

**CARACTERIZAÇÃO ANTROPOMÉTRICA E DE SAÚDE
 DE USUÁRIOS DA REDE BÁSICA DE SAÚDE DE AMERICANA-SP**

Alana Leticia Camargo¹, Eliana Martins Santos¹
 Heloiza Galhardi¹, Glenys Mabel Caballero Córdoba²
 Joseane Almeida Santos Nobre²

RESUMO

Introdução: A obtenção de informações epidemiológicas, problemas de saúde e seus determinantes a cerca de uma população específica é fundamental para planejar e priorizar políticas e projetos de saúde. **Objetivo:** Caracterizar o perfil antropométrico e de saúde de usuários da rede básica de saúde. **Materiais e Métodos:** Estudo utilizando prontuários de 527 pacientes cadastrados no serviço de atendimento nutricional, entre anos de 2015 e 2016, analisando Índice de Massa Corporal (IMC), com idade entre 5 e 85 anos, sexo, circunferência da cintura (CC) e aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). **Resultados:** A maior prevalência de atendimentos ocorreu por parte das mulheres, acima de 61 anos, com estado nutricional de obesidade e risco elevado para doenças cardiovasculares. As DCNT mais presentes foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e dislipidemia. **Discussão:** Pode se observar que as mulheres idosas buscam maior atendimento na rede pública de saúde, devido a maior preocupação com a saúde e avanço da idade. O excesso de peso da população estudada correlaciona-se o aparecimento de DCNT e aumento do risco de doenças cardiovasculares. **Conclusão:** O profissional nutricionista tem grande importância na prevenção e controle de excesso de peso, orientando a população acerca de uma alimentação balanceada para diminuição de ocorrência de DCNT e seus agravos.

Palavras-chave: Obesidade. Risco Cardiovascular. Doença Crônica não Transmissível. Idosos.

1-Graduando em Nutrição na Faculdade de Americana, Brasil.

2-Docente do curso de Nutrição da Faculdade de Americana, Brasil.

ABSTRACT

Anthropometric and health characterization of users of the basic network of health of Americana-SP

Introduction: The gathering of epidemiologic information, health issues and what determines them in a specific population group is fundamental to create and plan health projects. **Objective:** Trace a health and anthropometric profile of the population that depend n public health. **Methods and Materials:** Study is based on doctor's reports of 527 patients that are registered for the nutritional services, dated for 2015 and 2016, analyzing Body Mass Index (BMI), waist circumference, age (5years to 85 years old), gender and signs for chronic non-communicable disease. **Results:** Women above the age of 61, with nutritional status at obesity and elevated risk for heart disease are majority of the patients to be treated. The most come diseases seen were arterial hypertension, Diabetes and Dyslipidemia. **Discussion:** It can be observed that elderly women are more interested on the public health services, due to concerns with health issues and advance age. Excess weight of the population is related to increased risks of heart diseases and chronic non-communicable diseases. **Conclusion:** A professional Nutritionist has great importance in the prevention and control of overweight in a population by informing about good eating habits and balanced dietary. An informed population can decrease non-communicable diseases and heart diseases and there risks.

Key words: Obesity. Cardiovascular Risks (heart diseases). Non-communicable Diseases. Elderly.

E-mail dos autores:

alaanacamargo@hotmail.com
 elianamartins.2012@hotmail.com
 heloiza.galhardi@yahoo.com
 mabel@fam.br
 joseaneas@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Através da urbanização e com os avanços tecnológicos no âmbito de saúde, mudanças epidemiológicas ocorreram no Brasil e no mundo, resultando em melhor prevenção, tratamento e cura de doenças infecciosas, diminuindo assim a mortalidade e aumentando a expectativa de vida das populações.

Outra consequência da transição epidemiológica foi o surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), alguns fatores como alimentação, aspectos socioeconômicos e demográficos, influenciam para a ocorrência dessas doenças (Vikram, 2014)

As DCNT envolvem as doenças cardiovasculares, respiratórias, diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica (HAS), obesidade, entre outras, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2013 foram responsáveis por 72,6% das mortes no mundo (Marques e Silva, 2015).

