

GRUPO VIDA SAUDÁVEL: UMA ESTRATÉGIA MULTIPROFISSIONAL DE PROMOÇÃO À SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Tainah Pessoa Cabral (1); Carla Emanuelle de Medeiros Nunes (2); Mairthes Fernanda de Medeiros Freitas (3); Suênia Sâmara de Moraes Lopes da Cruz (4); Lourdes Michele Duarte de Moraes (5)

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - tainahpcabral@gmail.com

¹Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - cemanuelle@gmail.com

²Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - mairthesnanda@hotmail.com

³Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) - suenia_samara@hotmail.com

⁴Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) - micheleduartemoraes@hotmail.com

Resumo: A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são fatores essenciais para a redução da morbimortalidade. Quando aliados à ações de promoção à saúde, contribuem para a duração e qualidade de vida dos indivíduos com excesso de peso, no que diz respeito à aceitação social e bem estar, individual e coletivo. Trata-se de uma pesquisa em andamento, de caráter qualiquantitativo e exploratório, a partir da implantação do grupo Vida Saudável, conduzido por residentes multiprofissionais em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, na cidade de Mossoró, Rio Grande do Norte, no período de Fevereiro à Maio de 2016. O grupo Vida Saudável se refere à uma estratégia de promoção à saúde, no âmbito da Atenção Básica, com foco no acompanhamento nutricional e adoção de hábitos saudáveis. A avaliação antropométrica realizada durante as reuniões referente à a mostra inicial verificou que, em relação ao peso, dos 8 participantes, 5 tiveram perda de peso. Diante do exposto, observou-se que a maioria dos participantes alcançaram resultados satisfatórios, a partir da redução de medidas e relatos de mudanças de hábitos.

Palavras-Chaves: Obesidade, Promoção à Saúde, Atenção Básica, Equipe Multiprofissional.

Introdução

A obesidade corresponde a um balanço energético positivo, o que favorece o acúmulo de gordura corporal, responsável por causar alterações metabólicas no organismo e elevar os riscos do desenvolvimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), por meio de agravos, como a resistência à insulina, o aumento da pressão arterial, bem como dos níveis de colesterol e triglicerídeos à nível sanguíneo. Dentre as possíveis causas relacionadas à essa condição,

envolvem-se aspectos biológicos, históricos, sociais, genéticos e culturais. Em decorrência disso, tornou-se um agravo de caráter multifatorial (OMS, 2000).

De acordo com Schmidt et al. (2011), a prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são fatores essenciais para a redução da morbimortalidade. Quando aliados à ações de promoção à saúde, contribuem ainda para a duração e qualidade de vida dos indivíduos com excesso de peso, no que diz

respeito à aceitação social e bem estar, individual e coletivo.

O levantamento de dados realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2015, revelou que cerca de 60% da população brasileira encontra-se acima do peso. Os resultados obtidos indicam a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas que correspondam às demandas quanto à prevenção e tratamento do sobrepeso e obesidade, em caráter de urgência (ABESO, 2015).

Em relação à assistência ao indivíduo com estado nutricional de sobrepeso e obesidade, faz-se necessária a efetivação de ações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN), que contemplem todos os pontos de atenção à saúde, visando a identificação dos casos, bem como a estratificação de risco, fundamentais para a organização da oferta de cuidado (BRASIL, 2014).

No âmbito da Atenção Básica, a VAN deve estar presente na rotina das atividades executadas pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), como estratégia para identificação da situação alimentar e nutricional da população adstrita, classificação do risco, acompanhamento do estado nutricional da comunidade e avaliação do impacto das ações desenvolvidas, de modo a garantir uma atenção integral (BRASIL, 2014).

Para isso, as equipes da Atenção Básica devem contar com o apoio matricial interdisciplinar, como forma de potencializar a resolutividade das ações de prevenção e tratamento, por meio da ampliação dos saberes na oferta do cuidado. Nesse sentido, os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) representam um suporte fundamental por se apresentarem como equipes multiprofissionais (BRASIL, 2014).

Dentre os profissionais que podem estar atuando em conjunto com as ESF estão os residentes multiprofissionais. A cidade de Mossoró, localizada no Rio Grande do Norte, conta com o apoio de 58 residentes, de 6 categorias profissionais, sendo enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social, que atuam em 8 Unidades Básicas de Saúde (UBS) da cidade. Estes profissionais fazem parte do primeiro Programa de Pós-Graduação em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade do estado, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), em parceria com a Prefeitura Municipal de Mossoró (PMM).

