

ESTADO NUTRICIONAL, CONSUMO ALIMENTAR E PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UMA FEIRA DE SAÚDE

Sabrina Daniela Lopes Viana¹

Wanderson Felipe Santos Costa²

Kenia Máximo dos Santos³

Fabio Martinez Dias⁴

Thaina Silva Amaral Moreira⁵

Resumo: Este artigo trata-se de um relato de experiência de uma feira de saúde em que graduandos de Nutrição avaliaram o estado nutricional e o consumo alimentar dos participantes e desenvolveram atividades de educação alimentar e nutricional. A ação foi composta por três etapas: avaliação nutricional, análise do consumo alimentar e orientação nutricional. Foram avaliados 110 indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 15 e 70 anos. No conjunto total, a maioria estava eutrófica, porém, na faixa etária adulta, quase a metade apresentava excesso de peso. No tocante à alimentação, pode-se citar como aspectos positivos: 62% consumiam leguminosas regularmente, 75,6% ingeriam carne e ovos dentro das recomendações e retiravam a gordura; a substituição de comidas por

.....

¹ Mestre em Ciências pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Bacharel em Nutrição pela Universidade de São Paulo. Docente do Curso de Nutrição do Centro Universitário Adventista de São Paulo. Email: sabrinadlv@gmail.com.

² Graduando do Curso de Nutrição do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: felipedbv_santos@hotmail.com.

³ Graduando do Curso de Nutrição do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: kenia_maximo@hotmail.com.

⁴ Graduando do Curso de Nutrição do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: fabio.martinez.dias.18@bol.com.br.

⁵ Graduando do Curso de Nutrição do Centro Universitário Adventista de São Paulo. E-mail: thaina.amaral.moreira@gmail.com

lanches não era um hábito de grande parte do público; o óleo vegetal era o tipo de gordura mais utilizada; e 83% não faziam uso do sal de adição. No entanto, verificou-se a ingestão insuficiente de frutas (32%), legumes e verduras (68,1%) e água (40,3%), bem como o consumo quase que diário de doces e embutidos (54,2%). Conclui-se que a população estudada apresenta alguns comportamentos alimentares que são fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas, sendo necessárias ações de avaliação e educação nutricional.

Palavras Chaves: Estado nutricional; Consumo alimentar; Doenças crônicas não transmissíveis; Feira de saúde.

Nutricional estate, food consumption and prevention of noncommunicable chronic diseases in a health fair

14

Abstract: This is an experience report of a Health Fair in which undergraduate Nutrition students evaluated the nutritional state and dietary intake of the participants and developed food and nutrition educational activities. The operation was composed of three stages: nutritional evaluation, food consumption analysis and nutritional orientation. We evaluated 110 individuals of both sexes, aged between 15 and 70 years. In total set, most were eutrophic, but in the adult age group, nearly half were overweight. With regard to food, it can be cited as positive aspects: 62% consumed legumes regularly; 75.6% ate meat and eggs within the recommendations and withdrew the fat; the habits of replacing traditional food for snacks was not a habit of much of the public; the vegetable oil used was the most common type of fat and 83% did not use salt as addition. However, there was insufficient intake of fruits (32%) and vegetables (68.1%) and water (40.3%) and almost daily consumption of sweets and embedded (54.2%). It is concluded that the studied population presents some eating behaviors that are

risk factors for the development of Noncommunicable Chronic Diseases, actions assessment and nutrition education are required.

Keywords: Nutritional status; Food consumption; Chronic noncommunicable Diseases; Health fair.

Em muitos países, inclusive no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de mortalidade prematura, perda da qualidade de vida e de incapacidade. São de natureza multifatorial, apresentam início gradual, duração longa e incerta e seu tratamento envolve mudança no estilo de vida que, usualmente, não leva à cura, mas evita o sofrimento de seus portadores (BRASIL, 2005; 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 63% das mortes no mundo são causadas por DCNT, sendo que no Brasil foram responsáveis por 74% das mortes em 2012. Dos 38 milhões de vidas perdidas em 2012, 42% (16 milhões) eram prematuras (antes do 70 anos) e evitáveis (WHO, 2014). As DCNT de maior impacto para a saúde pública são: as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes mellitus e as doenças respiratórias crônicas⁶. A transição epidemiológica, pela qual o Brasil passa, é marcada por modificações profundas dos padrões de saúde e doença que interagem com fatores demográficos, econômicos, culturais e ambientais. A prevalência de DCNT e de fatores de risco se correlaciona com determinantes sociais, como educação, ocupação, renda, gênero e etnia (WHO, 2008; BRASIL, 2011).