No ano de 2010 foi notificado que 54.542 brasileiros morreram em decorrência da diabetes mellitus. A hipertensão arterial sistêmica é considerada a principal causa de morte, causando cerca de 7,6 milhões de óbitos anualmente. No Brasil ocorreram 91.970 internações devido à essa patologia (Melo, 2013).

Em 2015 a Pesquisa Nacional de Saúde divulga que no Brasil 56,9% dos adultos apresentam excesso de peso e 20,8% são classificados como obesos.

Dados do Vigitel (2006 a 2011) apontam crescimento para os próximos anos de 8% de prevalência de hipertensão e, 19% para diabetes mellitus (Ducan e colaboradores, 2012).

As patologias crônicas representam um grave problema de saúde pública e também a principal causa dos gastos em assistência médica pelo Sistema Único de Saúde.

Além de custos médicos, existem custos indiretos significativos para a sociedade e o governo, tais como: diminuição da qualidade de vida, problemas de ajustes sociais, perda de produtividade, incapacidade e até a morte (Malta, Papini e Corrente, 2013), por exemplo, indivíduos obesos custam para o governo em serviços de saúde

aproximadamente 42% a mais do que indivíduos com peso normal (Bahia, 2014).

Calcula-se que os custos diretos associados aos pacientes ambulatoriais e hospitalizados com doenças relacionadas à obesidade e ao sobrepeso chegaram a R\$ 3,57 bilhões, sendo R\$1,15 bilhões para assistência ambulatorial e R\$ 2,38 bilhões para a assistência hospitalar, no ano de 2010.

O gasto com as doenças coronarianas anualmente é de R\$ 2,37 bilhões aproximadamente, e outras doenças crônicas como HAS, DM, doenças cardiovasculares em geral, chegam a custar por ano para o governo quase dois bilhões (Bahia, 2014).

Como estratégia para a diminuição dos gastos públicos com a saúde e o enfrentamento das DCNT, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que constitui equipes multidisciplinares para atender famílias e indivíduos (Brasil, 2006, 2011).

O profissional nutricionista pode ser inserido nesta vertente da Atenção Básica, que conhecendo especificamente a população e determinantes de risco, pode criar ações para propagação de informações acerca de uma alimentação balanceada, em atendimentos individuais e/ou coletivo, favorecendo melhoria na qualidade de vida para estas pessoas (Sena, Pereira e Rodrigues, 2016; Mancuso e colaboradores, 2012).

Desta forma o objetivo do trabalho aqui reportado é caracterizar o perfil antropométrico e de saúde de usuários atendidos em dez Unidades Básicas de Saúde na cidade de Americana-SP.

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa desenvolvida foi transversal, e realizada na cidade de Americana, que atualmente possui 231.621 mil de habitantes.

Existem 25 Unidades Básicas de Saúde de Americana (UBS) / Estratégia da Saúde da Família (ESF) na cidade e para tal análise utilizou-se prontuários de dez UBSs/ESFs localizadas nos seguintes bairros: Cariobinha, Alvorada, Jardim América, Jardim Brasil, Jardim Ipiranga, Jardim São Paulo, São José, São Luís, São Vito e Antônio Zanaga II.

As dez UBS/ESF que contribuíram para o estudo possuem atendimentos nutricionais desde 2006, onde estagiários do curso de Nutrição no atendimento aferem peso, altura e circunferência da cintura. São realizados em média, 20 atendimentos/mês por UBSs/ESFs.

Foram feitas ações, entregas de folders, orientações nutricionais individuais e coletivas, para melhoria da saúde e alimentação da população.

Ao todo foram selecionados 1033 prontuários para enquadramento critérios de inclusão/exclusão do estudo.

Como critério de inclusão aceitou-se prontuários de pacientes com informações claras e completas, de ambos os gêneros, acima dos cinco anos de idade até oitenta e cinco anos, podendo apresentar ou não doenças crônicas não transmissíveis, atendidos em primeira consulta de janeiro/2015 até junho/2016.

