

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade de Nutrição**  
**Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos**



**Dissertação**

**Conhecimento sobre Guia Alimentar em adultos de Pelotas/RS**

**Juceli Soares Sallaberry**

Pelotas, 2021

**Juceli Soares Sallaberry**

**Conhecimento sobre Guia Alimentar em adultos de Pelotas/RS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição e Alimentos.

**Orientadora:** Gicele Costa Mintem

**Coorientadora:** Ivana Loraine Lindemann

Pelotas, 2021

Juceli Soares Sallaberry

## **Conhecimento sobre Guia Alimentar em adultos de Pelotas/RS**

Dissertação apresentada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Nutrição e Alimentos, Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 30/10/2021

Banca examinadora:

Prof. Dr. Gicele Costa Mintem (Orientador)  
Doutora em Ciências da Saúde (Epidemiologia) pela Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Cristina Corrêa Kaufmann  
Doutora em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas

Prof. Dr. Adriane Cervi Blümke  
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos

*Dedico este trabalho aos meus pais, que sempre me incentivaram nos estudos e aceitaram o meu retorno e de minha filha a Pelotas, nos acolhendo e dando condições para que esse sonho se concretizasse.*

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus pela oportunidade me dada a cada dia, por eu poder fazer novas escolhas e me reciclar, tanto no âmbito acadêmico quanto no conhecimento de mim mesma.

À Equipe ECOSUS, desde a nossa generosa coordenadora Denise, que tenho a feliz oportunidade de continuar a trabalhar, que nos ensina tão grandiosamente sobre o além da pesquisa. Já te disse isso várias vezes: gratidão Denise! Ao restante da equipe que pude conhecer, trabalhar, receber e dividir conhecimento, ir a campo e me divertir: valeu pessoal, aprendo muito com vocês!

À UFPEL por ser minha casa novamente, ao ensino de qualidade do PPGNA e ao CNPq pela bolsa concedida através do projeto ECOSUS.

À minha rede de apoio: amigas mães mestras que fiz nesse período, que a cada deslize estavam ali para segurar minha mão. “Ninguém larga a mão de ninguém”; minha família, me ajudando nos cuidados com a Lara (mãe, pai, Cel, Jef, Juju, Manu, Mamaga e Dirlei), me proporcionando um lar (pai e mãe) ou me ajudando em traduzir ou melhorar o contexto do meu trabalho (Diogo). Vocês são demais!!! Obrigada por tanto!!! Nati, que muitas vezes ficou de babá da Lara, sem me cobrar nada em troca, sempre com um sorriso e a boa vontade de simplesmente ajudar.

À Lara, minha carinhosa filha, que escutou muitas vezes mamãe não pode agora, põe o fone de ouvido, depois brincamos e pacientemente estava ali só para dar um “abracinho” e dizer mamãe tu trabalhas muito, TE AMO. É também por ti e para ti. Gratidão Vitória, pela facilidade em dividir comigo tudo o que já tinhas organizado e facilitar esse meu processo. A vida deveria ter muito mais pessoas como tu.

À minha coorientadora Ivana, que me ajudou nesse processo com palavras motivacionais e profissionalismo, sem deixar de ser carinhosa em momentos em que tudo estava difícil.

À minha orientadora Gicele, grande Gicele, exemplo de profissionalismo, dedicação, organização e acolhimento. Sim, és tudo isso e muito mais. Obrigada por entender todos os meus processos e seguir me dando a mão, és uma pessoa maravilhosa. Gratidão, Gratidão, Gratidão!!!

**Me sinto como na música da Pitty “se o mundo acabar hoje estarei dançando”**

## Resumo

SALLABERRY, Juceli Soares. **Conhecimento sobre o Guia Alimentar em adultos de Pelotas/RS**. Orientadora: Gicele Costa Mintem. 2021. 138 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição e Alimentos) – Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2021.

O trabalho objetivou descrever a prevalência de conhecimento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus fatores associados. Trata-se de um estudo transversal, realizado entre 2019 e 2020, com adultos usuários adscritos a unidades de Estratégia de Saúde da Família em Pelotas-RS. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista domiciliar. A amostra foi caracterizada quanto ao conhecimento através da *Escala de avaliação do conhecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os conteúdos do Guia Alimentar* utilizando sete questões baseadas nos 10 passos para uma alimentação adequada e saudável, grau de processamento, preparação e consumo de alimentos. O desfecho foi definido como elevado conhecimento (para percentil maior de 75) e baixo conhecimento, além de sua associação com características demográficas, socioeconômicas e de saúde verificadas por meio de razões de prevalência e seus intervalos de confiança de 95%. A amostra foi composta por 232 indivíduos e a prevalência do elevado conhecimento sobre o Guia Alimentar foi de 22,8% (IC95% 17,4-28,3) e a probabilidade de sua ocorrência foi menor naqueles com idade entre 40 e 49 anos, nos domicílios com maior número de participantes e naqueles insatisfeitos por déficit de peso com sua imagem corporal e maior naqueles com maior renda. Duas questões tiveram maior prevalência de acertos: sobre a preparação culinária em família (95,3%) e relacionada a um bom exemplo de desjejum (82,3%). O estudo sugere a necessidade de um trabalho mais focado na publicização do Guia Alimentar, tendo em vista que os resultados encontrados mostraram baixa prevalência de conhecimento elevado sobre o guia em usuários da atenção primária.

Palavras-chave: Guias alimentares. Atenção primária à saúde. Nutrição em saúde pública. Educação Alimentar e Nutricional.

## Abstract

SALLABERRY, Juceli Soares. **Food Guide knowledge among adults in Pelotas/RS.** Advisor: Gicele Costa Mintem. 2021. 138f. Dissertation (Masters in Food and Nutrition) – Graduate Program Food and Nutrition, Federal University of Pelotas, Pelotas, 2021.

This study aimed to describe the prevalence of Food Guide knowledge in Brazilian Population and its associated factors. It is a cross-sectional study, carried out between 2019 and 2020 with adult users enrolled in Family Health Strategy units in the city of Pelotas – RS. Data collection was carried out through household interviews. The sample was characterized in terms of knowledge through the Food Guide Knowledge Scale Assessment of Health Professionals in Primary Care (GAB1), using seven questions based in ten steps to a proper and healthy diet, degree of food processing, preparation and consumption. The outcome was defined as high knowledge (for percentile greater than 75) and low knowledge, in addition to its association with demographic, socioeconomic and health characteristics, verified through prevalence ratios and their 95% confidence intervals. The sample consisted of 232 individuals and the prevalence of high knowledge on Food Guide was 22.8% (IC95% 17.4-28.3). The probability of its occurrence was lower in those aged between 40 and 49 years, in households with a greater number of participants and in those dissatisfied due to their body image being underweight; and greater in those with higher income. Two questions had a higher prevalence of correct answers: about family cooking preparation (95.3%) and related to a good example of breakfast (82.3%). The study suggests the need for a more focused work on the Food Guide's advertising considering that the results showed low prevalence of high knowledge about the guide in primary care users.

Keywords: Food guides. Primary health care. Nutrition in public health. Food and Nutrition Education.

## Lista de Figuras

Figura 1 -	Marco Teórico .....	28
Figura 2 -	Quadro da estratégia de busca nas bases.....	29
Figura 3 -	Fluxograma da seleção de artigos.....	30
Figura 4 -	Quadro revisão literatura sobre conhecimento sobre alimentação saudável.....	31
Figura 5 -	Quadro cálculo do tamanho da amostra.....	55
Figura 6 -	Quadro com número de domicílios a serem entrevistados por território no município de Pelotas/RS.....	56
Figura 7 -	Escala de Silhuetas de Stunkard (1983).....	61
Figura 8 -	Quadro de caracterização das variáveis independentes.....	62
Figura 9 -	Quadro do cronograma.....	65
Figura 10 -	Quadro de orçamento.....	66
Figura 11 -	Alterações do quadro de orçamento.....	67
Figura 12 -	Quadro de territórios selecionados e número de domicílios a serem entrevistados no estudo (n=700) .....	76
Figura 13 -	Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Osório, Pelotas 2020.....	79
Figura 14 -	Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Dunas, Pelotas 2020.....	79
Figura 15 -	Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Areal Fundos, Pelotas 2020.....	79

## Lista de abreviaturas e siglas

APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	Estratégia Saúde da Família
FLV	Frutas, legumes e verduras
GAB1	Escala de mensuração do conhecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira
GAB2	Escala de mensuração da percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde da Atenção Básica para aplicar o Guia Alimentar em ações educativas
CFG	Guia Alimentar do Canadá
GAPB	Guia Alimentar População Brasileira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
CAC	Conhecimento, atitude e comportamento
MS	Ministério da Saúde
CN	Conhecimento nutricional
OMS	Organização Mundial da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
LAA	Literacia Alimentar autopercebida
NSE	Nível socioeconômico
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia da Informação
UBS	Unidade Básica de Saúde

## Sumário

<b>Introdução.....</b>	<b>13</b>
<b>Projeto de Pesquisa.....</b>	<b>15</b>
<b>Resumo.....</b>	<b>18</b>
<b>1 Introdução.....</b>	<b>19</b>
<b>2 Justificativa.....</b>	<b>22</b>
<b>3 Objetivos.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1 Objetivo geral.....</b>	<b>23</b>
<b>3.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>23</b>
<b>4 Hipóteses.....</b>	<b>24</b>
<b>5 Marco Teórico.....</b>	<b>25</b>
<b>5.1 O Sistema Único de Saúde e o seu acesso.....</b>	<b>25</b>
<b>5.2 Influências.....</b>	<b>26</b>
<b>5.3 Comportamento.....</b>	<b>26</b>
<b>5.4 Modernização.....</b>	<b>27</b>
<b>5.5 Estado nutricional.....</b>	<b>27</b>
<b>6 Revisão de Literatura.....</b>	<b>30</b>
<b>6.1 Síntese dos estudos incluídos na revisão.....</b>	<b>32</b>
<b>6.1.1 África.....</b>	<b>48</b>
<b>6.1.2 América.....</b>	<b>48</b>
<b>6.1.3 Ásia.....</b>	<b>51</b>
<b>6.1.4 Europa.....</b>	<b>53</b>
<b>6.1.5 Oceania.....</b>	<b>54</b>
<b>7 Metodologia.....</b>	<b>55</b>
<b>7.1 Delineamento.....</b>	<b>55</b>
<b>7.2 População e local de realização.....</b>	<b>55</b>
<b>7.3 Critérios de inclusão exclusão.....</b>	<b>55</b>
<b>7.4 Cálculo do tamanho da amostra.....</b>	<b>56</b>
<b>7.5 Processo de amostragem.....</b>	<b>57</b>
<b>7.6 Trabalho de campo.....</b>	<b>58</b>
<b>7.7 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores.....</b>	<b>59</b>
<b>7.8 Coleta de dados.....</b>	<b>59</b>

<b>7.9 Cálculo do poder.....</b>	<b>59</b>
<b>7.10 Instrumentos e índices utilizados.....</b>	<b>59</b>
<b>7.10.1 Escala GAB1.....</b>	<b>59</b>
<b>7.10.2 Escala de Silhuetas de Stunkard.....</b>	<b>60</b>
<b>7.10.3 Índice de Massa Corporal.....</b>	<b>61</b>
<b>7.11 Variáveis.....</b>	<b>62</b>
<b>7.11.1 Variável dependente.....</b>	<b>62</b>
<b>7.11.2 Variáveis independentes.....</b>	<b>62</b>
<b>7.12 Análise de dados.....</b>	<b>63</b>
<b>7.13 Aspectos éticos.....</b>	<b>63</b>
<b>8 Resultados esperados.....</b>	<b>64</b>
<b>9 Cronograma.....</b>	<b>65</b>
<b>10 Orçamento.....</b>	<b>66</b>
<b>Relatório do Trabalho de Campo.....</b>	<b>69</b>
<b>Artigo.....</b>	<b>85</b>
<b>Referências.....</b>	<b>111</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>120</b>

## Introdução

No Brasil, a preocupação com a alimentação da população foi evidenciada pela primeira vez na década de 40, com a elaboração do Guia de Alimentação, organizado pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil que visava “o ensinamento e a propagação de noções básicas indispensáveis à perfeita integração do homem nos quadros geográficos brasileiros.”(BRASIL, 1960). A alimentação de forma adequada é um direito básico, instituído por legislação e seu acesso permite que outros direitos humanos sejam realizados (ABRANDH, 2013).

Os guias alimentares apresentam o conhecimento científico de nutrição em uma leitura simples e compreensível sendo de fácil manejo para a orientação da população (PAINTER; RAH; LEE, 2002). Com isso, em 2006, foram então publicadas as primeiras diretrizes alimentares oficiais baseadas em evidências científicas para os brasileiros, intitulado Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB)(BRASIL, 2014).

Monteiro e colaboradores, em 2010, elaboraram uma nova proposta de classificação de alimentos denominada NOVA que utilizava o grau de industrialização (*in natura* ou minimamente processados, processados e ultraprocessados). Em 2014, na elaboração do novo GAPB, essa proposta foi utilizada e teve o acréscimo da categoria ingredientes culinários processados (óleos, gorduras, sal e açúcar)(BRASIL, 2014 ; MONTEIRO *et al.*, 2010; MONTEIRO *et al.*, 2016).

A regra de ouro do GAPB é dar preferência por alimentos *in natura* e a preparação do próprio alimento. Levando em consideração a cultura e a regionalidade, a sustentabilidade, o bem-estar no ato de comer e a autonomia para a escolha saudável, através do entendimento de que essa escolha vai além de quantidades, considerando qualidade social, emocional e nutricional, resgatando a comensalidade. Como iniciativa de uma síntese do conteúdo do GAPB foram elaborados os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável dentro do próprio guia. (BRASIL, 2014). Dessa forma, o acesso da população ao conteúdo do GAPB se torna fundamental na obtenção de conhecimento adequado com embasamento científico sobre alimentação saudável. O conhecimento nutricional (CN) tem se tornado uma importante ferramenta de avaliação, mesmo que não seja a mais utilizada (DATTILO *et al.*, 2009) e ainda não seja padronizada. Estudos têm evidenciado uma correlação positiva entre CN, atitude e comportamento em adultos. Cabe destacar que mesmo com um bom CN os demais

determinantes relacionados ao consumo alimentar devem ser considerados. (LIN *et al.*, 2011; MATHE *et al.*, 2015; MATHE *et al.*, 2016)

Não obstante, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um significativo problema de saúde pública da atualidade, tanto no Brasil, quanto no mundo (WHO, 2014). A constante elevação do excesso de peso na população e, conseqüentemente, maiores prevalências de obesidade têm sido descritas. A relação dessa tendência e o aumento no consumo de alimentos ultraprocessados merecem atenção. (IBGE, 2020b)

O objetivo do estudo foi descrever a prevalência de conhecimento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus fatores associados.

Como hipóteses do estudo: maior prevalência de conhecimento sobre o GAPB em adultos mais jovens, mulheres, em indivíduos com maior renda, maior escolaridade, excesso de peso e insatisfeitos com a imagem corporal foram investigadas.

A publicização do GAPB, através da Atenção Primária à Saúde (APS), se torna indispensável para a promoção da saúde e autonomia nas escolhas alimentares, facilitando a compreensão e manutenção de uma alimentação adequada e saudável por parte da população.

## **Projeto de Pesquisa**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Faculdade de Nutrição**  
**Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos**



**Projeto de Dissertação**

**Conhecimento sobre alimentação saudável em população adscrita a unidades  
de saúde da família de Pelotas/RS**

Juceli Soares Sallaberry

Pelotas, 2020

Juceli Soares Sallaberry

**Conhecimento sobre alimentação saudável em população adscrita a unidades  
de saúde da família de Pelotas/RS**

Projeto de Dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Nutrição e Alimentos

**Orientadora:** Gicele Costa Mintem

**Coorientadora:** Ivana Loraine Lindemann

Pelotas, 2020

## Resumo

SALLABERRY, Juceli Soares. **Conhecimento sobre alimentação saudável em população adscrita a unidades de saúde da família de Pelotas/RS.** Orientadora: Gicele Costa Mintem. Projeto de Dissertação – (Mestrado em Nutrição e Alimentos) - Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas, 2020.

O conhecimento sobre alimentação saudável advém principalmente da família e seus fatores intrínsecos (econômicos, sociais e culturais) além das influências escolares e das propagandas veiculadas nos diversos meios. Esse conhecimento vem sendo estudado de diversas formas, no mundo inteiro, mas no Brasil, sobre o Guia Alimentar Brasileiro de 2014 especificamente, poucos são os estudos. O objetivo do estudo é descrever o conhecimento sobre alimentação saudável em população adulta adscrita a unidades de Saúde da Família de Pelotas, RS. Estudo observacional do tipo transversal realizado na zona urbana do município. O instrumento será um questionário contendo informações socioeconômicas e demográficas e sete questões sobre conhecimento alimentar adaptadas da Escala de avaliação do conhecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os conteúdos do Guia Alimentar (GAB1). O estado nutricional será avaliado pelo índice de massa corporal classificado conforme os pontos de corte da Organização Mundial da Saúde utilizando dados de peso e altura autorreferidos, a percepção de imagem corporal será avaliada mediante escala traduzida e validada de Stunkard composta por nove figuras masculinas e femininas, variando do tamanho de 1 (menor) a 9 (maior). Para coleta e exportação de dados será utilizado *RedCap* e os dados serão analisados no *Stata 13*. Nas análises será utilizado o valor  $p < 0,05$  para significância estatística.

**Palavras-chave:** Conhecimento, atitudes e práticas em saúde. Adulto. Comida saudável.

## 1 Introdução

No Brasil, a preocupação com a alimentação da população foi evidenciada pela primeira vez na década de 40, com a elaboração do Guia de Alimentação, organizado pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil que visava “o ensinamento e a propagação de noções básicas indispensáveis à perfeita integração do homem nos quadros geográficos brasileiros.”(BRASIL, 1960). A alimentação adequada e saudável é um direito humano básico indispensável e que envolve a comprovação de acesso regular para manter inclusive a realização de outros direitos humanos (LEÃO, 2013).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), alguns dos fatores de risco que respondem pela maioria das mortes por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e possuem fração importante de carga nessas enfermidades são o consumo alimentar inadequado, a inatividade física e o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (WHO, 2014).

Há evidências de que grupos com menor renda, trabalho manual ou com menor escolaridade possuem dieta menos saudável, com baixo consumo de frutas e verduras em relação ao consumo recomendado nos programas de promoção de saúde e que para aumentar sua efetividade seria preciso identificar e compreender melhor seus conhecimentos e benefícios e as atitudes em relação a esse consumo (THOMPSON *et al.*, 1999).

Wardle; Parmenter e Waller (2000a) em seu estudo verificaram que mesmo após controle de variáveis demográficas e socioeconômicas, o conhecimento sobre nutrição esteve significativamente associado à alimentação saudável e esses resultados reforçam a ideia de incluir esse conhecimento como um alvo para campanhas de educação em saúde destinadas a promover uma alimentação saudável. Nesse sentido, Worsley (2002) mostrou que mesmo desempenhando um papel pequeno, o conhecimento é fundamental na adoção desses hábitos. A saúde humana não é uma questão apenas individual, é social

e para a sua promoção deve haver mudança das práticas sociais (BANDURA, 2004).

Os guias alimentares servem para transformar o conhecimento científico de nutrição em ideias básicas para que a população possa ser orientada a se alimentar adequadamente (PAINTER; RAH; LEE, 2002). Em 1916, nos Estados Unidos, foi a primeira recomendação de uma alimentação saudável através de um guia alimentar que se tem divulgado, proposto por Caroline Hunt (BARBOSA; COLARES; SOARES, 2008).

No Brasil, o primeiro Guia de Alimentação que se tem documentado foi organizado pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil e editado pelo Departamento Nacional de Educação no Rio de Janeiro, em 1947 (BRASIL, 1960). Depois de 59 anos, em 2006 foi publicado o primeiro Guia Alimentar para a população brasileira (GAPB) contendo as primeiras diretrizes oficiais para a população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O GAPB é um documento oficial, resultado de uma construção coletiva, que tem por pressuposto o direito à saúde e à alimentação saudável, é um instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS), (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) foi criado pensando em prover acesso à informação sobre alimentação adequada e saudável e ampliar a autonomia na prática de melhores escolhas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). O GAPB de 2014, apresentou-se com a nova proposta de classificação dos alimentos, dividindo-os em minimamente processados, ingredientes culinários, alimentos processados e ultraprocessados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O conhecimento nutricional (CN) tem se tornado uma ferramenta interessante de avaliação, mesmo que o registro alimentar seja mais utilizado (DATTILO *et al.*, 2009). Axelson e Brinberg (1992) definiram CN como um construto científico criado por educadores nutricionais para representar o processo cognitivo individual relacionado à informação sobre alimentação e nutrição. A escolha alimentar é pessoal e inerente ao indivíduo e o conhecimento alimentar é influenciado por idade, gênero e aspectos socioeconômicos (SESAN BRASIL, 2012), já conforme Powell-Wiley (2014) a qualidade da dieta percebida

é um fator psicossocial que pode influenciar a ingestão alimentar, se a percepção for imprecisa pode perpetuar hábitos alimentares inadequados. Poelman (2018) apresenta outra forma de conhecimento que seria a literacia alimentar referindo-se à capacidade de fazer escolhas alimentares saudáveis em diferentes contextos, ambientes e situações quando apodera-se do conhecimento.

Em estudo com profissionais da área da saúde que trabalhavam com informações sobre saúde aos usuários, percebeu-se que esses não possuíam conhecimentos nem habilidades adequadas na sua ingestão alimentar, seus conhecimentos, crenças e ações relacionados à dieta alimentar diferiam minimamente do público em geral, evidenciando a necessidade de treinamento adicional para melhorar as metas nacionais e internacionais da equipe de saúde e para suas próprias necessidades (BARRATT, 2001).

O conhecimento do guia alimentar pensando na promoção da saúde através da APS, de forma simples, será com certeza um divisor de águas na compreensão e manutenção de uma alimentação adequada e saudável.

## **2 Justificativa**

O entendimento de que os Guias Alimentares são de suma importância para a promoção da alimentação saudável e adequada e que eles são instrumentos facilitadores de uso simples e disponível no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), faz com que desperte o interesse em estudar o conhecimento sobre alimentação saudável da população e compreender se o que é proposto pelas políticas públicas está sendo realizado.

Os resultados desta pesquisa poderão ajudar na resolutividade das estratégias do serviço em relação ao trabalho de educação alimentar e nutricional, tanto dos usuários como até dos próprios profissionais de saúde.

