

A ATUAÇÃO DO NUTRICIONISTA DENTRO DE PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Ana Lorena Lima Ferreira¹, Carla Renata dos Santos Marques²
 Leiliane de Carvalho Cordeiro³, Naiza Nayla Bandeira de Sá⁴
 Andréa das Graças Ferreira Frazão⁵

RESUMO

Introdução e objetivo: A inatividade física e a alimentação pouco saudável são fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Este estudo objetivou identificar artigos sobre os programas de promoção de atividade física e suas interfaces com a nutrição. Materiais e métodos: Tratou-se de uma revisão sistemática, com busca em bancos de dados eletrônicos (SCIELO; BIREME e LILACS) com combinações de descritores em português: Atividade Física e Nutrição; Atividade Física e Saúde Pública; Atividade Física e Políticas Públicas; Atividade Física e Programas. Foram selecionados artigos originais, que avaliaram programas de atividade física no Brasil, com a atuação do nutricionista, publicados de 2004 a 2014. Foram excluídos artigos de revisão, de periódicos não indexados ou que não referenciam a atuação do nutricionista. Discussão e resultados: Foram incluídos 12 artigos, a maioria da região sudeste e com atuação do nutricionista predominantemente com atividades de orientação nutricional, ou aconselhamentos baseados no guia alimentar da população brasileira. Conclusão: As atuações com orientação em grupo, combinadas com direcionamentos individualizados, mostraram-se mais efetivas na redução dos fatores de risco para DCNT. Contudo, a presença limitada do nutricionista nos programas de atividade física, pode ser considerado um dado preocupante para da saúde pública.

Palavras-chave: Exercício físico. Nutrição. Saúde pública e programas

1-Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

2-Fiocruz/ Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.

3-Faculdade de Nutrição, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém-PA, Brasil.

ABSTRACT

The nutritionists activities within the programs of promotion of physical activity and health: a systematic review

Introduction and aim: Physical inactivity is the primary risk factor for chronic diseases and health hazards, such as, combining this risk factor with others, as well as snuff using and not healthy feeding, are responsible for approximately 80,0% of not contagious chronic diseases (NCCD). This review aimed to identify articles that relate health promotion programs and it's interface with nutrition. Materials and methods: It was a systematic review, with electronic databases SCIELO, BIREME and LILACS combining theses descriptors in Portuguese: Physical activity and nutrition; physical activity and public health; physical activity and program. Were selected original articles, that evaluated Brazilian's physical activity programs, within nutritionist's role, published from 2004 to 2014. Were excluded review articles, from unindexed journals or that ones that didn't have referred nutritionist 's role. Were included, after complete readings of these studies and exclusion of repeated, 12 articles. Results: Most of the studies were did at southeast region and the most often nutritionist's role was about healthy feeding orientations, or advising based at Brazilian's population alimentary guide. Conclusion: Nutritionist's role at physical activities programs can be considered effective, because it resulted at lower risks of (NCCD). But combining interventions, showed being more effective to more reliable results.

Key words: Exercise. Nutricion. Public health and programs.

4-Diretora da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal do Pará (UFPA). Professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia/ICS/UFPA.

INTRODUÇÃO

As modificações nos padrões de consumo alimentar da sociedade têm exercido influência de forma direta no estilo e na qualidade de vida dos indivíduos, podendo trazer como consequências as elevadas taxas de morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (Mendes, 2014).

Atualmente, o estilo de vida deixa de fazer referência apenas a questões biológicas e passar a refletir também nos âmbitos sociais e culturais, os quais precisam ser compreendidos, para que o atual conceito de saúde seja assimilado (Costa Junior e colaboradores, 2013).

Portanto, o modelo assistencial hospitalocêntrico, centrado na doença, não é capaz de atender as demandas geradas por essas modificações atuais no estilo de vida da população.

Fazem-se necessário um conjunto de intervenções que leve em consideração, de forma crítica, o contexto social do cotidiano dos usuários, para que as ações de promoção em saúde sejam efetivas e atendam as demandas, o que caracteriza o novo modelo assistencial de saúde, que inclui os determinantes sociais como importante fator de risco e proteção à saúde (Bezerra e colaboradores, 2011).

Contudo, apesar do modelo assistencial voltado para a cura de doenças ter sido teoricamente superado, suas raízes ainda estão fortemente ligadas ao sistema de saúde brasileiro, o que dificulta o entendimento e o desenvolvimento de políticas que visem reduzir o quadro de vulnerabilidade para DCNT (Bezerra e colaboradores, 2011). Estas são a maior causa de óbitos em todo o mundo, de forma que em 2008, 36 milhões de mortes foram ocasionados pelas DCNT (WHO, 2011).

Do total de óbitos por DCNT no mundo, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 48% foram atribuídas às doenças cardiovasculares, 21% ao câncer, 12% às doenças respiratórias crônicas e 3% à diabetes (WHO, 2011).

No Brasil, as essas foram responsáveis por 62,0% dos óbitos no ano de 2001 (Achutti e Azambuja, 2004), e 72% no ano de 2007 (Schmidt e colaboradores, 2011), de maneira que as doenças do aparelho

circulatório foram as que ocuparam o primeiro lugar (Malta, Iser e Claro, 2011).

Trata-se, portanto, de um grave problema de saúde pública, além de estar relacionado com as modificações no estilo de vida da população que inclui diversos fatores de risco como: tabagismo, hipertensão, obesidade, hipercolesterolemia, diabetes, inatividade física e estresse social (Ministério da Saúde, 2012; Ripsa, 2008), ou seja, fatores diretamente associados à alimentação, ao nível de atividade física e consequentemente a saúde.

Tem-se a inatividade física como um fator de risco primário para as doenças crônicas e agravos da saúde (Hallal e colaboradores, 2010), de forma que, cerca de 6% a 10% de todas as mortes causadas por DCNT, podem ser atribuídas a esse fator de risco (Kohl e colaboradores, 2012; WHO, 2010).

No ano de 2007, sete milhões de mortes no mundo, também por doenças crônicas não transmissíveis, poderiam ter sido evitadas se, as pessoas inativas se exercitassem o mínimo para serem consideradas ativas.

Logo, em virtude da alta prevalência, juntamente com o vasto alcance global dos seus efeitos nocivos para saúde, deve-se considerar a inatividade física uma pandemia, com amplas consequências sanitárias, econômicas, ambientais e sociais (Kohl e colaboradores, 2012).

É de fundamental importância ressaltar também o quanto a alimentação influencia na saúde da população, de forma que grande parte das DCNT são fortemente influenciadas pelos hábitos alimentares.

De acordo com a WHO (2011), o baixo consumo de verduras, frutas e legumes foi considerado o causador de quase três milhões de mortes no mundo, das quais, as doenças isquêmicas do coração responderam por 31% e as doenças cardiovasculares responderam por 11%.