Foram excluídos prontuários de pacientes gestantes, com neoplasias, e prontuários cujas informações não foram claras ou faltando informações. Ao final da aplicação do critério de inclusão e exclusão, foram selecionados para a pesquisa 527 prontuários.

Para a aferição do peso, foi utilizada balança digital com capacidade de até 150 kg, e a altura foi verificada com a utilização de estadiômetro móvel. Para as classificações de estado nutricional de acordo com a faixa etária foram utilizados os seguintes protocolos: Organização Mundial da Saúde (OMS) 2006 e 2007 - Crianças e Adolescentes, OMS (1998)

para adultos, Lipschitz 1994 para idosos (acima de 60 anos), todos recomendados pelo Ministério da Saúde e disponível no protocolo do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN (Lipschitz, 1994; Brasil, 2008).

A circunferência da cintura (CC) de crianças e adolescentes, adultos e idosos foi aferida com trena inelástica. Para as classificações de risco cardiovascular de adultos e idosos utilizou-se o protocolo da OMS de 1995 e para a classificação de crianças e adolescentes (5 a 17 anos) valeu-se da tabela de percentis de Freedman e colaboradores (1999), que classifica a CC de acordo com a idade, sendo mais específico para o uso clínico/ambulatorial desta faixa etária (Pereira e colaboradores, 2010).

Durante o atendimento nutricional, o paciente relata suas principais queixas em relação às doenças que o acometem. Vários indivíduos possuem uma ou mais doenças conjuntas, tais como HAS, DM, dislipidemia, entre outras.

Após o atendimento, o estagiário insere as informações colhidas e as coloca em planilha Google Docs., que é a forma de consulta de dados antropométricos dos usuários da rede pública de saúde para os estudantes de nutrição.

O quadro 1 foi desenvolvido de acordo com o IPVS (Índice Paulista de Vulnerabilidade Social) do Município de Americana, expresso no Informativo Sócio-Econômico nº 32, disponibilizado pela Prefeitura Municipal de Americana.

Quadro 1 - Caracterização dos usuários de acordo com variáveis: UBS de atendimento e Índice Paulista de Vulnerabilidade Social (IPVS), Americana, 2016.

UBS/ESF de Atendimento	IPVS
Alvorada	IPVS 3
Cariobinha	IPVS 2
Jardim América	IPVS 2
Jardim Brasil	IPVS 2
Jardim Ipiranga	IPVS 2
Jardim São Paulo	IPVS 2
São José	IPVS 3
São Luiz	IPVS 3
São Vito	IPVS 3
Zanaga II	IPVS 2

Neste documento é informado a renda domiciliar nominal média de acordo com o IPVS, demonstrando que bairros classificados com IPVS 2 possuem renda domiciliar média de R\$3.050 e IPVS 3, R\$2.468 (Seplan, 2015; IPVS 2010).

Conforme a adaptação do Critério de Classificação Economia Brasil (CCEB), disponível pela Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP), tais rendas da população são incluídas na classe socioeconômica C.

A atual pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade São Leopoldo Mandic, com CAAE número: 55549116.8.0000.5374, e dispensado do Termo de Consentimento.

Os dados foram apresentados quanto à frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), das classes estudadas.

RESULTADOS

Os resultados indicaram predominância do sexo feminino nos atendimentos nutricionais (n=414; 79%), sendo a faixa etária que mais buscou o serviço de nutrição, foi aquela com idade superior a 61 anos (n= 146; 28%).

O estado nutricional prevalente da população estudada foi obesidade (n=311; 59%).

A maioria da população do estudo apresentou risco substancialmente elevado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Os dados estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização demográfica e antropométrica dos usuários segundo o sexo, Americana, 2016.

