

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUÍ

VANESSA HUBER IDALENCIO

**PERFIL ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES NO
CLIMATÉRIO**

Ijuí

2016

VANESSA HUBER IDALENCIO

**PERFIL ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES NO
CLIMATÉRIO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Nutrição da
Universidade Regional do Noroeste do Rio
Grande do Sul – UNIJUI, como requisito parcial
à obtenção do título de Nutricionista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ligia Beatriz Bento Franz.

Ijuí

2016

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA - DCVida
CURSO DE NUTRIÇÃO

A COMISSÃO ABAIXO ASSINADA APROVA O
PRESENTE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE
CURSO INTITULADO:

PERFIL ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE
MULHERES NO CLIMATÉRIO

ELABORADO POR

VANESSA HUBER (DALENCO)

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU

DE NUTRICIONISTA

COMISSÃO EXAMINADORA:

Leigiane B. Franck
Nome Professor (a) / Orientador

Adriane Nütz
Nome Professor (a) da Banca

Sumário

1. INTRODUÇÃO	6
2. MÉTODOS	7
3. RESULTADOS	9
4. DISCUSSÃO	13
5. CONCLUSÕES	16
6. COLABORADORES	17
8. ANEXOS	18
9. ABREVIATURAS E SIGLAS	30
10. REFERÊNCIAS	31

PERFIL ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES NO CLIMATÉRIO.

DIETARY PROFILE AND NUTRITIONAL STATUS OF CLIMACTERIC WOMEN.

Vanessa Huber Idalencio; Francieli Aline Conte; Ligia Beatriz Bento Franz

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar o perfil alimentar e estado nutricional de mulheres climatéricas, e a relação entre estas duas esferas. Estudo transversal com mulheres entre 35 e 65 anos de idade avaliadas quanto a alimentação e estado nutricional, e posterior análise da relação da classificação da alimentação com os parâmetros índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentual de gordura corporal, através de cruzamento de dados e análise estatística pelo teste de *qui-quadrado* com confiabilidade de 95% ($p < 0,05$). A alimentação apresentou classificação mediana, relacionada com estado nutricional de Sobrepeso e Obesidade, perímetro da cintura Elevado ou Muito Elevado e percentuais de massa gorda Alto ou Muito Alto; houve associação estatística entre a classificação da alimentação e índice de massa corporal bem como perímetro da cintura. Não foi encontrada associação estatística entre a classificação da alimentação e o percentual de gordura corporal. Estes dados reforçam a necessidade de continuidade do projeto para elucidação do fenômeno da menopausa e identificação dos potenciais riscos decorrentes do processo do envelhecimento e relacionados ao climatério.

Palavras-chave: Climatério; Estado Nutricional; Alimentação.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the dietary profile and nutritional status of climacteric women, and the relationship between these two spheres. A cross-sectional study with between 35 and 65 years old women, examined about dietary patterns and nutritional status, and later analysis of the relationship between diet classification and body mass index, waist circumference, and body fat percentage, through data cross-referencing and statistical analysis using the chi-square test with 95% reliability ($p < 0.05$). The dietary pattern presented a median score, related to nutritional status of Overweight and Obesity, High or Very High waist circumference, and Percentages of High or Very High fat mass; statistical association between dietary pattern classification and body mass index as well as waist circumference was found. No statistical association was found between the classification of diet and the percentage of body fat. These data reinforce the need for continuity of the project to elucidate the phenomenon of menopause and identify the potential risks arising from the aging process and related to the climacteric.

Keywords: Climacteric; Nutritional Status; Feeding.

1. INTRODUÇÃO

As mulheres são, no Brasil, maioria da população e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde. Esta informação reforça a importância da compreensão da saúde da mulher, tanto na idade reprodutiva quanto no período do climatério, fase da vida na qual ocorrem modificações hormonais que podem alterar o estado fisiológico, estético e psíquico da mulher, devido à queda da produção do hormônio estrogênio, fenômeno chamado de hipostrogenismo¹. Calorões (fogachos) e irregularidades na menstruação são os principais sintomas da menopausa, apesar de que outras condições como doenças cardiovasculares, depressão e disfunção cognitiva também serem comuns ao período². A peri-menopausa é o período em que sintomas psicológicos e fisiológicos apresentam maior frequência, com relativa queda na pós-menopausa, especialmente sintomas depressivos³.