Vários estudos vêm demonstrando associação entre escolhas alimentares inadequadas, como o consumo de gorduras saturadas e o baixo consumo de vegetais, com a incidência de excesso de peso e DCNT (IBGE, 2011; Rocha e Garcia, 2012; Rombaldi e colaboradores, 2011).

Dessa forma, em 2010 a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010, 2011)

estabeleceu o Plano de Ação para a Estratégia Global para a Prevenção e Controle de DCNT, 2008-2013, e as Recomendações Globais sobre atividade física para a saúde. Ambos definem estratégias para promover o aumento da prevalência dos fatores protetores para o enfrentamento das DCNT.

No contexto nacional as práticas da atividade física e da alimentação saudável estão estabelecidas dentro de políticas e programas nacionais, como na Política Nacional de Alimentação e Nutrição (Ministério da Saúde, 1999) Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS (Ministério da Saúde, 2006) e a Portaria Academia da Saúde (Ministério da Saúde, 2011).

Entretanto, a literatura tem apontado poucos dados a respeito da avaliação da efetividade dessas estratégias e principalmente quanto à atuação do profissional nutricionista, com o seguinte questionamento: pode-se considerar que as ações nutricionais, desenvolvidas nesses programas, são efetivas e capazes de gerar, de fato, modificações na saúde e no estilo de vida da população? Quais as ações que podem ser consideradas de maior efetividade e impacto na saúde da população?

Dessa forma, o objetivo da presente revisão foi avaliar os programas de promoção de atividade física e sua interface com a nutrição, identificando a atuação do profissional nutricionista nesses programas, bem como quais das ações identificadas foram mais efetivas nas populações estudadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, desenvolvido por meio de uma revisão sistemática, com busca em bancos de dados eletrônicos das seguintes plataformas: SCIELO; BIREME e LILACS.

Tais bases de dados foram selecionadas em função das grandes abrangências, sendo aceito em: 16, 31 e 19 países respectivamente (Packer, 2014; Bvs, 2014; Bireme/Opas/Oms, 2009).

Utilizou-se como questionamento norteador: Os serviços de promoção de atividade física e nutrição têm atuado de forma complementar e integrada na saúde no Brasil?

Para a realização das pesquisas nas bases de dados, foram utilizadas as seguintes combinações de descritores (Cordeiro e

colaboradores, 2007) em português: Atividade Física e Nutrição; Atividade Física e Saúde Pública; Atividade Física e Políticas Públicas; Atividade Física e Programa.

A seleção dos artigos foi uma adaptação do modelo proposto por Conforto, Amaral e Silva (Conforto, Amaral e Silva, 2011), que faz uso de filtros de seleção baseados nos critérios de inclusão do estudo, de forma que foram selecionados artigos originais, ou relatos de experiência que avaliaram programas de promoção de atividade física com vínculos governamentais e não governamentais no Brasil, com a atuação do profissional nutricionista descrita no estudo, publicados entre os anos de 2004 e 2014 e com descritores em português.

Foram excluídos os artigos de revisão bibliográfica, publicados em periódicos não indexados, os que não fizeram referência a atuação do nutricionista nos programas, as dissertações e as teses.

O filtro um consistia na leitura do título e do resumo dos artigos encontrados, enquanto o filtro dois possuía a função de excluir os artigos repetidos e o filtro três era leitura completa dos estudos pré-selecionados (Conforto, Amaral e Silva, 2011).

Após a seleção inicial aplicou-se em todos os artigos incluídos, uma adaptação do 5W1H (5W: When, What, Who, Where, Why; 1H:), uma ferramenta organizacional de qualidade que usualmente é aplicada em estudos da área de administração.

Esta ferramenta possui o objetivo de definir as partes integrantes de um plano de ação (Nehme, 2008), mas que atualmente pode ser encontrada como ferramenta de estudos de outras áreas (Novelli, 2006; Oliveira e Lacerda, 2007).

O 5W1H consiste no conjunto de perguntas que devem ser respondidas baseadas na análise dos artigos selecionados: Quando? (When), O quê? (What), Com quem? (Who), Onde? (Where), Para quê? (Why), Como? (How). Logo os formulários de identificação completos, continham os seguintes itens variáveis: Identificação do Estudo (Referência); Ano (Quando); Programa; Título; Objetivo (O quê?); Justificativa (Para quê?); Participantes (Com quem?); Idade (anos); Amostra (N); % de Indivíduos do Gênero Feminino; Local (Onde); Tipo de Estudo (Como?); Instrumento; Atuação do Nutricionista e Resultados.

RESULTADOS

Descrição do resultado do processo de busca dos artigos

Após a busca nas bases de dados, encontrou-se 885 artigos na BIREME, 273 na SCIELO e 367 na LILACS, totalizando 1.525 artigos. Após a utilização do filtro um, foram excluídos 115 artigos por serem de revisão bibliográfica, 43 por não fazerem referência da atuação do nutricionista e 1.329 por fazerem referência a outra temática que não a buscada pelo presente estudo, resultando em 38 artigos.

Em seguida, foram excluídas as repetições (filtro dois), primeiramente intra base de dados, com a exclusão de um artigo daqueles encontrados na BIREME e cinco na SCIELO, não havendo repetição de artigos entre os encontrados na LILACS.

Posteriormente, foram excluídas as repetições inter base de dados, com a exclusão de nove artigos, o que resultou em 23 artigos.

Por fim, foi aplicado o filtro três, com a leitura completa dos artigos. Neste filtro foram excluídos 11 estudos: 10 por não se referirem a atuação do nutricionista e um por se tratar de artigo de revisão bibliográfica. Logo, um total de 12 artigos (Barros e colaboradores, 2013; Costa e colaboradores 2013; Ferreira e colaboradores, 2005; Goersch e colaboradores, 2012; Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b; Romeiro e colaboradores, 2013; Scarpa, Kurashima e Takito, 2012; Scherr e colaboradores, 2010; Silva e colaboradores, 2011; Toledo, Abreu e Lopes, 2013; Venturim e Cade, 2007) atenderam aos critérios de inclusão da presente pesquisa e fizeram parte do estudo. O processo de sistematização dos artigos está descrito na Figura 1.