Uma possível estratégia para a promoção da saúde e manejo da obesidade que pode estar sendo implantada pelos profissionais de saúde se refere aos encontros em grupo que, segundo Reis (2010), trata-se de um recurso viável, de baixo custo e maior alcance, a partir da criação de ambientes

acolhedores, proporcionando a identificação dos indivíduos entre si e o compartilhamento de experiências

A implantação de grupos de caráter terapêutico tem o objetivo de ofertar condições favoráveis à adoção de novos hábitos entre os participantes, buscando o autocuidado destes, em um ambiente de apoio e respeito (CLÍMACO E RANGEL, 2011).

No território em que uma das equipes de residentes multiprofissionais estão inseridos verificou-se um alto índice de indivíduos com sobrepeso e obesidade, ocasionando elevação na demanda de casos destinados à ESF. Em decorrência da dificuldade de ofertar um cuidado integral à essa população, fez-se necessário o planejamento de uma estratégia, articulada de forma intersetorial, visando a redução de agravos. Considerou-se, portanto, a implantação de um grupo de promoção à saúde, denominado Vida Saudável.

Desse modo, a pesquisa relata a implantação do grupo Vida Saudável, com o objetivo de reduzir o índice de sobrepeso e obesidade, bem como estimular a prática de hábitos saudáveis de indivíduos, no âmbito da Atenção Básica, no município de Mossoró/RN.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa em andamento, de caráter quali-quantitativo e exploratório, a partir da implantação do grupo Vida Saudável, conduzido por residentes multiprofissionais em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, na cidade de Mossoró, localizada no Rio Grande do Norte, no período de Fevereiro à Maio de 2016.

O grupo Vida Saudável se refere à uma estratégia de promoção à saúde, no âmbito da Atenção Básica, com foco no acompanhamento nutricional e adoção de hábitos saudáveis, tendo como público-alvo os moradores do bairro Bom Jesus, que são assistidos pela Unidade Básica de Saúde do mesmo território, da qual a equipe faz parte.

Para a implantação do grupo na comunidade houve a necessidade de realizar parcerias com dois equipamentos sociais do bairro, em que o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) cedeu o espaço para a realização das reuniões, enquanto a UBS contribuiu para a divulgação, com a aplicação de cartazes no local, e sensibilização da comunidade por meio de visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os interessados em se inserir nas atividades do grupo foram convidados a participar de uma triagem, a fim de verificar se correspondem aos seguintes critérios: apresentar-se com excesso de peso, a partir da

classificação do IMC $> 24,9\text{Kg}/\text{m}^2$; ter acima de 18 anos; apresentar interesse e disponibilidade para participar das reuniões nos dias pré-determinados.

O grupo é conduzido pela nutricionista residente e conta com o apoio e participação de uma equipe multiprofissional de residentes durante a realização das atividades, contemplando mais cinco categorias profissionais: enfermagem, fisioterapia, odontologia, psicologia e serviço social.

As reuniões acontecem de forma mensal, sendo na terceira terça-feira de cada mês, no período vespertino, no CRAS. Até o momento, realizou-se 4 reuniões.

Em cada uma delas, a nutricionista residente realiza a atualização de dados antropométricos (aferição de peso, altura, IMC e circunferência da cintura), que são registrados em duas Fichas de Acompanhamento, sendo uma pertencente ao nutricionista residente, e outra ao participante conforme modelo em Apêndice A. Em momento posterior, os dados também são repassados para os prontuários de cada participante na UBS. A aferição de medidas ocorre com o auxílio de uma balança digital (capacidade de 150Kg), estadiômetro portátil, fita métrica inelástica e inextensível (150cm) e calculadora.

Em seguida, aborda-se algum tema relacionado aos hábitos saudáveis, conduzido

pelo profissional da equipe que possuir maior propriedade no assunto. Sugere-se que, na implantação de novos grupos, os dois primeiros temas sejam fixos, pois correspondem à apresentação da proposta do grupo e cadastro dos participantes, seguido da entrega do cardápio e orientações nutricionais, ambos conduzidos pela nutricionista, podendo contar com o apoio de outros profissionais.

Os demais temas abordados podem ser pré-determinados pela equipe ou sugeridos pelo próprio grupo, de acordo com o interesse e disponibilidade de todos os envolvidos. Geralmente, os assuntos são abordados de forma dinâmica, com a utilização de recursos interativos e audiovisuais.