O período da menopausa está associado a um aumento do peso da massa corporal, aumento da gordura na região abdominal com conseqüente aumento no risco de doenças cardiovasculares, modificação da distribuição de gordura corporal e redução do gasto de energia, geralmente relacionada a menor frequência de atividade física⁴. Alterações transitórias hormonais, psíquicas e físicas, aliadas ao *stress* emocional que o período pode implicar, podem impactar negativamente a qualidade de vida e saúde da mulher⁵.

A alimentação neste período pode assumir vários significados, tanto psicológicos como fisiológicos, e o consumo de uma dieta com melhor qualidade pode reduzir o risco de morte por doenças crônicas⁶, apesar de que o subgrupo com uma proporção maior de hábitos saudáveis seja o de mulheres, indivíduos com maior escolaridade e mais idosos⁷.

O estado nutricional é fluido, uma vez que pode variar com a idade, estatura, peso da massa corporal, distribuição da gordura corporal e atingir diferentes classificações. O próprio

aumento da massa corporal pode estar relacionado com fatores socioeconômicos, uso de medicamentos, a incidência de sintomas do climatério e a realização de dietas hipocalóricas⁸.

Este estudo buscou identificar o padrão dietético e estado nutricional das participantes, relacionando estas duas esferas, promovendo informações acerca do estado de saúde da mulher climatérica e colaborando para a identificação de pacientes com alterações nutricionais, que devem receber maior atenção durante o período do climatério.

2. MÉTODOS

Estudo transversal vinculado ao projeto de pesquisa institucional Envelhecimento Feminino - *Female Aging Study* - estudo de seguimento que se propõe a acompanhar a saúde de mulheres no climatério por um período de 5 anos, a partir de 2014, e vinculado ao Grupo de Pesquisa em Envelhecimento Humano (GERON), cadastrado no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), sob parecer consubstanciado nº 864.988.

Estão incluídas nesta pesquisa mulheres na faixa etária de 35 a 65 anos de idade (contados na data do cadastramento na pesquisa), residentes na área urbana e que possuam vínculo de atendimento em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Ijuí, Rio Grande do Sul. Os critérios de exclusão para participação na pesquisa são: doenças incapacitantes física e/ou mental, mulheres com câncer em tratamento quimioterápico/radioterápico ou gravidez.

Os dados foram obtidos através de Questionário Geral de Saúde, cujo protocolo utilizado foi elaborado pelas pesquisadoras, na modalidade de auto relato, e avaliação nutricional. A aferição da estatura das participantes ocorreu por meio de estadiômetro Personal Portátil Sanny[®]; o peso da massa corporal foi verificado por balança eletrônica digital Camry[®],

capacidade de 150 kg, de vidro temperado; a mensuração da cintura foi realizada na posição ortostática, com abdômen relaxado, com posicionamento da trena antropométrica no plano horizontal ao nível natural da cintura (parte mais estreita do tronco); a avaliação da composição corporal foi feita pela análise da impedância bioelétrica (BIA), com o auxílio do aparelho portátil bipolar da marca OMRON®. Estes dados permitem a obtenção dos três parâmetros utilizados para a avaliação do estado nutricional das participantes: Índice de Massa Corporal (IMC), Perímetro da Cintura (PC) e Percentual de Gordura Corporal (PGC). A avaliação antropométrica seguiu as recomendações e orientações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), do Ministério da Saúde⁹.

A partir dos resultados do peso da massa corporal e estatura das mulheres, o IMC e o PC foram classificados conforme os parâmetros da Organização Mundial da Saúde¹⁰; o IMC, a partir de 60 anos de idade, foi classificado conforme o The Nutrition Screening Initiative (NSI)¹¹. A característica da composição corporal é mensurada e classificada pelo equipamento¹².

A avaliação dos hábitos alimentares foi realizada seguindo o protocolo do questionário “Como está sua alimentação” do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2006¹³, que avalia o consumo alimentar atribuindo, ao final, pontuação e conseguinte classificação: “Até 28 pontos”, “29 a 42 pontos” e “43 pontos ou mais”. Nesta escala, quanto maior o número de pontos, mais positivo o resultado.