Cerca de 82% das mortes prematuras por DCNT estão em países de baixa renda, a perda de produtividade devido a mortes prematuras e o custo do tratamento destas doenças constituem-se como barreiras significativas para redução da pobreza e para o desenvolvimento sustentável dos países (WHO, 2014).

.....
⁶ Informação disponível em: <<http://bit.ly/23HnM1T>>. Acesso em: abr. 2016.

O gasto com o tratamento das DCNT onera indivíduos, famílias e sistemas de saúde. Um relatório do Banco Econômico Mundial aferiu que, anualmente, países como Brasil, China, Índia e Rússia perdem mais de 20 milhões de anos produtivos de vida devido às DCNT (BRASIL, 2011). No Brasil, as DCNT estão entre as principais causas de internações hospitalares, sendo que a perda econômica com diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico, entre 2006 e 2015 foi estimada em US\$ 4,18 bilhões (GOULART, 2011). Isto, contudo, sem incluir os custos indiretos decorrentes de absenteísmo, aposentadorias precoces e perda de produtividade que ainda foram quantificados em estudos brasileiros (MALTA *et al.*, 2006). A OMS relata que o custo para reduzir a carga global de DCNT é de 11,2 bilhões de dólares, ou seja, um investimento anual de um a três dólares per capita (WHO, 2014).

Em 2005, a OMS já chamava atenção para os fatores de risco comuns e modificáveis que explicavam a grande maioria dos óbitos causados por doenças crônicas em todas as idades, em homens e mulheres, e em todas as partes do mundo (WHO, 2005). Estudos mostram que os fatores de risco modificáveis como: tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras, alimentos com altas taxas de gorduras *trans* e saturadas, o sal e o açúcar em excesso, especialmente em bebidas adoçadas, e o sedentarismo estão fortemente associados às DCNT, sendo responsáveis por mais de dois terços de todos os novos casos delas e pelo aumento do risco de complicações em pessoas que já têm estas doenças (BRASIL, 2011; IBGE, 2014).

Desde 2006, o Ministério da Saúde monitora os fatores de risco pelo VIGITEL (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico). Em 2014, o VIGITEL entrevistou 40.853 pessoas que vivem nas capitais de todos os Estados do país e do Distrito Federal (BRASIL, 2015b).

Segundo a última pesquisa do VIGITEL: 10,8% dos brasileiros fumam; 52,5% estão acima do peso ideal (sobrepeso e obesidade); e a obesidade

atinge 17,9%, tendendo a aumentar até os 44 anos e a diminuir com o aumento do nível de escolaridade em ambos os sexos. Apenas 36,5% da população consome regularmente frutas e hortaliças, sendo a proporção maior entre as mulheres e pessoas com mais de 12 anos de estudo. O hábito de consumir carnes com excesso de gordura é presente em 29,4% da população e tende a diminuir com o aumento da faixa etária, sem grandes diferenças segundo escolaridade. A frequência do consumo de alimentos doces em cinco ou mais dias da semana é de 18,1%, sendo maior entre mulheres, os mais jovens (18 a 24 anos) e tende a aumentar de acordo com o nível de escolaridade. Quase metade da população adulta estudada (48,7%) não alcançaram um nível suficiente de atividades físicas (BRASIL, 2015a).

Goulart (2011) afirma que 40% de todas as mortes anuais por DCNT são causadas pelo consumo de alimentos com altas taxas de gorduras saturadas e *trans*, de sal e de açúcar; o sedentarismo responde por 8% de todas as mortes anuais e o consumo de álcool leva a 2,3 milhões de mortes ao ano, 60% do quadro de DCNT. A morte súbita não é um resultado da maior parte das doenças crônicas, o desenvolvimento destas, progressivamente, torna as pessoas enfermas e debilitadas, quando não têm tratamento adequado. A prevenção e o controle das DCNT permitem que as pessoas tenham vidas longas e saudáveis (WHO, 2005). Conhecer e atuar sobre os fatores de risco, principalmente os de natureza comportamental (dieta, sedentarismo, dependência química — tabaco, álcool e outras drogas) é fundamental, pois são sobre eles que as ações preventivas podem ser efetivas (BRASIL, 2005).