	Masculino n=113	Feminino n=414	Total n= 527
Faixa Etária			
5 a 20 anos	18 (16%)	29 (7%)	47 (9%)
21 a 30 anos	12 (11%)	45 (11%)	57 (11%)
31 a 40 anos	8 (7%)	66 (16%)	74 (14%)
41 a 50 anos	22 (19%)	60 (14%)	82 (16%)
51 a 60 anos	21 (19%)	100 (24%)	121 (23%)
Maiores de 61 anos	32 (28%)	114 (28%)	146 (28%)
UBS/ESF de Atendimento			
Alvorada	12 (11%)	43 (10%)	55 (10%)
Cariobinha	6 (5%)	23 (6%)	29 (6%)
Jardim América	4 (4%)	38 (9%)	42 (8%)
Jardim Brasil	23 (20%)	57 (14%)	80 (15%)
Jardim Ipiranga	4 (4%)	10 (2%)	14 (3%)
Jardim São Paulo	15 (13%)	74 (18%)	89 (17%)
São José	5 (4%)	10 (2%)	15 (3%)
São Luiz	17 (15%)	40 (10%)	57 (11%)
São Vito	14 (12%)	69 (17%)	83 (16%)
Zanaga II	13 (12%)	50 (12%)	63 (12%)
Estado Nutricional			
Magreza	9 (8%)	9 (3%)	18 (3%)
Eutrofia	20 (18%)	71 (17%)	91 (17%)
Sobrepeso	23 (20%)	84 (20%)	107 (20%)
Obesidade	61 (54%)	250 (60%)	311 (59%)
Risco Cardiovascular			
Adequado	47 (42%)	67 (16%)	114 (22%)
Risco elevado	26 (23%)	79 (19%)	105 (20%)
Risco muito elevado	40 (35%)	268 (65%)	308 (58%)

Tabela 2 - Caracterização dos usuários, segundo variáveis: Estado Nutricional e UBS/ESF de Atendimento. Americana, 2016.

UBS/ESF de Atendimento	Estado Nutricional			
	Baixo Peso n = 18	Eutrofia n = 91	Sobrepeso n = 107	Obesidade n = 311
Alvorada	1 (6%)	7 (8%)	17 (16%)	30 (10%)
Cariobinha	0 (0%)	5 (5%)	7 (7%)	17 (5%)
Jardim América	4 (22%)	7 (8%)	8 (7%)	23 (7%)
Jardim Brasil	3 (17%)	16 (18%)	8 (7%)	53 (17%)
Jardim Ipiranga	0 (0%)	2 (2%)	3 (3%)	9 (3%)
Jardim São Paulo	0 (0%)	24 (26%)	15 (14%)	50 (16%)
São José	1 (5%)	4 (4%)	3 (3%)	7 (2%)
São Luís	5 (28%)	10 (11%)	13 (12%)	29 (9%)
São Vito	2 (11%)	13 (14%)	22 (21%)	46 (15%)
Zanaga	2 (11%)	3 (3%)	11 (10%)	47 (15%)

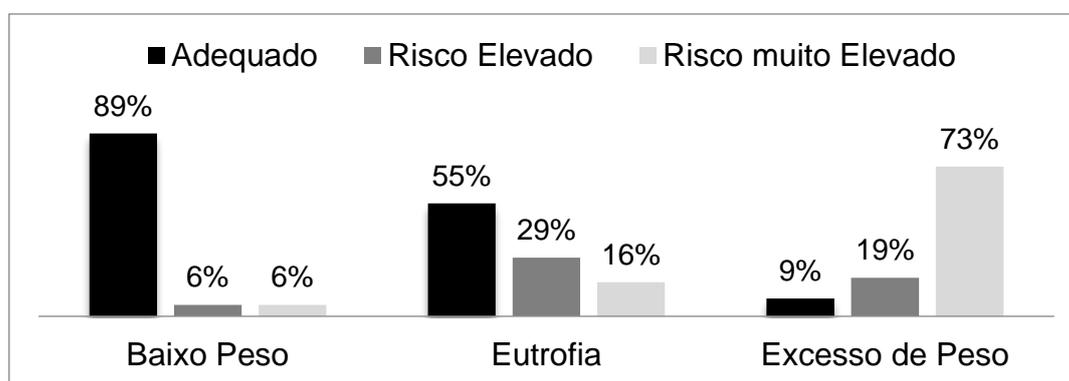


Figura 1 - Caracterização de usuários de acordo com as variáveis: estado nutricional e risco cardiovascular, Americana, 2016.