Os dados foram digitados no software *Statistical Program for Social Sciences* (SPSS), versão 18.0, e foi verificada a associação entre a classificação do hábito alimentar e estado nutricional, utilizando a estatística descritiva (média e desvio padrão) para as variáveis referentes ao estado nutricional. Foi realizado teste de normalidade de Komogorov-Smirnov para cada uma das variáveis, e posterior associação entre os hábitos alimentares e estado nutricional pelo teste de Qui-quadrado com intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$). A

revisão bibliográfica para a construção deste trabalho de conclusão de curso se deu nas bases de dados online (SciELO, Periódicos da Capes, Pubmed), bem como livros da área de estudo da Nutrição e envelhecimento feminino, e todos os materiais utilizados foram traduzidos livremente dos idiomas português, inglês e espanhol.

3. RESULTADOS

Foram avaliadas 140 mulheres, com uma média de idade de 51,64 anos \pm 7,55 anos, entre 36 e 65 anos.

Como resultados da avaliação nutricional e perfil alimentar, observa-se um valor médio de IMC de $29,5 \text{ kg/m}^2 \pm 5,7 \text{ kg/m}^2$, com mínimo de $17,0 \text{ kg/m}^2$ e máximo de $52,8 \text{ kg/m}^2$. O resultado médio para o PC foi de $91,3 \text{ cm} \pm 12,1 \text{ cm}$, com mínimo de $59,0 \text{ cm}$ e máximo de $139,0 \text{ cm}$. Quanto ao PGC das participantes, observou-se uma média de $37,2\% \pm 5,8\%$ de gordura corporal, com percentual mínimo de $14,4\%$ e máximo de $49,0\%$. Estes resultados levam à classificação da média das participantes, em IMC de Sobrepeso, PC Muito Elevado e PGC Alto. A pontuação obtida acerca da alimentação das participantes foi de $34,5 \text{ pontos} \pm 6,2 \text{ pontos}$, com pontuação mínima de 15 e máxima de 51 pontos. Considerando a classificação como uma escala crescente de pontos, onde a qualidade da alimentação cresce proporcional ao resultado da pontuação, este resultado pode ser considerado médio, ou uma alimentação razoável.

A relação entre o peso da massa corporal e a estatura das participantes (IMC) revelou índices elevados de Sobrepeso e Obesidade (I, II e III) entre mulheres adultas e idosas, somando 76,5% das participantes. No intervalo de Eutrofia, encontram-se 22% das mulheres, e duas participantes apresentaram a classificação de IMC Magreza (1,4%).

Como resultado da aferição do PC, observou-se um percentual de 57,8% das participantes com PC Muito Elevado e 26,4% na classificação Elevado, perfazendo um total de 118 mulheres.

Os resultados da avaliação do PGC das participantes do estudo apresentaram um número elevado de mulheres com percentual classificado como Alto ou Muito Alto, somando 94 mulheres - equivalente a 69,6% das participantes do estudo.

A classificação obtida pela pontuação da alimentação segundo o questionário “Como está sua alimentação”, permitiu verificar que 76,4% das participantes da pesquisa possuem de 29 a 42 pontos. O menor percentual de mulheres foram as que obtiveram melhores *scores* – “43 pontos ou mais”, totalizando 9,3% das participantes. Por consequência, 14,3% das mulheres obtiveram classificação “Até 28 pontos”, com os menores *scores*.

A relação da alimentação com o estado nutricional foi verificada através de cruzamento de dados, permitindo a identificação de uma maior concentração dos resultados de 29 a 42 pontos (pontuação mediana) concentrada entre Eutrofia, Sobrepeso e Obesidade I, perfazendo mais da metade do número de mulheres, conforme dados do Quadro 1.

Quadro 1 - Relação do Índice de Massa Corporal com a Classificação da Alimentação. Ijuí/RS, 2016.

	Até 28 pontos	29 a 42 pontos	43 pontos ou mais	Total
Eutrofia (idosas)	0	7	0	7
Excesso de peso (idosas)	0	6	0	6
Magreza	0	2	0	2
Eutrofia	0	19	5	24
Sobrepeso	9	32	6	47
Obesidade I	7	28	2	37
Obesidade II	2	10	0	12
Obesidade III	2	3	0	5
Total	20	107	13	140

O resultado do cruzamento de dados do PC e a Classificação da Alimentação revelou uma maior concentração de mulheres com alimentação classificada entre 29 e 42 pontos, com PC Muito Elevado, conforme verificado no Quadro 2.

