

A nutrição e a alimentação como pilares dos programas de promoção da saúde e qualidade de vida nas organizações

Nutrition and eating as bases for programs for health promotion and life quality in organizations

Sílvia Martinez*

201

Artigo de Revisão • Review Paper
O Mundo da Saúde, São Paulo · 2013;37(2):201-207

Resumo

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, a alimentação adequada se dá em função do consumo de alimentos e não de nutrientes; deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural. Para a OMS/ONU, apesar de muitos avanços, existem deficiências nutricionais que atingem grande número de pessoas em todo o mundo. O objetivo do presente estudo foi relacionar as questões nutricionais com os parâmetros para elaboração de programas de qualidade de vida. Alastram-se pelo mundo as epidemias da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis. Na fila de doenças silenciosas, estão também os Transtornos Alimentares. Muitos autores já citaram que o consumo dos alimentos e a forma como isso acontece têm variado bastante nas últimas décadas, em função das mudanças sociais ocorridas, principalmente a mudança do papel da mulher na formação e manutenção da estrutura familiar. Um bom programa de qualidade de vida deve passar pelo planejamento rigoroso das ações com um trabalho de diagnóstico social, físico e das condições atuais de saúde dos trabalhadores antes de qualquer ação efetiva. A alimentação pode e deve ajudar a melhorar a qualidade de vida tanto física quanto mental e social. É fator convergente para uma sociedade feliz e dinâmica que progride incessantemente.

Palavras-chave: Alimentação. Doença Crônica. Qualidade de Vida.

Abstract

According to the Food Guide for the Brazilian Population, from the Ministry of Health, adequate food depends on the consumption of food, not nutrients, and should be based on food practices that have social and cultural significance. For WHO/UN, despite many advances, there are nutritional deficiencies affecting large numbers of people around the world. The world is plagued by an epidemic of obesity and chronic non-communicable diseases; among silent diseases there are also eating disorders. Many authors have said that food consumption and the way in which this happens has varied greatly in recent decades in the light of social changes that have taken place, mainly the changing role of women in the formation and maintenance of a family structure. A good program to favour quality of life should include a rigorous planning of actions with a good diagnostic of current social, physical and health condition of workers before any effective action. Food can and should help to improve the quality of life both physically and mentally and socially. Food is factor that greatly contributes for a happy and dynamic society that constantly progresses.

Keywords: Feeding. Chronic Disease. Quality of Life.

* Nutricionista. Mestre em Administração de Empresas pela Universidade Metodista de São Paulo. Consultora e especialista em assuntos regulatórios. Docente do Centro Universitário São Camilo em nível de graduação e pós-graduação, especialização e MBA. E-mail: laissil@ig.com.br

A autora declara não haver conflitos de interesse.

INTRODUÇÃO

Entende-se por alimentação saudável o direito humano a um padrão alimentar adequado às necessidades biológicas e sociais dos indivíduos, respeitando os princípios da variedade, da moderação e do equilíbrio, dando-se ênfase aos alimentos regionais e o respeito ao seu significado socioeconômico e cultural, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional¹.

Segundo o Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde², a alimentação adequada se dá em função do consumo de alimentos e não de nutrientes; deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural. Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura, e todos esses componentes precisam ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes, contudo, os alimentos não podem ser resumidos a veículos deles, pois agregam significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas. O alimento é fonte de prazer e identidade cultural e familiar.

Dados da FAO/OMS de 2012 revelam que a alimentação e nutrição constituem uma preocupação mundial diante da constatação que, em 2050, existe uma estimativa de que seremos 9 bilhões de pessoas. Sendo assim, a produção de alimentos deverá ser 60% maior do que a atual para evitar que 300 milhões de adultos, jovens e crianças passem fome no mundo. Segundo a FAO/OMS, em 2007, uma em cada sete pessoas passava fome no mundo, cerca de 75 milhões de pessoas. Atualmente, 925 milhões de pessoas no mundo não comem o suficiente para serem consideradas saudáveis³.