### **3 Objetivos**

#### **3.1 Objetivo geral**

Descrever o conhecimento sobre alimentação saudável em população adulta adscrita a unidades de Saúde da Família do município de Pelotas, RS.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Identificar o conhecimento sobre alimentação saudável de acordo com as características demográficas e socioeconômicas.

Analisar a relação entre conhecimento sobre alimentação saudável e estado nutricional.

Avaliar a associação entre conhecimento sobre alimentação saudável e percepção da imagem corporal.

## **4 Hipóteses**

O conhecimento sobre alimentação saudável será maior em:

- Adultos mais jovens
- Mulheres

E em indivíduos com:

- Melhor nível socioeconômico;
- Maior escolaridade;
- Excesso de peso;
- Mais insatisfeitos com a imagem corporal.

## **5 Marco Teórico**

### **5.1 O Sistema Único de Saúde e o seu acesso**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi constituído em 1988, instituindo-se o acesso à saúde como um direito social (BRASIL, 1988) e foi regulamentado em 1990 pela Lei 8.080, objetivando dar assistência por meio de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos inclusive a vigilância nutricional e orientação alimentar (BRASIL, 1990).

O Programa Saúde da Família (PSF) hoje intitulado Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi concebido pelo Ministério da Saúde, em 1994, e sempre foi definido como estratégia prioritária para organização e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) no país, visando atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua (BRASIL, 1997).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a ESF é considerada a estratégia prioritária da atenção primária, ela que ocasiona maior resultado e efeito positivo na saúde individual e populacional (BRASIL, 2017). As ESF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, quando estão funcionando adequadamente, melhorando a qualidade de vida da população (BRASIL, 2000).

Nos últimos 30 anos o acesso aos serviços de saúde aumentou, inclusive na busca por ações de prevenção e controle, conforme indicadores usados nas fontes da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) e Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) (VIACAVA *et al.*, 2018).

## 5.2 Influências

Conforme Buttriss, (2003, p. 573) com a grande quantidade de informações disponíveis sobre alimentação saudável procedentes de diversos meios de comunicação torna-se difícil a distinção entre a informação considerada como confiável e tantas outras fontes, e ele define algumas mensagens da mídia sobre esse tema como “confusas, muitas vezes conflitantes, frequentemente não baseadas em evidências de boa qualidade e respaldado em franca interpretação ou mal-entendido da ciência nutricional”.

Mesmo quando não estamos nos alimentando, o ato de pensar na comida tem um papel importante no dia a dia, pois diariamente temos que fazer em torno de 200 escolhas alimentares (DE RIDDER *et al.*, 2017). Sendo que nossas escolhas e hábitos alimentares sofrem influência por diversos fatores como: econômicos, psicológicos, fisiológicos, sociais, culturais, como também pelo conhecimento sobre a alimentação e a nutrição (CARDOSO *et al.*, 2015), no mesmo sentido, Bravo (2006) ainda reforça que a família, o âmbito escolar e a publicidade ajudam a formar esses hábitos.

## 5.3 Comportamento

Tanto o excesso de peso como a insatisfação corporal são fatores que influenciam o comportamento alimentar, podendo motivar a realização de restrições alimentares (TORAL *et al.*, 2007).

Diferentes estudos vêm observando a relação de aspectos psicológicos no consumo alimentar, o conhecimento e as crenças sobre o perfil da alimentação saudável, levando em consideração a atitude em relação à dieta, o entendimento dos benefícios e barreiras para adotá-la e ainda suporte social para práticas adequadas de compra e preparo das refeições (COTUGNA *et al.*, 1992; KRISTAL *et al.*, 1995; BUTTRISS, 1997).

Quando o indivíduo possui a crença de que não existe necessidade de mudança no seu hábito alimentar dificulta a obtenção do sucesso na intervenção

do profissional de saúde. O reconhecimento da necessidade de alteração desses hábitos é imprescindível para começar uma mudança alimentar (TORAL *et al.*, 2007).

Para Kilander (2001) o conhecimento colabora para manter ou desenvolver novas atitudes, é o componente racional necessário para encorajar uma ação desejada.

#### **5.4 Modernização**

A globalização dos sistemas agroalimentares facilita a diversificação de oferta de alimentos, transformando o padrão do consumo alimentar em todo o mundo, porém tem se observado uma tendência linear independentemente de onde ocorra o crescimento econômico, em países de baixa renda a energia nutricional provém principalmente de carboidratos, para gorduras a contribuição é pequena, carne e laticínios insignificante. Em países de alta renda a energia é obtida principalmente de carboidratos e gordura, mas carne e laticínios também são bem consumidas (GERBENS-LEENES; NONHEBEL; KROL, 2010).

Nos domicílios brasileiros na POF 2017-2018 percebeu-se que cerca de metade das calorias totais eram provenientes de alimentos *in natura* ou minimamente processados, e que com o aumento da renda da população diminuiu a participação dos alimentos *in natura* ou minimamente processados e aumentou os alimentos ultraprocessados (IBGE, 2020a).

#### **5.5 Estado nutricional**

No Brasil, em 2018, de acordo com a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), a frequência de excesso de peso foi de 55,7% e de obesidade, de 19,8%, sendo que a obesidade de 2006 para 2018 aumentou 8% (BRASIL, 2020), representando, portanto, um importante problema de saúde pública.

Nesse contexto, de 15% a 22% dos obesos que procuravam tratamento para emagrecer no Brasil apresentavam transtorno de compulsão alimentar periódica (CADENA-SCHLAM; LÓPEZ-GUIMERÀ, 2015).

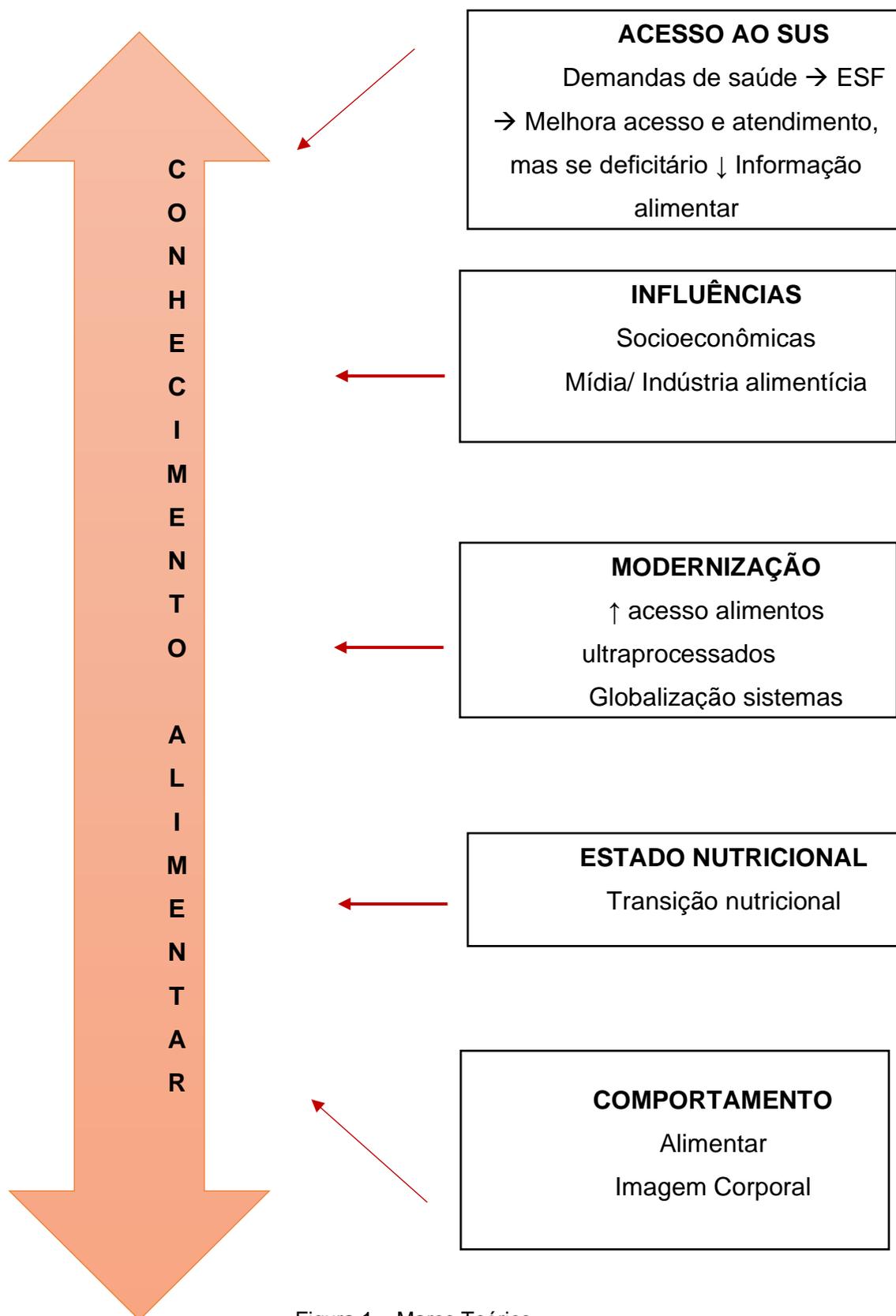


Figura 1 – Marco Teórico.

## 6 Revisão de Literatura

A revisão da literatura teve como objetivo identificar estudos sobre conhecimento de alimentação saudável em adultos. Para isso foi realizada uma busca em bases eletrônicas de dados PubMed, Scielo e Lilacs, no período de agosto de 2019 até outubro de 2020. Os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados em todas as bases de dados: *healthy knowledge, attitudes, practice* (conhecimentos, atitudes e práticas em saúde), *adult* (adulto de 19 a 44 anos), *middle aged* (adulto de 45 a 64 anos) e as palavras *healthy food* (comida saudável). Para a busca não foi utilizado nenhum critério de exclusão e foi encontrado um total de 5582 títulos que estão descritos no quadro abaixo.

<b>LILACS</b>	
<i>Healthy knowledge, attitudes, practice and middle aged and healthy food</i>	26
<i>Healthy knowledge, attitudes, practice and adult and healthy food</i>	51
<b>SCIELO</b>	
<i>Healthy knowledge, attitudes, practice and middle aged and healthy food</i>	929
<i>Healthy knowledge, attitudes, practice and adult and healthy food</i>	1673
<b>PUBMED</b>	
<i>Healthy knowledge, attitudes, practice and middle aged and healthy food</i>	964
<i>Healthy knowledge, attitudes, practice and adult and healthy food</i>	1939
<b>TOTAL</b>	
	5582

Figura 2 - Quadro da estratégia de busca nas bases de dados.

Com base no título dos artigos foram selecionados os resumos que pudessem ser relevantes para essa revisão da literatura. Após a leitura dos resumos foram identificados os artigos originais para serem lidos na íntegra.

Dentre os artigos selecionados, foram revisadas suas referências, a fim de detectar mais algum trabalho relevante para este projeto que não tivesse sido identificado em nenhuma das bases de dados pesquisadas.

O resultado de todo o processo encontra-se resumido na Figura 3.