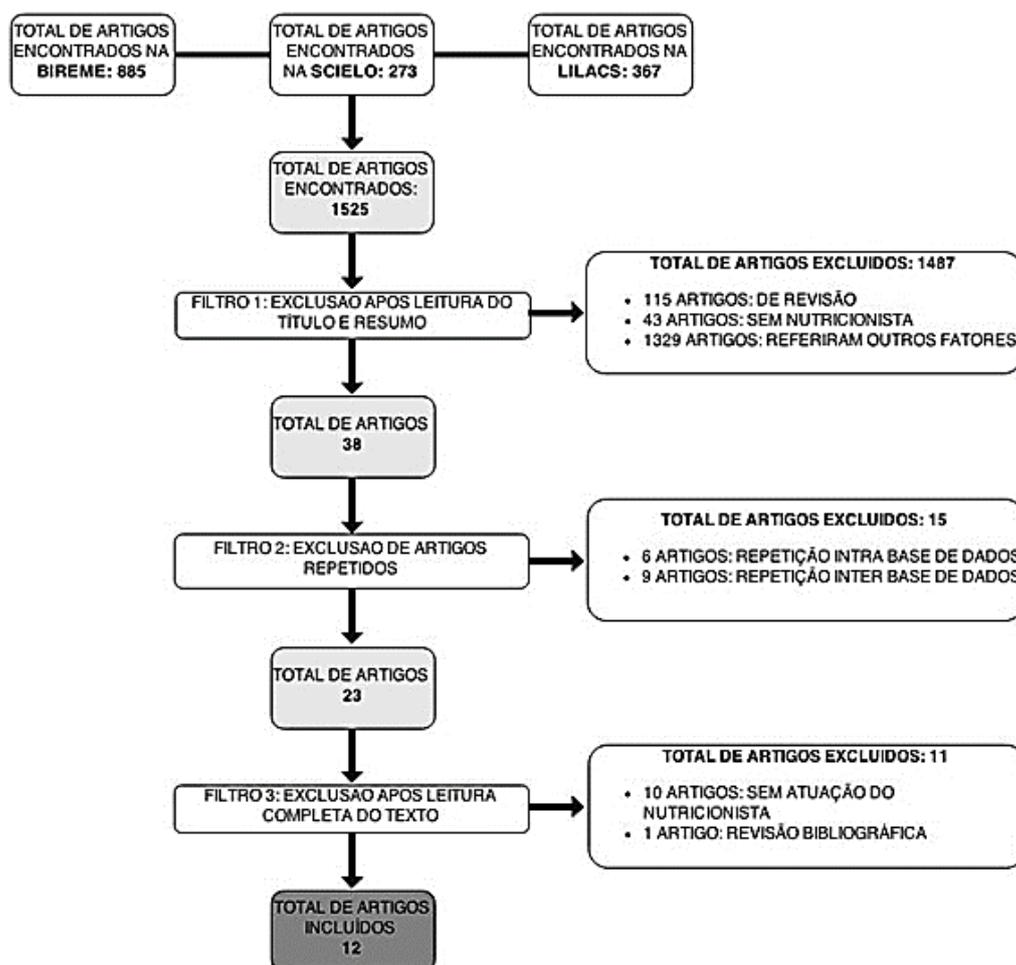


Figura 1 - Fluxograma da revisão sistemática.

Descrição dos dados dos artigos incluídos

Na tabela 1 estão descritas as seguintes características dos artigos pesquisados: identificação dos autores; ano de publicação; idade dos participantes; número de participantes; percentual do gênero feminino; local e região onde foi realizado e o tipo de estudo.

Dos 12 artigos incluídos na pesquisa, de acordo com região onde o estudo foi realizado, pode-se observar que oito (66,7 %) foram realizados na região Sudeste (Barros e colaboradores, 2013; Costa e colaboradores 2013; Ferreira e colaboradores, 2005; Scarpa, Kurashima e Takito, 2012; Scherr e colaboradores, 2010; Silva e colaboradores, 2011; Toledo, Abreu e Lopes, 2013; Venturim e Cade, 2007), dois (16,7%) na região Sul

(Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b), um (8,3%) na região Nordeste (Goersch e colaboradores, 2012) e um (8,3%) na região Centro-Oeste (Romeiro e colaboradores, 2013). Não foram encontrados estudos realizados na região Norte. Quanto ao ano de publicação, seis (50%) estudos foram publicados no ano de 2013 (Barros e colaboradores, 2013; Costa e colaboradores 2013; Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b; Romeiro e colaboradores, 2013; Toledo, Abreu e Lopes, 2013; Venturim e Cade, 2007), dois (16,7%) no ano de 2012 (Goersch e colaboradores, 2012; Scarpa, Kurashima e Takito, 2012), um (8,3%) nos anos de 2011 (Silva e colaboradores, 2011), 2010 (Scherr e colaboradores, 2010), 2007 (Venturim e Cade, 2007) e 2005 (Ferreira e colaboradores, 2005).

Tabela 1 - Caracterização dos Estudos Incluídos.

Identificação do Estudo	Ano	Idade (anos)	Amostra (n)	% Sexo Feminino	Local	Região	Tipo de Estudo
Ferreira e colaboradores	2005	61,9 ± 6,7	62	100,0	São Paulo-SP	SE	Estudo de Intervenção
Venturim e Cade	2007	49,6 ± 10,9	14	100,0	Vitória-ES	SE	Estudo quase experimental
Scherr e colaboradores	2010	62,5 ± 9,5	513	39,2	Rio de Janeiro-RJ	SE	Estudo Transversal
Silva e colaboradores	2011	> 40	80	100,0	S. José do Rio Pardo-SP	SE	Estudo Descritivo
Scarpa, Kurashima e Takito	2012	28,72 ± 4,87	57	100,0	São Paulo-SP	SE	Ensaio clínico não randomizado
Goersch e colaboradores	2012	55 ± 24	60	97,0	Fortaleza-CE	NE	Relato de Experiência
Costa e colaboradores	2013	48,7 ± 13,1	560	89,6	Belo Horizonte-MG	SE	Estudo Transversal
Toledo, Abreu e Lopes	2013	39 (85;20)	417	78,9	Belo Horizonte-MG	SE	Estudo Transversal
Poeta e colaboradores	2013a	9,6 e 9,4	32	50,0	Florianópolis-SC	S	Ensaio clínico controlado
Poeta e colaboradores	2013b	9,4	32	50,0	Florianópolis-SC	S	Ensaio clínico controlado.
Barros e colaboradores	2013	18 – 79	-	-	São Paulo-SP	SE	Estudo Descritivo
Romeiro e colaboradores	2013	18 – 79	279	-	Distrito Federal	CO	Estudo Descritivo

As amostras variaram de 14 a 560 indivíduos, e a maioria dos estudos, 83,3% (n=10) (Barros e colaboradores, 2013; Ferreira e colaboradores, 2005; Goersch e colaboradores, 2012; Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b; Romeiro e colaboradores, 2013; Scarpa, Kurashima e Takito, 2012; Silva e colaboradores, 2011; Toledo, Abreu e Lopes, 2013; Venturim e Cade, 2007), tinham amostras inferiores a 500 indivíduos.