Essa constatação da ONU demonstra que, apesar de muitos avanços, existem deficiências nutricionais que atingem grande número de pessoas em todo o mundo. No Brasil, encontra-se ainda a desnutrição na infância no Norte e Nordeste, carências de micronutrientes em regiões geográficas como Maranhão. Documentos oficiais do governo federal e maranhense relatam vários casos de Xeroftalmia ou hipovitaminose A. A anemia ferropriva é encontrada em grandes capitais, como São Paulo e Belo Horizonte, o

que levou o governo a definir o enriquecimento da farinha de trigo e milho com ferro e ácido fólico. A carência de iodo na dieta ainda causa bócio e alterações da tireoide, apesar do enriquecimento do sal marinho de mesa^{2,4,5,6,7}.

Outra carência encontrada é a de ácido fólico que causa mortalidade fetal até 3 meses de gestação e má formação da criança, com grandes riscos de prematuridade neonatal, apesar de haver programas de saúde com suplementação de ácido fólico para gestantes. Ademais, outra problemática são as doenças infecciosas, como a causada pelo vírus H1N1, que se alastrou pelo mundo, demonstrando a fragilidade social em relação às condições de higiene mínima, além do aumento das doenças diarreicas e respiratórias em crianças e idosos desprovidos de atenção de saúde primária⁸.

Não obstante essa condição, alastram-se pelo mundo as epidemias da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis. Essas afetam países ricos e pobres, consumindo vários bilhões de dólares em programas de combate à hipertensão arterial e a *diabetes mellitus*^{6,7}, doenças consideradas silenciosas que afetam desde crianças até idosos, em função dos hábitos alimentares e sedentarismo. No entanto, existem outros quadros patológicos preocupantes, os transtornos alimentares.

Na fila de doenças silenciosas estão também os Transtornos Alimentares, como a anorexia, que é caracterizada por um processo de inanição autoprovocado pelo medo mórbido de engordar. Pode ter início em uma dieta inocente para perder peso que vai sendo drasticamente restrita até tornar-se um semijejum. Quanto mais magro o anoréxico está, mais gordo se vê. A idade de maior incidência é por volta de 14 anos. Porém, existem casos ainda mais precoces, sendo raro seu aparecimento após os 40 anos. A maior incidência é no gênero feminino (90%). No entanto, estudos recentes vêm demonstrando que essa doença psicofísica pode afetar homens jovens^{9,10}.

Outro quadro grave encontrado pelas autoridades de saúde é a Bulimia, ou vômito autoprovocado¹¹. Tal comportamento é vivido

como alheio e repugnante ao indivíduo, porém incontrollável. Pode ser associada ao uso de medicamentos (diuréticos, laxantes, mais raramente hormônio de tireoide), drogas (com intuito de emagrecimento), exercícios compulsivos, visando à queima das calorias ingeridas no “ataque de comer”. A frequência é nitidamente maior em mulheres (9:1) e pode vir acompanhada por outros transtornos, como abuso de álcool e substâncias, dificuldade de controle dos impulsos, furtos e, especialmente, depressão. Há um quadro característico de baixa autoestima^{9,10}.

A Compulsão Alimentar é a ingestão de uma grande quantidade de alimento em um período curto de tempo, habitualmente sem fome, com a sensação de falta de controle sobre o quê e o quanto come, habitualmente às escondidas, por vergonha e acompanhado de culpa, arrependimento e sensação de baixa autoestima. O termo compulsão refere-se ao fato de a ingestão se dar contra a vontade da pessoa. Está presente em 2% da população geral, mas ocorre em 30% a 54% (dependendo do estudo) das pessoas que fazem dieta para emagrecer. Predomina em mulheres (3:2). O episódio compulsivo é denominado *binge eating*, que significa “ataque de comer” ou “orgia alimentar”. Vários são os fatores desencadeantes, como ansiedade, tensão, stress, “vontade de emagrecer”, ócio, raiva, insônia, depressão, dificuldades afetivas, sexuais, baixa assertividade e outras, além de dietas drásticas, jejuns e outros “métodos” para emagrecer. Costuma-se dizer que o compulsivo por alimento confunde outras emoções com a fome e que a compulsão alimentar é uma maneira inadequada de lidar com as emoções^{9,10}.

