica exercícios físicos? Quais (marque com X)	caminhada	bicicleta	academia	hidroginástica	Outra (qual)
Marque o número de dias que faz por semana					
Pratica quanto tempo (por dia) (marque os minutos)					
Se não pratica atividade física qual o motivo de não praticar?					
O que você gosta de fazer nas horas vagas?					