Os interessados em participar do grupo podem dar entrada a qualquer momento, desde que se identifiquem com os pré-requisitos citados anteriormente. Em relação à desistência, esta ocorre de forma voluntária e em qualquer etapa do grupo.

Resultados e Discussão

Na primeira reunião houve o acolhimento dos participantes e apresentação da proposta do grupo, bem como explanação dos pré-requisitos e funcionamento das atividades, incluindo datas, horários, local e temas a serem abordados pela nutricionista residente. Em seguida, a equipe multidisciplinar se articulou para a realização

dos cadastros e aferição de medidas antropométricas.

Na segunda reunião, a nutricionista residente apresentou o cardápio proposto para o grupo, seguido de orientações nutricionais, visando esclarecer as principais dúvidas. O cardápio proposto foi aplicado com o intuito de nortear os participantes no início do processo de reeducação alimentar, visando o autocuidado e manejo no controle do peso. Vale ressaltar que o cardápio elaborado segue as recomendações de uma alimentação equilibrada e não deve ser aplicado na rotina alimentar de alguém não inserido no grupo.

Para Clímaco e Rangel (2011), a reeducação alimentar, quando realizada em grupo, assume um papel fundamental no processo de transformação, visto que os envolvidos no processo tem maior facilidade de adotar um novo hábito quando encontram-se em coletividade. É considerado, ainda, um método eficaz, pois o contato com outras pessoas que apresentam necessidades semelhantes contribui de forma positiva no enfrentamento de obstáculos, oriundos de sentimentos de solidão, isolamento e frustração (CLÍMACO E RANGEL, 2011).

De acordo com Rotemberg e Vargas (2004), a educação alimentar de forma efetiva é um fator essencial no manejo do peso, proporcionando o empoderamento do indivíduo quanto aos conhecimentos

necessários para escolher as melhores opções alimentares, favorecendo o autocuidado e adoção de práticas saudáveis.

A terceira reunião apresentou os riscos do consumo de alimentos industrializados pela nutricionista residente que, na oportunidade, demonstrou o modo como se faz a leitura de rótulos de alimentos. Em seguida, a psicóloga residente foi convidada a abordar a influência da mídia sobre as pessoas quanto ao consumo desses alimentos. Esse tema destaca-se por sua importância na atualidade e por estar diretamente inserido na rotina dos participantes.

O comportamento alimentar é resultante da influência de aspectos biológicos, psicológicos, socioculturais e psicossociais, que interferem na escolha dos alimentos a serem consumidos. Ultimamente, a mídia vem se destacando como mais um fator determinante dessa escolha dos indivíduos. No entanto, constata-se que a alimentação divulgada nos meios de comunicação, na maioria das vezes, são conduzidas por interesses econômicos que negligenciam à nutrição, podendo trazer sérios riscos à saúde daqueles que os consomem (CHAUD e MARCHIONI, 2004).

A quarta reunião teve como temática a Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial, explanadas pela nutricionista residente. A fisioterapeuta residente finalizou

apresentando a importância da prática de exercícios físicos de forma regular, com a condução de exercícios de alongamento. Fez-se necessária a abordagem desse tema a partir da alta prevalência de tais DCNT na população brasileira, que acometem, inclusive, participantes do próprio grupo.

A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013 revelou que a Hipertensão atinge 31,3 milhões de pessoas acima de 18 anos, referente à 21,4% da população, considerado importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. No que diz respeito à Diabetes Mellitus, esta acomete 9 milhões de brasileiros, totalizando 6,2% da população adulta. O levantamento aponta, ainda, que o acompanhamento no âmbito da Atenção Básica tem sido fundamental para a redução dos desfechos mais graves das doenças (IBGE, 2013).

O cronograma detalhado do temas do grupo pode ser consultado em Apêndice B. O grupo continua com suas atividades de forma regular e os próximos três temas já se encontram pré-definidos e acordados com os profissionais responsáveis, podendo sofrer alterações de acordo com a disponibilidade dos envolvidos.

No período estabelecido para a coleta de dados do presente estudo, referente aos quatro primeiros meses após a implantação do

grupo, cadastraram-se 27 pessoas. No entanto, devido a instabilidade na presença dos participantes durante as reuniões, acarretando na insuficiência de parâmetros para avaliação, considerou-se apenas os dados coletados dos indivíduos que frequentaram todas as reuniões já realizadas, totalizando uma amostra de 8 participantes.