Encontram-se também quadros da chamada Anorexia Alcoólica ou *Drunkexia*, que caracteriza-se pela associação do alcoolismo com os transtornos alimentares e que está cada vez mais comum na sociedade. Estudos mostram que 30% das mulheres com dependência de álcool têm algum tipo de problema alimentar. Ocorre preferencialmente em mulheres entre os 20 e os 40 anos. A característica principal é a restrição calórica dos

alimentos em função da bebida alcoólica, visando ao corpo magro sem restrição do álcool. Segundo a OMS, 10% a 12% das pessoas apresentam alcoolismo, que, por sua vez, é associado à ansiedade, depressão, anorexia e bulimia. O álcool atua como anestésico ao mal dessas emoções negativas e como redutor de stress^{9,10}.

Aparece também, junto aos quadros de *diabetes mellitus* tipo 1 ou insulino dependentes, a diabulimia, que é um transtorno alimentar específico que reúne os malefícios da diabetes tipo 1 com a bulimia nervosa. Afeta apenas pessoas que têm diabetes tipo 1 e ocorre em uma proporção de 1:600 em criança. O fator desencadeante e mantenedor é a busca do “corpo ideal” preconizado pelos “padrões” de beleza, baixa autoestima, perfeccionismo. O fato de os diabéticos tipo 1 serem submetidos a restrições alimentares desde muito novos pode trazer à tona a preocupação com o corpo, que pode contribuir para desenvolver um distúrbio alimentar^{10,11,12}.

A Lipofobia ou “Gordura imaginária” é encontrada nos estudos recentes realizados com universitárias e revela que 100% das estudantes estão descontentes com o próprio peso. Quase todas almejam perder peso e, mesmo entre as subnutridas, apenas 15% desejam ganhar peso¹⁰.

A compulsão por chocolates e doces ou “*Craving*” é uma das alterações de comportamento alimentar que mais atrapalham o processo de emagrecimento. É a “necessidade” relatada pelos pacientes por chocolate ou doces^{10,11}.

A maioria dos transtornos são tratados com psicoterapia, medicamento em casos mais graves e orientação dietética, mas o diagnóstico precoce tem sido a principal forma de reverter os quadros mais graves e levar os indivíduos à qualidade de vida.

A RELAÇÃO ENTRE A FIGURA DA MULHER E AS MUDANÇAS NA ALIMENTAÇÃO

Muitos autores já citaram que o consumo dos alimentos e a forma como isso acontece têm variado bastante nas últimas décadas, em função das mudanças sociais ocorridas, principalmente a mudança do papel da mulher na formação e

manutenção da estrutura familiar. A alimentação está intimamente ligada aos vínculos afetivos e sociais da família e do entorno familiar. A saída da mulher para o mercado de trabalho e a competitividade têm criado um universo onde a família já não mais se alimenta em casa, e seus componentes nem sempre compartilham desse momento com prazer e tempo¹³.

Vários estudos ressaltam o crescimento da alimentação fora do lar, principalmente nas grandes capitais brasileiras. Atualmente, 25,8% do orçamento do brasileiro é destinado a refeições fora do lar, segundo dados do IBGE, podendo chegar a 30% em grandes centros urbanos, como Grande São Paulo^{13,14,15}.

Várias são as razões para essa mudança social: aumento do grau de instrução, que possibilita a mulher almejar cargos e carreiras mais promissoras; mais tempo fora de casa para estudar e trabalhar; aumento da dominação da fecundidade e diminuição do número de filhos – na última década, o Brasil registrou expressiva diminuição no número de filhos por mulher; aumento da autonomia profissional e altos cargos; não está mais ligada a maternidade e ao casamento como objetivo de vida; mudanças de condutas religiosas que alteraram padrões alimentares na família – antes, preceitos religiosos definiam muitas condutas de alimentação e eram perpetuadas entre os descendentes; *Feminicidade*: termo atribuído à importância da posição da mulher na sociedade contemporânea; *Womenomics*: mulher como fenômeno econômico mundial, maior nos BRICs (países emergentes como Brasil, Rússia, Índia, África do Sul e China) – atualmente, a mulher é vista como potencial consumidora e definidora de tendências de consumo, além de deter expressiva ação empreendedora nas economias locais, seja pra manutenção da família, seja pela formação técnica voltada para serviços com alta demanda; *mulher multiplex*: conceito dado à mulher que trabalha, estuda, cuida do lar e da família, é esposa, companheira e mãe, além de consumidora ativa.