De acordo com a Tabela 2, o baixo peso foi o estado nutricional mais prevalente nas UBS/ESF do São Luís (n=5,28%) e Jardim América (n=4,22%).

A eutrofia foi predominante na UBS/ESF do Jardim São Paulo (n=24,26%) e o sobrepeso e a obesidade foram destacados nas UBS/ESF dos bairros Alvorada (n=47,26%) e São Vito (n=68,36%), respectivamente.

A figura 1 representa o risco para desenvolver doenças cardiovasculares de acordo com o estado nutricional da população estudada.

Verifica-se que com o aumento de peso há também o aumento do risco cardiovascular, apontando que a maioria de

indivíduos com Eutrofia (45%) apresentaram algum grau de risco cardiovascular, e indivíduos com Excesso de peso apresentaram risco cardiovascular muito elevado (73%).

Dentre a população estudada 371 indivíduos apresentaram algum tipo de doença crônica não transmissível.

A figura 2 representa a frequência de aparecimento dessas doenças, podendo um indivíduo apresentar uma, duas ou três patologias conjuntas.

De acordo com o gráfico é notável que a ocorrência de DCNT ocorre majoritariamente em pessoas com peso elevado. A doença mais prevalente é a hipertensão arterial sistêmica.

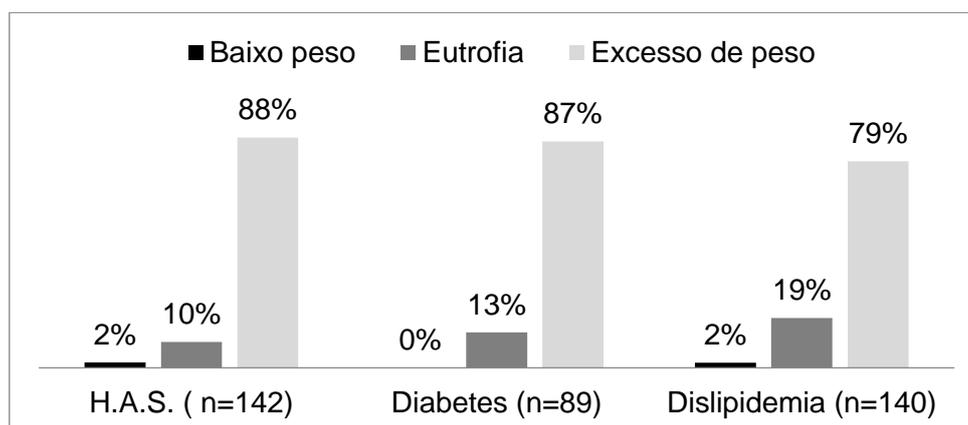


Figura 2 - Frequência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis relatadas pelos pacientes de UBS/ESF de Americana, conforme o estado nutricional, Americana, 2016.

DISCUSSÃO

A busca pelo atendimento nutricional em UBSs/ESFs em Americana ocorreu principalmente por mulheres, com idade superior a 61 anos, obesas e com risco cardiovascular elevado.

Também se verificou que o risco cardiovascular se elevou conforme o estado nutricional e que a população obesa também foi aquela que mais apresentou a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como dislipidemia, diabetes e hipertensão arterial.

Com o envelhecimento, naturalmente os indivíduos perdem massa muscular devido redução da densidade óssea e, em contrapartida aumenta-se a massa muscular gordurosa, conduzindo a alterações hormonais e metabólicas, como resistência à insulina e excesso de peso.

Havendo o aumento de peso e elevação da gordura na região abdominal é agravada a possibilidade de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e crônicas não transmissíveis (Parente, 2016).