A partir dos cadastros realizados, percebeu-se que o público considerado para a pesquisa é formado apenas por pessoas do sexo feminino, com faixa etária diversa, variando entre 18 e 49 anos. Apenas 1 refere-se ao consumo de bebidas alcoólicas e todas negaram o uso de outras drogas.

Em relação às DCNT, 2 são portadoras de Hipertensão Arterial, enquanto 1 apresenta doença renal. Quando questionadas sobre as alergias alimentares, 2 referem-se a intolerância à lactose, enquanto 1 relatou alergias à crustáceos.

A avaliação antropométrica realizada durante as reuniões neste período verificou que, em relação ao peso, dos 8 participantes, 5 tiveram perda de peso, sendo 2 com redução abaixo de 1kg do seu peso inicial (25%); 2 tiveram uma redução entre 1kg e 3kg (25%) e 1 reduziu acima de 5kg (12,5%), sendo considerada a melhor meta atingida, com a perda de 8kg. Enquanto isso, 2 indivíduos tiveram um acréscimo do seu peso inicial

inferior à 1kg (25%) e 1 participante ganhou entre 1kg a 3kg (12,5%).

O acompanhamento do estado nutricional a partir do IMC revelou que 2 pessoa iniciou com sobrepeso - 25 a 29,9Kg/m² (25%); 2 com obesidade grau I - 30 a 34,9Kg/m² (25%); 3 com obesidade grau II - 35 a 39,9Kg/m² (37,5%) e 1 com obesidade grau III - >40Kg/m² (12,5%). A maioria dos resultados se mantiveram durante o período da coleta de dados, porém, houve uma evolução de obesidade grau III para obesidade grau II.

O Índice de Massa Corporal (IMC) é utilizado nos procedimentos de diagnóstico de adultos, como classificação do estado nutricional pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN, 2011), obtido pela razão entre o peso atual e a altura ao quadrado, conforme Anexo A.

A Organização Mundial da Saúde recomenda a adoção desse método pela facilidade da obtenção dos dados, com a aferição de medidas pouco invasivas, em que se dispensa informações complementares, como a idade, bem como a utilização de parâmetros detalhados de avaliação, como as curvas de referência, sem perder a capacidade de predição de riscos de morbimortalidade. (WHO, 1998).

A ABESO (2015), divulgou em sua mais recente pesquisa que cerca de 82

milhões de pessoas encontram-se com o IMC igual ou maior do que 25Kg/m², que se refere ao sobrepeso ou obesidade, sendo a maior prevalência entre o sexo feminino, com 58,2%, diante do sexo masculino, com 55,6%.

A avaliação da Circunferência da Cintura (CC) apresentou 5 participantes com redução entre 1 a 5cm (62,5%), enquanto 2 tiveram um acréscimo entre 1 a 5cm (25%) e 1, acima de 5cm (12,5%), de acordo com a aferição inicial.

A medida da Circunferência da Cintura permite avaliar a distribuição da gordura em adultos, de forma aproximada. Por meio desta, é possível analisar os riscos de desenvolvimento de doenças metabólicas crônicas associadas ao acúmulo de gordura abdominal, de acordo com o Anexo I (SISVAN, 2011).

O acúmulo de gordura na região abdominal, relacionado ao risco elevado de doenças como DM e HAS, tende a aumentar de acordo com a idade, em ambos os sexos, apresentando riscos em cerca de 70% das mulheres acima de 55 anos e 35%, em homens (ABESO, 2015).

Os dados obtidos anteriormente, no que diz respeito ao peso, altura, IMC e CC, fazem parte de uma avaliação antropométrica física que é amplamente utilizada para diagnóstico do estado nutricional de adultos, pelo uso de métodos pouco invasivos, fácil

interpretação e necessidade de recursos materiais de baixo custo (MONTARROYOS, 2013).

Os dados coletados permanecem em registro para a continuidade da pesquisa. O estudo prevê o aumento da amostra a partir da consolidação do grupo na comunidade em questão.

Conclusão

Diante do exposto, observou-se que a maioria dos participantes alcançaram resultados satisfatórios, a partir da redução de medidas e relatos de mudanças de hábitos.

Ainda que a curto prazo e apresentação de pequena amostra, a estratégia de promoção à saúde com oferta do cuidado multiprofissional foi considerada uma alternativa eficaz, no que diz respeito à assistência à demanda do território. O grupo tornou-se, ainda, um local acolhedor para todos os envolvidos, que já faz parte da rotina do CRAS, UBS e comunidade.