Quanto à faixa etária, o corte obtido variou de indivíduos com oito a 85 anos, incluindo, portanto, crianças, adolescentes, adultos e idosos. Outra observação feita foi em relação à predominância de participantes do sexo feminino nos estudos, de maneira que com exceção de três estudos (25%) (Ferreira e colaboradores, 2005; Scarpa, Kurashima e

Takito, 2012; Silva e colaboradores, 2011), os quais tinham como público alvo mulheres, e dois (16,7%) (Barros e colaboradores, 2013; Romeiro e colaboradores, 2013) que não referiram à distribuição de gênero, os demais estudos apresentaram maior número de participantes do gênero feminino, com percentual médio de 77,58% (Costa e colaboradores, 2013; Goersch e colaboradores, 2012; Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b; Scherr e colaboradores, 2010; Toledo, Abreu e Lopes, 2013; Venturim e Cade, 2007).

Quanto aos tipos de estudos, encontrou-se três estudos transversais (25%) (Costa e colaboradores, 2013; Scherr e colaboradores, 2010; Toledo, Abreu e Lopes, 2013) e três estudos descritivos (25%) (Barros

e colaboradores, 2013; Romeiro e colaboradores, 2013; Silva e colaboradores, 2011), seguidos de dois estudos com ensaio clínico controlado (16,7%) (Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b). Outras metodologias pouco frequentes foram estudo quase experimental (Venturim e Cade, 2007), estudo de intervenção (Ferreira e colaboradores, 2005), ensaio clínico não randomizado (Scarpa, Kurashima e Takito, 2012) e relato de experiência (Goersch e colaboradores, 2012), sendo um estudo de cada (8,3%).

Levando-se em consideração o tipo de instrumento utilizado, observou-se que, mesmo sem existir uma padronização para estudos de avaliação, houve certa semelhança nos instrumentos adotados. Do total avaliado, cinco (41,7%) dos estudos realizaram avaliações sociodemográficas (Costa e colaboradores, 2013; Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b; Romeiro e colaboradores, 2013; Toledo, Abreu e Lopes, 2013); cinco (41,7%) realizaram avaliação do consumo alimentar, sendo os instrumentos mais utilizados o Recordatório 24 horas ou o Questionário de Frequência Alimentar (Barros e colaboradores, 2013; Costa e colaboradores,

2013; Romeiro e colaboradores, 2013; Toledo, Abreu e Lopes, 2013; Venturim e Cade, 2007). Em 91,7% (n=11) dos estudos foi realizada avaliação antropométrica (Barros e colaboradores, 2013; Costa e colaboradores, 2013; Goersch e colaboradores, 2012; Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b; Romeiro e colaboradores, 2013; Scherr e colaboradores, 2010; Scarpa, Kurashima e Takito, 2012; Silva e colaboradores, 2011; Toledo, Abreu e Lopes, 2013; Venturim e Cade 2007), sendo as variáveis mais usuais o peso, a estatura, o Índice de Massa Corporal - IMC, circunferência da cintura - CC, circunferência abdominal - CA, circunferência do quadril CQ e relação cintura/quadril; seis (50%) dos estudos avaliaram os padrões bioquímicos (Barros e colaboradores, 2013; Poeta e colaboradores 2013a; Romeiro e colaboradores, 2013; Scherr e colaboradores, 2010; Silva e colaboradores, 2011; Venturim e Cade, 2007) e três (25%), avaliaram o nível de atividade física, tendo-se como ferramenta mais usual o International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (Ferreira e colaboradores, 2005; Romeiro e colaboradores, 2013; Toledo, Abreu e Lopes, 2013).

Tabela 2 - Descrição dos usuários, da atuação do nutricionista e os resultados dos estudos incluídos na pesquisa.

Identificação do estudo	Participantes	Atuação do nutricionista	Resultados
Ferreira e colaboradores (2005)	Mulheres fisicamente ativas do Programa	Orientações nutricionais (1x/sem) sobre alimentação saudável, envelhecimento e necessidades nutricionais.	Aumento da frequência de prática de atividades moderadas: GON: 32,4%; GON/AF: 49,6%; GAF: 47,9% + 123,2 % Aumento da duração das atividades físicas moderadas.
Venturim e Cade (2007)	Adultos obesos cadastrados na UBS	Orientação Nutricional em grupo: Palestras e atendimentos individuais para avaliação nutricional e elaboração de cardápio.	Redução: Peso; IMC e RCQ (1º - 2º); Gordura corporal (1º, 2º e 3º); Ingestão calórica (10 participantes).
Scherr e colaboradores (2010)	Pacientes de um hospital público terciário	Orientação nutricional por meio de palestras educativas.	Redução: IMC: 27,17 → 26,80 kg/m ² ; CA: 93,9 ±11 cm → 93,07 ± 10,9 cm; Atividade regular ao menos 3 vezes na semana: 36% → 71%.
Silva e colaboradores (2011)	Exclusivamente mulheres a cima dos 40 anos do Posto de Saúde da Família	Orientações Nutricionais e esclarecimentos a cerca de hábitos e condutas alimentares.	Redução do peso 77,2±12,5 →71,3±4,3kg e do % de gordura. Pequenos ganhos e/ou sua manutenção ao longo dos anos da força muscular; Redução dos sintomas e da dosagem/quantidade dos fármacos para HAS, Melhora da autoestima, aumento nos níveis habituais AF. Aumento da autonomia funcional das participantes nas AVD; Redução nas despesas com tratamento farmacológico.