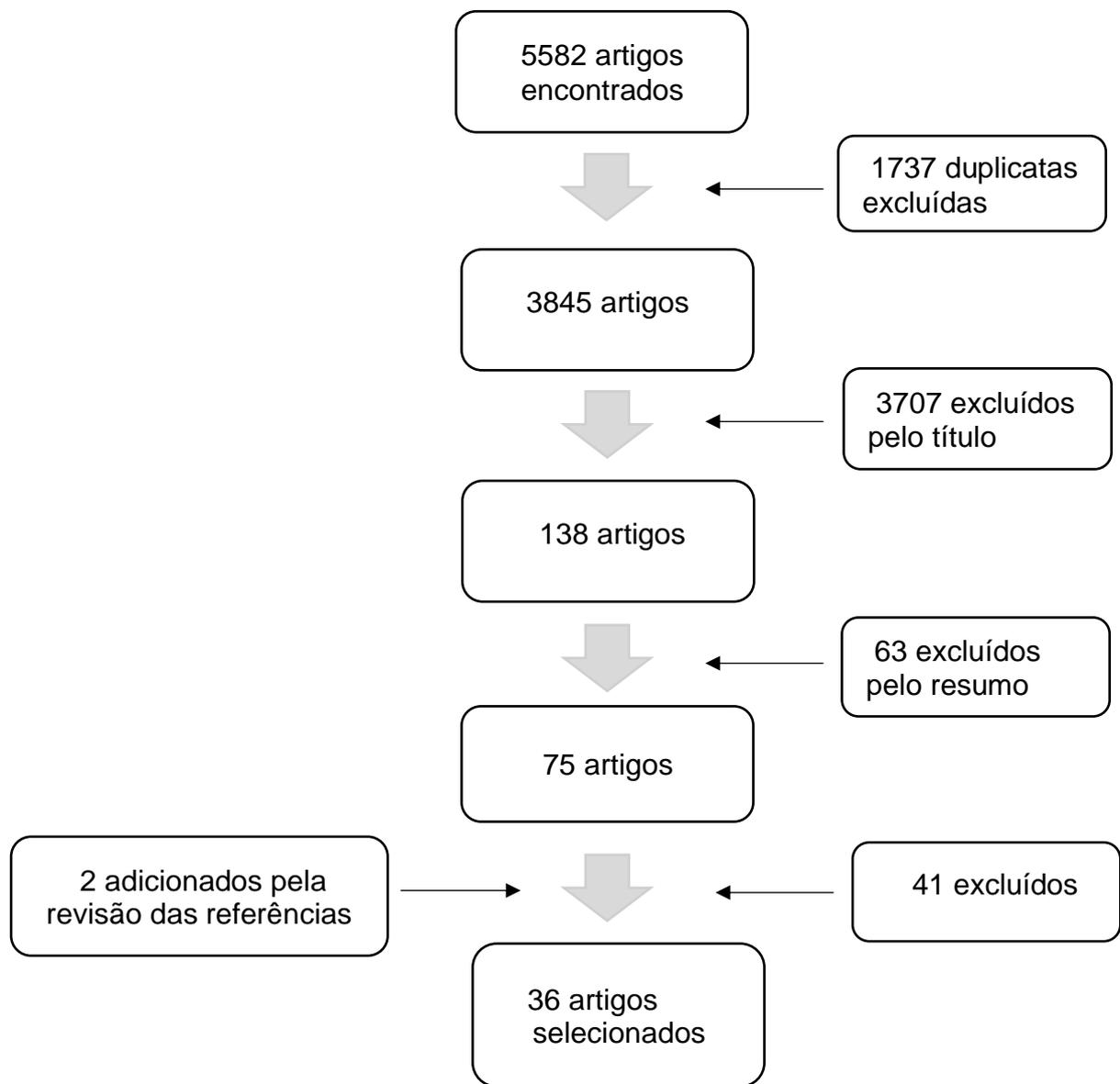


Figura 3- Fluxograma da seleção de artigos

### 6.1 Síntese dos estudos incluídos na revisão

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
THOMPSON <i>et al.</i> (Inglaterra 1999)	Transversal	5.553 Homens e mulheres	Determinar as características demográficas e comportamentais de baixo consumo de frutas e vegetais. Em segundo lugar, investigar se o conhecimento e as atitudes são barreiras para consumo de frutas e vegetais.	<p>Baixo consumo frutas ou vegetais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumento 2,59x 16 a 24 anos com 45 a 74 anos, 2,17x homens comparando mulheres 1,77 x fumantes atuais x nunca fumantes.</li> <li>✓ Conhecimento e atitudes: &gt;1,9x discordar “alimentos saudáveis são agradáveis” 1,76x concordar “Eu realmente não me importo com o que eu como”.</li> <li>✓ Impacto conhecimento parecia menos importante que atitudes sobre dieta saudável</li> </ul>
Wardle <i>et al.</i> (Inglaterra 2000a)	Transversal	1.040 homens e mulheres	Examinar o conhecimento sobre nutrição e as variações demográficas no conhecimento.	<p>Maior conhecimento em:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mulheres</li> <li>✓ Maior nível educação</li> <li>✓ Meia idade.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Wardle <i>et al.</i> (Inglaterra 2000b)	Transversal	1.040 homens e mulheres	Investigar a relação entre o conhecimento e a ingestão de gordura, frutas e vegetais usando uma medida bem validada de CN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mulheres &gt; ingestão de frutas e vegetais e &lt; gorduras.</li> <li>✓ Mais jovens &lt; frutas/vegetais e &gt; gorduras.</li> <li>✓ Maior escolaridade &gt; consumo de frutas.</li> <li>✓ Maior classe ocupacional &gt; ingestão de vegetais &lt; gorduras.</li> <li>✓ Maior conhecimento &gt; ingestão de frutas/vegetais &lt; gorduras.</li> </ul>
Barratt, J. (Inglaterra, 2001)	Transversal	358 profissionais da saúde	Avaliar a dieta, relacionar conhecimentos, crenças e ações dos profissionais de saúde cadastrados e comparar os resultados com os do público em geral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ingestão álcool: 48% profissionais x 27% público.</li> <li>✓ Dieta balanceada profissionais sem noção para saúde pública dieta &lt; amido.</li> <li>✓ 34% profissionais x 48% público gordura saturada dieta.</li> <li>✓ Muitos profissionais confiantes, porém sem conhecimento adequado.</li> </ul>
Bravo <i>et al.</i> (Espanha, 2006)	Observacional transversal	105 estudantes universitários	Avaliar os hábitos alimentares e de outros estilos de vida se comportam de acordo com o CN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Ingestão deficiente de calorias, fibras, proteínas e gorduras.</li> <li>✓ Estudantes de nutrição acreditavam maior CN não havendo diferença significativa entre hábitos e composição da dieta x outros estudantes.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Serra-Majem <i>et al.</i> (Espanha, 2007)	Duas pesquisas transversais 1992–1993 2002–2003	2.361 indivíduos ENCAT <sup>3</sup> 1992/93 2.061 indivíduos ENCAT 2002/03	Avaliar a modificação de conhecimentos, opiniões e atitudes em relação à alimentação saudável, percepção do peso e práticas de dieta e hábitos preventivos ao longo de uma tendência de 10 anos na população catalã de 1992 a 2003.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alface/cenoura, peixe/azeite como mais saudáveis nas duas pesquisas.</li> <li>✓ Entendiam alimento saudável – peixes azuis: de 18 para 40%, azeite oliva: de 21 para 45% Vinho: de 26% para 45%.</li> <li>✓ Menos prejudicial – carne de porco: de 47 para 36%.</li> <li>✓ Mais prejudicial – óleo semente girassol: de 9 para 18%, óleo milho: de 11 para 27%, açúcar: de 16% para 19%.</li> <li>✓ Percepção excesso peso: homem de 26/29%, mulher 42/28%.</li> <li>✓ Excesso peso afeta saúde: homem 14 para 33%, mulher redução 14 para 39%.</li> <li>✓ Atividade física melhor método perda peso de 35 para 43%.</li> </ul>
Gottschall-Pass <i>et al.</i> (Canadá, 2007)	Transversal	925 adultos	Avaliar o conhecimento sobre recomendações dietéticas, fontes alimentares nutrientes essenciais, escolhas alimentares e relações dieta-doença.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ CN recomendações: acertaram 95% FLV, fibras, &lt; gordura e açúcar; menos 2% sabiam ingerir CH.</li> <li>✓ Dificuldade em definir produtos saudáveis para escolhas refeições.</li> <li>✓ Entendimento superficial de dieta-doença.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Lake <i>et al.</i> (Inglaterra, 2007)	Entrevistados estavam participando de estudo dietético longitudinal – o estudo ASH30 <sup>4</sup>	197 homens e mulheres	Explora os conceitos dos entrevistados de ‘alimentação saudável’ e as respostas à afirmação ‘Meus padrões de alimentação são saudáveis’ e compara as respostas com a ingestão medida para cada uma das cinco categorias de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Percepção saudabilidade para frutas e vegetais.</li> <li>✓ NSE associado às percepções de alimentação saudável.</li> <li>✓ Alto e médio NSE “meus padrões de alimentação são saudáveis” x grupo baixo NSE.</li> <li>✓ Baixo IMC “meus padrões alimentares são saudáveis” x grupo de quartil de elevado IMC .</li> </ul>
Beydou, <i>et al.</i> (Estados Unidos, 2008)	Transversal	4.356 adultos	Examinar efeitos dos fatores de NES na qualidade da dieta e ingestão FLV entre os adultos dos EUA e a modificação do efeito pelo conhecimento e crenças nutricionais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Associação positiva entre seguir diretrizes FLV e qualidade da dieta associada a nível escolaridade.</li> <li>✓ Associação positiva NSE com indicadores e índices qualidade de dieta variava de acordo com conhecimento e crença.</li> </ul>
Dattilo, <i>et al.</i> (Brasil, 2009)	Transversal	42 indivíduos	Avaliar o CN e correlacioná-lo com variáveis como IMC e escolaridade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Menor correlação entre IMC e conhecimento.</li> <li>✓ Maior correlação entre conhecimento e escolaridade.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Grunert, <i>et al.</i> (Reino Unido, 2010)	Transversal	921 homens e mulheres	Medir o nível de CN dos consumidores do Reino Unido e ver como isso, juntamente com fatores demográficos e interesse em alimentação saudável, afeta o uso e a compreensão das informações nutricionais nos rótulos dos alimentos.	✓ Alimentação saudável efeito direto sobre o uso de informações nutricionais na loja, sendo maior em classes sociais elevadas, para mulheres e mais velhas (também é um pouco menor para pessoas com maior IMC e, surpreendentemente, para pessoas que vivem com crianças menores de 16 anos).
Takaizumi, <i>et al.</i> (Japão, 2011)	Transversal baseada na Internet	1.558 Homens e mulheres	Examinar as associações abrangentes entre consciência do Guia Alimentar Japonês, KAB e obesidade usando a análise de caminho em Adultos japoneses.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Maior divulgação do guia maior pontuação de CAC.</li> <li>✓ Maior pontuação CA para maior pontuação atitudes alimentares e comportamento alimentar.</li> <li>✓ Comportamento alimentar para menor IMC e menor obesidade abdominal.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Lin, <i>et al.</i> (China, 2011)	Transversal	1.706 Adultos	Investigar o estado atual da nutrição conhecimento, atitude e comportamento (CAC) de adultos de 19 a 64 anos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecimento sobre a “relação entre dieta e doença” e “comparação dos alimentos em termos de nutrientes específicos” é aceitável.</li> <li>✓ Menor conhecimento “necessidades diárias consumo” e “peso/perda peso.</li> <li>✓ Mulheres maior CAC, exceto comportamento alimentar emocional e externo.</li> <li>✓ 19 a 30 anos e de 31 a 44 anos têm &gt; conhecimento de 45 a 64 anos.</li> <li>✓ 31 a 44 anos têm atitude mais positiva do que os 19 a 30 anos.</li> <li>✓ O CN e a atitude maiores áreas urbanas x menores áreas suburbanas/remotas.</li> <li>✓ Frequência "alimentação emocional e externa" maiores em áreas urbanas x menores em suburbanas/remotas.</li> <li>✓ Correlações significativamente positivas entre CAC e comportamento em nutrição.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Costa, <i>et al.</i> (Brasil, 2012)	Transversal	191 Mulheres	Avaliar o perfil de saúde, o estado nutricional e o nível de CN de mulheres usuárias do programa academia da cidade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ CN x renda: &gt; 3 salários mínimos apresentaram &gt; média final (7,5 x 6,82).</li> <li>✓ Mulheres com maior renda apresentaram maiores notas no grupo 2 de perguntas.</li> <li>✓ Grupo 2 maior percentual de acertos, maior conhecimento alimentos fontes de fibras e gorduras.</li> </ul>
Teixeira, <i>et al.</i> (Brasil, 2013)	Entrevistas antes e após intervenção	60 mulheres	Objetivo avaliar a eficácia de dois métodos de intervenção nutricional educativa entre mulheres praticantes de atividade física regular visando à modificação e à adoção de práticas alimentares saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No geral não houve ≠ significativa conhecimento para os grupos.</li> <li>✓ Mudanças de hábitos: tipos de alimentos ser + consumidos, como forma de preparação.</li> <li>✓ Diminuição significativa de peso e IMC grupo intervenção mais ativo.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Farahmand, <i>et al.</i> (Irã, 2015)	Qualitativo	98 homens	Explorar as percepções e experiências de homens de Teerã em relação às principais barreiras à alimentação saudável entre famílias iranianas urbanas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fatores pessoais: &lt; CA e gosto.</li> <li>✓ Comunicação e modelagem: Influências pessoas e mídia.</li> <li>✓ A modernização: transição nutricional e papel feminino.</li> <li>✓ Menor acesso alimentos saudáveis: baixa Confiança, risco percebido, maior custo e pouco tempo.</li> </ul>
Mathe, <i>et al.</i> (Canadá, 2015)	Transversal	1.210 adultos	Relatar o conhecimento geral e específico das recomendações do Guia Alimentar do Canadá (GAC) entre adultos em Alberta, Canadá.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Maior probabilidade de ter &gt; conhecimento geral GAC: 4x mais na mulher, 3,7x mais em caucasianos x não brancos, maior renda.</li> <li>✓ Relataram consumo de 5 porções ou mais de frutas e vegetais 2x mais propensos a conhecerem o GAC.</li> </ul>
Mathe, <i>et al.</i> (Canadá, 2016)	Transversal	1.044 adultos	Descrever os comportamentos de estilo de vida entre adultos que relatam conhecer o GAC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 82,2% diziam conhecer o GAC</li> <li>✓ 35,8% consumiam acima 5 FLV/dia.</li> <li>✓ 55,3% praticavam atividade física</li> <li>✓ 64,3% percebiam peso saudável.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Lindemann, <i>et al.</i> (Brasil, 2016)	Transversal	1.246 Adultos e idosos atendidos na APS	Determinar a prevalência de percepção de dificuldades para ter uma alimentação saudável, seus fatores associados e seus motivos, entre usuários da atenção básica de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 87,6% não conheciam 10 passos.</li> <li>✓ 62,4% não recebiam informação sobre nutrição.</li> <li>✓ 57,9% recebiam orientação para alimentação saudável.</li> <li>✓ 53,7% eram atendidos ESF</li> <li>✓ 29,3% sempre liam rótulo nutricional.</li> </ul>
Yahia, <i>et al.</i> (Estados Unidos, 2016)	Transversal	237 universitários	Avaliar o estado de peso, hábitos alimentares, atividade física, crenças dietéticas e CN entre uma amostra de estudantes da Universidade Central de Michigan.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Mulher melhor CN.</li> <li>✓ Ambos os sexos hábitos alimentares satisfatórios e compreensão do que é dieta saudável.</li> <li>✓ 26% estudantes ativos.</li> <li>✓ Homens 48% excesso peso de acordo com o IMC.</li> <li>✓ Mulheres 22% excesso de peso de acordo com o IMC.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Hu, <i>et al.</i> (Índia, 2016)	Experimental	40 profissionais 29 Homens 11 Mulheres	Mudanças no conhecimento após receber intervenção de educação nutricional por um mês.	✓ Aumento melhora escores médios CN de 22,30 para 40,55 após a intervenção.
Cannoosamy, <i>et al.</i> (Maurício, 2016)	Experimental	200 donas de casa	Avaliar os determinantes dos comportamentos nutricionais e IMC e determinar o impacto de intervenção educação nutricional (IN).	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ IN: aumento CN 92% pós teste</li> <li>✓ Atitudes: aumento 68% pós teste e acompanhamento 64%</li> <li>✓ Pós IN: aumento 72% ingestão FLV e acompanhamento 84%.</li> </ul>
Lindemann, <i>et al.</i> (Brasil, 2017)	Transversal	1.246 adultos e idosos de	Investigar a recepção de informações de nutrição por usuários de Cuidados de Saúde Primários, seus fatores associados, e os principais tipos de fontes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 37,6% receberam informações nutrição.</li> <li>✓ Maior probabilidade entre idosos, com autopercepção positiva da alimentação, que recebiam informações sobre saúde e fisicamente ativos.</li> <li>✓ Fontes de informações: TV (56,2%), outra (46,2%), médico (41,2%), Internet (25,1%) e familiares (20,9%).</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Harbury, <i>et al.</i> (Austrália, 2018)	Entrevistas <i>on-line anônimas</i>	506 adultos	Medir o CN usando o Questionário de Conhecimento Geral de Nutrição Reexaminado para confirmar a influência nas características demográficas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ CN 89% maior escolaridade e idade do que os mais jovens.</li> <li>✓ Maior conhecimento mulheres com IMC saudável → baixo conhecimento questões sobre relações dieta-doença e ácidos graxos nos alimentos.</li> </ul>
Jahns, <i>et al.</i> (Estados Unidos, 2018)	Transversal	Adultos retirados das bases desses estudos NHANES <sup>1</sup> e WWEIA <sup>2</sup> 2005/06(4.478) 2011/12 (4.792) 2013/14 (5.043) 2007/08 (4.359) 2009/10 (4.671) 2011/12(4.792) 2013/14 (5.043)	Examinar a prevalência de indivíduos que referiram ouvir ícones de orientação alimentar e descrever a associação entre ter ouvido falar dos ícones e a qualidade da dieta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Todos os ciclos quanto menor escolaridade, menos ouviram falar dos ícones.</li> <li>✓ Exceto 2011-12, nas outras ondas os participantes menos segurança alimentar eram menos propensos a relatar afirmativamente.</li> <li>✓ Participantes do Programa de Assistência Nutricional Suplementar e não participantes elegíveis eram menos propensos a relatar ter ouvido falar, exceto para 2005-06.</li> <li>✓ Pontuações do Índice de Alimentação Saudável maiores nos que ouviram sobre MyPyramid em 2007-12 e MyPlate em 2013-14 x não ouviram.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Pandit-Agrawal, <i>et al.</i> (Índia, 2018)	Transversal	720 adultos	Avaliar o conhecimento sobre nutrição e atividade física. Examinar associações conhecimento x dados sociodemográficos x parâmetros antropométricos. Avaliar relação entre conhecimento nutrição x atividade física.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pontuação média CN foi 10 (Homens:9, mulheres:10) (máximo de 20).</li> <li>✓ Maior percentual de participantes (Graduados e pós) bom conhecimento comparados graduados.</li> <li>✓ Mais jovens tinham significativamente maior CN que participantes mais velhos.</li> <li>✓ IMC médio semelhante nos grupos de conhecimento.</li> <li>✓ CN maior indivíduos maior teor de gordura corporal.</li> </ul>
Pettigrew, <i>et al.</i> (Austrália, 2018)	Longitudinal	87 Adultos	Avaliar a persistência de melhorias nas atitudes e comportamentos relacionados à nutrição de 2 a 4 anos após participar de um programa de educação nutricional para adultos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Melhorias mantidas em confiança comprar alimentos saudáveis (maior consumo vegetais, legumes e produtos integrais; maior uso informações nutricionais disponíveis nas embalagens; menor consumo de refrigerantes).</li> <li>✓ Melhorias não mantidas: ingestão de frutas e frequência de consumo de <i>fast food</i>.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Poelman, <i>et al.</i> (Holanda, 2018)	<i>On-line</i> transversal	755 Adultos holandeses comparados com 207 nutricionistas	Desenvolver e validar uma escala de literacia alimentar autopercebida com relação à alimentação saudável entre uma amostra da população adulta holandesa.	✓ Aumento literacia alimentar associado a mais autocontrole, menor impulsividade e consumo saudável de alimentos.
Quaidoo, <i>et al.</i> (Gana, 2018)	Transversal	192 adultos	Descrever as fontes de informação nutricional usadas por uma amostra de jovens adultos residentes em um ambiente urbano em Gana.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Profissionais de saúde são considerados fontes mais confiáveis, menos utilizadas.</li> <li>✓ Mais utilizadas informações <i>on-line</i>.</li> </ul>
Chung, <i>et al.</i> (China, 2019)	Experimental	36 adultos	Avaliar a eficácia da educação nutricional sobre o consumo de frutas e hortaliças entre aprendizes da construção civil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aumento significativo conhecimento sobre alimentação saudável em três meses de acompanhamento e comportamento alimentar saudável.</li> <li>✓ Menor escolaridade → mais tempo para processar informação?</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Dolatkah, <i>et al.</i> (Irã, 2019)	Observacional Transversal  questionários autoaplicáveis	220 estudantes de medicina iranianos do 5º e 7º ano	Determinar o CN e a atitude por meio de treinamentos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Conhecimento insuficiente: internos 49,6% e externos 57,1%.</li> <li>✓ 92,7% atitude adequada em relação à nutrição.</li> </ul>
Reis, <i>et al.</i> (Brasil, 2019)	Descritivo e transversal através de questionário <i>on-line</i>	209 profissionais de saúde e nutricionistas da atenção básica	Comparar o conhecimento e a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva para aplicar o Guia Alimentar entre nutricionistas e demais profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica em Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nutricionista: profissional com alto conhecimento recomendações Guia alimentar.</li> <li>✓ Alta autoeficácia para aplicar o guia.</li> <li>✓ Eficácia coletiva para empregar o Guia sem associação à profissão.</li> </ul>
Batis, <i>et al.</i> (México, 2020)	Inquérito domiciliar	989 indivíduos	Comparar a ingestão e adesão recomendações dietéticas para vários grupos e subgrupos de alimentos, de acordo com a percepção da qualidade da alimentação, toda amostra e nas subpopulações sociodemográficas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 60% perceberam dieta saudável.</li> <li>✓ Baixa adesão às recomendações dietéticas.</li> <li>✓ Frutas saudáveis, produtos excesso em açúcar e gordura não saudável.</li> <li>✓ Baixo CA.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Mamun, <i>et al.</i> (Malásia,2020)	Transversal através de mídia social	1.651 adultos	Efeito da consciência de saúde, conhecimento sobre alimentação saudável, atitudes em relação à alimentação saudável, normas subjetivas e controle comportamental percebido sobre a intenção de consumir alimentos saudáveis, que subsequentemente afeta o consumo de alimentos saudáveis entre jovens adultos da Malásia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consciência da saúde, conhecimento e atitude em relação alimentação saudável, normas subjetivas, e o controle comportamental percebido teve efeito mais significativo sobre a intenção de consumir alimentos saudáveis.</li> <li>✓ Intenção de consumir alimentos saudáveis tem efeito mais significativo sobre o consumo de alimentos saudáveis.</li> <li>✓ O efeito moderador das barreiras percebidas foi significativamente maior entre os urbanos.</li> </ul>
Weerasekara, <i>et al.</i> (Sri Lanka, 2020)	Transversal	400 mulheres em idade reprodutiva	Avaliar o Conhecimento, Atitude e Prática relacionado à alimentação e nutrição entre mulheres em idade reprodutiva e compreender a segurança alimentar e nutricional das famílias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Baixo CN.</li> <li>✓ Acima 50% de subnutrição ou excesso de peso.</li> <li>✓ Reduzido nível de prática de dieta saudável.</li> </ul>

Autor principal Local, ano	Tipo de estudo	Amostra	Objetivo	Principais resultados
Yang, <i>et al.</i> (China, 2020)	Longitudinal	12.814 indivíduos	Investigar as condições da dieta de residentes adultos chineses da perspectiva do CAC. Avaliar a associação entre CAC e autoavaliação saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 27,1% conheciam o guia/pirâmide.</li> <li>✓ Elevado CAC na zona urbana do que na rural.</li> <li>✓ 34,3% conhecimento alimentar adequado.</li> <li>✓ 27,6% buscaram CN.</li> <li>✓ 65,9% preferiram comer frutas e vegetais.</li> </ul>

Legenda: NHANES<sup>1</sup>: *National Health and Nutrition Examination Survey*, WWEIA<sup>2</sup>: *What We Eat in America*, ENCAT<sup>3</sup>: *Evaluation of Nutritional Status in Catalonia*, ASH30<sup>4</sup>: *Action on Smoking*.

Figura 4 - Quadro revisão literatura sobre conhecimento sobre alimentação saudável

Será descrito o método de abordagem e o tipo de instrumento utilizado nos estudos citados no quadro acima divididos por continente.

### **6.1.1 África**

Dois estudos realizados no continente Africano foram encontrados. Quaidoo; Ohemeng; Amankwah-Poku (2018) fizeram um questionário próprio com perguntas sobre conhecimento nutricional e fontes de informação para adultos de 18 a 25 anos, o que resultou em maior utilização de informações *on-line* para saber a respeito de alimentação e nutrição, mesmo acreditando que os profissionais de saúde são fontes mais confiáveis. Cannoosamy *et al.* (2016) utilizaram o *Nutrition Knowledge Questionnaire*, de Wardle e Parmenter (PARMENTER; WARDLE, 1999) adaptado junto com um questionário de frequência alimentar e intervenção nutricional em donas de casa, para verificar o impacto da intervenção nutricional, percebendo aumento de 92% no conhecimento e de 72% em ingestão de FLV.

### **6.1.2 América**

#### **América do Norte**

No Canadá, Gottschall-Pass *et al.* (2007) utilizaram o *General Nutrition Knowledge Questionnaire for Adults Canada* modificado e validado, para verificar o conhecimento sobre recomendações dietéticas, escolhas alimentares e relação dieta-doença. O estudo demonstrou que 95% sabiam sobre as recomendações de FLV e fibras, e baixo consumo de gorduras e açúcar, porém menos de 2% sabiam como ingerir carboidrato. De uma pontuação possível de 110, a pontuação média geral com IC 95% para toda a população foi 71,0 (70,1; 71,9). Na Seção 1 - avaliou o conhecimento das recomendações dietéticas de vegetais e frutas, gordura, laticínios, carne, fibras, sal e alimentos que contenham amido e açúcar. De uma pontuação possível de 11, a pontuação média geral (IC de 95%) foi de 7,8 (7,7; 7,9). Seção 2 - avaliou o conhecimento

dos entrevistados sobre as fontes de gordura nos alimentos, açúcar, amido, sal, proteína, fibra, colesterol, cálcio e calorias. De uma pontuação possível de 69 pontos, a pontuação média (IC de 95%) foi 47,2 (46,6; 47,8). Embora a maioria dos entrevistados tenha afirmado corretamente que os especialistas recomendam reduzir a ingestão total de gordura, eles não poderiam facilmente identificar o tipo e a quantidade de gordura encontrada nos diferentes alimentos. Seção 3 – avaliou a capacidade dos entrevistados de fazer escolhas alimentares saudáveis. De uma pontuação possível de 10, a pontuação média (IC 95%) foi de 6,7 (5,5; 7,9).

Mathe *et al.* (2015) utilizaram perguntas referentes ao conhecimento sobre o guia alimentar do Canadá e ingestão de FLV, percebendo quem as mulheres tiveram maior probabilidade de ter conhecimento geral sobre o guia. Em 2016, verificou sobre o conhecimento e estilo de vida relacionados ao Guia Alimentar do Canadá (CFG), 82,2% diziam conhecer o guia, 35,8% costumavam consumir acima de cinco porções de FV por dia, 55,3% praticavam atividades físicas e 64,3% se percebiam com peso saudável.

Nos Estados Unidos, Beydoun e Wang (2008), utilizaram o questionário baseado na Pesquisa Contínua de Ingestão Alimentar por Indivíduos dos Estados Unidos e o *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) para examinar os efeitos do nível socioeconômico na qualidade da dieta e ingestão de FLV e a modificação do efeito pelo conhecimento e crenças nutricionais. Os autores encontraram associação positiva entre seguir diretrizes de FLV e qualidade da dieta associada a nível de escolaridade, também associação positiva do nível socioeconômico com indicadores e índices de qualidade da dieta que variaram de acordo com o conhecimento e a crença nutricional.

Yahia *et al.* (2016) não informaram o instrumento utilizado, mas verificaram CN, índice de massa corporal (IMC), atividade física e hábitos alimentares, chegando ao resultado que mulheres possuem melhor CN, ambos os sexos com hábitos alimentares satisfatórios e compreensão do que é dieta saudável. Jahns *et al.* (2018) utilizaram o questionário baseado no NHANES, em

conjunto com o índice de alimentação saudável, *my pyramid* e *my plate* para examinar a prevalência de indivíduos que referiram ouvir de ícones de orientação alimentar e descrever a associação entre ter ouvido falar e a qualidade de dieta, e perceberam que os índices de alimentação saudável maiores foram para os que ouviram sobre *my pyramid* e *my plate*.

No México, Batis *et al.* (2020) utilizou a pesquisa probabilística de múltiplos estágios de base populacional da população mexicana (ENSANUT 2016) onde se verificaram recomendações dietéticas, consumo alimentar e CN. O resultado foi de baixa adesão das recomendações dietéticas, baixo conhecimento alimentar, mesmo 60% percebendo-se com dieta saudável e tendo a noção que frutas são saudáveis e que açúcar e gordura não são saudáveis.

### **América do Sul**

No Brasil foram encontrados seis estudos, o primeiro de Dattilo *et al.*, (2009), utilizou o Questionário de Harnack *et al.* (1997) e traduzido para o Brasil por Scagliusi *et al.* (2006) e encontraram menor correlação entre IMC e CN e maior correlação entre CN e escolaridade. Costa *et al.* (2012) também utilizaram o mesmo instrumento que Dattilo acrescentando questionário próprio para perfil socioeconômico e encontraram melhor CN relacionado com maior renda, em mulheres e com melhor conhecimento em alimentos fontes de gorduras e fibras. Outro estudo de Costa *et al.* (2013) fez uma IN e utilizou o teste de conhecimento adaptado de Cervato (1999), e perceberam que no geral não houve diferença significativa de conhecimento para os grupos, mas houve mudança de hábitos com modificações no modo de consumo e preparações dos alimentos e diminuição significativa de peso e IMC no grupo de intervenção.

Lindemann; Oliveira; Mendoza-Sassi (2016) determinaram a prevalência de percepção de dificuldades para ter uma alimentação saudável, utilizando questionário próprio com os 10 passos da alimentação saudável e o Questionário de insegurança alimentar, escala proposta por Bickel e colaboradores, e

encontraram alta prevalência de não conhecimento dos 10 passos 87,6%, sendo que mais da metade 57,9% recebiam orientação para alimentação saudável e eram atendidos pela ESF (53,7%).

Em 2017, Lindemann e colaboradores, com questionário próprio, investigaram a recepção de informações de nutrição por usuários de cuidados de saúde primários e da população estudada, 37,6% receberam informações sobre nutrição, e as fontes de informação variavam entre TV 56,2%, médico 46,2%, internet 25,1% e familiares 20,9%. Reis e Jaime (2019) compararam o conhecimento e a percepção de autoeficácia e eficácia coletiva para aplicar o guia alimentar utilizando escala própria GAB1 e GAB2, o nutricionista teve alto conhecimento das recomendações do guia, alta autoeficácia para aplicar o guia e eficácia coletiva para empregar o guia sem associação a profissão.

Existe um consenso na abordagem das pesquisas, porém ainda não existe um padrão nas ferramentas existentes para poder fazer uma comparação. Também se percebe que dos seis continentes onde foram encontrados os estudos, cinco envolviam a questão do conhecimento com o consumo, apenas ficando de fora a América do Sul. Dos 36 estudos revisados, 13 (36%) avaliaram consumo e conhecimento.

### **6.1.3 Ásia**

Na China, os três estudos encontrados levam em consideração conhecimento e comportamento alimentar. Lin *et al.* (2011) usaram um questionário próprio incluindo conhecimento, atitude e comportamento (CAC), tendo como resultado um maior CN em adultos de 19 a 44 anos em relação aos de 45 a 64 anos. As mulheres tiveram maior CAC, exceto comportamento alimentar, emocional e externo, tendendo a comer com maior frequência devido a esses fatores. O CN e as atitudes foram maiores nas áreas urbanas que nas suburbanas ou remotas, existindo correlação significativamente positiva entre CAC e comportamento em nutrição. Chung; Chung; Chan (2019) avaliaram a eficácia da intervenção nutricional (IN) mediante um questionário desenvolvido por eles e verificaram um aumento significativo no conhecimento sobre

alimentação saudável. Após a intervenção, o consumo diário de frutas melhorou do início (média (dp) = 1,42 (0,55)) para a pós-intervenção (média (dp) = 1,72 (0,70)) ( $p < 0,05$ ), e o consumo diário de vegetais melhorou do início (média (dp) = 1,67 (0,59)) para a pós-intervenção (média (dp) = 1,97 (0,74)) ( $p < 0,05$ ). Yang *et al.* (2020) utilizaram a Pesquisa de Saúde e Nutrição da China e a pirâmide e o guia alimentar chinês, tendo como resultado que 27,1% conheciam o guia ou a pirâmide e 34,3% apresentavam conhecimento alimentar adequado, com elevado CAC na zona urbana.

Na Índia, os dois estudos desenvolveram questionário próprio para CN. Sharma; Rani, (2016) desenvolveram uma IN por um mês e observaram o aumento dos escores médios CN de 22,3 para 40,55. Pandit-Agrawal *et al.* (2018) também avaliaram atividade física e IMC em indivíduos com idade entre 35 e 50 anos. A pontuação de CN média foi de 10, sendo o máximo 20. O conhecimento foi maior nos pós-graduados, nos mais jovens e nos indivíduos com maior teor de gordura corporal.