As estratégias para redução do surgimento e agravamento de diabetes, as doenças cardiovasculares, a obesidade e vários tipos de câncer envolvem detecção precoce, aumento da atividade física, redução do tabagismo e alimentação saudável (GOULART, 2011). Neste sentido, o presente trabalho relata uma ação de extensão universitária em que estudantes do curso de Nutrição avaliaram o estado nutricional e o consumo alimentar de participantes de uma Feira de Saúde na Zona Sul de São Paulo e desenvolveram atividades de educação alimentar e nutricional.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência das atividades de nutrição em uma feira de saúde realizada no bairro do Capão Redondo, localizado na zona sul São Paulo. A zona sul é uma região administrativa estabelecida pela Prefeitura Municipal de São Paulo. Territorialmente, ela ocupa 45,5% da cidade de São Paulo, em uma área de 687 km². Em 1991, a região contava com 2.961.713 habitantes, passando para 3.510.141, em 2005 (BORELLI, 2012). O distrito do Capão Redondo juntamente com Campo Limpo e Vila Andrade formam a subprefeitura do Campo Limpo com 36,7 km², que é habitada por aproximadamente 650 mil pessoas.⁷ Dados da última pesquisa do SEADE mostram que, em 2010, a renda média da população do Capão Redondo era de R\$ 541,48, sendo que 1/3 da população vivia com renda per capita até meio salário mínimo.⁸

A feira de saúde é um programa da Igreja Adventista do Sétimo Dia, sem fins lucrativos e realizada por voluntários, com o objetivo de difundir um estilo de vida saudável por meio dos chamados “Oito remédios naturais”. Os oito remédios naturais propagados pela filosofia adventista de saúde são: ar puro, água, nutrição, temperança, ar puro, exercício físico, descanso e confiança em Deus. O evento é aberto ao público em geral, ocorre em locais públicos e é organizado em oito estações distribuídas de forma circular para facilitar o fluxo das pessoas e proporcionar uma visão panorâmica da feira (IASD, 2014).

A feira de saúde ocorreu em setembro de 2015 com a colaboração de diversos graduandos, docentes e profissionais da saúde. No estande de nutrição, oito estudantes do curso de Nutrição do Centro Universitário Adventista de São Paulo, sob a supervisão de uma docente nutricionista, desenvolveram as seguintes ações: avaliação do estado nutricional, avaliação do consumo alimentar e intervenção nutricional com base nos materiais e orientações governamentais do Ministério da Saúde.

.....
⁷ Informação disponível em: <<http://bit.ly/24L8H1B>>. Acesso em abr. 2016.

⁸ Informação disponível em: <<http://bit.ly/1TQq1wQ>>. Acesso em abr. 2016.

Para a avaliação do estado nutricional foi utilizado o método antropométrico preconizado pelo SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008; 2011a) com base nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995; 1998; 2000). Foram aferidos altura e peso corporal para o cálculo do Índice de Massa Corpórea ($IMC = \text{peso} / \text{altura}^2$) de todos os participantes e circunferência da cintura da população adulta. Os critérios para classificação do estado nutricional por IMC e circunferência de cintura encontram-se nos quadros 1 e 2.

Quadro 1- Classificação do estado nutricional por IMC, segundo faixa etária

Diagnóstico Nutricional	Adolescentes (10 a 19 anos)	Adultos (20 a 59 anos)	Idosos (a partir de 60 anos)
Baixo Peso	< Percentil 5	< 18,5	< 22
Adequado/Eufórico	≥ Percentil 5 e < Percentil 85	≥ 18,5 e < 25	≥ 22 e < 27
Sobrepeso	≥ Percentil 85	≥ 25 e < 30	≥ 27
Obesidade		≥ 30	

Fonte: Lipschitz (1994), Who (1995) e Brasil (2011a).

Quadro 2 - Pontos de corte para circunferência de cintura de mulheres e homens adultos

Circunferência da cintura	Risco aumentado para doenças cardiovasculares
> 80,0 cm	Para Mulheres
> 94,0 cm	Para Homens

Fonte: Who (2000) e Brasil (2008).