Apesar da rotatividade na presença dos participantes, não houveram desistências.

Referências

_____. **Obesity**: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: WHO, 1998.

ABESO. Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. **Quase 60% dos Brasileiros estão acima do**

peso. [notícia] 21 Ago. 2015. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/noticia/quase-60-dos-brasileiros-estao-acima-do-peso-revela-pesquisa-do-ibge>>. Acesso em: 25 Maio 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_38.pdf>. Acesso: 25 Maio 2016.

CHAUD, Daniela Maria Alves; MARCHIONI, Dirce Maria Lobo. **Nutrição e Mídia**: uma combinação às vezes indigesta. Hig. aliment;18(116/117):18-22, jan.-fev. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=387691&indexSearch=ID>>. Acesso em: 29 Maio 2016.

CLÍMACO, Christiane; RENGEL, Tatiana Rúbia. **Grupos de Reeducação Alimentar**: determinantes, resultados e percepções. Out. 2011. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2011/10/31/grupos-de-reeduca-o-alimentar-determinantes-resultados-e-percep-es/>>. Acesso em: 23 Maio 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**. Rio de Janeiro: IBGE; 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pns/2013/>>. Acesso em: 24 Maio 2016.

MONTARROYOS, E.C.L. et al. **Antropometria e sua importância na avaliação do estado nutricional de crianças**

escolares. Com. Ciências Saúde. 2013; 24(1):21-26. Disponível em:<http://www.escs.edu.br/pesquisa/revista/2013Vol24_1_3_Antropometriaimportancia.pdf>. Acesso em: 23 Maio 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, Switzerland: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, n. 894).

REIS, Pedro Miguel Cubal dos. **Educação Terapêutica no Tratamento da Obesidade Dinâmicas de Grupo.** Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação. Universidade do Porto. 2010. Disponível em:<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54405/4/138147_1017TCD17.pdf>. Acesso em: 25 Maio 2016.

ROTENBERG, S; VARGAS, S. **Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família.** Rev Bras Saúde Mater Infant 2004; 4:85-94. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19984.pdf>>. Acesso em: 24 Maio 2016.

SCHMIDT M. I. et al. **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges.** Lancet, [S.l.], v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, June 2011. Disponível em:<http://www.sbh.org.br/pdf/lancet_collection.pdf>. Acesso em: 25 Maio 2016.

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dado>

s_antropometricos.pdf>. Acesso em: 23 Maio 2016.

APÊNDICE B - Cronograma do Grupo Vida Saudável

Reuniões	Mês	Tema	Profissionais Responsáveis
1ª Reunião	Fevereiro	Apresentação do grupo	Equipe Multiprofissional
		Cadastro dos Participantes	
		Avaliação Antropométrica	
2ª Reunião	Março	Avaliação Antropométrica	Nutricionista Residente
		Apresentação do Cardápio	
3ª Reunião	Abril	Consumo de Alimentos Industrializados	Nutricionista Residente
		A influência da Mídia no Consumo de Alimentos	Psicóloga Residente
		Avaliação Antropométrica	Nutricionista Residente
4ª Reunião	Maio	Diabetes e Hipertensão	Nutricionista Residente
		Prática de Exercícios Físicos	Fisioterapeuta Residente
		Avaliação Antropométrica	Nutricionista Residente
5ª Reunião	Junho	Saúde Bucal	Dentista Residentes
		Avaliação Antropométrica	Nutricionista Residente
6ª Reunião	Julho	Ansiedade e Compulsão Alimentar	Psicóloga Residentes
		Avaliação Antropométrica	Nutricionista Residente
7ª Reunião	Agosto	Carta dos Direitos dos Usuários do SUS	Assistente Social Residente
		Avaliação Antropométrica	Nutricionista Residente

Fonte: Autoria Própria, 2016.

ANEXO A - Medidas Antropométricas

Índice de Massa Corporal (IMC) = $\frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$

IMC (kg/m ²)	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
< 18,5	Baixo Peso
≥ 18,5 e < 25	Adequado ou Eutrófico
≥ 25 e < 30	Sobrepeso
≥ 30	Obesidade

Circunferência da Cintura	DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL
≥ 80,0 cm	Para Mulheres
≥ 94,0 cm	Para Homens

Fonte: Sisvan, 2011.