No Irã, o primeiro estudo utilizou a ferramenta Estudo intervenção *Tehran Lipid and Glucose Study* que aborda conhecimento alimentar, preferências, influências, acesso, e encontrou-se menor acesso a alimentos saudáveis devido à baixa confiança, maior custo e pouco tempo, e que os fatores pessoais influenciam no conhecimento alimentar e nas preferências alimentares (FARAHMAND *et al.*, 2015). O segundo estudo utilizou duas ferramentas autoaplicadas: questionário de autorrelato elaborado por especialistas da *Shahid Beheshti University of Medical Sciences* e Questionário de atitude nutricional desenvolvido por Walsh *et al.* (2011) para determinar o CN e a atitude por meio de treinamentos e encontraram conhecimento insuficiente acima de 49,0% e 92,7% de atitude adequada em relação à nutrição (DOLATKHAH *et al.*, 2019).

No Japão o estudo foi realizado com questionário próprio sobre CAC, IMC e o guia alimentar japonês, e os autores perceberam que quanto maior era a divulgação do guia maior era a pontuação do CAC, a maior pontuação do conhecimento e atitudes se deu para atitudes alimentares e comportamento (TAKAIZUMI *et al.*, 2011a).

Na Malásia, foi utilizado questionário próprio, levando em consideração CAC, intenção de consumir alimentação saudável e barreiras para isso (MAMUN; HAYAT; ZAINOL, 2020) e o resultado conhecimento e atitude em relação a alimentação saudável e o controle comportamental percebido teve efeito positivo significativo sobre a intenção de consumir alimentos mais saudáveis.

No Sri Lanka, estudo apenas com mulheres, utilizando Questionário de Conhecimento, Atitude e Prática Relacionada a Alimentos e Nutrição da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO), avaliando conhecimento, atitude e prática alimentar com relação ao IMC, observou que existia um baixo CN, reduzido nível de prática de dieta saudável e acima de 50% da amostra estava ou com excesso ou baixo peso (WEERASEKARA *et al.*, 2020).

#### **6.1.4 Europa**

Na Europa, dos nove estudos encontrados, três desenvolveram o próprio instrumento para avaliar o conhecimento nutricional e/ou alimentar (THOMPSON *et al.*, 1999), (POELMAN *et al.*, 2018b), (GRUNERT; WILLS; FERNÁNDEZ-CELEMÍN, 2010), sendo que nenhum era apenas o conhecimento nutricional (CN) que estava sendo avaliado, consumo alimentar saudável, ingestão de frutas, legumes e verduras (FLV) e fatores demográficos, IMC e informação nutricional, respectivamente foram abordados. Bravo; Martín; García (2006) não especificaram o instrumento utilizado avaliando CN e hábitos alimentares não havendo diferença significativa entre CN e hábitos de vida e composição da dieta. Utilizando a ferramenta da pesquisa nutricional da Catalunha - ENCAT, Serra-Majem *et al.* (2007) avaliaram modificação do conhecimento ao longo de dez anos percebendo melhorias em entendimento de alimentação saudável para alguns alimentos, excesso de peso afetar a saúde e atividade física.

Nos dois estudos de Wardle; Parmenter e Waller (2000); foi utilizado o Questionário de Conhecimento sobre Nutrição, desenvolvido e validado por eles em 1999 que apresenta informações sobre ingestão e conhecimento nutricional,

mostrando um maior conhecimento em mulheres, meia idade (45 – 54 anos), maior nível de educação e ocupação, relacionando maior ingestão de FLV e menor de gorduras. Barratt (2001) utilizou o instrumento da Pesquisa *Health in England* 1995 modificado, relacionando o conhecimento com o tipo de alimentação saudável ou não dos profissionais de saúde, verificando que eles eram confiantes quanto ao conhecimento. Entretanto, não existia conhecimento adequado para orientar a população em serviço de saúde pública. Lake *et al.* (2007), também na Inglaterra, avaliaram percepção como conhecimento, utilizaram diários alimentares e atlas com gráficos de alimentos para verificar a percepção de alimentação saudável, tendo como resultados que FLV são saudáveis. Os indivíduos que se consideraram com padrão de alimentação saudável apresentavam melhor nível socioeconômico.

#### **6.1.5 Oceania**

Na Austrália dos dois estudos localizados, um deles não avaliou conhecimento propriamente dito, porém avaliou a persistência de melhorias nas atitudes e comportamentos relacionados à nutrição após um programa de intervenção. Os autores perceberam que a confiança em comprar alimentos saudáveis, FLV e produtos integrais, além de usar as informações nutricionais permaneceu após quatro anos de intervenção, sendo que o instrumento utilizado CN não foi informado (PETTIGREW *et al.*, 2018). O outro estudo utilizou o Questionário de Conhecimento Geral de Nutrição Reexaminado que estuda CN, IMC e relação dieta/doença. Verificou-se que o conhecimento geral sobre nutrição foi considerado alto com uma média de 73% das questões respondidas corretamente, R-GNKQ média (DP) 70,5, (11,1) e quase todos os participantes (97%) responderam mais da metade do questionário corretamente, sendo que os que tinham maior escolaridade e idade tinham maior conhecimento (HARBURY; CALLISTER; COLLINS, 2018).

## **7 Metodologia**

O presente estudo faz parte de uma pesquisa mais abrangente, intitulada “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS”, que avaliará questões sobre a saúde, alimentação e políticas de enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do sistema de saúde. O estudo está sendo conduzido por alunos e professores de quatro universidades do Rio Grande do Sul, com a finalidade de investigar diversos aspectos que caracterizam o perfil de saúde da população adulta residente em territórios adstritos em nove unidades de saúde que possuem ESF da área urbana dos municípios de Palmeira das Missões, Passo Fundo e Pelotas/RS.

O estudo abaixo descrito incluirá apenas dados relativos à cidade de Pelotas.

### **7.1 Delineamento**

Estudo observacional do tipo transversal.

### **7.2 População e local de realização**

Para participar do estudo, os indivíduos deveriam estar residindo na área de abrangência dos territórios adstritos às ESF da zona urbana do município de Pelotas.

### **7.3 Critérios de inclusão exclusão**

Foram excluídos do estudo os indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais e presídios, e aqueles com incapacidade física e/ou mental para responder ao questionário, além de estar fora da faixa etária entre 20 e 59 anos.

#### 7.4 Cálculo do tamanho da amostra

O cálculo do tamanho da amostra que será apresentado foi feito para o projeto do estudo maior, e teve como desfechos os cinco estágios de mudança de comportamento alimentar. Para estimar a amostra necessária para estudar a prevalência dos desfechos utilizou-se o nível de confiança de 95% com acréscimo de 10% para perdas e recusas. As diferentes prevalências e erros percentuais utilizados para o cálculo amostral estão descritos no quadro abaixo.

<b>Desfecho</b>	<b>Prevalência</b>	<b>Erro</b>	<b>Amostra</b>	<b>Perdas</b>	<b>Total</b>
Estágio de pré-contemplação	5%	2pp	456	46	502
Estágio de pré-contemplação	10%	2pp	864	86	950
Estágio de contemplação	15%	3pp	544	54	598
Estágio de contemplação	20%	3pp	683	68	751
Estágio de preparação	25%	3pp	800	80	880
Estágio de preparação	30%	3pp	896	90	986
Estágio de ação	40%	3pp	1024	102	1144
Estágio de ação	50%	5pp	384	38	422
Estágio de manutenção	12%	2pp	1014	101	1124
Estágio de manutenção	8%	2pp	707	71	778

Figura 5 – Cálculo do tamanho da amostra.

Para estudar associação estimou-se uma população para a relação entre o estágio de pré-contemplação (com uma prevalência estimada em torno de 10% para a população como um todo) e o nível de renda familiar, considerando o mais elevado quintil de renda como o grupo não exposto, no qual a prevalência no estágio de pré-contemplação deve ser em torno de 8%, uma razão de prevalência em torno de 2, uma razão de exposto/não exposto de 4, nível de confiança de 95% e poder de 80% chegou-se a uma população de 809 indivíduos que, ao acrescentar 30% para controle de fatores de confusão será necessário incluir 1052 pessoas com 20 anos e mais na população em estudo. Essa amostra também será suficiente para estudar associações com razão exposto/não exposto menor do que 4, com prevalências de desfecho superiores a 10% e

razão de prevalência de até 1,7, mantendo o nível de confiança de 95% e o poder de 80%.

### 7.5 Processo de amostragem

O processo amostral foi realizado em múltiplos estágios para a seleção dos indivíduos. No primeiro foi feito um sorteio aleatório das nove unidades estratégicas de saúde da família pela relação das 37 unidades da zona urbana do município de Pelotas, obtidas na Secretaria Municipal de Saúde. Definidos os territórios das nove unidades, foram identificados os mapas com suas delimitações territoriais junto com a coordenação da ESF. Através dos dados de população adscrita atendida (67.056) foi calculado o percentual para cada unidade e a partir disso, supondo que havia dois adultos por domicílio fez-se um cálculo de que seriam precisos 700 domicílios para se ter a amostra. Entendendo que se partiria de 700 domicílios, fazendo uma regra de três chegou-se no número de domicílios que deveriam ser entrevistados em cada território como se observa no quadro abaixo:

UBS	Nº equipes ESF	População	%	Domicílios a serem entrevistados
Arco-íris	1	3.200	4,8	33
Areal fundos	3	8.000	11,9	84
Bom Jesus	4	9.795	14,6	102
Cohab Guabiroba	3	6.000	8,9	63
Dom Pedro I	3	9.000	13,4	94
Dunas	4	13.000	19,4	136
Osório	1	2.600	3,9	27
Py Crespo	3	12.000	17,9	125
União de Bairros	2	3.461	5,2	36
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>67.056</b>	<b>100,0</b>	<b>700</b>

Figura 6 - Quadro com número de domicílios a serem entrevistados por território no município de Pelotas/RS.

## 7.6 Trabalho de campo

Após definição dos domicílios selecionados para o estudo, eles foram mapeados pelos entrevistadores da pesquisa. Admitiu-se via sorteio que o primeiro pulo seria dado em 27 casas, ou seja, de costas para frente da UBS contaram-se 27 casas à esquerda da UBS, o domicílio 27 foi o primeiro a ser identificado, após o mapeamento do primeiro domicílio admitiu-se o pulo de 30 casas para os demais domicílios. Junto com o mapeamento, sempre que possível, fazia-se a identificação do domicílio, com o intuito de verificar se os moradores pertenciam à faixa etária do estudo, e se possível registrava-se um contato telefônico da família para agendamento da entrevista *a posteriori*.

A apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – Anexo A - sempre era entregue no dia da entrevista. As entrevistas foram realizadas por seis entrevistadoras treinadas.

Planejou-se que cada entrevistadora realizasse uma média de três domicílios por dia (dois turnos) e, considerando que trabalhassem em 10 turnos da semana, isso resultaria em 15 domicílios finalizados por semana para cada entrevistadora. Devido à Pandemia COVID-19 o estudo foi interrompido em março de 2020 e até o momento não houve retorno. A ideia inicial era que em 18 semanas as duplas de entrevistadores concluíssem a coleta de dados em todos os territórios, com três frentes de trabalho, cada dupla responsável por três territórios. Acrescentar-se-ia a esse prazo mais três semanas para entrevistar indivíduos não localizados na primeira visita e tentativa de reversão de possíveis recusas pelos supervisores do estudo, totalizando cinco meses para o trabalho de campo.

Para o retorno do campo será considerado como perda o indivíduo que não for encontrado em pelo menos cinco visitas ao domicílio, em dias e horários diferentes. Ainda para diminuir o número de perdas, visitas para aplicação do questionário no local de trabalho serão propostas àqueles entrevistados com dificuldade para encontrar no domicílio em horário comercial.

## **7.7 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores**

Para a coleta de dados foram recrutadas seis entrevistadoras do sexo feminino, com ensino superior completo, foram treinadas com aplicação de questionários pilotos e reuniões para ajustes de dúvidas, com orientações sobre a abordagem com os entrevistados, bem como para a aplicação dos instrumentos, preenchimento do relatório de campo no drive, mapeamento e utilização do manual do campo.

## **7.8 Coleta de dados**

Reuniões quinzenais foram realizadas com a equipe de campo ou sempre que necessário, além do acompanhamento do relatório de campo via *drive* compartilhado (planilha em Excel preenchida com todos dados do campo), com o preenchimento individual dos entrevistadores, referente a coleta de dados com a finalidade de armazenamento e acompanhamento diário das informações. Para a coleta de dados foi utilizado o *RedCap* que é um *software* livre, uma plataforma digital através do *smartphone* que funciona em modos *on-line* e *off-line* e permite a importação e exportação de dados e a transferência de dados para o *software Stata* 13 onde serão realizadas as análises estatísticas.

## **7.9 Cálculo do poder**

Após o final da coleta de dados será calculado o poder do estudo com o número total de entrevistas realizadas. Pretende-se utilizar o nível de confiança de 95% e o poder esperado superior a 80%.

## **7.10 Instrumentos e índices utilizados**

### **7.10.1 Escala GAB1**

Foi realizada uma adaptação da Escala de avaliação do conhecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os conteúdos do Guia Alimentar

(GAB1) (REIS; JAIME, 2019). A Escala GAB1 é baseada no Guia Alimentar para a população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014) e a abordagem é simples. Das 21 questões da escala para analisar o conhecimento foram escolhidas sete questões consideradas suficientes para descrever o conhecimento sobre alimentação saudável. Para a definição dessas questões três nutricionistas do grupo da pesquisa, escolheram 1/3 das questões da escala original, após foi realizada uma revisão das questões de cada nutricionista e naquelas nas quais não houve unanimidade, foram decididas em comum acordo se ela seria utilizada no estudo. As sete questões apresentam como opções de resposta: “certo”, “errado” e “não sei”.

A primeira pergunta é sobre os alimentos *in natura* e minimamente processados constituírem a base de uma alimentação saudável, a segunda é se café com leite, mamão e bolo caseiro são bons exemplos de desjejum, a terceira é sobre se barra de cereal e biscoito integral industrializado são boas opções de lanches, a quarta afirma que empanado de frango assado pode substituir frango na refeição, a quinta que o uso de mídias durante a refeição poderia reduzir o prazer pela refeição, a sexta que a preparação de refeições em família facilitaria ter hábitos alimentares mais saudáveis e a sétima é sobre as informações vinculadas na mídia se são confiáveis ou não. O questionário utilizado está apresentado no Anexo B.

#### **7.10.2 Escala de Silhuetas de Stunkard**

A percepção de imagem corporal será avaliada mediante escala traduzida e validada de *Stunkard* (1983) composta por nove figuras masculinas e femininas, variando o tamanho de 1 (menor) a 9 (maior).

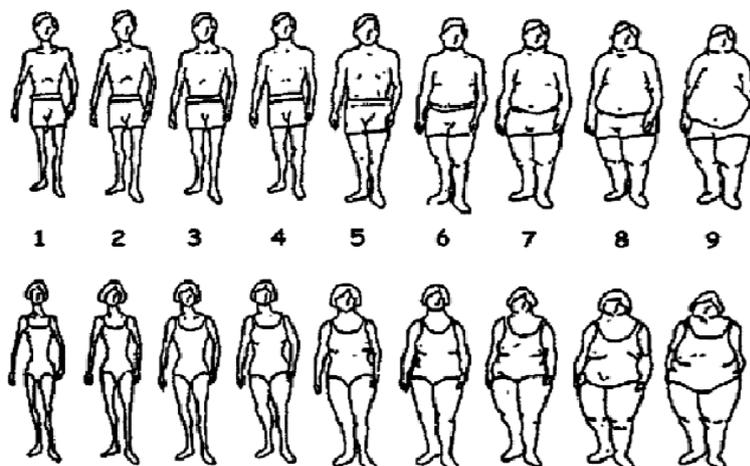


Figura 7 - Escala de Silhuetas de Stunkard (1983).

O entrevistado escolheu qual número se parece mais com ele e qual o desenho que ele mais gostaria de se parecer. Com essa informação, será considerado insatisfação corporal por déficit de peso quando o tamanho corporal real (o que se parece mais com ele) for menor do que a figura escolhida para o tamanho corporal ideal (o que gostaria de se parecer), considerado insatisfação corporal por excesso de peso quando o tamanho corporal real (o que se parece mais com ele) for maior do que a figura escolhida para o tamanho corporal ideal (o que gostaria de se parecer) e satisfeito quando as escolhas forem iguais.

### 7.10.3 Índice de Massa Corporal

O peso e a altura foram autorreferidos e o estado nutricional dos participantes será avaliado pelo IMC classificado conforme os pontos de corte da OMS (1995): para baixo peso IMC abaixo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>, eutrofia de 18,5 a 24,9 kg/m<sup>2</sup>, sobrepeso de 25 a 29,9 kg/m<sup>2</sup> e obesidade 30 kg/m<sup>2</sup> ou mais.

## 7.11 Variáveis

### 7.11.1 Variável dependente

Como variável dependente será considerado o conhecimento sobre alimentação saudável.

O questionário terá pontuação máxima de sete pontos. Será calculada a soma total de acertos de cada participante, considerando a resposta “não sei” como incorreta, classificando os participantes em dois grupos: “elevado conhecimento” (percentil 75 ou mais) e “baixo conhecimento” (percentil menor que 75).

### 7.11.2 Variáveis independentes

Variáveis	Tipo de variável	Definição operacional
<b>Demográficas e socioeconômicas</b>		
Sexo	Qualitativa dicotômica	Masculino/feminino
Idade	Quantitativa discreta	Anos completos
Cor da pele	Qualitativa politômica nominal	Branca/Preta/Amarela/Parda/indígena
Moradores na casa	Quantitativa discreta	Número de pessoas (incluindo o respondente)
Situação conjugal	Qualitativa politômica nominal	Casado(a) /mora com companheiro(a) Divorciado(a) /separado(a) Solteiro(a) Viúvo(a)
Variáveis	Tipo de variável	Definição operacional
<b>Demográficas e socioeconômicas</b>		
Escolaridade	Qualitativa politômica ordinal	Anos completos de estudo (categorizada)
Renda familiar no último mês	Quantitativa contínua	Em reais
<b>Antropométricas e saúde</b>		
Peso	Quantitativa contínua	Autorreferido (em kg)
Altura	Quantitativa contínua	Autorreferido (em cm)
Percepção corporal	Qualitativa politômica ordinal	Escala de Stunkard

Figura 8 - Quadro de caracterização das variáveis independentes.

### **7.12 Análise de dados**

Num primeiro momento será feita uma análise descritiva com as características demográficas, socioeconômicas, antropométricas, de conhecimento alimentar e de percepção da imagem corporal.

Para as variáveis categóricas serão apresentadas as frequências absolutas e relativas e, para as variáveis numéricas serão apresentados média e desvio padrão, utilizando um intervalo de confiança de 95% (IC95).

Será calculada a prevalência do desfecho e respectivo IC95. Para verificação dos fatores associados ao conhecimento será realizada a análise bivariada, gerando as Razões de Prevalências (RP) brutas e seus IC95. A análise ajustada será feita por meio da Regressão de Poisson, com variância robusta, gerando as RP ajustadas e seus IC95.

### **7.13 Aspectos éticos**

A pesquisa intitulada “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS” foi submetida à apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas (3.166.109).

A participação dos indivíduos no estudo foi voluntária, mediante assinatura do TCLE, ele segue normas e diretrizes da Resolução 466/12 que regulamentam pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). Também será esclarecido quanto à preservação da identidade, participação voluntária e direito retirada do consentimento a qualquer momento do estudo. Além disso, serão informados os objetivos, metodologia, benefícios do estudo, ausência de riscos e o tempo de duração do mesmo (BRASIL, 2012; CFN, 2018). Os princípios éticos foram resguardados para os entrevistados através dos seguintes itens: obtenção de consentimento informado por escrito, garantia do direito de não participação na pesquisa e sigilo acerca da identificação dos respondentes.

## 8 Resultados esperados

O estudo provavelmente demonstrará que o conhecimento sobre alimentação saudável da população é baixo. A preocupação é que, na maioria das vezes, a informação sobre alimentação saudável que é veiculada na mídia e, que é entendida como verdade pela população, não tem embasamento científico. Espera-se que com achados do estudo seja possível evidenciar a importância de que as informações baseadas em evidências científicas sejam disponibilizadas para todos os profissionais de saúde e que esse conteúdo seja compartilhado com a população atendida no serviço. Salienta-se que o processo de educação continuada das equipes é fundamental para o sucesso dessa proposta do Guia Alimentar que incentiva o consumo do “alimento de verdade” e tem como regra de ouro “Prefira sempre alimentos *in natura* ou minimamente processados e preparações culinárias a alimentos ultraprocessados”. E que exista a consciência de que esse processo deve ser realizado de forma simples, com uma linguagem acessível, capacitando o usuário a ter autonomia nas escolhas alimentares.

**9Cronograma**

Atividades	2019					2020												2021							
	8 8	9 9	110	111	112	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	8 8	9 9	110	111	112	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	
Revisão																									
Elaboração do projeto																									
Qualificação do projeto																									
Coleta de dados																									
Análise de dados																									
Escrita do artigo																									
Defesa da dissertação																									

Figura 9- Quadro do cronograma

## 10 Orçamento

O quadro descreve o orçamento do projeto maior.

<b>Item de dispêndio</b>	<b>Descrição</b>	<b>Valor estimado (R\$)</b>	<b>Justificativa</b>
Material de consumo	Papel, lápis, borracha, caneta, prancheta, caixa arquivo, pastas, saco plástico, crachás	5.000,00	Para coleta de dados, arquivamento e cursos de formação.
Serviços de terceiros	Impressão de questionários, folders e outros materiais de divulgação Taxa para publicação de artigo Pagamento em caráter eventual	30.000,00	Material necessário para a coleta de dados, cursos de formação, avaliação, monitoramento e difusão do conhecimento.
Diárias	96 diárias para supervisão e reunião de equipe + 9 diárias para participação de seminário em Brasília	33.600,00	Participação em pelo menos 3 reuniões de equipe e visitas de supervisão do trabalho de campo, além da participação de um membro da equipe em reuniões em Brasília.
Passagens	440 passagens intermunicipais (valor R\$ 50) /96 passagens intermunicipais (valor R\$ 80) / 3 passagens Porto Alegre/Brasília	35.680,00	Deslocamento aos municípios para supervisão e coleta de dados e participação em reuniões e de três seminários de avaliação da pesquisa.
Bolsas	Iniciação ao extensionismo (3) Apoio à difusão do conhecimento (3) Apoio técnico em extensão (3) Extensão no país (2) Desenvolvimento tecnológico e industrial (2)	245.454,00	Estímulo à inserção de estudantes de graduação em atividades de pesquisa, participando ativamente do processo de coleta, processamento e análise dos dados e apoio técnico de profissionais na área de nutrição e educação.
<b>Total</b>		<b>349.734,00</b>	

Figura 10 - Quadro de orçamento.