Quadro 2 – Relação do Perímetro da Cintura com a Classificação da Alimentação. Ijuí/RS, 2016.

	Até 28 pontos	29 a 42 pontos	43 pontos ou mais	Total
Normal	1	18	3	22
Elevado	4	30	3	37
Muito Elevado	15	59	7	81
Total	20	107	13	140

Os dados obtidos com a avaliação do PGC relacionados à Classificação da Alimentação também apresentam resultados concentrados entre percentuais Alto e Muito alto de PGC, e alimentação classificada entre 29 e 42 pontos, que pode ser observado no Quadro 3.

Quadro 3 – Relação do Percentual de Gordura Corporal com a Classificação da Alimentação. Ijuí/RS, 2016.

	Até 28 pontos	29 a 42 pontos	43 pontos ou mais	Total
Baixo	0	1	1	2
Recomendado	3	33	3	39
Alto	8	35	6	49
Muito Alto	7	35	3	45
Faltantes	2	3	0	5
Total	20	107	13	140

O resultado da associação entre as variáveis de avaliação do estado nutricional e a classificação da alimentação, com confiabilidade de 95% ($p < 0,05$), permitem a observação de que há relação entre a classificação do perfil alimentar das participantes e a classificação do IMC, ou seja, as mulheres que obtiveram classificações do perfil alimentar com menores *scores* também apresentaram maior classificação do IMC ($p=0,031$); também houve associação entre a classificação do PC das mulheres participantes do estudo com a classificação da alimentação ($p=0,02$); entretanto, não houve associação estatística entre o perfil alimentar das mulheres e o PGC. Verifica-se, portanto, uma relação inversamente significativa entre a alimentação e do estado nutricional das mulheres mediante o IMC e PC, conforme verificado no Quadro 4.

Quadro 4 - Análise da associação entre a classificação da alimentação e das variáveis Índice de Massa Corporal, Perímetro da cintura e Percentual de gordura pelo teste de Qui-Quadrado.

	IMC	PC	PGC
p	0,031*	0,02*	0,280

*Significativo pela probabilidade de P em nível de 5% de probabilidade de erro.

4. DISCUSSÃO

A Síndrome da Menopausa envolve uma gama de sintomas subjetivos (calorões ou fogachos, danos vasomotores, distúrbios do sono e humor) e outras doenças crônico-degenerativas (osteoporose, doenças isquêmicas cardiovasculares, neurodegeneração tipo AD e distrofia genitourinária). A habilidade de seleção de pacientes para ações preventivas é importante nesta perspectiva; por outro lado, existem evidências de que a patogênese das doenças degenerativas severas que tornam a menopausa um período de atenção redobrada está relacionada ao acúmulo de danos oxidativos¹⁴. Esta informação permite inferir que a qualidade da alimentação, relacionada ao consumo elevado de antioxidantes, pode auxiliar a prevenção de acúmulo de danos oxidativos, e por isso deve ser observada em mulheres no período do climatério.

A média de idade observada entre as participantes foi de 51 anos, período da perimenopausa. O climatério é o período vivido pela mulher e que compreende a menopausa, quando a menstruação cessa completamente. Esta fase ocorre, geralmente, entre os 48 e 50 anos de idade¹⁵. Em estudo realizado na região metropolitana de Campinas com mulheres entre 45 e 60 anos de idade, a média de ocorrência da menopausa foi de 46,5 anos \pm 5,8 anos¹⁶. Medições antropométricas para avaliação do estado nutricional e composição corporal são importantes para a identificação de risco de câncer de mama¹⁷ entre outros agravos.