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento

ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

www.ibpex.com.br - www.rbone.com.br

Scarpa, Kurashima e Takit (2012)	Mulheres saudáveis da UBS	Orientações individuais: Intervenção através de contato telefônico por nutricionistas.	Redução das AF de lazer (120 min/sem): GI: 6 meses: 30% e 24 meses: 18%; GC: 6 meses: 10% e 24 meses: 4%. 2 anos após o parto: GI: 7% atingiam 150 min/sem. Lembrança ON ou para OAF: 82% do GI recordavam detalhadamente das ON; 50% lembravam-se das recomendações das OAF; → 21,4% seguiram as recomendações durante a gestação e até 2 anos após o parto; e 14,3% durante um período após o parto e 42,9% relataram não segui-las.
Goersch e colaboradores (2012)	Indivíduos de meia-idade e idosos do Centro de Saúde da Família	Intervenções educativas em saúde de maneira conjunta.	100% alta satisfação; 6% pouco satisfeitos com o espaço físico e outros fatores; 61% relataram diminuição de dores musculares; 28%, mais disposição; 25%, melhora nas AVD; 17%, mais alegria, autoestima elevada e sociabilidade; 11%, diminuição da PAI; 6%, diminuição do CT e 56% → profissional de Educação Física na UBS.
Romeiro e colaboradores (2013)	Usuário de três UBS's da região administrativa de São Sebastião no Distrito Federal	Orientações dietéticas (MS e OMS), estando centradas na qualidade das escolhas alimentares, principalmente no aumento do consumo de frutas e hortaliças.	Adesão dos usuários: 99,6% (1ª fase) 70,0% (2ª fase) e 49,3% (3ª fase). Presença de usuários: 61,1% na oficina de nutrição e 50,7% nas atividades físicas regulares;
Costa e colaboradores (2013)	Usuários do SUS da Academia da Cidade	Orientação para alimentação saudável.	70,6%: Excesso de Peso; 28,1% Eutrofia; 1,3% Baixo Peso; 55%: Consome Bebida Açucarada; 73,4% consome gordura aparente da carne bovina.
Toledo, Abreu e Lopes (2013)	Usuários da UBS	Orientação Nutricional	58,9% Excesso de peso; 53,6% risco para complicação cardiometabólica; 8,6% participa de práticas de atividade física e orientação nutricional da Academia da Cidade, 2,9% fazem acompanhamento nutricional individual na UBS.
Poeta e colaboradores (2013)	Crianças do ambulatório de cardiologia pediátrica do HIJG	Orientação nutricional em grupo (1x/sem) com palestras, jogos e brincadeiras relacionadas ao tema.	GI: Redução: IMC, CT, LDL, PAD; GC: Aumento: CA, GLICEMIA; Redução: HDL; CT. GI: 4 crianças saíram de "obesidade" para "sobrepeso".
Poeta e colaboradores (2013)	Crianças do ambulatório de cardiologia pediátrica do HIJG	Orientação nutricional em grupo (1x/sem) com palestras, jogos e brincadeiras relacionadas ao tema.	GC e GI diferiram: nos domínios QV: Físico, Emocional, Social, Psicossocial e QV geral. Os grupos não diferiram: no IMC e no domínio escolar da QV. GI: redução IMC: de 26,4 kg/m ² (95% IC = 24,55-28,59); para 25,5 kg/m ² (95% IC = 23,47-27,54).
Barros e colaboradores (2013)	Usuários do SUS	Orientações dietéticas: seguindo recomendações do MS e OMS priorizando a qualidade das escolhas alimentares.	Relutância individual a mudanças e fatores ambientais → mudança de comportamento: O momento de lazer → o de maior potencial de aumento da AF neste programa.

Legenda: SUS – Sistema Único de Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; GI: Grupo de Intervenção; CG: Grupo Controle; IMC: Índice de Massa Corporal; CT: Colesterol Total; LDL-C: Colesterol de Baixa Densidade; PAD: Pressão Arterial Diastólica; CA: Circunferência Abdominal; HDL-C: Colesterol de Alta densidade; RCQ: Risco Cintura Quadril; GON: Grupo de Orientação Nutricional; GON/AF: Grupo de Orientação Nutricional/Atividade Física; GAF: Grupo de Atividade Física; AF: Atividade Física; ON: Orientação Nutricional; OAF: Orientação de Atividade Física; QV: Qualidade de Vida; IC: Intervalo de Confiança; PA: Pressão Arterial.

A tabela 2 contém informações sobre os participantes, sobre a atuação do profissional nutricionista e sobre os resultados obtidos com os estudos.

No que se refere à origem dos participantes, 83,3% (n=10) dos estudos foi realizado com usuários do Sistema Único de Saúde (Barros e colaboradores, 2013; Goersch e colaboradores, 2012; Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b; Romeiro e colaboradores, 2013; Scherr e colaboradores, 2010; Scarpa, Kurashima e Takito, 2012; Silva e colaboradores, 2011; Toledo, Abreu e Lopes, 2013; Venturim e Cade, 2007). Após a

leitura pode-se verificar que atuação do profissional nutricionista pode ser descrita de quatro formas diferentes: grupo um: orientação nutricional, baseada em abordagem educativa encontrada em setes estudos (58,3%) (Barros e colaboradores, 2013; Costa e colaboradores, 2013; Ferreira e colaboradores, 2005; Goersch e colaboradores, 2012; Scherr e colaboradores, 2010; Silva e colaboradores, 2011; Toledo, Abreu e Lopes, 2013); grupo dois: orientação nutricional em grupo com metodologias associadas, como jogos, palestras e dinâmicas descritas em três dos estudos (25%) (Poeta e colaboradores, 2013a,

2013b; Romeiro e colaboradores, 2013); grupo três: orientação nutricional em grupo com palestras e atendimentos individuais para avaliação nutricional e elaboração de cardápio, a qual ocorreu em apenas um (8,3%) dos estudos (Venturim e Cade, 2007) e grupo quatro: orientação nutricional individual e por telefone, observada em apenas um estudo (8,3%) (Scarpa, Kurashima e Takito, 2012).

Nos estudos conduzidos pela atuação do Grupo um (Orientação Nutricional), verificou-se uma frequência entre 58,9% e 70,6% de excesso de peso, com 55% e 73,4% da população pesquisada referindo consumo de bebidas açucaradas e gordura aparente da carne, respectivamente, além de poucas pessoas terem relatado fazer acompanhamento nutricional na UBS (Barros e colaboradores, 2013; Costa e colaboradores, 2013; Ferreira e colaboradores, 2005; Goersch e colaboradores, 2012; Scherr e colaboradores, 2010; Silva e colaboradores, 2011; Toledo, Abreu e Lopes, 2013). Contudo, a orientação nutricional pode influenciar no aumento do nível de atividade física e contribuir para redução do peso, Índice de Massa Corporal (IMC), % de gordura e circunferência da cintura, além de melhorar a autonomia nas atividades da vida diária.

Já nos estudos cuja metodologia adotada foi a do Grupo dois (Orientação Nutricional em grupo, com ferramentas associadas, como jogos e palestras), verificou-se como resultado a redução do IMC, bem como de alguns marcadores bioquímicos como Colesterol Total e LowDensityLipoprotein - LDL-Colesterol, além de propiciar uma participação de 61,1% nas oficinas com objetivo de orientação nutricional (Poeta e colaboradores, 2013a, 2013b; Romeiro e colaboradores, 2013).

Quanto à modalidade de atuação do profissional nutricionista com orientação nutricional em grupo e atendimentos individuais para avaliação nutricional e elaboração de cardápio, Grupo três, houve reduções significantes do peso, IMC, Razão cintura quadril (RCQ), da gordura corporal, e importante redução da ingestão calórica (Venturim e Cade, 2007).