### **Alteração do projeto de pesquisa**

Conforme sugestão da banca examinadora, na qualificação do projeto de pesquisa, o projeto foi revisado e ajustado aos termos e abreviações utilizados conforme as normas.

O cronograma de execução também teve alterações. Devido à pandemia do Corona Vírus (COVID-19) não foi possível retomar a coleta de dados, suspensão em março de 2020. As análises foram iniciadas em março de 2021. A defesa deverá ocorrer em outubro do mesmo ano.

Modificações no cronograma em amarelo

Atividades	2020												2021										
	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	8 8	9 9	110	111	112	1 1	2 2	3 3	4 4	5 5	6 6	7 7	88	9 9	11 0	
Revisão																							
Elaboração do projeto																							
Qualificação do projeto																							
Coleta de dados																							
Análise de dados																							
Escrita do artigo																							
Defesa da dissertação																							

Figura 11 - Quadro modificações do cronograma.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE NUTRIÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS**



Relatório do Trabalho de Campo

**Conhecimento sobre Guia Alimentar em adultos de Pelotas/RS**

Pelotas, 2021

## 1 Introdução

O projeto “Conhecimento sobre Guia Alimentar em adultos de Pelotas/RS”, faz parte do estudo nacional: *Enfrentamento e controle da obesidade no âmbito do SUS*, que está sendo realizado em 22 estados do país, através de financiamento do Ministério da Saúde e do CNPq.

No Estado do Rio Grande do Sul, a pesquisa está sendo realizada em 110 municípios das 3ª, 6ª e 15ª Coordenadorias Regionais de Saúde, sob a Coordenação da Universidade Federal de Pelotas em colaboração com a Universidade de Passo Fundo, Universidade de Santa Maria, Universidade Federal da Fronteira Sul, Prefeitura Municipal de Pelotas e Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

O estudo está sendo coordenado pela pesquisadora Dra. Denise Petrucci Gigante, do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos (Departamento de Nutrição) da Universidade Federal de Pelotas - UFPel. A coordenação de campo esteve a cargo de Samara Christ, e a supervisão do gerenciamento de dados de Felipe Delpino, ambos mestrandos do PPGNA - UFPel. Também, atuam no projeto docentes e discentes da UFPel, UFSM, UFFS e UPF, além de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas e da Secretaria Estadual de Saúde do RS.

A estruturação do projeto foi iniciada entre abril e maio de 2019. Foram realizadas reuniões quinzenais da equipe do projeto para o planejamento do estudo, incluindo a logística do trabalho de campo e escolha dos instrumentos a serem utilizados. Após início da coleta de dados, reuniões semanais foram realizadas com a finalidade de avaliar o andamento da pesquisa em relação à logística adotada, atualização do número de adultos entrevistados, agendamentos, encaminhamento de eventuais dúvidas ou problemas em relação à aplicação dos instrumentos ou qualquer outro aspecto relacionado ao trabalho de campo, sendo realizadas na própria UFPel em uma sala na Faculdade de Nutrição. Contatos entre as entrevistadoras, supervisora do trabalho de campo também ocorreram por comunicação com telefone celular e mensagens de texto.

O presente relatório visa descrever todas as atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo realizado em Pelotas, uma vez que os acompanhamentos a serem conduzidos nos outros municípios que fazem parte do estudo “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS” não são objeto de interesse dessa dissertação. Cumpre ainda esclarecer que este relatório se refere ao período de dezembro de 2019 a março de 2020, quando foi necessário suspender o trabalho de campo em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus.

## **2 Instrumento de pesquisa**

A coleta dos dados foi realizada com a utilização de um *software* chamado *RedCap*, o qual foi obtido em parceria com a Universidade de *Vanderbilt* (localizada em *Nashville, Tennessee*, nos Estados Unidos). O *RedCap* está disponível de maneira gratuita para instituições públicas e é amplamente utilizado na comunidade de pesquisa acadêmica, pois oferece diversas vantagens e benefícios em relação a outros programas de coleta de dados. Como diferencial, nele é possível realizar os questionários de qualquer dispositivo móvel, com ou sem acesso à internet. Além disso, o *RedCap* oferece vantagens como pulo automático de questões, número ilimitado de questionários, inserção de vídeos e imagens e cálculos automáticos de fórmulas. Seu uso é de fácil acesso e intuitivo, no qual qualquer pessoa que tenha um celular com o sistema *Android* ou *IOS* pode utilizá-lo para realizar as entrevistas.

Os dados coletados pelos entrevistadores ficam armazenados em seus dispositivos móveis e, após conexão com a internet, é possível que seja feita a sincronização com o servidor do *RedCap*. Os dados armazenados ficam em sigilo e podem ser acessados apenas por pesquisadores autorizados. Ademais, no *RedCap* há a opção de exportar os dados para programas de análise estatística, como o *Stata*, *SPSS* e *R* e criar bancos de dados.

O instrumento da pesquisa foi desenvolvido a fim de comportar todos os temas de interesse dos pesquisadores e mestrandos do projeto. O questionário final ficou com 26 páginas, 177 perguntas fechadas dividido em 14 blocos individuais e um questionário domiciliar, o qual investigava as condições socioeconômicas do domicílio em 26 questões. O período de aplicação da entrevista foi em média 50 minutos.

As questões e instrumentos utilizados nessa pesquisa foram agrupados em blocos e então, aplicadas ao adulto que aceitou, mediante assinatura do TCLE, a participar do estudo. Para aplicação das perguntas contidas nos blocos foi utilizado o dispositivo móvel e uma versão impressa foi preparada e disponibilizada para as entrevistadoras no caso de problemas técnicos com os dispositivos móveis. Alguns blocos do questionário foram aplicados com o auxílio de um caderno de réguas que ajudava nas respostas dos entrevistados.

Composição questionário individual:

BLOCO A (identificação): Incluiu a apresentação da entrevistadora, identificação do adulto, data e horário do início da entrevista, telefone e endereço do/a participante, e questões sobre o histórico de saúde;

BLOCO B: Foram medidos o acesso e a utilização dos serviços de saúde nos territórios adstritos através de um conjunto de questões propostas no PCAtool-Brasil Versão Adulto, adaptada por Oliveira, a partir dos três primeiros atributos do questionário (A – grau de afiliação; B - acesso/utilização; C - acesso/acessibilidade) (OLIVEIRA *et al.*, 2013)

BLOCO C: O bloco continha 7 questões com base no Guia Alimentar para a População Brasileira (REIS, *et al.*, 2019) – com o intuito de avaliar o conhecimento sobre alimentação saudável;

BLOCO D: Abordou perguntas sobre os estágios de mudança de comportamento. Foram avaliados 4 domínios de comportamento alimentar (tamanho e quantidade das porções, frutas e vegetais, quantidade de gordura e prática de atividade física) em um questionário de 38 questões (CATTAL, *et al.*, 2010);

BLOCO E: Inclui questões para Investigar a presença de fatores de risco comportamentais de fumo e álcool, perguntas baseadas na coorte de Pelotas [http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/coorte\\_1982/questionarios.php](http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/coorte_1982/questionarios.php).

BLOCO F: Abordam questões sobre a atividade física e a percepção dos indivíduos para a prática de atividade física também com base na coorte de Pelotas [http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/coorte\\_1982/questionarios.php](http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/coorte_1982/questionarios.php).

BLOCO G: Avaliou o ambiente alimentar no território adstrito com perguntas específicas sobre lazer e deslocamento (BORGES, *et al.*, 2018);

BLOCO H: Avaliar práticas de alimentação saudável da população alvo. - *The Eating Motivation Survey* (TEMS) – que investiga determinantes das motivações para comer e escolhas alimentares (MORAIS, *et al.*, 2017);

BLOCO I: Foram avaliadas práticas de alimentação saudável da população alvo, para isso utilizou-se o instrumento Marcadores de consumo alimentar do SISVAN (BRASIL, 2015);

BLOCO J: GAPB: Guia alimentar de bolso (GABE, *et al.*, 2018). Avaliar o conhecimento sobre fatores de risco para DCNT e sobre alimentação saudável com base no Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB);

BLOCO K: Avaliou se nos últimos 12 meses algum profissional da saúde orientou o entrevistado sobre questões de saúde. Questionário com base na coorte de Pelotas

[http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/coorte\\_1982/questionarios.php](http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/coorte_1982/questionarios.php).

BLOCO L: O bloco investiga motivações e barreiras para possíveis mudanças de comportamento em saúde (BASTIN, *et al.*, 2019);

BLOCO M: Aplicado com o auxílio de imagens; esse bloco busca investigar a percepção corporal do entrevistado através da identificação da imagem corporal - Silhueta de *Stunkard* (STUNKARD, *et al.*, 1983);

BLOCO N: Questões com o objetivo de estimar as prevalências de sobrepeso e obesidade em adultos residentes nos territórios adstritos desses municípios, com base na informação de peso e altura autorreferidos;

O questionário domiciliar encontra-se no apêndice C.

### **3 Manual de instruções**

Paralelamente à construção dos questionários, foi elaborado um manual de instruções para auxiliar as entrevistadoras e operadores de aparelhos na execução do trabalho de campo. O manual referente aos questionários contém instruções e simulações de respostas às possíveis dúvidas específicas de cada uma das questões, incluindo informação sobre o que se pretende coletar com a questão, com as opções de resposta e indicação de quando é necessário ler ou não as opções de resposta. Além disso, traz orientações gerais sobre material básico, rotina de trabalho, apresentação pessoal e postura, entre outras.

No manual também está incluso o nome e telefone de todos os pesquisadores do estudo para as entrevistadoras entrarem em contato com a equipe quando necessário.

O manual de instruções utilizado neste estudo encontra-se no Anexo D.

### **4 Seleção e treinamento de entrevistadoras**

Inicialmente foram recrutadas três entrevistadoras para o trabalho de campo e após três meses de trabalho foram selecionadas mais três entrevistadoras com a intenção de otimizar e agilizar a coleta de dados. Os pré-requisitos para a seleção das entrevistadoras foram: ser do sexo feminino (a mulher é melhor recebida nos domicílios, o que diminui a possibilidade de recusas), ter ensino superior completo e disponibilidade de tempo integral.

As candidatas interessadas em participar do estudo enviaram o currículo lattes para a secretaria do projeto, juntamente com uma ficha de inscrição e planilha de disponibilidade de horários. Os seguintes critérios foram avaliados:

- Experiência em trabalho de campo;
- Experiência com pesquisas em saúde pública
- Disponibilidade de horários para o trabalho de campo

Durante o período de aplicação da pesquisa foram realizados dois treinamentos com o auxílio do manual de instruções, o processo de aplicação

dos instrumentos e feitos testes do *software RedCap* nos dispositivos móveis das entrevistadoras.

A logística do trabalho de campo e o processo da coleta de dados foram supervisionados por dois estudantes da pós-graduação que também são responsáveis pelas tentativas de reversão de recusas e pelo controle de qualidade.

Os treinamentos tiveram o objetivo principal de explicar a pesquisa e a logística do trabalho a ser desenvolvido. Inicialmente, foi realizada a apresentação geral do estudo e ressaltada a seriedade e a importância deste trabalho bem como outros trabalhos já desenvolvidos por equipes da UFPel. Na sequência, as candidatas tiveram o primeiro contato com o instrumento digital no dispositivo móvel e aprenderam algumas noções básicas sobre o instrumento.

Além disso foi entregue uniforme (camiseta do projeto), crachá e material para a utilização no trabalho em campo.

## **5 Logística do trabalho de campo**

Foram selecionados de forma aleatória, através de sorteio, nove territórios adstritos à Unidade de Saúde da Família da zona urbana do município de Pelotas-RS para comporem o estudo (Figura 12).

A equipe de trabalho de campo em Pelotas foi formada por dois mestrandos do PPGNA-UFPel, responsáveis pela supervisão do trabalho e por três entrevistadoras contratadas para a coleta dos dados.

O reconhecimento dos territórios iniciou em outubro de 2019 com visitas às UBS para apresentação do estudo, conversa com os/as responsáveis pela Unidade sobre o trabalho a ser desenvolvido no bairro, informação sobre qual a área de abrangência pela Estratégia de Saúde da Família - ESF naquele território, número de população adscrita e investigação sobre a existência de um mapa para ajudar no desenho do estudo. Através dessas informações e em posse dos mapas dos nove territórios o trabalho de campo teve início em dezembro de 2019.

UBS	Nº de ESF		População	Domicílios a serem entrevistados
1. Arco-íris	1 ESF	3.200	4,8	33
2. Areal fundos	3 ESF	8.000	11,9	84
3. Bom Jesus	4 ESF	9.795	14,6	102
4. Cohab Guabiroba	3 ESF	6.000	8,9	63
5. Dom Pedro I	3 ESF	9.000	13,4	94
6. Dunas	4 ESF	13.000	19,4	136
7. Osório	1 ESF	2.600	3,9	27
8. Py Crespo	3 ESF	12.000	17,9	125
9. União de Bairros	2 ESF	3.461	5,2	36
		<b>67.056</b>	<b>100</b>	<b>700</b>

Figura 12 - Quadro de Territórios selecionados e número de domicílios a serem entrevistados no estudo (n=700).

### 5.1 Identificação dos domicílios

Para obtenção da amostra de acordo com o cálculo apresentado no projeto desta dissertação seria necessário identificar 700 domicílios, visto que o número médio de moradores adultos por domicílio é dois (IBGE, 2011). Assim, cada território apresentou um número diferente de domicílios a serem entrevistados, portanto calculou-se em cada território qual o número de domicílios deveria ser entrevistado de acordo com a proporção populacional.

Para garantir a aleatoriedade da amostra, foi sorteado através de um aplicativo um número para o “pulo inicial” de casas, sendo esse 27 em todos os territórios. Assim, contava-se 26 casas e a próxima seria a número 1 do território. Cada território foi mapeado conforme número de domicílios estipulado, como demonstra a tabela 1. Quanto à contagem sempre pela esquerda: ao chegar ao final da rua da UBS, por exemplo, para continuar contando à esquerda a metodologia adotada foi virar o corpo de forma que a mão esquerda da entrevistadora ficasse do outro lado da rua da UBS e dessa forma voltava-se pelo outro lado contando as casas e assim foi realizado todo o mapeamento de forma que ao final do território deveriam estar mapeadas o total de casas.

O mapeamento foi realizado pelas próprias entrevistadoras do estudo e a metodologia adotada foi, posicionada de costas para a porta da UBS, a contagem tinha início à esquerda da mesma, considerando sempre a contagem inicial da primeira casa a ser identificada, anotava-se o endereço, o número da

casa e entrevistadora responsável pela visita. Quando a mesma não existia ou era uma área comercial escolhia-se o próximo domicílio a esquerda e caso fosse um prédio ou condomínio era escolhido o primeiro apartamento do primeiro bloco, caso não tivesse morador era seguido a mesma orientação referente ao domicílio. As entrevistadoras quando chegavam ao domicílio informavam acerca do estudo, entregando uma carta de apresentação da pesquisa aos moradores, convidando-os para participar e após aceite era perguntado e registrado o nome, idade e telefone dos moradores da casa sendo agendado possíveis horários disponíveis para a entrevista.

## **5.2 Coleta de dados**

Para a realização das entrevistas cada entrevistadora tinha um número de identificação, por exemplo, a entrevistadora 1 ficava responsável em entrevistar o domicílio nº 1 do estudo, a entrevistadora 2 o domicílio nº 2 e assim sucessivamente. O contato com as famílias também era de responsabilidade das entrevistadoras que a partir das informações obtidas no mapeamento deveriam entrar em contato posteriormente para marcar o melhor dia e horário para entrevistar os adultos do domicílio. Para iniciar uma entrevista deveriam estar com uniforme, crachá, dispositivo móvel ou material impresso do questionário, caneta, e duas cópias do TCLE.

O deslocamento das entrevistadoras até o bairro se deu por meio de transporte coletivo, sendo fornecido os vales transporte para todo deslocamento necessário durante o tempo de trabalho. Inicialmente as entrevistadoras realizavam o trabalho de segunda a sexta-feira. Posteriormente, com a necessidade otimizar o tempo e o número das entrevistas, passaram a ir a campo também nos finais de semana, sendo recompensados esses dias no decorrer da semana, por exemplo, se realizavam entrevistas no domingo, folgavam segunda-feira.

Uma conversa entre a coordenação do estudo, entrevistadoras do campo e equipe de profissionais das UBS foi realizada a cada território que se iniciava o trabalho, de forma a combinar possíveis parcerias para o trabalho de

mapeamento, e até mesmo para ajudar na marcação das entrevistas quando necessário. Ao final de cada dia de trabalho as entrevistadoras deveriam preencher o relatório das atividades (planilha em Excel) para o acompanhamento do andamento das entrevistas por parte da supervisão do trabalho de campo, bem como enviar as entrevistas realizadas para o gerenciador de dados do estudo.

As figuras 13, 14, e 15 apresentam os números e porcentagens de domicílios mapeados e pessoas de 20 a 59 anos nestes domicílios, entrevistas individuais e domiciliares finalizadas, número de domicílios excluídos e percentuais de perdas. A porcentagem de entrevistas finalizadas em cada território foi calculada com base no número inicial de entrevistas a serem realizadas naquele território com uma estimativa de 10% de perdas e recusas.

<b>ESF - Loteamento Osório</b>	
<b>Número de domicílios excluídos</b>	<b>8</b>
<b>% domicílios entrevistados</b>	<b>81,0</b>
<b>% pessoas entrevistadas</b>	<b>76,0</b>
<b>% perdas ou recusas</b>	<b>8,8</b>
<b>Questionário individual finalizado</b>	<b>26</b>
<b>Questionário domiciliar finalizado</b>	<b>17</b>
<b>Família identificadas/n° domicílios</b>	<b>29</b>
<b>Perdas ou recusas</b>	<b>8</b>
<b>N° pessoas 20 a 59 anos</b>	<b>34</b>
<b>Domicílios mapeados</b>	<b>27</b>
<b>Famílias finalizadas</b>	<b>24</b>
<b>Questionário inicial finalizado</b>	<b>34</b>

Figura 13 - Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Osório, Pelotas 2020.

<b>ESF – Loteamento Dunas</b>	
<b>Número de domicílios excluídos</b>	<b>13</b>
<b>% domicílios entrevistados</b>	<b>75,4</b>
<b>% pessoas entrevistadas</b>	<b>65,2</b>
<b>% perdas ou recusas</b>	<b>15,9</b>
<b>Questionário individual finalizado</b>	<b>172</b>
<b>Questionário domiciliar finalizado</b>	<b>95</b>
<b>Família identificadas/n° domicílios</b>	<b>139</b>
<b>Perdas ou recusas</b>	<b>42</b>
<b>N° pessoas 20 a 59 anos</b>	<b>264</b>
<b>Domicílios mapeados</b>	<b>136</b>
<b>Famílias finalizadas</b>	<b>109</b>
<b>Questionário inicial finalizado</b>	<b>214</b>

Figura 14 - Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Dunas, Pelotas 2020.

<b>ESF - Areal Fundos</b>	
<b>Número de domicílios excluídos</b>	<b>22</b>
<b>% domicílios entrevistados</b>	<b>75,4</b>
<b>% pessoas entrevistadas</b>	<b>47,3</b>
<b>% perdas ou recusas</b>	<b>2,7</b>
<b>Questionário individual finalizado</b>	<b>35</b>
<b>Questionário domiciliar finalizado</b>	<b>24</b>
<b>Família identificadas/n° domicílios</b>	<b>73</b>
<b>Perdas ou recusas</b>	<b>2</b>
<b>N° pessoas 20 a 59 anos</b>	<b>74</b>
<b>Domicílios mapeados</b>	<b>84</b>
<b>Famílias finalizadas</b>	<b>41</b>
<b>Questionário inicial finalizado</b>	<b>37</b>

Figura 15 - Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Areal Fundos, Pelotas 2020.

## **6 Resultados**

Foram 247 domicílios mapeados nos três territórios estudados, (136 domicílios no Loteamento Dunas, 84 no Areal Fundos e 27 no Loteamento Osório) foram identificadas 372 pessoas na faixa etária do estudo, dessas 249 foram localizadas. Quarenta e três (43) domicílios foram excluídos uma vez que não havia moradores com idade entre 20 e 59. Foram realizadas entrevistas em 77% dos domicílios desses três territórios e 63% das pessoas desses domicílios responderam ao questionário. De acordo com os dados obtidos foi possível verificar que havia 1,51 adultos de 20 a 59 anos por domicílio, sendo bastante inferior ao que foi calculado no início do estudo com base no censo realizado pelo IBGE em 2011 na cidade, que apontava 2,08 moradores por domicílio (IBGE, 2011). Dezesesseis pessoas (6,0%) recusaram-se a responder ao questionário e uma pessoa embora tenha aceitado participar do estudo, não concluiu o questionário e não pode ser incluída no presente estudo, representando 9% de perda e recusas. Duzentos e trinta e duas pessoas foram entrevistadas.

A coleta de dados do estudo estava planejada para ser finalizada até o mês de julho de 2020, porém o trabalho de campo foi interrompido devido à pandemia do novo Corona Vírus, que atingiu todo o país no decorrer do ano. Até o presente momento 232 entrevistas individuais e 136 domiciliares foram finalizadas, contabilizando cerca de 20% da coleta de dados do estudo. Cumpre esclarecer que, com a pandemia de COVID-19, não foi possível retornar em domicílios nos quais nem todos os moradores haviam sido entrevistados e, portanto, apenas uma perda (questionário não completo) foi considerada até este momento.

## **7 Gerenciamento de Dados**

A utilização do dispositivo móvel para coleta dos dados exigiu a criação de uma rotina de recuperação das informações das entrevistas para um único computador onde todos os dados eram armazenados. Desta forma, diariamente,

após a realização das entrevistas, os entrevistadores sincronizavam os dados com o servidor do *RedCap*, os quais eram verificados pelo pesquisador responsável pelo banco de dados.

O passo seguinte era realizado, com o procedimento chamado “exportação de dados”, que consistia em exportar os dados para um dos programas de análise estatística. Em seguida era rodado um *script* que fazia correções no banco de dados, como: excluir entrevistas duplicadas, corrigir datas, número de identificação (nquest), dígito verificador (dv) e transformar variáveis *string* em numéricas. Essa versão era chamada arquivo “b”. O próximo passo era excluir algumas “variáveis controle” geradas pelo próprio *script* e outras contendo nomes próprios. Essa versão era chamada “c”, que posteriormente retornava para a equipe encarregada da análise de consistência constituída pela supervisora do trabalho de campo, o responsável pelo banco de dados e uma das entrevistadoras.