Prevê-se que gerações futuras tenham significativa mudança nos padrões alimentares que

impactarão na saúde. Essas mudanças começaram a definir um quadro de saúde em que doenças antes consideradas de idosos se apresentam entre crianças e jovens abaixo dos 30 anos. Entre elas estão as DCNTs, que afetam milhares de pessoas ao redor do planeta, independentemente da faixa etária e da condição social^{16,17,18}.

DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNTS)

Entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis – DCNTs¹⁸ existem as *Debilitantes ou Incapacitantes*, como a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, e as *Letais*, como câncer e a Síndrome Metabólica, que é um conjunto de fatores de risco que causam doenças e até a morte, como cárie dentária, obesidade, Diabetes, hipertensão arterial sistêmica, acidente vascular cerebral ou AVC, osteoporose e os diferentes tipos de câncer.

Um relatório da Organização Mundial da Saúde em 1999^{2,19} já mostrava a alta incidência de obesidade, diabetes, câncer de pulmão, de cólon, de reto, de mama e de próstata, além da osteoporose como doenças que poderiam se transformar em epidemias nas próximas décadas.

Essas doenças impactam no aumento do encargo social e econômico para a sociedade e são afetadas por fatores ambientais, entre eles a alimentação.

O Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho já consideram essas doenças causas graves do afastamento temporário ou permanente de trabalhadores dos postos de trabalho. Cresceu muito nos últimos anos também a dificuldade de adaptação ergonômica nos ambientes de trabalho de obesos e sobrepesos, além do risco de acidentes de trabalho. Por isso, já são classificadas nas CIDs as Doenças Nutricionais que interferem no trabalho²⁰.

Segundo o Código Internacional das Doenças, encontram-se: (E40-68) Doenças nutricionais; (E40-E46) Desnutrição; (E50-E64) Outras deficiências nutricionais; (E65-E68) Obesidade e outras formas de hiperalimentação; (E70-E90) Distúrbios metabólicos; (E79-E90) Outras doenças metabólicas.

Os tratamentos propostos na maioria das vezes não melhoram a saúde do funcionário, mascarando a situação existente e não enfatizam um programa de ações que minimizem ou erradiquem as causas do afastamento.

ESTRATÉGIA GLOBAL EM ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, ATIVIDADE FÍSICA E SAÚDE E POLÍTICAS PÚBLICAS

Em 2004, o Brasil, com mais 190 países, foi signatário da Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde⁷ da Organização Mundial da Saúde/ONU, que tem 4 objetivos principais: 1. reduzir os fatores de risco para DCNT por meio da ação em saúde pública e promoção da saúde e medidas preventivas; 2. aumentar a atenção e o conhecimento sobre alimentação e atividade física; 3. encorajar o desenvolvimento, o fortalecimento e a implementação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário que sejam sustentáveis, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia; 4. monitorar dados científicos e influências-chave na alimentação e atividade física e fortalecer os recursos humanos necessários para qualificar e manter a saúde nesse domínio.

A Estratégia recomenda: a elaboração de planos e políticas nacionais e o apoio de legislações efetivas, infraestrutura administrativa e fundo orçamentário e financeiro adequado e investimentos em vigilância, pesquisa e avaliação; a construção de propostas locais e a provisão de informação adequada aos consumidores, com educação, publicidade, rotulagem, legislações de saúde; a ênfase na necessidade de garantia de articulação intersetorial e políticas nacionais de saúde, educação, agricultura e alimentação que incorporem, em seus objetivos, a nutrição, a segurança da qualidade dos alimentos e a segurança alimentar sustentável, a promoção da alimentação saudável e da atividade física, além de políticas de preços e programas alimentares.

Para corroborar com a Estratégia Global, o Brasil lançou, em 2011, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN 2011, que apre-

senta *O Guia Alimentar e as diretrizes alimentares específicas para crianças com até 2 anos de idade*.