O parâmetro circunferência de cintura foi utilizado para identificar o risco aumentado para doenças cardiovasculares, uma vez que há uma relação direta entre o risco de morbimortalidade e o padrão de distribuição do tecido adiposo em indivíduos adultos (BRASIL, 2008). A avaliação do consumo alimentar foi feita por meio de uma versão simplificada do questionário com perguntas fechadas “Como vai a sua alimentação?” do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

As questões indicam o consumo de alimentos marcadores de padrões saudáveis (frutas, legumes, leguminosas, arroz e água) e não saudáveis de alimentação (carnes em excesso e com gordura, embutidos e doces, tipo de gordura utilizada na preparação dos alimentos, sal em excesso, substituição de refeições principais por lanches e bebidas alcóolicas), divisão feita na pesquisa VIGITEL.

A orientação nutricional procurou explicar e demonstrar a quantidade de sódio e açúcar em alimentos industrializados por meio de um painel e também na entrega de um folder com os dez passos para uma alimentação saudável preconizados pelo novo Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014).

Todos os dados foram digitados em uma planilha Excel e processados no programa estatístico *GraphPad Prism 6*.

Resultados

O público avaliado no estande de Nutrição foi composto 110 indivíduos, sendo 70 mulheres, 37 homens e dois não foram identificados na ficha. A idade variou entre 15 e 70 anos, sendo a idade média de 37,8 (DP= 14,7). Em relação à avaliação antropométrica, os homens se apresentaram mais altos (1,71m±0,06) e com maior peso corporal (75,5 kg ±12) do que as mulheres. No tocante ao IMC, o valor médio foi de 26 e as diferenças de IMC entre os dois sexos não foram estaticamente significantes (Tabela 1).

Tabela 1- Idade e medidas antropométricas de participantes de uma Feira de Saúde, São Paulo, 2015

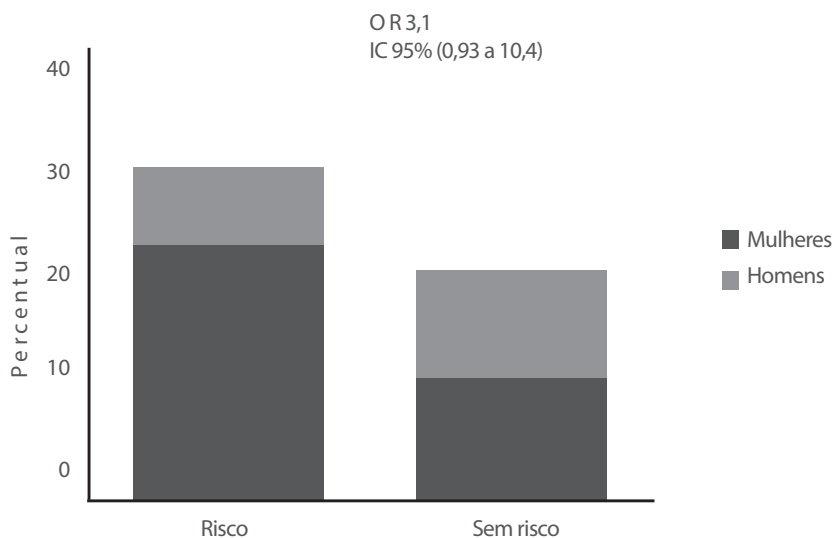
Variáveis	Media ± Desvio padrão (min-máx.) N=110	p
Idade total (anos)	37,8±14,7 (15 - 79)	0,02
Idade em Homens	40,4±17,1 (18 - 79)	
Idade em Mulheres	33,3±16,6 (15 - 76)	
Peso total (Kg)	69,3±15,1(45 -105,9)	0,001
Peso em Homens	75,5±12,1(53 - 101,5)	
Peso em Mulheres	61,4±11,4(45 - 105,9)	
Altura Total (m)	1,63±0,1 (1,48 - 1,9)	0,0001
Altura em Homens	1,71±0,06 (1,62 - 1,9)	
Altura em Mulheres	1,59±0,07(1,48 - 1,79)	
IMC Total (Kg/m ²)	26,0±5,4 (17,9 - 37,5)	0,07
IMC Homens	25,3±3,9 (17,9 - 33,5)	
IMC Mulheres	24,1±4,1(17,9 - 37,5)	
Cintura Total (cm)	90,2±13,6 (71 - 121)	0,01
CC Homens	90,6±9,0 (74 - 111)	
CC Mulheres	85,4±9,2 (71 - 121)	

CC= circunferência de cintura.

Em relação ao parâmetro circunferência de cintura, verificou-se o risco aumentado para desenvolver doenças cardiovasculares de mulheres que apresentavam a circunferência cintura maior ou igual a 80 cm e homens maior ou igual a 94 cm.