## **7.1 Análise de consistência**

Além da conferência de questionários duplicados, foi conferida a coerência das respostas em relação às medidas antropométricas plausíveis, bem como, as possíveis questões sem resposta ou inconsistentes em relação a uma pergunta-filtro ou que desse origem a outras questões. Assim, qualquer inconsistência identificada neste momento deveria retornar aos entrevistadores que voltariam no domicílio para completar as questões incompletas ou com dados faltantes.

## **7.2 Controle de qualidade**

O controle de qualidade foi realizado pela supervisora do trabalho de campo por meio de acompanhamento no mapeamento dos territórios, realização de algumas entrevistas e através de um relatório de atividades de campo no Anexo E preenchido diariamente pelas entrevistadoras. Esse relatório, Anexo E, em *Excel* consistia em informar alguns dados para posterior rastreamento, caso fosse necessário. A análise de consistência no banco de dados do *RedCap*

também é considerada como controle de qualidade no armazenamento das informações.

## REFERÊNCIAS

- BASTIN, A.; ROMAIN, A. J.; MARLEAU, J.; BAILLOT, A. Health behaviours, intentions and barriers to change among obesity classes I, II and III. **Clinical Obesity**. 9, e12287, February 2019.
- BORGES, C. A. *et al.* **Manual de aplicação de instrumento de auditoria do ambiente alimentar baseado na nova classificação de alimentos do Guia Alimentar (NOVA)**. [recurso eletrônico]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CATTAL, G. B.; HINTZE, L. J.; NARDO JUNIOR, N. Internal validation of the stage of change questionnaire for alimentary and physical activity behaviors. **Rev. Paul. Pediatr.**, 28, 194-9, 2010.
- GABE, K. T.; JAIME, P. C. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. **Public Health Nutrition**, 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- MORAES, J. M. M.; ALVARENGA, M. S. Adaptação transcultural e validade aparente e de conteúdo da versão reduzida da *The Eating Motivation Survey* (TEMS) para o Português do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 33, n, 10. Rio de Janeiro, 2017.
- OLIVEIRA, M. M. C.; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J.; DUNCAN, B. B. PCATool-ADULTO-RASIL: uma versão reduzida. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, 8(29): 256-63, 2013.
- REIS, C. R; JAIME, P. C. Conhecimento e percepção da autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na Atenção Básica. **DEMETRA**, v. 14, 1-20, ago. 2019.
- STUNKARD, A. J., SORENSEN, T.; SCHULSINGER, F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *In*: KETY, S. S.; ROWLAND, L. P.; SIDMAN, R. L.; MATTHYSSE, S. W. **The genetics of neurological and psychiatric disorders**. New York: Raven Press, p.115-20, 1983.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. **Questionários e instrumentos utilizados na Coorte 1982.** Pelotas: UFPel, 198-.

**Artigo**

## Conhecimento sobre o Guia Alimentar em adultos de Pelotas/RS

Juceli Soares Sallaberry <sup>1</sup>

Ivana Loraine Lindemann <sup>2</sup>

Gicele Costa Mintem <sup>1</sup>

Samara Christ Teixeira <sup>1</sup>

Correspondência:

J.S.Sallaberry

Universidade Federal de Pelotas –

R. Gomes Carneiro, 1 - Centro, C. POSTAL 354

CEP:96010-610 - Pelotas/RS/Brasil

juberry@gmail.com

<sup>1</sup> Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas/RS Brasil

<sup>2</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul. Passo Fundo/RS Brasil

### Resumo

O trabalho objetivou descrever a prevalência de conhecimento sobre o Guia Alimentar para a População Brasileira e seus fatores associados. Estudo transversal, realizado entre 2019/2020, com adultos usuários adscritos a unidades de Estratégia de Saúde da Família em Pelotas-RS. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista domiciliar. A amostra foi caracterizada quanto ao conhecimento através da *Escala de avaliação do conhecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os conteúdos do Guia Alimentar* utilizando sete questões baseadas nos 10 passos para uma alimentação adequada e saudável, grau de processamento, preparação e consumo de alimentos. O desfecho foi definido como elevado conhecimento (percentil maior que 75) e baixo conhecimento, além de sua associação com características demográficas, socioeconômicas e de saúde verificadas por meio de razões de prevalência e seus intervalos de confiança de 95%. A amostra foi composta por 232 indivíduos e a

prevalência do elevado conhecimento sobre o Guia Alimentar foi de 22,8% (IC95% 17,4-28,3) e a probabilidade de sua ocorrência foi menor naqueles com idade entre 40 e 49 anos, nos domicílios com maior número de participantes e naqueles insatisfeitos por déficit de peso com sua imagem corporal e maior naqueles com maior renda. Duas questões tiveram maior prevalência de acertos: sobre a preparação culinária em família (95,3%) e relacionada a um bom exemplo de desjejum (82,3%). O estudo sugere a necessidade de um trabalho mais focado na publicização do Guia Alimentar, tendo em vista que os resultados encontrados mostraram baixa prevalência de conhecimento elevado sobre o Guia nos usuários da atenção primária.

Guias alimentares. Atenção primária a saúde. Nutrição em saúde pública. Educação Alimentar e Nutricional.

### **Abstract**

This study aimed to describe the prevalence of Food Guide knowledge in Brazilian Population and its associated factors. It is a cross-sectional study, carried out between 2019 and 2020 with adult users enrolled in Family Health Strategy units in the city of Pelotas – RS. Data collection was carried out through household interviews. The sample was characterized in terms of knowledge through the Food Guide Knowledge Scale Assessment of Health Professionals in Primary Care (GAB1), using seven questions based in ten steps to a proper and healthy diet, degree of food processing, preparation and consumption. The outcome was defined as high knowledge (for percentile greater than 75) and low knowledge, in addition to its association with demographic, socioeconomic and health characteristics, verified through prevalence ratios and their 95% confidence intervals. The sample consisted of 232 individuals and the prevalence of high knowledge on Food Guide was 22.8% (IC95% 17.4-28.3). The probability of its occurrence was lower in those aged between 40 and 49 years, in households with a greater number of participants and in those dissatisfied due to their body image being underweight; and greater in those with higher income. Two questions had a higher prevalence of correct answers: about family cooking preparation (95.3%) and related to a good example of breakfast (82.3%). The study suggests the need for a more focused work on the Food

Guide's advertising considering that the results showed low prevalence of high knowledge about the Guide in primary health care users.

Food guides. Primary health care. Nutrition in public health. Food and Nutrition Education.

## **Introdução**

No Brasil, a preocupação com a alimentação da população foi evidenciada pela primeira vez na década de 40, com a elaboração do Guia de Alimentação, organizado pelo Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil que visava “o ensinamento e a propagação de noções básicas indispensáveis à perfeita integração do homem nos quadros geográficos brasileiros”.<sup>1</sup> Em 2006, foram então publicadas diretrizes alimentares oficiais baseadas em evidências científicas para os brasileiros, em um documento intitulado Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) sendo o mesmo parte da estratégia de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, como uma das ações intersetoriais que propiciam o acesso universal aos alimentos, com pressuposto o direito à saúde e à alimentação saudável, sendo um instrumento de apoio às ações de educação alimentar e nutricional no Sistema Único de Saúde (SUS).<sup>2</sup>

Monteiro e colaboradores, em 2010, elaboraram uma proposta de classificação de alimentos denominada NOVA que passou a utilizar o grau de industrialização (*in natura* ou minimamente processados, processados e ultraprocessados). Em 2014, na elaboração do novo GAPB, essa proposta foi utilizada e teve o acréscimo da categoria ingredientes culinários processados (óleos, gorduras, sal e açúcar).<sup>2,3,4</sup>

A regra de ouro do GAPB é dar preferência por alimentos *in natura*, além da preparação do próprio alimento, levando em consideração a cultura e a regionalidade, a sustentabilidade, o bem-estar no ato de comer e a autonomia para a escolha saudável, através do entendimento de que essa escolha vai além de quantidades, considerando qualidade social, emocional e nutricional, resgatando a comensalidade. Como iniciativa de uma síntese do conteúdo do GAPB foram elaborados os 10 passos para uma alimentação adequada e saudável dentro do próprio guia.<sup>2</sup>

Dessa forma, o acesso da população ao conteúdo do GAPB se torna fundamental para que possa adquirir conhecimento adequado e pautado em embasamento científico

sobre alimentação saudável. O conhecimento nutricional (CN), que segundo Poelman<sup>5</sup> é a capacidade de fazer escolhas alimentares saudáveis em diferentes contextos, tem se tornado uma ferramenta interessante de avaliação, mesmo que não seja a mais utilizada<sup>6</sup> e ainda não seja padronizada. Ele é mensurado através de perguntas sobre alimentação. Estudos têm percebido uma correlação positiva entre CN, atitude e comportamento em adultos. Cabe destacar que mesmo com um bom CN os demais determinantes relacionados ao consumo alimentar devem ser considerados.<sup>7,8,9</sup>

Não obstante, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são consideradas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) um significativo problema de saúde pública da atualidade, tanto no Brasil, quanto no mundo.<sup>10</sup> A prevalência de obesidade mórbida aumentou em todas as capitais do Brasil de 2006 a 2017 tornando-se um alerta<sup>11</sup> e justificando ações de promoção de saúde e alimentação saudável no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Pesquisas têm identificado que a participação de alimentos ultraprocessados, majoritariamente hipercalóricos, na dieta de adultos brasileiros em 2017-2018 estava em torno de 20%, favorecendo o desequilíbrio do balanço energético e contribuindo para a obesidade.<sup>12,13,14</sup> Dados preliminares da Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL) de 2020 evidenciaram que a obesidade esteve presente em 21,5% da população adulta brasileira.<sup>15</sup>

Estudo japonês sobre o Guia Alimentar nacional revelou que a consciência sobre seu conteúdo influencia diretamente o índice de massa corporal (IMC) e a obesidade abdominal, por meio de mudanças no comportamento alimentar, sugerindo que essa consciência é mediada pelo conhecimento, portanto, melhor conhecimento alimentar poderia desempenhar importante papel na mudança do comportamento alimentar, levando a melhorias na alimentação e na prevenção da obesidade na população japonesa.<sup>16</sup> Outros autores também reforçam a necessidade da promoção da saúde e da prevenção de doenças em nível coletivo, mediante pesquisas e práticas mais incisivas, na tentativa de transformar o CN em atitude e efetiva mudança de comportamento.<sup>17,18,19</sup>

Desse modo, ampliar a autonomia nas escolhas alimentares do indivíduo no meio em que vive, auxilia no avanço da promoção da saúde para as comunidades através do autocuidado. Contudo, a escolha individual não se dá apenas pelo conhecimento, pois, converge com fatores econômicos, culturais, políticos, além da qualidade da informação

disponível, os quais, conjuntamente, influenciam no padrão alimentar.<sup>20</sup>

Compreendendo que as informações sobre o GAPB são de extrema importância para escolhas alimentares mais saudáveis, o objetivo do presente estudo foi descrever a prevalência de conhecimento sobre o GAPB e seus fatores associados, entre população adscrita a unidades de estratégia de saúde da família da zona urbana, no município de Pelotas-RS.

## **Métodos**

### **Fonte de dados e amostra**

Estudo transversal, realizado no período de dezembro de 2019 a março de 2020, com adultos residentes em territórios adstritos a Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana do município de Pelotas, no estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O presente estudo faz parte de uma pesquisa mais abrangente, intitulada *Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*, projeto a nível nacional financiada pelo CNPq.

Participaram do estudo indivíduos adultos de 19 a 59 anos, de ambos os sexos, excluindo aqueles de instituições de longa permanência, hospitais e presídios, e com incapacidade física e/ou mental para responder ao questionário. Foram considerados como perdas aqueles que em pelo menos três visitas domiciliares em dias e horários alternados não foram encontrados e não responderam ao questionário.

A amostragem foi por múltiplos estágios, sendo sorteadas nove (31%) unidades de ESF para o estudo (Osório, Dunas, Areal, Bom Jesus, Arco-íris, Cohab Guabiroba, Dom Pedro I, Py Crespo e União de Bairros) entre as 29 existentes. A população adscrita e o número de domicílios por bairro foram verificados através de relatórios do e-SUS e, posteriormente, definiu-se a amostra proporcionalmente para cada território. A partir do primeiro domicílio (por sorteio) e de cada um dos demais (intervalo de 27), as entrevistadoras realizaram o mapeamento, abrangendo moradias próximas e distantes da ESF.

A coleta de dados foi realizada nos domicílios, por entrevistadoras com idade superior a 18 anos, ensino superior completo e treinadas para a aplicação de questionário padronizado, utilizando o software *RedCap*<sup>®</sup> instalado nos seus smartphones.

### **Criação e descrição de variáveis**

O desfecho, conhecimento sobre o GAPB, foi baseado na Escala validada de avaliação do conhecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os conteúdos do Guia Alimentar (GAB1)<sup>19</sup> utilizando sete das 21 questões, com opções de respostas: “certo”, “errado” e “não sei”. Em consenso, foram escolhidas sete questões do instrumento original, por três nutricionistas da equipe da pesquisa da qual este estudo faz parte, no intuito de evitar questões com conteúdo semelhante e utilizar aquelas que poderiam ser melhor compreendidas pelos usuários. A partir das respostas foi calculada a soma total de acertos de cada participante. A pontuação máxima de sete pontos considerou a resposta “não sei” como errada, dicotomizando o conhecimento em: “elevado conhecimento” (percentil > 75) e “baixo conhecimento” (percentil < 75) (Figura 1).

O estudo analisou a associação do desfecho com características socioeconômicas e demográficas, incluindo sexo, idade (em anos completos, categorizada em 19-29/ 30-39/ 40-49/ 50-59 anos), cor da pele autorreferida (branca/preta/parda/amarela e dicotomizada em branca e outra), situação conjugal (com/ sem companheiro), número de moradores da casa (1-2/ 3/ 4 ou mais), quartis de renda familiar mensal *per capita* (o quartil inferior referia-se a renda mais baixa, e o salário mínimo nacional na época era de R\$ 998,00 equivalente a cerca de US\$ 248,00 quando os dados foram coletados), nível de escolaridade (anos completos de estudo, subdivididos em 0-5/ 6-9/ 10 anos ou mais).

No que diz respeito à saúde, o estado nutricional foi definido através da relação entre o peso e a altura autorreferidos, e classificado de acordo com o índice de massa corporal (IMC) caracterizando baixo peso, eutrofia, sobrepeso e obesidade usando, respectivamente os seguintes pontos de corte ( $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ /  $\geq 18,5 < 25 \text{ kg/m}^2$ /  $\geq 25 < 30 \text{ kg/m}^2$ /  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ).<sup>20</sup> A percepção de imagem corporal foi avaliada mediante escala traduzida e validada de Stunkard *et al*<sup>21</sup> composta por nove figuras masculinas e femininas, variando o tamanho de 1 (menor) a 9 (maior). O entrevistado deveria escolher

o desenho que mais se parecia com ele e com qual mais gostaria de se parecer. A percepção corporal foi calculada pela diferença entre os valores correspondentes às figuras escolhidas e definida como: satisfação, insatisfação por déficit ou por excesso de peso.

### **Análise de dados**

Para as análises utilizou-se o programa estatístico Stata versão 12® (Stata Corp. College Station, Estados Unidos). A descrição da amostra se deu através de frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão (DP), e calculou-se a prevalência do desfecho com intervalo de confiança (IC 95%). A investigação de possíveis associações entre o desfecho e os fatores de exposição por Regressão de Poisson, gerando Razões de Prevalência (RP) brutas e ajustadas e seus IC 95%. A análise multivariada por *cluster* seguiu um modelo hierárquico de dois níveis: 1º nível - variáveis demográficas e socioeconômicas; 2º nível – condições de saúde. As variáveis com  $p < 0,20$  foram mantidas no modelo para ajuste entre si e com o nível seguinte. A tendência linear (teste de Wald) e a heterogeneidade das variáveis politômicas ordenadas e não ordenadas, respectivamente, foram testadas.

### **Considerações éticas**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas com nº 3.166.109, de acordo com os requisitos da Resolução do CNS nº466/12.<sup>24</sup> A participação dos indivíduos no estudo foi voluntária, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

### **Resultados**

Dos nove territórios sorteados, 247 domicílios foram mapeados em três territórios (Loteamento Dunas, Areal Fundos e Osório). Identificados 372 indivíduos adultos e 232 responderam ao questionário. Havia 1,51 adultos/domicílio e 9% entre perdas e recusas.

A maior frequência dos entrevistados era do sexo feminino (62,1%), a idade

variou de 19 a 59 anos, com média de 39 anos (DP 11,8). Predominou cor da pele branca (55,2%) e pessoas que viviam com companheiro(a) (67,7%). A média de moradores por domicílio foi de 3,6 pessoas (DP 1,6), com amplitude de 1 a 9 e cerca de 40,0% haviam cursado dez anos ou mais de estudo. A renda familiar *per capita* variou de R\$ 42,00 a R\$ 17.300,00 (média de 2.946,22  $\pm$  DP 2.124,35), com média de 1.176,00 ( $\pm$  DP 423,50) no primeiro quartil, 2.1320 ( $\pm$  DP 203,00) no segundo quartil, 2.925,10 ( $\pm$  DP 335,60) no terceiro quartil e 5.631,10 ( $\pm$  DP 2.622,10) no quarto quartil. Em relação ao estado nutricional, 67,5% indivíduos estavam com excesso de peso e quanto a percepção da imagem corporal 66,7% insatisfeitos por excesso de peso (Tabela 1).

Maiores prevalências do desfecho foram encontradas na pergunta sobre o preparo de refeições em família influenciando nos hábitos alimentares saudáveis (95,3%) e na que citava como bom exemplo de desjejum a combinação de café com leite, mamão e bolo caseiro (82,3%). Entretanto, apenas 31,0% acreditavam que barra de cereal e biscoito integral industrializado não eram boas opções de lanches e 49,1%, não acreditavam ser confiáveis as informações veiculadas na mídia (Figura 2).

Menos de um quarto da amostra, ou seja, 22,8% (IC95% 17,4-28,3) apresentou elevado conhecimento sobre o GAPB. As características associadas ao desfecho foram idade, número de moradores por domicílio, renda familiar e percepção da imagem corporal. Observou-se redução de 64% na probabilidade do desfecho entre aqueles com idade entre 40 e 49 anos (RP = 0,36; IC 0,15-0,85) e 35% entre aqueles com 4 ou mais moradores no domicílio (RP = 0,65; IC95% 0,50-0,84). Entre os participantes com maior renda observou-se probabilidade de conhecimento sobre o guia 78% superior (RP = 1,78; IC95% 1,08-2,93). (Tabela 2)

Em relação à percepção da imagem corporal observou-se que aqueles insatisfeitos por déficit de peso apresentaram probabilidade do desfecho 77% inferior (RP = 0,23; IC95% 0,11-0,49) comparados aos satisfeitos.

## **Discussão**

No Brasil e no mundo os estudos relacionados ao conhecimento sobre alimentação saudável, além de serem escassos não seguem uma padronização, sendo que cada um utiliza sua própria escala de mensuração, limitando assim, a comparação entre eles.

Cabe ressaltar, a originalidade deste em investigar o conhecimento , baseado no GAPB, em usuários da APS. Em virtude de ser escassa a literatura sobre o tema conhecimento em alimentação optou-se em também utilizar artigos que abordavam o consumo alimentar como *proxy* de comportamento.

Das perguntas utilizadas para descrever o conhecimento sobre o GAPB, as maiores frequências de acertos foram observadas nas seguintes questões: preparar a refeição em família (95,3%), usar mídias durante a alimentação (82,8%) e a composição do desjejum (82,3%), sendo a última reforçada pelo que o próprio GAPB traz, que essas refeições são efetivamente praticadas por ambos os sexos, em todas as regiões brasileiras, independente da renda.<sup>2</sup>

Aproximadamente 63% acertaram ao responder que empanado de frango assado não poderia substituir frango na refeição, entretanto, apenas 31% acreditavam que barra de cereal e biscoito integral industrializado não eram boas opções de lanches, confirmando o que os estudos mostram sobre a dificuldade da escolha alimentar, mostrando que embora o indivíduo tenha conhecimento sobre alimentação saudável, nem sempre consegue fazer a escolha adequada.<sup>25,26</sup> É crescente a quantidade de reportagens na televisão, rádio, revistas e internet com informações e recomendações sobre alimentação e saúde. Entretanto, a utilidade da maioria delas é questionável<sup>2</sup>, haja vista, por exemplo, a sugestão de que uma barra de cereal seria uma boa escolha de lanche, sendo a mesma um ultraprocessado.

Os ultraprocessados estão ativamente presentes na dieta brasileira desde 1980 nas regiões metropolitanas, e a partir de 2000 em todo o país.<sup>27</sup> Em Porto Alegre (capital do Rio Grande do Sul), no ano de 2020, o consumo de cinco ou mais grupos de alimentos ultraprocessados foi de quase 28%, no dia anterior a entrevista do VIGITEL 2020.<sup>28</sup> Essa mudança de comportamento alimentar nos diferentes grupos sociais aconteceu devido a diversas razões, sendo a principal delas a rotina de vida das pessoas, caracterizada pelo tempo limitado ao preparo e consumo das refeições.<sup>29</sup> Além disso, a mídia tem um papel importante nesse contexto, promovendo o consumo de ultraprocessados no sentido da praticidade e de opção para uma alimentação saudável. Ainda, cabe destacar a influência da globalização no comportamento alimentar e a disseminação de redes de *fast food* na maioria das cidades do país.

Os participantes (54%) responderam que alimentos *in natura* e minimamente

processados deveriam constituir a base de uma alimentação saudável e, essa prevalência pode ser simplesmente por desconhecer essa nomenclatura, e/ou por falta de interesse sobre quais seriam as melhores opções na escolha de alimentos para ter uma alimentação mais saudável.

Quase metade dos participantes do estudo (49,1%) acreditava que as informações vinculadas na mídia eram confiáveis, confirmando que a imprensa brasileira tem grande poder de influência, utilizando mensagens persuasivas, atrativas e marcantes, dificultando uma análise mais crítica sobre a informação veiculada por esses meios.<sup>30</sup> Além disso, as isenções fiscais beneficiando grandes empresas do ramo alimentício, facilitando assim o menor custo do alimento ultraprocessado, e a mobilização dessas indústrias para que o Guia Brasileiro seja revogado, reforçam ainda mais a necessidade de uma conscientização coletiva sobre a capacidade de manipulação que essas empresas representam.