Possui vários objetivos, entre eles: 1. contribuir com o conjunto de políticas de governo voltadas à concretização do direito humano universal à alimentação e nutrição adequadas e à garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população; 2. ter como diretrizes a promoção de práticas alimentares saudáveis e a prevenção e o controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição; 3. criar um conjunto de ações em parceria com outros setores governamentais e não-governamentais; 4. promover programas de prevenção e controle de carências nutricionais específicas, como o Programa Nacional de Controle e Prevenção das Deficiências de Vitamina A, o Programa Nacional de Controle e Prevenção de Anemia Ferropriva, o programa Nacional de Controle e Prevenção dos Distúrbios por Deficiência de Iodo; 5. realizar ações e projetos de abordagem da desnutrição infantil no âmbito da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, do Ministério da Saúde e com o Ministério da Educação.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição^{2,19,21} e a Estratégia Global compartilham do mesmo propósito central, que é fomentar a responsabilidade associada entre sociedade, setor produtivo e público para efetuar as mudanças necessárias no âmbito socioambiental, que favoreçam as escolhas saudáveis em níveis individual e coletivo, estímulo ao Aleitamento Materno (Cartilha do MS para mulher trabalhadora), incentivo à Alimentação Saudável, estímulo à atividade física e combate ao sedentarismo, ao tabagismo e ao consumo de bebida alcoólica.

PROMOÇÃO DA SAÚDE E PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA NAS ORGANIZAÇÕES

Segundo o Ministério da Saúde,

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde,

incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado completo de bem estar físico e mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver (p. 124)²².

Diante dessa realidade alarmante da saúde pública, as organizações públicas e privadas se veem obrigadas a interferir para minimizar ou erradicar práticas que contribuam cada vez mais com esse quadro^{22,23,24}.

Os programas de melhoria da qualidade de vida de trabalhadores tornaram-se vitais para que a produtividade e a qualificação dos produtos e serviços pudessem existir^{22,24}.

Não cabe mais, na sociedade moderna, o descaso com a saúde física e mental dos trabalhadores. Doenças antes desconhecidas no ambiente profissional tomam cada vez mais espaço. É o caso dos transtornos alimentares que mascaram graves problemas emocionais, psicológicos de jovens mulheres trabalhadoras e devem ser atacados com presteza, pois implicam danos físicos e cerebrais irreversíveis quando o diagnóstico e tratamento são tardios.

As carências nutricionais são também mascaradas por quadros sintomáticos, como cólicas, dores de cabeça, dores musculares, sangramentos que levam a prostração e inanição, baixa acuidade visual, dificultando os níveis de concentração e produtividade dos trabalhadores.

Os serviços de saúde das empresas precisam conhecer mais e melhor seus funcionários. Programas como o PAT – Programa de Alimentação do Trabalhador – não devem ser tratados apenas como benefícios tanto para o empregador como para o empregado, mas como método efetivo e seguro de levar alimentação de qualidade em

quantidade adequada às necessidades do trabalhador. Atualmente, o produzido e oferecido ao trabalhador passa pelo modismo de atender às negociações trabalhistas entre sindicatos e grupos patronais, na tentativa de minimizar as perdas trabalhistas de salários e condições de trabalho. Esse programa foi idealizado como ferramenta eficiente na prática da educação nutricional e alimentar, na melhoria da segurança alimentar de trabalhadores de baixa renda e deve ser movido por esse objetivo^{25,26}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaborar programas de qualidade de vida apenas atacando modismos ou até baseados em relatórios setoriais não garante a efetividade do processo. Reconhecer a dinâmica do processo de saúde e doença dos trabalhadores da organização é requisito fundamental para a efetividade das ações.

É sabido que muitas das doenças apresentadas são motivadas pelos hábitos de vida, incluindo os alimentares, que correspondem a grande parcela das doenças existentes, agravadas pelo sedentarismo ou inatividade física e vida social irregular e marcada pelo aumento da ingestão de álcool e outras drogas. O consumo desenfreado de medicamentos pela automedicação e o desconhecimento do conteúdo alimentar e sua qualidade agravam esse quadro, já endêmico e preocupante para as autoridades de saúde.

Um bom programa de qualidade de vida deve perpassar pelo planejamento rigoroso das ações com um trabalho de diagnóstico social, físico e das condições atuais de saúde dos trabalhadores antes de qualquer ação efetiva.