De acordo com um estudo transversal realizado com pacientes de uma Clínica Escola em Gurupi-TO, utilizando uma amostra de 38 indivíduos, com idade média de 68 anos, demonstrou que 63% dos atendimentos realizados eram de pacientes mulheres, apresentando 100% de obesidade, 67% de DM (Rodrigues e colaboradores, 2015).

A maior incidência de DCNT por parte dos usuários da atual pesquisa foi a hipertensão arterial sistêmica, seguido de DM e dislipidemia que está diretamente relacionada ao excesso de peso.

Em uma pesquisa com um grupo de 177 idosos de 60 a 89 anos, com estado nutricional prevalente de obesidade e predomínio do gênero feminino (94%) do município de João Pessoa-PB, foi possível verificar resultado similar, que dentre as doenças crônicas não transmissíveis destacaram-se a hipertensão, dislipidemias e DM (Cavalcanti e colaboradores, 2010).

A obesidade abdominal está estreitamente relacionada a complicações cardiovasculares, o que explica o alto risco de doenças cardiovasculares encontradas no presente artigo.

Na cidade de Agua Comprida, em MG, um estudo de prevalência que observou que em 134 idosos, indicou haver maior prevalência de risco cardiovascular elevado ao utilizar a aferição da circunferência da cintura, sexo feminino, principalmente (Diniz e Tavares, 2013).

Em Belém, a pesquisa desenvolvida por Carvalho e colaboradores (2016), realizada com 138 adultos com idade entre 20 a 59 anos demonstrou resultado similar, apontando predominância de obesidade na população e risco para doenças coronarianas, além de DCNT (Carvalho e colaboradores, 2016).

A alta procura por orientações nutricionais na rede pública de saúde do presente estudo ocorreu por parte das mulheres idosas.

Resultado similar foi descrito por Oliveira, Fatel e Lorenzatto (2008) desenvolvido na cidade de Cascavel-PR que analisou 267 fichas de atendimento nutricional, correspondendo a 212 (79,4%) do sexo

feminino com idade de 4 a 79 anos; destacou-se que alguns dos principais motivos para a procura de atendimento nutricional por parte do gênero feminino é por motivos espontâneos, de saúde, estético, entre outros (Oliveira, Fatel e Lorenzatto 2008).

Na pesquisa atual observou-se que a população que mais utiliza a rede pública de atendimento de saúde é a população idosa.

Este resultado pode ser descrito com o estudo de Geib (2012) que explica que a variável renda influencia na procura por atendimentos gratuitos, visto que no Brasil há grande desigualdade deste fator.

Atualmente mulheres idosas são retiradas do mercado de trabalho e, com diminuição dos recursos financeiros valem-se da rede pública de atendimento para cuidar de sua saúde (Geib, 2012).

CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa permitiram concluir que as buscas pelos serviços de saúde de atenção primária ocorrem principalmente por mulheres, após os 60 anos de idade, com a presença de doenças crônicas não transmissíveis, obesas e com o risco de doenças cardiovasculares.

O alto custo para a saúde pública no tratamento dessas doenças demonstra que o governo necessita de estratégia e intervenção especializada na atenção básica, intensificando os princípios de prevenção e promoção da saúde.

Pode-se afirmar que o profissional nutricionista tem papel fundamental na prevenção de tais doenças, orientando sobre a alimentação do paciente e promovendo o controle de peso, para que indivíduos eutrofos não agravem seu estado nutricional se tornando acima do peso, com alterações hormonais que podem elevar o risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares e ajudando na redução de peso de usuários com sobrepeso ou obesos.

REFERÊNCIAS

1-Bahia, L.; Araújo, D. V. Impacto econômico da obesidade no Brasil. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Vol. 13. Núm. 1 2014.

2-Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN na assistência à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde.

3-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica (PNAB), Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

4-Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis-DCNT no Brasil 2011-2012. Brasília: Ministério da Saúde. 2011.