Estudo realizado em Gana mostrou que os participantes não consideravam as informações nutricionais veiculadas na televisão muito confiáveis por serem generalistas.<sup>26</sup> De acordo com o GAPB, os brasileiros, de todas as idades, são diariamente expostos a diversas estratégias utilizadas pelas indústrias de alimentos na divulgação dos seus produtos. Ofertas de brindes, descontos e promoções, exposição de produtos em locais estratégicos dentro dos supermercados e embalagens atraentes são alguns dos exemplos mais frequentes dos mecanismos adotados para a sedução e convencimento dos consumidores.<sup>2</sup> Em contrapartida, o Regulamento Técnico nº 24, publicado em 2010, estabelece os requisitos para divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados padrões de consumo incompatíveis com a saúde e que violam o direito à alimentação adequada das crianças (elevadas quantidades de açúcar, gordura saturada, gordura trans, sódio, e de bebidas com baixo teor nutricional).<sup>31</sup>

Diversos estudos confirmam que a intervenção de educação nutricional independente de faixa etária, evidencia o benefício dessa prática nos hábitos alimentares, no conhecimento sobre alimentação e nutrição e no estado nutricional. Traduz-se, dessa forma, em importante estratégia para reduzir gastos com saúde promovendo qualidade de vida aos usuários.<sup>7, 32. 33. 34,35,36</sup>

No presente estudo, a idade entre 40 e 49 anos esteve associada a menor ocorrência de desfecho, confirmando o que Pandit-Agrawal e colaboradores encontraram, ou seja, o conhecimento foi maior nos mais jovens e nos indivíduos com maior IMC.<sup>18</sup> Em estudo

nacional, com mulheres praticantes de atividade física, 75% com excesso de peso e idade entre 45-59 anos, o conhecimento em nutrição foi moderado em aproximadamente 65% da amostra, porém aquelas com menor renda demonstraram menor conhecimento.<sup>37</sup>

Uma reflexão sobre o achado de Triches e colaboradores acerca do maior conhecimento de nutrição em crianças obesas, por serem mais passíveis de receber informações sobre o assunto, pode sugerir que para adultos a explicação seja semelhante.

Apesar de não encontrar estudo sobre o número de habitantes por domicílio e o conhecimento sobre alimentação, pode-se fazer uma analogia do número de moradores com a renda. Geralmente, quanto maior a renda, menor o número de moradores na casa, como sugere o presente estudo. Assim, ao analisar a relação entre renda familiar e conhecimento sobre o GAPB identificou-se associação significativa. Uma revisão publicada em 2019, sobre a posição socioeconômica e aquisição de alimentos nos inquéritos brasileiros, mostrou que a maior renda esteve associada a melhores condições de escolha, porém nem sempre era uma escolha saudável, pois os de menor renda ficavam mais restritos a uma dieta mais acessível, monótona e básica<sup>39</sup>. No entanto, em países desenvolvidos essa combinação de renda está relacionada com alimentação mais saudável.<sup>40, 41</sup> Confirmando os achados, estudos identificaram que conhecimento sobre alimentação saudável era maior na medida em que a situação socioeconômica era melhor.<sup>42, 43,44,45</sup>

Todavia, os indivíduos com nível socioeconômico mais elevado se percebiam com padrão alimentar mais saudável<sup>43</sup>, mas esse padrão alimentar mostrou-se contraditório pois embora tivessem uma alimentação mais diversificada, a mesma incluía ultraprocessados.<sup>39</sup> Em consonância, os usuários da atenção básica justificavam o custo elevado da alimentação saudável, a falta de força de vontade em fazer escolhas melhores, a falta de tempo e o conhecimento insuficiente sobre a alimentação como impedimento para atingir esse padrão alimentar,<sup>46</sup> e também, relatavam dificuldade em seguir a dieta prescrita pois percebiam-se deficientes em relação ao conhecimento sobre alimentação.<sup>42,47</sup> Nesse sentido, a interação com profissionais de saúde mostra-se importante no conhecimento das práticas e conceitos relacionados à nutrição dos usuários, podendo favorecer na escolha por hábitos mais saudáveis.<sup>26</sup>

Na contramão da obesidade, culturalmente se tem indicado um padrão de corpos cada vez mais esguios, elevando a angústia com a própria imagem corporal, mesmo que

o peso esteja adequado, aumentando a possibilidade de conflito, sentimentos negativos e incidência de baixa autoestima, afetando negativamente a saúde e a qualidade de vida das pessoas.<sup>48,49</sup> Pesquisas verificaram que a insatisfação corporal está associada positivamente com excesso de peso,<sup>50</sup> insatisfação com a vida, internalização de mensagens midiáticas e exposição às mensagens da televisão.<sup>51</sup> Talvez a menor probabilidade do desfecho entre aqueles com insatisfação por déficit de peso seja devido ao fato de quem está mais magro não tenha tanto interesse pelas informações divulgadas sobre alimentação.

O estudo sugere a necessidade de um trabalho mais focado na disseminação do Guia Alimentar, tendo em vista que os resultados encontrados mostraram baixa prevalência de conhecimento sobre o seu conteúdo entre os usuários da APS. Cabe destacar que o GAPB é um instrumento que deve estar disponível para acesso no serviço, e, como já existem políticas públicas dirigidas ao treinamento dos profissionais na APS, sugere-se que o conteúdo simples e direto presente no Guia ainda precisa ser melhor apreendido e difundido entre a equipe e usuários do serviço de saúde. Se faz necessário que a informação do Guia alcance um número cada vez maior de profissionais e através deles seja incentivado aos usuários a diversificação do conhecimento possibilitando maior autonomia na escolha por uma alimentação mais adequada e saudável.

Como limitação do estudo, cabe mencionar a utilização de uma escala reduzida do instrumento *Escala de avaliação do conhecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os conteúdos do Guia Alimentar (GABI)*<sup>21</sup> e pelo fato da escala ter sido desenvolvida para profissionais de saúde. A possibilidade de causalidade reversa não deve ser descartada na interpretação dos resultados. O reduzido tamanho da amostra, devido à pandemia de COVID-19 e a consequente interrupção da coleta de dados, pode ter ocasionado falta de poder estatístico para algumas comparações.

### **Fontes de financiamento**

Este estudo está inserido na pesquisa “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS”, e faz parte do estudo nacional: ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA

OBESIDADE NO ÂMBITO DO SUS, financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

### **Conflito de interesses**

Autores declaram não haver conflitos de interesses.

### **Colaboradores**

J. S. Sallaberry colaborou na coleta de dados, participou da concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. S.C, Teixeira colaborou na coleta de dados, participou da concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; G. C. Mintem e I. L. Lindemann. participaram da concepção e projeto, análise e interpretação dos dados; redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Todos os autores aprovaram a versão final.

### **Informações adicionais**

ORCID: Juceli Soares Sallaberry (0000-0002-4523-5220);

Ivana Loraine Lindemann (0000-0002-6222-9746);

Gicele Costa Mintem (0000-0002-9321-2330)

Samara Christ Teixeira (0000-0003-2307-9703)

### **Agradecimentos**

Os autores agradecem a todos os pesquisadores, entrevistadores e participantes do ECOSUS-Pelotas.

## Referências

1. Brasil I de N da U do B. Guia de Alimentação. Rio de Janeiro: 1960; 1960. p. 30.
2. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. 1º ed. Brasília; 2008. 210 p.
3. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR de, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saude Publica*. 2010;26(11):2039–49.
4. C. A. M, G. C, R. L, J-C M, Patrícia J, Ana Paula M, et al. O Sistema Alimentar Classificação dos alimentos . *Saúde Pública. World Nutr*. 2016;7(1–3):28–40.
5. Poelman MP, Dijkstra SC, Sponselee H, Kamphuis CBM, Battjes-Fries MCE, Gillebaart M, et al. Towards the measurement of food literacy with respect to healthy eating: the development and validation of the self perceived food literacy scale among an adult sample in the Netherlands. *Int J Behav Nutr Phys Act* [Internet]. 2018;15(1):54. Available at: <https://dx.doi.org/10.1186/s12966-018-0687-z>
6. Dattilo M, Furlanetto P, Kuroda AP, Nicastro H, Coimbra PCFC, Simony RF. Conhecimento nutricional e sua associação com o índice de massa corporal TT - Nutritional knowledge and its association with the body mass index. *Nutr Rev Soc Bras Aliment Nutr* [Internet]. 2009;34(1):75–84. Available at: [http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas\\_publicacoes/216.pdf](http://sban.cloudpainel.com.br/files/revistas_publicacoes/216.pdf)
7. Lin W, Hang C-M, Yang H-C, Hung M-H, Bs MH, Hung M-H, et al. 2005-2008 Nutrition and Health Survey in Taiwan: the nutrition knowledge, attitude and behavior of 19-64 year old adults. *Asia Pac J Clin Nutr* [Internet]. 2011;20(2):309–18. Available at: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-21669600>
8. Mathe N, Van der Meer L, Agborsangaya CB, Murray T, Storey K, Johnson JA, et al. Prompted awareness and use of eating well with Canada’s food guide: A population-based study. *J Hum Nutr Diet*. 2015;28(1):64–71.
9. Mathe N, Agborsangaya CB, Loitz CC, Johnson JA, Johnson ST. Health Behaviours and Awareness of Canada’s Food Guide: A Population-based Study. *Can J Diet Pr Res* [Internet]. 2016;77(2):66–71. Available at: <https://dx.doi.org/10.3148/cjdpr-2015-044>

10. World Health Organization. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. 2014;302.
11. Malta DC, da Silva AG, Tonaco LAB, de Fátima Freitas MI, Velasquez-Melendez G. Time trends in morbid obesity prevalence in the Brazilian adult population from 2006 to 2017. *Cad Saude Publica*. 2019;35(9).
12. (ABRANDH) AB pela N e DH. O Direito Humano à Alimentação Adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. [Internet]. Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH). 2013. 263 p. Available at:  
[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca\\_alimentar/DHAA\\_SAN.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/DHAA_SAN.pdf)
13. IBGE IB de G e E. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. [Internet]. Rio de Janeiro: 2020; 2020. 61 p. Available at: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101670.pdf>
14. IBGE IB de G e E. Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Atenção primária à saúde e informações antropométricas. 2020. 66 p.
15. Brasil M da S. Vigitel Brasil 2019: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico telefônico: Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. Brasília; 2020. 137 p.
16. Takaizumi K, Harada K, Shibata A, Nakamura Y. Influence of awareness of the Japanese Food Guide Spinning Top on eating behavior and obesity. *Asia Pac J Clin Nutr* [Internet]. 2011;20(1):95–101. Available at: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-21393116>
17. Albuquerque L da S, Griep RH, Aquino EML, Cardoso L de O, Chor D, da Fonseca M de JM. Factors associated with body image dissatisfaction in adults: A cross-sectional analysis of the elsa-brasil study. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26(5):1941–54.
18. Pandit-Agrawal D, Khadilkar A, Chiplonkar S, Khadilkar V. Knowledge of

- nutrition and physical activity in apparently healthy Indian adults. *Public Health Nutr.* 2018;21(9):1743–52.
19. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Heal Educ Behav* [Internet]. 30 de abril de 2004 [citado 24 de agosto de 2020];31(2):143–64. Available at: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1090198104263660>
  20. Brasil M da S. Guia Alimentar para a População Brasileira [Internet]. 2a. Ministério da Saúde do Brasil, organizador. Vol. 2, Ministério da Saúde. Brasília: 2014; 2014. 156 p. Available at: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf)
  21. Reis LC dos, Jaime PC. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na Atenção Básica. *Demetra Aliment Nutr Saúde.* 30 de agosto de 2019;14:e39140.
  22. Organization WH. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry.* Geneva; 1995. 463 p.
  23. Stunkard AJ, Sørensen T SF. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis.* 1983;60:115–20.
  24. Saúde. BM da SCN de. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012 p. 1–16.
  25. Gottschall-Pass K, Reyno L, Maclellan D, Spidel M. What do adults in Prince Edward Island know about nutrition? *Can J Diet Pr Res* [Internet]. 2007;68(3):123–30. Available at: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-17784970>
  26. Quaidoo EY, Ohemeng A, Amankwah-Poku M. Sources of nutrition information and level of nutrition knowledge among young adults in the Accra metropolis. *BMC Public Health.* 2018;18(1):1–7.
  27. Monteiro CA, Conde WL, de Castro IRR. The changing relationship between education and risk of obesity in Brazil (1975-1997). *Cad Saude Publica* [Internet]. 2003;19 Suppl 1:S67-75. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12886437>
  28. Brasil M da S. *Vigitel Brasil 2020 - Vigilância de fatores de risco e proteção para*

- doenças crônicas por inquérito telefônico. versão pre. Brasília; 2021. 365 p.
29. Kops NL, Bessel M, Knauth DR, Caleffi M, Wendland EM. Body image (dis)satisfaction among low-income adult women. *Clin Nutr*. 2019;38(3):1317–23.
  30. Santos C da C, Stuchi RAG, Sena CA, Pinto NAVD. Television ' S Influence on Eating Habits , Practices and Behavior. *Cogitare Enferm*. 2012;17(1):65–71.
  31. Saúde. BM da SA. RESOLUÇÃO-RDC N° 24, DE 15 DE JUNHO DE 2010 - Dispõe sobre a oferta, propaganda, publicidade, informação e outras práticas correlatas cujo objetivo seja a divulgação e a promoção comercial de alimentos considerados com quantidades elevadas de açúcar, de g. 2010.
  32. Ahn JA, Park JW, Kim CJ. Effects of an individualised nutritional education and support programme on dietary habits, nutritional knowledge and nutritional status of older adults living alone. *J Clin Nurs* [Internet]. 1 de maio de 2018 [citado 15 de setembro de 2020];27(9–10):2142–51. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.ez66.periodicos.capes.gov.br/28885755/>
  33. Teixeira PDS, Reis BZ, Vieira DA dos S, Costa D da, Costa JO, Raposo OFF, et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física TT - Educational nutritional intervention as an effective tool for changing eating habits and body weight a. *Ciênc saúde coletiva* [Internet]. 2013;18(2):347–56. Available at: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&)
  34. Cannoosamy K, Pem D, Bhagwant S, Jeewon R. Is a Nutrition Education Intervention Associated with a Higher Intake of Fruit and Vegetables and Improved Nutritional Knowledge among Housewives in Mauritius? *Nutrients* [Internet]. 2016;8(12). Available at: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-27916818>
  35. Jahns L, Conrad Z, Johnson LK., Raatz S, Kranz S. Recognition of Federal Dietary Guidance Icons Is. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2018;118(11):2120–7. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jand.2018.05.026>
  36. Chung LMY, Chung JWY, Chan APC. Building Healthy Eating Knowledge and Behavior: An Evaluation of Nutrition Education in a Skill Training Course for Construction Apprentices. *Int j environ res public Heal* [Internet]. 2019;16(23). Available at: <https://dx.doi.org/10.3390/ijerph16234852>

37. Costa JO, Reis BZ, Costa D da, Vieira DAS, Teixeira PDS, Raposo OF, et al. Perfil de saúde , estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade - Aracaju , SE Profi le of health , nutritional status and knowledge of level in nutrition. *Rev bras ativ fís saúde*. 2012;17(2):93–9.
38. Triches RM, Regina E, Giugliani J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares [Internet]. Vol. 39, *Rev Saúde Pública*. 2005 [citado 14 de setembro de 2020]. Available at: [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)
39. Canuto R, Fanton M, de Lira PIC. Social inequities in food consumption in Brazil: A critical review of the national surveys. *Cienc e Saude Coletiva*. 2019;24(9):3193–212.
40. Giskes K, Avendaño M, Brug J, Kunst AE. A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. *Obes Rev*. 2010;11(6):413–29.
41. Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr*. 2008;87(5):1107–17.
42. Wardle, J Parmenter K, Waller J. Demographic variation in nutrition knowledge in England. *Heal Educ Res* [Internet]. 2000;15(2):163–74. Available at: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/mdl-10751375>
43. Lake AA, Hyland RM, Rugg-gunn AJ, Wood CE, Mathers JC, Adamson AJ. Healthy eating: Perceptions and practice ( the ASH30 study ). *Appetite*. 2007;48(2):176–82.
44. Costa JO, Reis BZ, Costa D da, Vieira DAS, Teixeira PDS, Raposo OF, et al. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade - Aracaju, SE TT - Profile of health, nutritional status and knowledge of level in nutrition Academia da Cidade Program of users - Aracaju,. *Rev bras ativ fís saúde* [Internet]. 2012;17(2). Available at: <http://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/viewFile/1224/1018>
45. Beydoun MA, Wang Y. How do socio-economic status, perceived economic barriers and nutritional benefits affect quality of dietary intake among US adults? *Eur J Clin Nutr*. 2008;62(3):303–13.
46. Lindemann IL, Oliveira, Rodeghiero R, Mendoza-Sassi, Andres R. Dificuldades

- para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(2):599–610.
47. Buttriss L. Food and nutrition : United Kingdom<sup>3</sup> and knowledge in the. 1997;
  48. Graup S, Pereira EF, Lopes AS, Araújo VC, Legnani RF BA. Associação entre a percepção da imagem corporal e indicadores antropométricos de escolares. *Rev Bras Educ Fís Esp*. 2008;22(2):129–38.
  49. Stephan Y, Fouquereau E, Fernandez A. Body satisfaction and retirement satisfaction: The mediational role of subjective health. *Aging Ment Heal*. 2008;12(3):374–81.
  50. Smith DE, Thompson JK, Raczynski JM, Hilner JE. Body image among men and women in a biracial cohort: The CARDIA study. *Int J Eat Disord*. 1999;25(1):71–82.
  51. Jaeger MB, Câmara SG. Media and life dissatisfaction as predictors of body dissatisfaction. *Paideia*. 2015;25(61):183–90.

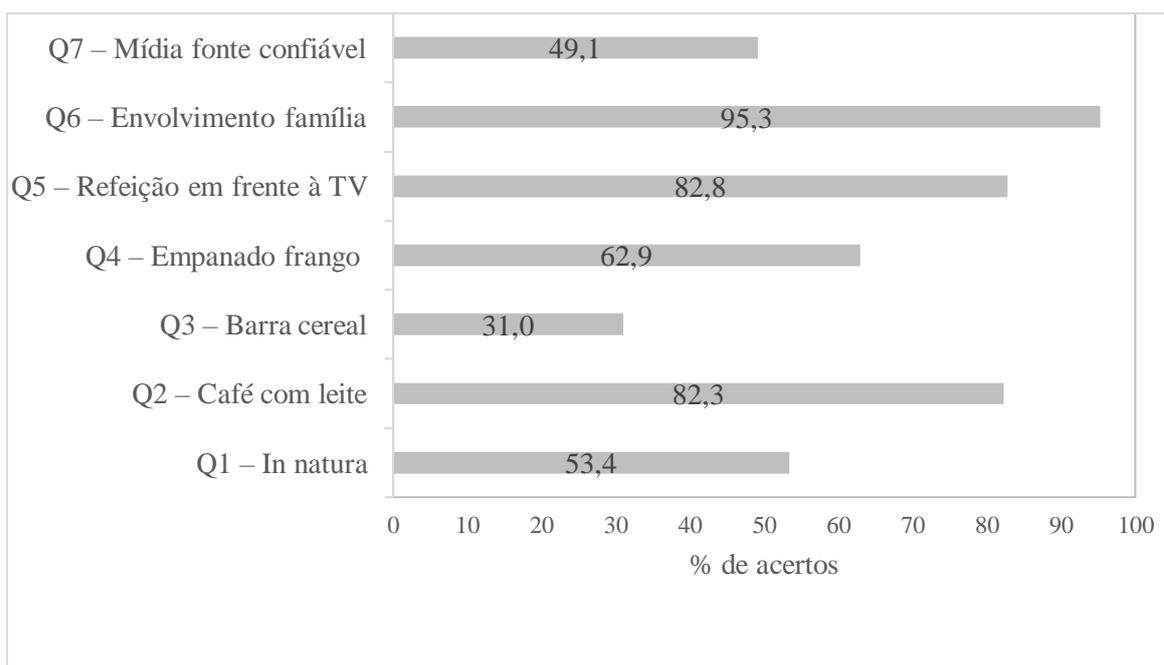
Tabela 1. Descrição da amostra conforme as características estudadas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020 (n = 232)

Características	n	(%)
Sexo	232	
Feminino	144	62,1
Masculino	88	37,9
Idade (anos completos)	232	
19 - 29	65	28,0
30 - 39	51	22,0
40 - 49	63	27,2
50 - 59	53	22,8
Cor da pele	232	
Branca	128	55,2
Preta	67	28,9
Parda	34	14,6
Amarela	3	1,3
Situação conjugal	232	
Com companheiro	157	67,7
Sem companheiro	75	32,3
Nº moradores por domicílio*	226	
até 2	44	19,5
3	83	36,7
4 ou mais	99	43,8
Renda familiar*	223	Média R\$ (DP)
1º quartil	57	1176,0 (423,5)
2º quartil	56	2132 (203,0)
3º quartil	55	2925,1 (335,6)
4º quartil	55	5631,1(2622,1)
Escolaridade (anos de estudo)	232	
0 a 5	55	23,7
6 a 9	84	36,2
≥10	93	40,1
Estado nutricional*	228	
Baixo peso	2	0,9
Eutrofia	72	31,6
Sobrepeso	76	33,3
Obesidade	78	34,2
Percepção da imagem corporal*	231	
Insatisfeito déficit peso	29	12,5
Insatisfeito excesso peso	154	66,7
Satisfeito	48	20,8

\*as diferenças de valores amostrais em algumas variáveis se devem às perdas de observações: Nº moradores por domicílio\* (n=226), Renda familiar\* (n=223), Estado nutricional\*(n=228), Percepção da imagem corporal\* (n=231)  
DP=Desvio-Padrão

1) Alimentos <i>in natura</i> ou minimamente processados devem constituir a base para uma alimentação saudável
2) Café com leite, mamão e bolo caseiro são bons exemplos de alimentos para o café da manhã
3) A barra de cereal e os biscoitos integrais industrializados são boas opções para as pequenas refeições
4) Os “ <i>nuggets</i> ” de frango, desde que assados, podem substituir a carne de frango no almoço ou no jantar
5) O envolvimento com outras atividades (tv, celular, internet) durante a refeição pode reduzir o prazer proporcionado pela alimentação
6) O envolvimento de toda a família no preparo das refeições é importante para a adoção de hábitos alimentares saudáveis
7) As revistas e os programas de televisão são fontes confiáveis de informação sobre alimentação saudável.

**Figura 1.** Sete questões do conhecimento sobre o GAPB



**Figura 2.** Prevalência de acertos das sete questões do conhecimento sobre o GAPB. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020 (n = 232)

**Tabela 2.** Análise bruta e ajustada de fatores associados ao conhecimento sobre o GAPB. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020. (n=232).