Foi verificado que 68,5% das mulheres e 41,1% dos homens apresentavam risco aumentado, sendo que a chance para mulher desenvolver doença cardiovascular é OR 3.1 vezes maior do que o homem. Entretanto, isto não se mostrou estatisticamente significativo $p=0,075$ conforme Figura 1.

Figura 1 — Percentual de risco aumentado para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares entre homens e mulheres participantes de uma feira de saúde, São Paulo, 2015



Ao verificar o estado nutricional por sexo e faixa etária (Tabela 2), todos os adolescentes estavam com peso adequado; quase metade dos adultos, de ambos os sexos, estavam com excesso de peso e a maior parte da população idosa era eutrófica.

Tabela 2 - Avaliação do estado nutricional por sexo e faixa etária
de participantes de uma feira de saúde, São Paulo, 2015

Estado Nutricional	Homens	Mulheres	Total
Adolescente			
Baixo Peso (%)	0	0	0
Eutrófico (%)	4 (100)	17 (100)	21
Sobrepeso (%)	0	0	0
Obesidade (%)	0	0	0
Adultos			
Baixo Peso (%)	1(4)	0	1
Eutrófico (%)	10 (40)	20 (55,6)	30
Sobrepeso (%)	10 (40)	12 (33,3)	22
Obesidade (%)	4 (16)	4 (11,1)	8
Idosos			
Baixo Peso (%)	0	1 (14,3)	1
Eutrófico (%)	2 (66,7)	5 (71,4)	7
Sobrepeso (%)	1 (33,3)	1 (14,3)	2
Total	32 (34,8)	60 (65,2)	92 (100)

Nota: Não foi possível classificar o estado nutricional de 18 indivíduos por ausência de algum dado antropométrico, idade e/ou sexo quando adolescente.

O questionário sobre consumo alimentar foi respondido por 72 participantes, sendo 26 homens (3 adolescentes, 19 adultos e 4 idosos) e 46 mulheres (11 adolescentes, 27 adultas e 8 idosas). O consumo de frutas, verduras e legumes recomendado pela Organização Mundial de Saúde é de pelo menos 400 gramas, ou cinco porções diárias desses alimentos (WHO,

2003). O consumo de uma fruta e de até quatro colheres de sopa de legumes/verduras é considerado insuficiente pelo Ministério da Saúde. Na feira de saúde verificou-se que 23 participantes (32%) tinham ingestão insuficiente de frutas, sendo que três participantes (dois homens adultos e uma idosa) não consumiam nenhuma porção de frutas e 20 consumiam apenas uma fruta ou um copo de suco natural por dia.

O consumo insuficiente de frutas ocorreu, principalmente, entre os homens adultos e as mulheres adolescentes e adultas. Em relação à ingestão de legumes e verduras, 68,1 % do público tinham consumo insuficiente destes alimentos (Tabela 3).

Tabela 3 — Consumo diário de frutas, legumes e verduras de participantes de uma Feira de Saúde, São Paulo, 2015

Consumo Diário	Homens			Mulheres			Total
	Adol (%)	A(%)	I(%)	Adol (%)	A(%)	I(%)	T (%)
Frutas							
Não consome	0	2(10,5)	0	0	0	1(12,5)	3 (4,2)
1 fruta/copo de suco natural	0	5(26,3)	0	4(36,3)	11(40,7)	0	20 (27,8)
2 frutas/copos de suco natural	1 (33,3)	3(15,7)	1(25)	3(27,2)	4(14,1)	1(12,5)	13 (18,1)
3 frutas/copos de suco natural	0	5(26,3)	2(50)	2(18,1)	7(25,9)	4(50)	20 (27,8)
4 ou mais frutas/copos de suco natural	2 (66,4)	4(21,2)	1(25)	2(18,1)	5(18,5)	2(25)	16 (22,2)
Legumes e Verduras							
Não consome	1 (33,3)	0	0	1(9,1)	1(3,7)	0	3 (4,2)
1 a 4 colheres de sopa	2 (66,4)	15(78,9)	1(25)	7(63,6)	15(55,5)	6(75)	46 (63,9)
5 a 8 colheres de sopa	0	3(15,7)	2(50)	3(27,2)	10(37)	2(25)	20 (27,8)
Não respondeu	0	1(5,2)	1(25)	0	1(3,7)	0	3 (4,2)

Nota: Adol= adolescentes, A= Adultos e I= Idosos.