Observamos uma média de IMC de 29,5 kg/m² entre as mulheres, com classificação de Sobrepeso e Obesidade (I, II e III) em um total de 76,5% destas. A média de IMC apresenta-se superior ao encontrado entre mulheres participantes de um estudo intitulado *EPIC Potsdam Study*, realizado em 10 países da Europa cuja média de IMC encontrada foi de 24,45 kg/m² ± 4,30 kg/m² em mulheres pré e peri-menopáusicas, classificado como Eutrofia, e IMC de 27,26 kg/m² ± 4,64 kg/m² para mulheres pós-menopáusicas, classificado como Sobrepeso¹⁸. Porém, estudo realizado em Passo Fundo, Rio Grande do Sul - Brasil, o resultado de IMC apresentou-se mais próximo, IMC médio de 28,3 kg/m² ± 7,0 kg/m² ¹⁹, bem como em estudo da UNESP cujo resultado médio de IMC para mulheres < 50 anos foi de 29,9 kg/m² ± 7,2 kg/m² ²⁰. Em estudo com mulheres entre 45 e 69 anos da área urbana de Maringá, Paraná - Brasil, média de IMC foi de 28,6 kg/m² ± 5,5 kg/m²; destas, 72,6% apresentavam Sobrepeso e 35,5% Obesidade²¹. Em Montes Claros, Minas Gerais - Brasil o resultado médio de IMC obtido com mulheres climatéricas foi de 28,1 kg/m² ± 5,6 kg/m²; e dentre estas, 34% foram classificadas como Eutróficas, 30,8% com Sobrepeso e 35,2% com Obesidade⁸. Índices de massa corporal elevados estão relacionados com o surgimento de doenças cardiovasculares mas também degenerativas. Em análise estratificada entre mulheres com IMC igual ou superior a 30 kg/m², o resultado aponta maiores níveis de atenuação em banda larga do calcâneo quando comparadas com mulheres não-obesas, tanto para mulheres peri/pré-menopáusicas quanto para mulheres pós-menopáusicas¹⁸.

Relativo ao resultado significativo de mulheres com PC Elevado ou Muito Elevado, com valor médio de 91,3 cm ± 12,1 cm, resultado muito próximo ao encontrado no estudo realizado em Passo Fundo, de 91,3 cm ± 13,7 cm¹⁹. Em estudo realizado na cidade de Feira de Santana, Bahia/Brasil, com dados da pesquisa Fatores de Risco para Doença Arterial Coronariana em funcionárias de uma instituição de ensino superior, observou-se uma média de 84,65 cm ± 10,57 cm para o PC²², próximo do encontrado no *EPIC - Potsdam Study* com

valor médio de 76,96 cm \pm 11,37 cm para mulheres pré/peri-menopáusicas, mas bastante inferiores ao encontrado com 30 mulheres atendidas em ambulatório, cujo PC médio encontrado foi de 98,2 cm \pm 15,9 cm²³.

As médias de PGC apresentaram valores com classificação entre Alto e Muito Alto de 69,6% das mulheres avaliadas, com valor médio de 37,2% \pm 5,8%. Buonani *et al*, encontraram resultado de PCG médio de 45,1 % \pm 5,5 %²⁰, e em um recorte do projeto *PONS Study*, o resultado de adiposidade média entre as participantes foi de 34,1% \pm 6,7 % para mulheres pré-menopáusicas e 36,2% \pm 6,5% para mulheres pós menopáusicas²⁴.

O perfil alimentar encontrado foi de uma alimentação razoável, com pontuação média de 34,5 pontos \pm 6,2 pontos. Não foram encontradas referências atualizadas para a utilização do questionário “Como está sua alimentação?”, mas em uma avaliação do padrão de consumo alimentar de mulheres climatéricas no Sul do Brasil, encontrou-se padrão alimentar que divergia entre as fases do climatério, mas com presença predominante de alimentos e preparações culinárias tradicionais²⁵ – atual recomendação do Guia Alimentar para a População Brasileira de 2014²⁶. Estudo realizado com 215 mulheres pós menopáusicas encontrou resultados de consumo alimentar onde 82,8% das mulheres consumiam dieta classificada como “necessita aprimoramentos” e 16,3% consumiam dieta considerada “pobre”, resultando um percentual de 0,9% somente que consumiam dieta considerada “adequada”²⁷. A qualidade da dieta pode estar associada com maior qualidade de vida e menor risco de desenvolvimento de doenças, como as cardiovasculares. Em uma pesquisa relacionando a qualidade da dieta com o risco cardiovascular, mulheres com maior consumo de dieta mediterrânea consumiam maiores quantidades de frutas, vegetais, nozes e legumes, grãos integrais e peixe, bem como menores quantidades ingeridas de carne vermelha ou processada, aves e teores elevados de lipídeos; entretanto, consumiam menores quantidades de ácidos graxos mono e poli-insaturados. Já mulheres que consumiam a dieta Dietary

Approaches to Stop Hypertension (DASH) apresentavam consumo semelhante à Mediterrânea, porém menor consumo de bebidas açucaradas²⁸. Relacionado ao consumo de frutas e vegetais, recorte do projeto *PONS Study* constatou que mulheres, tanto no período da pré menopausa quanto na pós menopausa consumiam porções muito aproximadas destes gêneros: $4,06 \pm 1,71$ porções/dia para pré menopáusicas e $4,07 \pm 1,71$ porções/dia para pós-menopáusicas²⁴.