5-Carvalho, E. V.; Costa, V. V. L.; Araújo, M. S.; Martens, I. B. G.; Sá, N. N. B.; Silva, R. A. Correlação entre o estado nutricional e o risco coronariano de adultos atendidos em uma Ação educativa em Belém Pará. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. Vol. 10. Núm. 55 2016. p.40-49. Disponível em: <<http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/407/376>>

6-Cavalcanti, C. L.; e colaboradores. Envelhecimento e Obesidade: um Grande Desafio no Século XXI. Paraíba. Vol. 14. Núm. 1. p.87-92. 2010.

7-Diniz, M. A.; Tavares, D. M. S.; Fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos de um município do interior de Minas Gerais. Vol. 22. Núm. 4. p.885-892. 2013.

8-Duncan, B. B.; e colaboradores. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Revista de saúde pública*. Vol. 46. Supl. 1. 2012. p.126-134.

9-Freedman, D. S.; e colaboradores. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *The American journal of clinical nutrition*. 1999.

10-Geib, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. Ciênc. Saúde Coletiva. Vol. 17. Núm. 1. p.123-133. 2012.

11-Índice Paulista de Vulnerabilidade Social-IPVS. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. 2010.

12-Lipschitz, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. Primary care. Vol. 21. Núm. 1. p.55. 1994.

13-Malta, M. B.; Papini, S. J.; Corrente, J. E.; Avaliação da alimentação de idosos de município paulista - aplicação do Índice de Alimentação Saudável. Ciência e Saúde Coletiva. Vol. 18. Núm. 2. p.123-123. 2013.

14-Mancuso, A. M.; e colaboradores. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. Ciência & Saúde Coletiva. Vol. 17. Núm. 12. p.3289-3300. 2012.

15-Marques, L. S.; Silva, B. Y. Caracterização Nutricional, Dietética e Socioeconômica de Portadores e não Portadores de Doenças Crônicas. Revista Baiana de Saúde Pública. Vol. 39. Núm. 2. 2015. p.323.

16-Melo, J. C. A. Gastos privados com medicamentos para o tratamento do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial no Brasil: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002/3 e 2008/9. 2013. Dissertação de Mestrado. Curso de Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. 2013.

17-Oliveira, A. F.; Fatel, E. C. S.; Lorenzatto, S. Perfil de Pacientes que Procuram Atendimento Nutricional. Salus. Vol. 2. Núm. 1. p.325-327. 2008.

18-Parente, A. M. E. G. Estado nutricional dos idosos inscritos no centro de saúde de Santa Maria de Bragança. 2016. Dissertação de Mestrado. Curso de Enfermagem Comunitária. Instituto Politécnico de Bragança. Bragança. 2016.

19-Pereira, P. F.; e colaboradores. Circunferência da cintura como indicador de gordura corporal e alterações metabólicas em

adolescentes: comparação entre quatro referências. Rev. Assoc. Med. Bras. 2010.

20-Rodrigues, E. S. R.; e colaboradores. Perfil dos fatores de risco cardiovascular em pacientes hipertensos. Revista Cereus. Vol. 2. Núm. 7. p.1-17. 2015.

21-Sena, J. N.; Pereira, M. S.; Rodrigues, R. B. Reflexões sobre saúde, nutrição e estratégia saúde da família no contexto de integralidade do Sistema Único de Saúde-SUS. Revista Rede de Cuidados em Saúde. Vol. 9. Núm. 3. p.1-25. 2016.

22-Seplan. Unidade de Estatística e Análise Socioeconômica. Prefeitura de Americana. Informativo Socioeconômico do Município de Americana-SP. Núm. 32. 2015.

23-Vikram, N.; Overweight and obesity epidemic in developing countries: A problem with diem physical activity, or socioeconomic status? Scientific World Journal. 2014.

Endereço para correspondência:
 Rua Vécio José Alves, 625, Vila Mariana.
 Americana, São Paulo, Brasil.
 CEP: 13473-300.

Recebido para publicação em 02/12/2016
 Aceito em 22/01/2017