A alimentação pode e deve ajudar a melhorar a qualidade de vida tanto física quanto mental e social. É fator convergente para uma sociedade feliz e dinâmica que progride incessantemente.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Global strategy on diet, physical activity and health. 2004 [acesso 31 Mar 2013]. Available from: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [acesso 31 Mar 2013]. 210 p. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf

3. Brasil. Ministério de Planejamento. Relatório Nacional de acompanhamento dos objetivos de desenvolvimento do milênio. Brasília: IPEA; 2010 [acesso 5 Abr 2011]. Disponível em: http://www.odmbrasil.org.br/upload/tiny_mce/4o_relatorio_acompanhamento_odm_.pdf
4. Nações Unidas no Brasil (ONUBR). Brasileiro José Graziano da Silva é o novo Diretor-Geral da FAO. 2012 [acesso 1 Abr 2013]. Disponível em: <http://www.onu.org.br/brasileiro-jose-graziano-da-silva-e-o-novo-diretor-geral-da-fao/>
5. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Pobreza extrema diminuiu 47% no Maranhão. 2011 [acesso 15 Dez 2011]. Disponível em: http://agencia.ipea.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8988&catid=4&Itemid=2
6. Lang RMF, Nascimento AN, Taddei JAAC. Nutritional transition and child and adolescent population: protective measures against the marketing of harmful food and beverages. *Nutrire Rev Soc Bras Alim Nutr / J Braz Soc Food Nutr.* 2009;34(3):217-29.
7. OMS/ONU. Estratégia Global em Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. 57a Assembleia Mundial da Saúde. 22 de maio de 2004.
8. Mello ED, Luft VC, Meyer F. Obesidade infantil: como podemos ser eficazes? *J Pediatr.* 2004 [acesso 23 Abr 2012];80(3):173-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n3/v80n3a04.pdf>
9. Melina P, Araújo AM. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Supl III):73-6.
10. Tommaso M. Transtornos Alimentares. [acesso 31 Mar 2013]. Disponível em: http://www.tommaso.psc.br/site/terapia/psicoterapia_da_boa_forma/transtornos_alimentares/
11. Espíndola CR, Blay SL. Bulimia e transtorno da compulsão alimentar periódica: revisão sistemática e metassíntese. *Rev Psiquiatr.* 2006 Dez;28(3):265-75.
12. Silva SMCS, Mura JDAP. Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia. 2a ed. São Paulo: Roca; 2011.
13. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO/OMS). The State of Food and Agriculture. Women in Agriculture Closing the gender gap for development. Roma; 2011.
14. Abia. II Congresso Internacional de Food Service. 2009 [acesso 2 Mar 2010]. Disponível em: <http://www.abia.org.br/cfs2009/telas/food-service.asp>
15. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF). Em 30 anos, importantes mudanças nos hábitos de consumo dos brasileiros. 2004 [acesso 10 Fev 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>
16. Neves MF, Thomé L, Castro L. Marketing e estratégias em agronegócios e alimentos. São Paulo: Atlas; 2009.
17. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares. POF 2008 e 2009. 2011 [acesso 24 Abr 2012]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf
18. Capilheira M, Santos I. Doenças crônicas não transmissíveis: desempenho no cuidado médico em atenção primária à saúde no sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011 Jun;27(6):1143-53.
19. Freire MCM, Balbo PL, Amador MA, Sardinha LM. Guias alimentares para a população brasileira: implicações para a Política Nacional de Saúde Bucal. *Cad Saúde Pública.* 2012;28 Sup:S20-S9.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Diagnóstico e manejo das doenças relacionadas com o trabalho: manual de procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde / OPS; 1999.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
22. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartilha para a modelagem de programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças. Rio de Janeiro: ANS; 2011. 80 p.
23. Spinelli MGN, Pinto MAS, Abreu ES. Gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição – um modo de fazer. 3a ed. São Paulo: Metha; 2009.
24. Nespeca M, Cyrillo DC. Qualidade de vida no trabalho de funcionários públicos: papel da nutrição e da qualidade de vida. *Acta Sci Health Sci.* 2011;33(2):187-95.
25. Bandoni DH, Brasil BG, Jaime PC. Programa de Alimentação do Trabalhador: representações sociais de gestores locais. *Rev Saúde Pública.* 2006;40(5):837-42.
26. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego. Decreto n. 5, de 14 de janeiro de 1991 [acesso 31 Mar 2013]. Programa de Alimentação do Trabalhador. Disponível em: www.mte.gov.br/pat