Por fim, em relação à modalidade de orientação nutricional individual por telefone, Grupo quatro, percebeu-se que houve uma redução dos níveis de atividades físicas no

tempo de lazer, com duração mínima de 120 minutos por semana, de maneira que somente 7% das participantes conseguiram atingir o que é preconizado para a promoção de efeitos positivos na saúde: 150 minutos por semana (Scarpa, Kurashima e Takito, 2012). No entanto, o ponto positivo foi que mesmo após dois anos de realizada a intervenção na UBS, 82% das participantes recordaram detalhadamente das Orientações Nutricionais.

DISCUSSÃO

O panorama encontrado na presente pesquisa, com a predominância de estudos realizados na região Sudeste, difere do encontrado no estudo de Barbosa Filho, Campos e Lopes (Barbosa, Campos e Lopes, 2014), uma revisão sistemática que analisou a prevalência de inatividade física, comportamentos sedentários e hábitos alimentares não saudáveis em adolescentes brasileiros, e que relatou que a maioria dos estudos incluídos foram realizados na região Sul do país. Entretanto, no referido estudo, assim como na presente pesquisa, não foram encontrados artigos realizados na região Norte.

Outro fator observado foi o ano de publicação mais frequente nos artigos incluídos: 2013. Essa ocorrência pode ser considerada reflexo do surgimento das portarias que regulamentam a atividade física como estratégia de promoção de Saúde. A primeira delas em 2006, com a Portaria 687, que cria a Política Nacional de Promoção da Saúde pelo Ministério da saúde, a qual dentro de suas ações específicas traz a prática corporal/atividade física, como um dos eixos que poderiam ser trabalhados dentro dos municípios para promover saúde. Contudo, a regulamentação específica só foi criada em 2011, com a Portaria de nº 719 que instituiu o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, o qual prima pela promoção da saúde através do incentivo à prática de atividade física, em conjunto com a promoção de bons hábitos alimentares, como fator protetor incluindo a integralidade de ações com a Atenção Básica (Ministério da Saúde, 2011).

O recorte obtido com a presente revisão variou de indivíduos com 8 a 85 anos, o que nos permite inferir que, com o avanço da idade, a funcionalidade e o nível de

atividade física são diminuídos, tornando importantes, portanto, as intervenções que objetivem a redução da velocidade dessas perdas (Krause e colaboradores, 2014).

Observou-se uma predominância de participantes do sexo feminino, com percentual médio de 77,6%. O que é relatado no estudo de Venturim e Cade (2007), os quais citam que essa realidade pode ser explicada, em função das mulheres estarem mais presentes nos serviços de saúde em diversos momentos da vida como, o pré-natal, exames ginecológicos periódicos e ao acompanharem os filhos em consultas e vacinação. Em contrapartida, de acordo com o estudo de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – VIGITEL (Ministério da Saúde, 2014), enquanto 41,2% dos homens referiram praticar atividade física no tempo livre (lazer), apenas 27,4% das mulheres referiram o mesmo padrão de atividade física. O que permite inferir que apesar das mulheres procurarem mais os serviços de saúde, os homens são considerados mais ativos fisicamente.

Ao se avaliar os instrumentos, pôde-se perceber a necessidade de uma padronização na avaliação de programas, o que corrobora com os achados de Farias Júnior (Farias e colaboradores, 2010), o qual realizou uma revisão sistemática de estudos sobre a confiabilidade e validade de instrumentos de avaliação da atividade física. Mesmo que tenha se observado certo grau de semelhança nos instrumentos adotados na presente pesquisa, a padronização possibilitaria maior confiabilidade dos estudos (Frias, Antunes e Narvai, 2004), sendo este, portanto, um fator limitante da presente pesquisa.

Os instrumentos de avaliação do consumo alimentar mais utilizados foram o Recordatório 24 horas, o qual pode ser considerado acessível, pois é rápido, simples de ser aplicado, de baixo custo e refere o consumo alimentar atual de forma satisfatória, com o quantitativos de nutrientes ofertados (WHO, 1986) auxiliando de forma importante o processo de intervenção nutricional; e o Questionário de Frequência Alimentar, o qual possibilita a investigação do hábitos alimentares, sendo portanto, primordial para investigação do consumo habitual (Vasconcelos, 2007), o que pode auxiliar na

identificação de hábitos não saudáveis e propícios para o desenvolvimento de DCNT.

As pesquisas foram conduzidas prioritariamente com usuários do sistema público de saúde. Tal fator é relevante, pois, cria subsídios para a reestruturação ou criação de políticas mais abrangentes e efetivas, condizentes com a realidade, considerando-se principalmente o quantitativo atendido, percebendo e compreendendo o diagnóstico situacional, o que é fundamental no âmbito das políticas públicas (Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2012).

Quanto à atuação do nutricionista, pode-se observar que as intervenções aliadas à promoção de atividade física, geraram modificações nos índices antropométricos e no consumo alimentar, corroborando com os achados de Frade (Frade, 2014), o qual, realizou um estudo com objetivo de investigar os efeitos de um programa de acompanhamento nutricional combinado condicionamento físico, em indivíduos com excesso de peso e obesidade, obtendo como resultado a redução do peso corporal, adesão de hábitos alimentares saudáveis e melhoras na qualidade de vida.

Outras modificações resultantes dos estudos incluídos foram as melhoras das variáveis bioquímicas e do perfil hemodinâmico, o que está em consonância com a pesquisa de Ribeiro e colaboradores (2012), que em um estudo de caso intervencional, analisou qual a importância, efetividade e possíveis limitações das estratégias de educação em saúde, dentre elas a orientação nutricional, no tratamento da hipertensão, apresentando como resultados significativos, mudanças não só nos hábitos alimentares e nas variáveis antropométricas, assim como nas variáveis bioquímicas.

Ainda, quanto à atuação do nutricionista, duas modalidades merecem ser referenciadas: a orientação nutricional, por ser a intervenção mais frequente, e a orientação nutricional em grupo combinada com atendimentos individuais para avaliação nutricional e elaboração de cardápio, por ser a atuação que não relatou pontos negativos, o que pode sugerir que combinações de intervenção podem ser mais efetivas do que a utilização de uma ou outra, como no estudo de Mello e Luft (Mello e Luft, 2004) que compara intervenções em grupo com intervenções individuais pra o nível de atividade física e

consumo alimentar e conclui que os desfechos foram semelhantes em ambos os grupos, com exceção da redução do colesterol total estatisticamente superior na intervenção individual.

CONCLUSÃO

Por fim, pode-se concluir que a maioria dos estudos encontrados não possuía nutricionista no programa de promoção de atividade física, o que pode ser considerado um dado preocupante dentro da saúde pública, uma vez que, existem estratégias mundiais e nacionais que preconizam e reforçam a importância da prática de atividade física e de hábitos alimentares saudáveis para a promoção de saúde na população.