A qualidade da dieta possui implicações na saúde das mulheres menopáusicas, e está relacionada a diversos fatores. Em estudo norte-americano acerca da relação da alimentação com o otimismo, os índices de alimentação saudável apresentaram associação inversa com o IMC, PC, histórico de diabetes ou hipertensão e depressão²⁹.

5. CONCLUSÕES

Os dados obtidos com este estudo permitem aferir que das 140 mulheres que participaram da pesquisa, a média de IMC foi de $29,5 \text{ kg/m}^2$, não diferindo da literatura atual; perímetro da cintura de 91,3 cm, classificado como Muito Elevado, sugerindo risco elevado de desenvolvimento de doenças cardiovasculares; percentual de gordura corporal de 37,2% classificado como Alto, relacionado à perda óssea juntamente com a obesidade abdominal. A pontuação média foi de 34,6 pontos, sendo o perfil alimentar da população estudada diagnosticado como razoável, e que necessita melhorias.

Este perfil alimentar teve reflexos no IMC, PC e PGC das participantes, pois a classificação “entre 29 e 42 pontos” maior em IMC de Sobrepeso e Obesidade ($n = 60$), perímetro da cintura Elevado ou Muito Elevado ($n = 89$) e percentual de gordura Alto ou Muito Alto ($n = 70$). Ainda, a análise estatística revelou associação entre o IMC ($p = 0,031$) e

PC ($p = 0,02$) com a classificação da alimentação, somente o PGC não apresentando resultado positivo ($p = 0,280$).

As informações contidas neste trabalho reforçam a necessidade de continuidade do projeto, com a possibilidade de classificação dos dados nas respectivas fases do climatério, para elucidação do fenômeno da menopausa e suas intercorrências no corpo da mulher. Também, estaca a importância de intervenção nutricional para educação em saúde bem como orientações alimentares visando a melhora dos indicadores de saúde encontrados neste trabalho.

6. COLABORADORES

VHI foi responsável pela concepção, delineamento e interpretação dos dados, e redação do artigo.

LBBF foi responsável pela orientação para a concepção, análise e interpretação dos dados e revisão crítica do texto.

FAC foi responsável pela concepção da análise estatística, interpretação dos dados e revisão do texto.

7. AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos professores e colegas que auxiliaram para a realização deste estudo, ao grupo de pesquisa GERON e às participantes do desta pesquisa.

Agradecemos à concessão do financiamento de bolsa de pesquisa PIBIC/CNPq que permitiu a realização deste trabalho.

8. ANEXOS

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO NA REVISTA CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA:

Instruções para colaboradores

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto,

os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são

formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. Violência, cultura e poder. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. N Engl J Med. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. Arq Bras Oftalmol. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. Arq Bras Oftalmol [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

9. ABREVIATURAS E SIGLAS

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

UNIJUÍ - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul

ESF - Estratégia de Saúde da Família

BIA - Análise da Impedância Bioelétrica

IMC - Índice de Massa Corporal

PC - Perímetro da Cintura

PGC - Percentual de Gordura Corporal

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

NSI - The Nutrition Screening Initiative

SPSS - Statistical Program for Social Sciences

DASH - Dietary Approaches to Stop Hypertension

10. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008; 192 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno, n.9).
2. Takahashi TA, Johnson KM. Menopause. *Med Clin N Am* 2015. 99:(521–534).
3. Borkoles E, Reynolds N, Thompson D R, et al. The role of depressive symptomatology in peri and post menopause. *Maturitas* 2015; 81:306-310.
4. Sociedade Norte-Americana De Menopausa. Guia da Menopausa. Traduzido pela SOBRAC. Estados Unidos da América: NAMS, 2012; 7 ed, 89 p.
5. Botell, Lugano. Climaterio, daño vascular y sexualidad. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* 2013; 39(4): 413- 426.
6. George SM, Barbash RB, Manson JE, et al. Comparing Indices of Diet Quality With Chronic Disease Mortality Risk in Postmenopausal Women in the Women’s Health Initiative Observational Study: Evidence to Inform National Dietary Guidance. *Am J Epidemiol* 2014; 180(6): 616–625.
7. Cardoso LO, Carvalho MS, et al. Eating patterns in the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil): an exploratory analysis. *Cad. Saúde Pública* 2016; 32(5).
8. Gonçalves JTT, Silveira MF, Campos MCC, Costa, MHR. Overweight and obesity and factors associated with menopause. *Ciênc. saúde coletiva* 2016; 21(4):1145-1156.
9. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.

Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

10. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO, 2000. (WHO Technical Report Series, 894).
11. The Nutrition Screening Initiative. Incorporating nutrition screening and interventions into medical practice: a monograph for physicians. Washington D.C. US: American Academy of Family Physicians, The American Dietetic Association, National Council on Aging Inc., 1994. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
12. Gallagher D, Heymsfield SB, Moonseong H, et al. Healthy percentage body fat ranges: an approach for developing guidelines based on body mass index. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 694–701.
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Como está sua alimentação? Brasília, DF: 2007. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.
14. Cervellati C, Bergamini CM. Oxidative damage and the pathogenesis of menopause related disturbances and diseases. *Clin Chem Lab Med* 2016; 54(5):739–753.
15. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês De Ensino E Pesquisa. Protocolos de Atenção Básica/Saúde da Mulher. Brasília, DF: 2016. 1 ed. 230 p.:il.
16. Pacholczak M, Wiesława KP, Piotr K. Associations of anthropometric measures on breast cancer risk in pre- and postmenopausal women — a case-control study. *Journal of Physiological Anthropology* 2016; 35: 7.
17. Filho JFL, Baccaro LFC, Fernandes T, et al. Epidemiologia da menopausa e dos sintomas climatéricos em mulheres de uma região metropolitana no sudeste do Brasil: inquérito populacional domiciliar. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2015; 37(4): 152-8.

18. Menzel J, Giuseppe RD, Wientzek A, et al. Physical Activity, Bone Health, and Obesity in Peri-/Preand Postmenopausal Women: Results from the EPIC-Potsdam Study. *Calcif Tissue Int* 2015; 97:376–384.
19. Colpani V, Spritzer PM, Lodi AP, et al. Atividade física de mulheres no climatério: comparação entre auto-relato e pedômetro. *Rev Saúde Pública* 2014; 48(2): 258-265.
20. Buonani C, Rosa CSC, Diniz TA, et al. Physical activity and body composition in menopausal women. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet* 2013; 35(4): 153-158.
21. Gravena AAF, Brischiliari SCR, Lopes TCR, et al. Excess weight and abdominal obesity in postmenopausal Brazilian women: a population based study. *BMC Women's Health* 2013; 13: 46.
22. Almeida RT, Almeida MMG, Araujo TM. Obesidade abdominal e risco cardiovascular: desempenho de indicadores antropométricos em mulheres. *Arq. Bras. Cardiol.* 2009; 92(5): 375-380.
23. Martinazzo J, Zemolin GP, Spinelli RB et al. Avaliação nutricional de mulheres no climatério atendidas em ambulatório de nutrição no norte do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2013; 18(11): 3349-3356.
24. Suliga E, Koziel D, Ciesla E, et al. Factors Associated with Adiposity, Lipid Profile Disorders and the Metabolic Syndrome Occurrence in Premenopausal and Postmenopausal Women. *PLoS ONE* 2016; 11(4): 1-19.
25. Hoffmann M, Mendes KG, Kanuto R, et al . Dietary patterns in menopausal women receiving outpatient care in Southern Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* 2015; 20(5): 1565-1574.
26. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Como está sua alimentação? Brasília, DF: 2014. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>.

27. Ventura DA, Fonseca VM, Ramos EG, et al. Association between quality of the diet and cardiometabolic risk factors in postmenopausal women. *Nutrition Journal* 2014; 13:121.
28. Bertoia ML, Triche EW, Michaud DS et al. Mediterranean and Dietary Approaches to Stop Hypertension dietary patterns and risk of sudden cardiac death in postmenopausal women. *Am J Clin Nutr* 2014; 99: 344–51.
29. Hingle MD, Wertheim BC, Tindle HA, et al. Optimism and Diet Quality in the Women's Health Initiative. *J Acad Nutr Diet*. 2014; 114(7): 1036–1045.