O consumo regular de leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, grão de bico e/ou soja), quatro ou mais dias de semana, foi referido por 62,5% dos participantes, a proporção foi maior nas faixas etárias adulta e idosa.

Tabela 4 — Consumo semanal de leguminosas de participantes de uma feira de saúde, São Paulo, 2015

Frequência Semanal	Homens			Mulheres			Total
	Adol (%)	A(%)	I(%)	Adol (%)	A(%)	I(%)	T (%)
Leguminosas							
Nenhuma	0	0	1 (25)	1 (9,1)	0	0	2 (2,8)
1 vez	1 (33,3)	1(5,2)	0	1(9,1)	2(7,4)	0	5(6,9)
2 vezes	1 (33,3)	2(10,5)	1(25)	0	5(18,5)	0	9(12,5)
3 vezes	0	1(5,2)	0	4(36,3)	5(18,5)	1(12,5)	11(15,3)
4 ou mais	1 (33,3)	15(78,9)	2(50)	5(45,4)	15(55,5)	7(87,5)	45(62,5)

A ingestão elevada de carnes (principalmente, com gordura) e ovos são hábitos prejudiciais à saúde. No público estudado, 75,6% ingeriu carnes e ovos dentro das recomendações (até duas porções por dia), sendo que 22,2% referiu não comer qualquer tipo carne e 9,7% (todas mulheres) não ingeriam carnes nem ovos. Entre aqueles que consumiam carnes (boi, porco, frango e peixes), 76,8% retiravam a gordura visível ou pele (Tabela 5). O óleo vegetal foi mencionado como o tipo de gordura mais usado em casa para cozinhar os alimentos por todos os entrevistados, nenhuma pessoa mencionou o uso de gordura vegetal, margarina, banha animal ou manteiga.

Tabela 5 — Consumo diário de carnes e ovos
de participantes de uma feira de saúde, São Paulo, 2015

Consumo Diário	Homens			Mulheres			Total
	Adol (%)	A (%)	I (%)	Adol (%)	A (%)	I (%)	T (%)
Carnes e Ovos							
1 pedaço/ovo	1 (33,3)	8(42,1)	2(50)	5(45,4)	14(51,8)	3(37,5)	33(45,8)
2 pedaços/ovos	2 (66,7)	8(42,1)	2(50)	2(18,1)	6(22,2)	1(12,5)	21(29,2)
Mais de 2 pedaços/ovos	0	3(15,8)	0	1(9,1)	4(14,1)	1(12,5)	9(12,5)
Não consome	0	0	0	3(27,2)	2(7,4)	2(25)	7(9,7)
Não respondeu	0	0	0	0	1(3,7)	1(12,5)	2(2,8)

Consumo Diário	Homens			Mulheres			Total
	Adol (%)	A (%)	I (%)	Adol (%)	A (%)	I (%)	T (%)
Retira a gordura e pele?							
Sim	3 (100)	10(62,5)	2(100)	5(71,4)	19(82,6)	4(80)	43(76,8)
Não	0	6 (37,5)	0	1(14,3)	3(13)	0	10(17,9)
Retira do frango, mas não da carne	0	0	0	0	1(4,4)	0	1(1,8)
Não respondeu	0	0	0	1(14,3)	0	1(20)	2(3,6)

Os embutidos, as frituras e os doces são responsáveis pela ingestão elevada de gorduras, sódio e açúcar no Brasil. A proporção de participantes que ingerem estes produtos diariamente ou mais de quatro a cinco vezes por semana foi elevada (54,2%), sendo que os idosos de ambos os sexos foram o único grupo que não consome estes alimentos diariamente. Por outro lado, a adição de mais sal na comida que está no prato (sal de adição) não é frequente nesta população. Cerca de 69,4% dos entrevistados não substituem refeições como almoço e jantar por lanches. Dentre aqueles que substituem, a proporção é maior entre os adultos de ambos os sexos e nenhum idoso referiu trocar comida por lanches (Tabela 6).