Em relação a atuação do nutricionista dentro dos programas de promoção de atividade física, pôde-se considerar que comprovadamente mostraram-se efetivas, pois resultaram na redução dos fatores de risco para DCNT, gerando melhor qualidade de vida. Contudo, a combinação de intervenções, mostrou-se mais efetiva, do que a utilização de intervenções isoladas, bem como é imprescindível que as atuações do profissional de educação física e do profissional nutricionista estejam em consonância, para resultados mais relevantes.

REFERENCIAS

1-Achutti, A.; Azambuja, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. *Ciência & saúde coletiva*. Vol. 9. Num. 7. 2004. p. 833-840.

2-Barbosa, F. V. C.; Campos, W.; Lopes, A. S. Epidemiology of physical inactivity, sedentary behaviors, and unhealthy eating habits among brazilian adolescents: a systematic review. *Ciência & saúde coletiva*. Vol. 9. Num. 1. 2014. p. 173-194. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1413-81232004000400002&lng=en>

3-Barros, C. R.; Cezaretto, A.; Salvador, E. P.; Santos, T. C. dos; Siqueira-Catania, A.; Ferreira, S. R. G. Implementação de programa estruturado de hábitos de vida saudáveis para redução de risco cardiometabólico. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabolismo*.

Vol. 57. Num. 1. 2013. p. 7-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0004-27302013000100002&lng=en&nrm=iso>

4-Bezerra, I. M. P.; Oliveira, A. K. S.; Silva, C. C.; Lima Neto, E. A.; Silva, A. T. M. C. Velhas e novas formas de intervenção em saúde: os modelos assistenciais em análise. *Saúde em debate*. Vol. 35. Num. 89. 2011. p. 197-206. Disponível em: <http://www.saudeemdebate.org.br/UserFiles_Padrao/File/SDv35n89.pdf>

5-BVS, Biblioteca Virtual em Saúde. Rede de Países. 2014. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/php/bvsnet.php?lang=pt&list=countries>>.

6-BIREME/OPAS/OMS. LILACS: Uma História de Inovações. 2009. Disponível em: <

7-Conforto, E. C.; Amaral, D. C.; Silva, S. L. da. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. 8º Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento de Produto. *Anais de Desenvolvimento de Produto*. 2011. Disponível em: <<http://www.portaldeconhecimentos.org.br/index.php/por/content/view/full/15903>>

8-Cordeiro, A. M.; Oliveira, G. M.; Rentería, J. M.; Guimarães, C. A. Revisão Sistemática: Uma Revisão Narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. Vol. 34. Num. 6. 2007. p. 428-431. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v34n6/11.pdf>>

9-Costa, B. V. L.; Mendonça, R. D.; Santos, L. C.; Peixoto, S. V.; Alves, M.; Lopes, A. C. S. Academia da Cidade: um serviço de promoção da saúde na rede assistencial do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18. Num. 1. 2013. p. 95-102. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1413-81232013000100011&lng=pt&nrm=iso>

10-Costa Junior, G. R.; Tonello, L.; Neves, R. L.; Ribeiro, J. C.; Miranda, E. F. Qualidade de vida, estilo de vida e saúde: um artigo de

revisão. Revista Amazônia. Vol. 1. Num. 1. 2013. p. 33-40.

11-Farias, J. J. C.; Lopes, A. S.; Florindo, A. A.; Hallal, P. C. Validade e reprodutibilidade dos instrumentos de medida da atividade física do tipo self-report em adolescentes: uma revisão sistemática. Caderno de Saúde Pública. Vol. 28. Num. 9. 2010. p. 1669-1691. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0102-311X2010000900002&lng=en>

12-Ferreira, M.; Matsudo, S.; Matsudo, V.; Braggion, G. Efeitos de um programa de orientação de atividade física e nutricional sobre o nível de atividade física de mulheres fisicamente ativas de 50 a 72 anos de idade. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Vol. 11. Num. 3. 2005. p. 172-176. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1517-86922005000300004&lng=en>

13-Frade, R. E. T. Análise Da Influência De Um Programa Nutricional E De Condicionamento Físico Em Variáveis Antropométricas Em Uma Academia De São Paulo. Revista Brasileira de Nutrição Esportiva. Vol. 8. Num. 45. 2014. p. 156-163. Disponível em: <<http://www.rbne.com.br/index.php/rbne/article/view/449>>

14-Frias, A. C.; Antunes, J. L. F.; Narvai, P. C. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002. Revista Brasileira de Epidemiologia. Vol. 7. Num. 2. p. 144-154. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2004000200004&lng=en>

15-Goersch, C. M.; Lamboglia, F.; Franchi, K. M. B.; Batista, L. G.; Maia, D. S. S. Prática da Atividade Física como Facilitadora da Promoção de Saúde: Relato de Experiência Exitosa do Pró-Saúde e Pet-Saúde da UNIFOR. Revista Brasileira de Promoção de Saúde. Vol. 25. Num. 4. 2012. p. 521-526.

16-Hallal, P. C.; Tenório, M. C. M.; Tassitano, R. M.; Reis, R. S.; Carvalho, Y. M.; Cruz, D. K. A.; Damascena, W.; Malta, D. C. Avaliação do

programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. Caderno de Saúde Pública. Vol. 26. Num. 1. p. 70-78. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0102-311X2010000100008&lng=en&nrm=iso>

17-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro. 2011. 150 p

18-Kohl, H. W.; Craig, C. L.; Lambert, E. V.; Inoue, S.; Alkandari, J. R.; Leetongin, G.; Kahlmeier, S. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. The Lancet. Vol. 380. Num. 9838. 2012. p. 294-305.

19-Krause, M. P.; Buzzachera, C. F.; Hallage, T.; Pulner, S. B.; Silva, S. G. Influência do nível de atividade física sobre a aptidão cardiorrespiratória em mulheres idosas. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Vol. 13. Num. 2. 2007. p. 97-102. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1517-86922007000200006&lng=en>

20-Malta, D. C.; Iser, B. P. M.; Claro, R. M. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos: estudo transversal, Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol. 22. Num. 3. 2011. p. 423-434.

21-Mello, E. D.; Luft, V. C. M. F. Atendimento ambulatorial individualizado contra o Programa de Educação em grupo: Qual oferece Mais Mudança de Hábitos Alimentares e de Atividade Física em Crianças obesas? Jornal de Pediatria. Vol. 80. Num. 6. p. 468-474. Disponível a partir de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0021-75572004000800008&lng=en>

22-Mendes, E. V. Capítulo 1 - As situações das condições de saúde e os sistemas de atenção à saúde. IN: Mendes, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. p.25-59. Disponível em:

<<http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/resDesAtencao.pdf>>.