Tabela 6 — Consumo de frituras, doces, embutidos, sal de adição e substituição de refeições por lanche de participantes de uma feira de saúde, São Paulo, 2015

Consumo alimentar	Homens			Mulheres			Total
	Adol (%)	A(%)	I(%)	Adol (%)	A(%)	I(%)	T (%)
Frituras, doces e embutidos							
Todo dia	1 (33,3)	4(21,2)	0	2(18,1)	6(22,2)	0	13(18,1)
De 4 a 5 vezes por semana	0	7(36,8)	2(50)	4(36,3)	10(37)	3(37,5)	26(36,1)
Menos que 1 vez por semana	0	5(26,3)	1(25)	5(45,4)	5(18,5)	2(25)	18(25)
Menos que 1 vez por mês	2 (66,4)	3(15,7)	1(25)	0	5(18,5)	3(37,5)	14(19,4)
Não respondeu	0	0	0	0	1(3,7)	0	1(1,4)

Consumo alimentar	Homens			Mulheres			Total
	Adol (%)	A(%)	I(%)	Adol (%)	A(%)	I(%)	T (%)
Sal de adição							
Sim	2 (66,4)	2(10,5)	0	1(9,1)	3(11,1)	1(12,5)	9(12,5)
Não	1 (33,3)	15(78,9)	4(100)	10(90,9)	23(85,1)	7(87,5)	60(83,3)
Não respondeu	0	2(10,5)	0	0	1(3,7)	0	3(4,2)
Substituição de almoço e jantar por lanches							
Sim	0	4(21,2)	0	3(27,2)	3(11,1)	0	10(13,9)
Não	2 (66,4)	14(73,6)	4(100)	7(63,6)	19(70,3)	4(50)	50(69,4)
Às vezes	1 (33,3)	1(5,2)	0	1(9,1)	4(14,1)	3(37,5)	10(13,9)
Não respondeu	0	0	0	0	1(3,7)	1(12,5)	2(2,8)

Por fim, foi averiguada a ingestão de água e de bebida alcoólica (Tabela 7). A ingestão excessiva de bebida alcoólica é considerada com um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT (BRASIL, 2015). No público avaliado, a ingestão de bebida não se mostrou um problema, visto que 86,1% dos participantes relatam nunca ingeri-la. Dentre aqueles que ingerem, a frequência é rara (8,3%) ou semanal (5,6%).

No tocante ao consumo de água, constatou-se que 59,8% ingere cinco ou mais copos de água. No entanto, é preocupante a proporção de indivíduos com baixa ingestão de água, principalmente, os idosos de ambos sexos e homens adultos.

Tabela 7 — Consumo de bebida alcóolica e água de participantes de uma Feira de Saúde, São Paulo, 2015

Consumo alimentar	Homens			Mulheres			Total
	Adol (%)	A(%)	I(%)	Adol (%)	A(%)	I(%)	T (%)
Bebida alcóolica							
Semanalmente	0	1(5,3)	0	1(9,1)	2(7,4)	0	4(5,6)
Raramente	0	1(5,3)	1(25)	1(9,1)	3(11,2)	0	6(8,3)
Nunca	3 (100)	17(89,4)	3(75)	9(81,8)	22(81,4)	8(100)	62(86,1)

Consumo alimentar	Homens			Mulheres			Total
	Adol (%)	A(%)	I(%)	Adol (%)	A(%)	I(%)	T (%)
Água							
1 a 2 copos	0	2(10,5)	1(25)	3(27,2)	3(11,1)	2(25)	11(15,3)
3 a 4 copos	0	6 (31,6)	1(25)	1(9,1)	7(25,9)	3(37,5)	18 (25,0)
5 a 7 copos	3 (100)	5(26,3)	1(25)	4(36,3)	8(29,7)	0	21(29,2)
6 - 8 ou mais copos	0	6 (31,6)	1(25)	3(27,2)	9(33,3)	3(37,5)	22 (30,6)

Por conta do tempo e da logística da Feira, a educação alimentar e nutricional focou-se em demonstrar a quantidade de sal e de açúcar de produtos industrializados, presença crescente na alimentação brasileira. Foram divulgados também os dez passos para alimentação saudável do Guia Alimentar Brasileiro, que preconiza uma alimentação baseada em alimentos *in natura* ou minimamente processados, limitando o consumo de alimentos processados e ultraprocessados; a utilização de óleos, gorduras, sal e açúcar

em pequenas quantidades; o comer em companhia e em lugar apropriado; o desenvolvimento de habilidades culinárias e ser crítico em relação às propagandas de alimentos veiculadas na mídia.

Discussão

Os dados coletados na feira de saúde demonstram resultados muito próximos de outras pesquisas como a Pesquisa Nacional de Saúde — PNS (IBGE, 2013) e o Vigitel (BRASIL, 2015a), o excesso de peso atinge quase a metade da população adulta. Na última pesquisa do VIGITEL, a proporção de brasileiros com sobrepeso e obesidade era de 52,5%, tendendo a aumentar com a idade até 44 anos.

Outro achado preocupante é a ingestão insuficiente de frutas, legumes e verduras. A OMS (WHO, 2002) estima que aproximadamente 2,7 milhões de mortes por ano podem ser atribuídas ao baixo consumo destes alimentos. Alimentos como embutidos, doces e frituras são ricos em gorduras, açúcar e sódio e estão diretamente relacionados com o desenvolvimento de DCNT. A frequência quase que diária do consumo destes produtos pelo público estudado é aproximadamente três a quatro vezes maior que a encontrada (18,1%) na pesquisa VIGITEL e na PNS (21,1%).

O excesso de peso, o baixo consumo de frutas e verduras e a ingestão elevada de gorduras *trans* e saturadas, sal e açúcar são fatores de riscos modificáveis, mas são os principais responsáveis pelo aumento na incidência de DCNT e de mortes anuais (BRASIL, 2011; GOULART, 2011; IBGE, 2014).

Por outro lado, aspectos positivos foram encontrados nesta população, como o consumo regular de leguminosas. O feijão, por exemplo, é um alimento tradicional da dieta brasileira, tem alto teor de fibras e baixa densidade energética (SOUZA, *et al.*, 2013).

A ingestão de carnes estava dentro das recomendações, mesmo entre os homens, diferindo das pesquisas nacionais em que o consumo

excessivo de carne atinge 30% da população. A troca de refeições como almoço e jantar por lanches não é um hábito desta população. Muitas vezes, a substituição de refeições completares por lanches é prejudicial, pois a troca ocorre por lanches de baixo valor nutritivo e alto valor calórico. Além disso, a proporção de pessoas que ingerem bebidas alcóolicas foi inferior às duas pesquisas citadas.

Considerações finais

A feira de saúde se mostrou como um espaço de divulgação de um estilo de vida saudável e de diagnóstico da população local. Os dados levantados na atividade de extensão possibilitaram traçar o perfil nutricional e de consumo alimentar dos participantes. Essas informações foram divididas em dois grupos: os aspectos positivos, que contribuem para uma vida mais saudável, e os aspectos negativos, os comportamentos não saudáveis.

A população estudada apresentou alguns comportamentos alimentares que são fatores de risco modificáveis, relacionados ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. O estudo demonstra que ações adicionais de avaliação e de educação nutricional são oportunas e necessárias.

Referência

BORELLI, E. Vulnerabilidades sociais e juvenil nos mananciais da zona sul da cidade de São Paulo. **Revista katálysis**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 62-69, jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p.

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 Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional — SISVAN**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 76p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional — SISVAN na assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 61p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar: como ter uma alimentação saudável**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 (Guia de bolso).

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 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2014 Saúde Suplementar: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito**

telefônico / Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. — Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis**: estratégias de controle e desafios e para os Sistemas de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde e Ministério de Saúde, 2011.

IASD- IGREJA ADVENTISTA DO SÉTIMO DIA. Ministérios da Saúde Divisão Sul-Americana da IASD. **Manual da Feira de Saúde**. 2014.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

LIPSCHITZ, D. A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care**, v.21, n.1, p. 55-67, 1994.

MALTA, D. C. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 15, n. 3, p. 47-65, set. 2006.

SOUZA, A. M. *et al.* Alimentos mais consumidos no Brasil: inquérito nacional de alimentação 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 190-199, 2013. Suppl. 1.

_____. Commission on Social Determinants of Health (CSDH). **Closing the gap in generation health equality through action on the social determinants of health**: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.

_____ . **Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases:** report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series nº 916. Geneva: World Health Organization, 2003.

_____ . **Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles 2014.** Geneva: World Health Organization, 2014.

_____ . **Obesity:** preventing and managing the global epidemic — Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 1998.

_____ . **Obesity:** preventing and managing the global epidemic. — Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization, 2000.

_____ . **Physical Status:** the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series nº 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

_____ . **Preventing chronic diseases:** a vital investment/ Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital. Geneva: World Health Organization, 2005.

_____ . **The world health report 2002:** reducing risks, promoting healthy life. Geneva: World Health Organization, 2002.