23-Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de Dados Básico. Brasil. Rede Interagencial de Informação para Saúde – RIPSa. Brasília. 2012. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2012/matriz.htm#mort>>

24-Ministério da Saúde. Portaria nº 710, de 10 de junho de 1999. Aprova a Política Nacional de Alimentação e Nutrição-PNAN e dá outras providências. Diário Oficial da União 11 junho de 1999.

25-Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília. Ministério da Saúde. 2014. Disponível em <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/30/Lancamento-Vigitel-28-04-ok.pdf>>.

26-Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Orçamento Federal. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Indicadores - Orientações Básicas Aplicadas à Gestão Pública/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Coordenação de Documentação e Informação – Brasília: Ministério do Planejamento, 2012.

27-Nehme, N. S. Implantação do Sistema de Gestão da Qualidade em um Laboratório de Pesquisa do Instituto Oswaldo Cruz (IOC): desafios e soluções da realidade do Programa de Acreditação de Laboratórios Clínicos (PALC). Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Rio de Janeiro. 2008.

28-Novelli, V. F. Observatório de Saúde: revisão sistemática. Dissertação de Mestrado. Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo. 2006.

29-Oliveira, P.; Lacerda, J. Habilidades e competências desejáveis aos profissionais de inteligência competitiva. Ciência da Informação. Vol. 36. Num. 2. 2007. p. 46-53.

Disponível em: <<http://revista.ibict.br/ciinf/article/view/1175/1338>>

30-Packer, A. L. SciELO - 15 Anos de Acesso Aberto: um estudo analítico sobre Acesso Aberto e comunicação científica. Unesco. 2014. p. 188. Disponível em: <<http://www.scielo.org/local/File/livro.pdf>>

31-Poeta, L. S.; Duarte, M. F. S.; Caramelli, B.; Jorge, M.; Giuliano, I. C. B. Efeitos do exercício físico e da orientação nutricional no perfil de risco cardiovascular de crianças obesas. Revista da Associação Médica Brasileira. Vol. 59. Num. 1. 2013a. p. 56-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302013000100012&Ing=en>

32-Poeta, L. S.; Duarte, M. F. S.; Giuliano, I. C. B.; Mota, J. Intervenção interdisciplinar em Crianças obesas e o Impacto na Saúde e Qualidade de vida. Jornal de Pediatria. Vol. 89. Num. 5. 2013b. p. 499-504. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000500013&Ing=en>

33-Ribeiro, A. G.; Cotta, R. M. M.; Silva, L. S.; Ribeiro, S. M. R.; Dias, C. M. G. C.; Mitre S. M.; Nogueira-Martins, M. C. F. Hipertensão arterial e orientação domiciliar: o papel estratégico da saúde da família. Revista de Nutrição. Vol. 25. Num. 2. 2012. p. 271-282. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000200009&Ing=en>

34-Ripsa, Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde, Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2008. p. 350. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>>

35-Rocha, C. L.; Garcia, L. Avaliação nutricional, alimentar e dos hábitos de vida de trabalhadores de um hotel do litoral baiano. Revista da Unifebe. Vol. 1. Num. 10. 2012. p. 59-67.

- 36-Rombaldi, A. J.; Neutzling, M. B.; Silva, M. C. D.; Azevedo, M. R.; Hallal, P. C. Factors associated with regular non-diet soft drink intake among adults in Pelotas, Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 45. Num. 2. 2011. p. 382-390. Disponível em: <http://www.scielo.br/readcube/epdf.php?doi=10.1590/S0034-89102011005000009&pid=S0034-89102011000200017&pdf_path=rs/v45n2/en_1664.pdf&lang=en>
- 37-Romeiro, C.; Nogueira, J. A. D.; Tinoco, S. G.; Carvalho, K. M. B. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Vol. 18. Num. 1. 2013. p. 132-142.
- 38-Scarpa, S. C.; Kurashima, C. H.; Takito, M. Y. Impacto da orientação para a prática regular de atividade física dois anos após o parto. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. Vol. 12. Num. 2. 2012. p. 155-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1519-38292012000200006&lng=en&nrm=iso>
- 39-Scherr, C.; Cunha, A. B.; Magalhães, C. K.; Abitibol, R. A.; Barros, M.; Cordovil, I. Intervenção nos hábitos de vida em instituição pública. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. Vol. 94. Num. 6. 2010. p. 1-08. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0066-782X2010000600005&lng=en&nrm=iso>
- 40-Schmidt, M. I.; Duncan, B. B.; Azevedo e Silva, G.; Menezes, A. M.; Monteiro, C. A.; Barreto, S. M.; Chor, D.; Menezes, P. R. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *The Lancet*. Vol. 377. Num. 9781. 2011. p. 1949-1961. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>
- 41-Silva, M. P.; Santos, J. W. P.; Souza, A. N.; Tempesta, S. D.; Avelino, R. A. Programa multidisciplinar para promoção da saúde envolvendo atividade física supervisionada: ações do PAFIPNES na atenção à saúde de mulheres em uma Unidade Básica de Saúde de São José do Rio Pardo-SP. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Vol. 6. Num. 1. 2011. p. 362-366.
- 42-Toledo, M. T.; Abreu, M. N.; Lopes, A. C. S. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 47. Num. 3. 2013. p. 540-548. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-89102013000300540&lng=en&nrm=iso>
- 43-Vasconcelos, F. A. G. de. Tendências Históricas dos Estudos dietéticos no Brasil. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. Vol. 14. Num. 1. 2007. p. 197-219. Disponível a partir de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0104-59702007000100010&lng=en>
- 44-Venturim, L. M. V. P.; Cade, N. V. Efeitos do programa "P.E.S.O." (Promoção de estilo de vida saudável na obesidade) sobre variáveis antropométricas, hemodinâmicas e bioquímicas. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*. Vol. 12. Num. 1. 2007. p. 19-26. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/802/811>>
- 45-World Health Organization. Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva. World Health Organization. 2010. p. 60. Disponível em <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf?ua=1>
- 46-World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva. World Health Organization. 2011 p. 176.
- 47-World Health Organization. Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull World Health Organ*. Geneva. World Health Organization. Vol. 64. Num. 9. 1986. p. 929-941. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2490974/pdf/bullwho00083-0148.pdf>>

Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento
ISSN 1981-9919 versão eletrônica

Periódico do Instituto Brasileiro de Pesquisa e Ensino em Fisiologia do Exercício

w w w . i b p e f e x . c o m . b r - w w w . r b o n e . c o m . b r

5-Professora Adjunto da Universidade Federal do Pará, Faculdade de Nutrição, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Doenças Tropicais do Núcleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará.

E-mails dos autores:

analorenaferreira@gmail.com

carla.renata.1@gmail.com

leilicarvalho28@hotmail.com

naizasa@ufpa.br

deabrelaz@gmail.com

Recebido para publicação em 19/03/2017

Aceito em 18/06/2017