Variáveis	Bruta RP (IC95)	p**	Ajustada RP (IC95)	p**
<b>1º nível: variáveis demográficas e socioeconômicas (n=223)</b>				
Sexo		0,969 <sup>a</sup>		0,415 <sup>a</sup>
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,01 (0,67-1,52)		1,17 (0,80-1,71)	
Idade (anos completos)		0,023 <sup>b</sup>		0,046 <sup>b</sup>
19-29	1,00		1,00	
30-39	1,19 (0,79-1,80)		0,91 (0,67-1,23)	
40-49	0,45 (0,20-1,00)		0,36 (0,15-0,85)	
50-59	1,15 (0,46-2,84)		0,91 (0,37-2,22)	
Cor da pele		0,122 <sup>a</sup>		0,311 <sup>a</sup>
Outra	1,00		1,00	
Branca	1,45 (0,91-2,34)		1,31(0,78-2,21)	
Situação conjugal		0,231 <sup>a</sup>		0,065 <sup>a</sup>
Sem companheiro	1,00		1,00	
Com companheiro	1,47 (0,78-2,76)		1,65 (0,97-2,81)	
Número de moradores por domicílio		<0,001 <sup>b</sup>		<0,001 <sup>c</sup>
1-2	1,00		1,00	
3	1,01 (0,84-1,22)		0,84 (0,52-1,38)	
≥4	0,73 (0,48-1,10)		0,65 (0,50-0,84)	
Renda familiar		0,223 <sup>b</sup>		0,001 <sup>b</sup>
1º quartil	1,00		1,00	
2º quartil	1,20 (0,98-1,48)		1,11 (0,75-1,66)	
3º quartil	0,57 (0,24-1,35)		0,55 (0,31-0,97)	
4º quartil	1,88 (1,64-2,16)		1,78 (1,08-2,93)	
Escolaridade (anos de estudo)		0,002 <sup>b</sup>		0,183 <sup>b</sup>
0-5	1,00		1,00	
6-9	0,77 (0,25-2,35)		0,65 (0,25-1,70)	
≥10	1,56 (0,69-3,54)		1,19 (0,58-2,46)	
<b>2º nível: condições de saúde (n=220)</b>				
Estado Nutricional		0,792 <sup>a</sup>		0,681 <sup>a</sup>
Adequado (eutrófico)	1,00		1,00	
Inadequado (abaixo ou acima do peso)	1,07 (0,66-1,73)		1,07 (0,78-1,46)	
Percepção da imagem corporal		<0,001 <sup>b</sup>		<0,001 <sup>b</sup>
Satisfeito	1,00		1,00	
Insatisfeito por déficit	0,25 (0,11-0,61)		0,23 (0,11-0,49)	
Insatisfeito por excesso	0,91 (0,65-1,27)		0,83 (0,60-1,16)	

a: qui-quadrado; b: teste de heterogeneidade; c: teste de tendência linear.

### **Considerações finais**

A prevalência de conhecimento considerado elevado foi baixa. Mesmo com a alta prevalência de excesso de peso na amostra, não foi encontrada associação estatisticamente significativa entre estado nutricional e conhecimento, o mesmo acontecendo em relação à escolaridade.

A prevalência do desfecho foi semelhante em ambos os sexos. Maior renda e insatisfação com a imagem corporal por déficit de peso mostraram-se associadas ao desfecho. E em relação à idade, foi maior na faixa de 40 a 49 anos.

O estudo evidenciou que os usuários da APS ainda não possuem conhecimento satisfatório sobre o Guia Alimentar. Atualmente, a interação entre problemas de saúde levando em consideração o contexto biossocial, agravados pela pandemia de COVID-19, mostra cada vez mais a necessidade de maior conhecimento por parte da população na escolha, autonomia e acesso por uma alimentação adequada e saudável. E, destaca-se a importância dos profissionais de saúde da atenção primária na apropriação, promoção e divulgação do conteúdo do GAPB.

## REFERÊNCIAS

AHN, Jeong Ah; PARK, Jee Won; KIM, Chun Ja. Effects of an individualised nutritional education and support programme on dietary habits, nutritional knowledge and nutritional status of older adults living alone. **Journal of Clinical Nursing**, [S. l.], v. 27, n. 9–10, p. 2142–2151, 2018.

ALBUQUERQUE, Liliane da Silva; GRIEP, Rosane Harter; AQUINO, Estela M. L.; CARDOSO, Letícia de Oliveira; CHOR, Dóra; DA FONSECA, Maria de Jesus Mendes. Factors associated with body image dissatisfaction in adults: a cross-sectional analysis of the elsa-brasil study. **Ciencia e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 5, p. 1941–1954, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021265.07152019.

AXELSON, M.; BRINBERG, D. The measurement and conceptualization of nutrition knowledge. **Journal Nutrition Education**, v. 24, n. 5, p. 239-246, set.-out. 1992.

BALL, Kylie; CRAWFORD, David; MISHRA, Gita. Socio-economic inequalities in women fruit and vegetable intakes: a multilevel study of individual, social and environmental mediators. **Public Health Nutr.**, [S. l.], v. 9, n. 5, p. 623–630, 2006.

BANDURA, Albert. Health Promotion by Social Cognitive Means. **Health Education & Behavior**, [S. l.], v. 31, n. 2, p. 143–164, 2004.

BARBOSA, Roseane Moreira Sampaio; COLARES, Luciléia Granhen Tavares; SOARES, Eliane de Abreu. Desenvolvimento de guias alimentares em diversos países. **Revista de Nutrição**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 455–467, 2008.

BARRATT, J. Diet-related knowledge , beliefs and actions of health professionals compared with the general population : an investigation in a community Trust. **J. Hum. Nutr. Diet**, [S. l.], v. 14, p. 25–32, 2001.

BATIS, Carolina; CASTELLANOS-GUTIÉRREZ, Analí; ABURTO, Tania C.; JIMÉNEZ-AGUILAR, Alejandra; RIVERA, Juan A.; RAMÍREZ-SILVA, Ivonne. Self-perception of dietary quality and adherence to food groups dietary recommendations among Mexican adults. **Nutr. J.**, [S. l.], v. 19, n. 59, p. 1–12, 2020.

BEYDOUN, May A.; WANG, Youfa. Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? **Prev. Med.**, [S. l.], v. 46, n. 2, p. 145–153, 2008.

BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. Instituto de Nutrição da Universidade do Brasil. **Guia de Alimentação**. Rio de Janeiro: Ministério da Educação, 1960.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016].

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. v. 1. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

BRASIL. SESAN. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquerito telefônico: versão pré-ed**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRAVO, A. Montero; MARTÍN, N. Úbeda; GARCÍA, A. Evaluación de los hábitos alimentarios de una población de estudiantes universitarios en relación con sus conocimientos nutricionales. **Nutrición Hospitalaria**, [S. l.], v. 21, n. 4, p. 466–

473, 2006.

BUTTRISS, J. L. Food and nutrition: attitudes, beliefs, and knowledge in the United Kingdom. **Am. J. Clin. Nutr.**, [S. l.], v. 65, n. 6, Suppl, p. 1985S-1995S, 1997.

BUTTRISS, Judith. **Symposium on ' Nutrition : communicating the message'** Scene setting : who is the voice of nutrition in Britain? [S. l.], v. 62, p. 573–575, 2003.

CADENA-SCHLAM, Leslie; LÓPEZ-GUIMERÀ, Gemma. Intuitive eating: an emerging approach to eating behavior. **Nutrición Hospitalaria**, [S. l.], v. 31, p. 995–1002, 2015.

CANNOOSAMY, Komeela; PEM, Dhandevi; BHAGWANT, Suresh; JEEWON, Rajesh. Is a nutrition education intervention associated with a higher intake of fruit and vegetables and improved nutritional knowledge among housewives in Mauritius? **Nutrients**, [S. l.], v. 8, n. 12, 2016.

CANUTO, Raquel; FANTON, Marcos; DE LIRA, Pedro Israel Cabral. Social inequities in food consumption in Brazil: a critical review of the national surveys. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 24, n. 9, p. 3193–3212, 2019.

CARDOSO, Susana; SANTOS, Osvaldo; NUNES, Carla; LOUREIRO, Isabel. Escolhas e hábitos saudáveis em adolescentes: associação com padrões alimentares do agregado familiar. **Ver. Port. Saúde Pública**, [S. l.], v. 85, n. xx, p. 1–9, 2015.

CERVATO, A. N. A. Maria. **Intervenção nutricional educativa : promovendo a saúde de adultos e idosos em universidades abertas à terceira idade**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

CHUNG, Louisa Ming Yan; CHUNG, Joanne Wai Yee; CHAN, Albert P. C. Building healthy eating knowledge and behavior: an evaluation of nutrition education in a skill training course for construction apprentices. **Int. J. Environ. Res. Public Health (Online)**, [S. l.], v. 16, n. 23, 2019.

CLARO, Rafael Moreira; MAIA, Emanuella Gomes; COSTA, Bruna Vieira de Lima; DINIZ, Danielle Pereira. Preço dos alimentos no Brasil: prefira preparações culinárias a alimentos ultraprocessados. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 32, n. 8, p. 1–13, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN nº 599/2018, 25 de fevereiro de 2018**. Aprova o Código de Ética e de Conduta do Nutricionista, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. 04 abril 2018, Seção 1.

COSTA, Jamille Oliveira; REIS, Bruna Zavarize; COSTA, Dayanne Da; VIEIRA, Diva Aliete Santos; TEIXEIRA, Priscila Dryelle Sousa; RAPOSO, Oscar Falcão;

NETTO, Raquel Simões Mendes. Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade - Aracaju, SE. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, [S. l.], v. 17, n. 2, 2012.

COTUGNA, N.; SUBAR, A. F.; HEIMENDINGER, J.; KAHLE, L. Nutrition and cancer prevention knowledge, beliefs, attitudes, and practices: the 1987 National Health Interview Survey. **Journal of the American Dietetic Association, United States**, v. 92, n. 8, p. 963–968, 1992.

DATTILO, Murilo; FURLANETTO, Paula; KURODA, Ana Paula; NICASTRO, Humberto; COIMBRA, Patrícia Carla Falcão Cruz; SIMONY, Rosana Farah. Conhecimento nutricional e sua associação com o índice de massa corporal. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.**, [S. l.], v. 34, n. 1, p. 75–84, 2009.

DARMON, Nicole; DREWNOWSKI, Adam. Does social class predict diet quality? **American Journal of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 87, n. 5, p. 1107–1117, 2008.

DE RIDDER, Denise; EVERS, Catharine; ADRIAANSE, Marieke; GILLEBAART, Marleen. Healthy diet: health impact, prevalence, correlates, and interventions. **Psychology & Health**, [S. l.], p. 907–941, 2017.

DOLATKHAH, Neda; AGHAMOHAMMADI, Dawood; FARSHBAF-KHALILI, Azizeh; HAJIFARAJI, Majid; HASHEMIAN, Maryam; ESMAEILI, Sepideh. Nutrition knowledge and attitude in medical students of Tabriz University of Medical Sciences in 2017-2018. **BMC Research Notes**, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 4–9, 2019.

FARAHMAND, Maryam; AMIRI, Parisa; RAMEZANI TEHRANI, Fahimeh; MOMENAN, Amir Abbas; MIRMIRAN, Parvin; AZIZI, Fereidoun. What are the main barriers to healthy eating among families? a qualitative exploration of perceptions and experiences of Tehranian men. **Appetite**, [S. l.], v. 89, p. 291–297, 2015.

GERBENS-LEENES, P. W.; NONHEBEL, S.; KROL, M. S. Food consumption patterns and economic growth. Increasing affluence and the use of natural resources. **Appetite**, [S. l.], v. 55, n. 3, p. 597–608, 2010.

GISKES, K.; AVENDAÑO, M.; BRUG, J.; KUNST, A. E. A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. **Obesity Reviews**, [S. l.], v. 11, n. 6, p. 413–429, 2010.

GOTTSCHALL-PASS, Kathy; REYNO, Lauren; MACLELLAN, Debbie; SPIDEL, Mark. What do adults in Prince Edward Island know about nutrition? **Can. J. Diet Pract. Res.**, [S. l.], v. 68, n. 3, p. 123–130, 2007.

GRAUP, S.; PEREIRA, E. F.; LOPES, A. S.; ARAÚJO, V. C.; LEGNANI, R. F.; BORGATTO, A. F. Associação entre a percepção da imagem corporal e

indicadores antropométricos de escolares. **Rev. Bras. de Educ. Fís. Esp.**, [S. l.], v. 22(2), p. 129–138, 2008.

GRUNERT, Klaus G.; WILLS, Josephine M.; FERNÁNDEZ-CELEMÍN, Laura. Nutrition knowledge, and use and understanding of nutrition information on food labels among consumers in the UK. **Appetite**, [S. l.], v. 55, n. 2, p. 177–189, 2010.

HARBURY, Cathy M.; CALLISTER, Robin; COLLINS, Clare E. Nutrition "fat facts; are not common knowledge. **Health Promot. J. Austr.**, [S. l.], v. 29, n. 1, p. 93–99, 2018.

HARNACK, Lisa; BLOCK, Gladys; SUBAR, Amy; LANE, Sylvia; BRAND, Richard. Association of cancer prevention-related nutrition knowledge, beliefs, and attitudes to cancer prevention dietary behavior. **Journal of the American Dietetic Association**, 1997.

HU, Ping; HUANG, Wenjie; BAI, Ruixue; ZHANG, Fan; SHARMA, Manoj; SHI, Zumin; XIAO, Xiaoqi; ABDULLAH, Abu S.; ZHAO, Yong. Knowledge, Attitude, and Behaviors Related to Eating Out among University Students in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [S. l.], v. 13, n. 7, 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

JAEGER, Melissa Bittencourt; CÂMARA, Sheila Gonçalves. Media and life dissatisfaction as predictors of body dissatisfaction. **Paideia**, [S. l.], v. 25, n. 61, p. 183–190, 2015.

JAHNS, Lisa; CONRAD, Zach; JOHNSON, LuAnn K.; RAATZ, Susan K.; KRANZ, Sibylle. Recognition of Federal Dietary Guidance Icons Is Associated with Greater Diet Quality. **J. Acad. Nutr. Diet.**, [S. l.], v. 118, n. 11, p. 2120–2127, 2018.

KILANDER, F. Testing Health Information of Students and Adults. **J. Sch. Health**, [S. l.], v. 71, n. 8, p. 1–3, 2001.

KRISTAL, A. R.; PATTERSON, R. E.; GLANZ, K.; HEIMENDINGER, J.; HEBERT, J. R.; FENG, Z.; PROBART, C. Psychosocial correlates of healthful diets: baseline results from the Working Well Study. **Preventive Medicine, United States**, v. 24, n. 3, p. 221–228, 1995.

KOPS, Natália Luiza; BESSEL, Marina; KNAUTH, Daniela Riva; CALEFFI, Maira; WENDLAND, Eliana Marcia. Body image (dis)satisfaction among low-income adult women. **Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 38, n. 3, p. 1317–1323, 2019.

LAKE, Amelia A.; HYLAND, Robert M.; RUGG-GUNN, Andrew J.; WOOD, Charlotte E.; MATHERS, John C.; ADAMSON, Ashley J. Healthy eating: perceptions and practice (the ASH30 study). **Appetite**, [S. l.], v. 48, n. 2, p. 176–182, 2007.

LEÃO, Marília (Org.) **O direito humano à alimentação adequada e o sistema nacional de segurança alimentar e nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013.

LIN, Wei; HANG, Chi-Ming; YANG, Hsiao-Chi; HUNG, Ming-Hui; BS, Ming-hui Hung; HUNG, Ming-Hui; BS, Ming-hui Hung. 2005-2008 Nutrition and Health Survey in Taiwan: the nutrition knowledge, attitude and behavior of 19-64 year old adults. **Asia Pac. J. Clin. Nutr.**, [S. l.], v. 20, n. 2, p. 309–318, 2011.

LINDEMANN, Ivana Loraine; OLIVEIRA, Riceli Rodeghiero; MENDOZA-SASSI, Raúl Andres. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 21, n. 2, p. 599–610, 2016.

LINDEMANN, Ivana Loraine; MINTEM, Gicele Costa; MOLON, Emily Parker; MENDOZA-SASSI, Raúl Andrés. Informações sobre nutrição entre adultos e idosos usuários da Atenção Primária de Saúde : ocorrência , fatores associados e fontes de informação. **Rev. Nutri.**, [S. l.], v. 30, n. 4, p. 489–498, 2017.

MAMUN, Abdullah Al; HAYAT, Naeem ; ZAINOL, Noor Raihani Binti. Healthy Eating Determinants : a Study among Malaysian Young Adults. **Foods**, [S. l.], v. 9, n. 974, 2020.

MATHE, N.; VAN DER MEER, L.; AGBORSANGAYA, C. B.; MURRAY, T.; STOREY, K.; JOHNSON, J. A.; LOITZ, C. C.; JOHNSON, S. T. Prompted awareness and use of eating well with Canada's food guide: a population-based study. **Journal of Human Nutrition and Dietetics**, [S. l.], v. 28, n. 1, p. 64–71, 2015.

MATHE, Nonsikelelo; AGBORSANGAYA, Calypse B.; LOITZ, Christina C.; JOHNSON, Jeffrey A.; JOHNSON, Steven T. Health Behaviours and Awareness of Canada's Food Guide: a Population-based Study. **Can. J. Diet. Pract. Res.**, [S. l.], v. 77, n. 2, p. 66–71, 2016.

MONTEIRO, Carlos Augusto; CONDE, Wolney Lisboa; DE CASTRO, Inês Rugani Ribeiro. The changing relationship between education and risk of obesity in Brazil (1975-1997). **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 19, Suppl 1, p. S67-75, 2003.

MONTEIRO, Carlos Augusto; LEVY, Renata Bertazzi; CLARO, Rafael Moreira; CASTRO, Inês Rugani Ribeiro De; CANNON, Geoffrey. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 26, n. 11, p. 2039–2049, 2010.

MONTEIRO, C. A. *et al.* O Sistema alimentar: classificação dos alimentos. *Saúde Pública*. **World Nutrition**, [S. l.], v. 7, n. 1–3, p. 28–40, 2016.

PAINTER, James; RAH, Jee-Hyun; LEE, Yeon-Kyung. Comparison of international food guide pictorial representations. **Journal of the American Dietetic Association**, [S. l.], v. 102, n. 4, p. 483–489, 2002.

PANDIT-AGRAWAL, Deepa; KHADILKAR, Anuradha; CHIPLONKAR, Shashi; KHADILKAR, Vaman. Knowledge of nutrition and physical activity in apparently healthy Indian adults. **Public Health Nutrition**, [S. l.], v. 21, n. 9, p. 1743–1752, 2018.

PARMENTER, K.; WARDLE, J. Development of a general nutrition knowledge questionnaire for adults. **European Journal of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 53, n. 4, p. 298–308, 1999.

PETTIGREW, Simone; JONGENELIS, Michelle I.; BIAGIONI, Nicole; PRATT, Iain S.; MOORE, Sarah. Results of a long-term follow-up evaluation of an Australian adult nutrition education program. **Asia Pac. J. Clin. Nutr.**, [S. l.], v. 27, n. 5, p. 1155–1159, 2018.

POELMAN, Maartje P.; DIJKSTRA, S. Coosje; SPONSELEE, Hanne; KAMPHUIS, Carlijn B. M.; BATTJES-FRIES, Marieke C. E.; GILLEBAART, Marleen; SEIDELL, Jacob C. Towards the measurement of food literacy with respect to healthy eating: the development and validation of the self perceived food literacy scale among an adult sample in the Netherlands. **Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.**, [S. l.], v. 15, n. 1, p. 54, 2018.

POWELL-WILEY, T. M.; MILLER, P. E. ; AGYEMANG, P. ; AGURS-COLLINS, T.; REEDY, Jill. NIH Public Access. **Public Health Nutrition**, [S. l.], v. 17, n. 12, p. 2641–2649, 2014.

QUAIDOO, Esi Yaabah; OHEMENG, Agartha; AMANKWAH-POKU, Margaret. Sources of nutrition information and level of nutrition knowledge among young adults in the Accra metropolis. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 18, n. 1, p. 1–7, 2018.

REIS, Lígia Cardoso Dos; JAIME, Patricia Constante. Conhecimento e percepção de autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na Atenção Básica. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S. l.], v. 14, p. e39140, 2019.

SANTOS, Cíntia da Conceição; STUCHI, Rosamary Aparecida Garcia; SENA,

Cristina Arreguy; PINTO, Nísia Andrade Villela Dessimoni. Television ' S Influence on Eating Habits , Practices and Behavior. **Cogitare Enferm.**, [S. l.], v. 17, n. 1, p. 65–71, 2012.

SCAGLIUSI, Fernanda Baeza; POLACOW, VIVIANE OZORES; CORDÁS, TÁKI ATHANÁSSIOS; COELHO, Desire; ALVARENGA, Marle; PHILIPPI, SONIA TUCUNDUVA; LANCHÁ JÚNIOR, Antonio Herbert. Tradução , adaptação e avaliação psicométrica da Escala de Conhecimento Nutricional do National Health Interview. **Rev. Nutr.**, [S. l.], v. 19, n. 4, p. 425–436, 2006.

SERRA-MAJEM, Lluís; ROMÁN-VIÑAS, Blanca; SALVADOR, Gemma; RIBAS-BARBA, Lourdes; NGO, Joy; CASTELL, Conxa; CABEZAS, Carmen. Knowledge, opinions and behaviours related to food and nutrition in Catalonia, Spain (1992-2003). **Public Health Nutr.**, [S. l.], v. 10, n. 11A, p. 1396–1405, 2007.

SMITH, Delia E.; THOMPSON, J. Kevin; RACZYNSKI, James M.; HILNER, Joan E. Body image among men and women in a biracial cohort: the CARDIA study. **International Journal of Eating Disorders**, [S. l.], v. 25, n. 1, p. 71–82, 1999.

STEPHAN, Yannick; FOUQUEREAU, Evelyne; FERNANDEZ, Anne. Body satisfaction and retirement satisfaction: The mediational role of subjective health. **Aging and Mental Health**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 374–381, 2008.

STUNKARD AJ, SØRENSEN T, Schulsinger F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. **Res. Publ. Assoc. Res. Nerv. Ment. Dis.**, [S. l.], v. 60, p. 115–20, 1983.

TAKAIZUMI, Kanae; HARADA, Kazuhiro; SHIBATA, Ai; NAKAMURA, Yoshio. Influence of awareness of the Japanese Food Guide Spinning Top on eating behavior and obesity. **Asia Pac. J. Clin. Nutr.**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 95–101, 2011

TEIXEIRA, Priscila Dryelle Sousa; REIS, Bruna Zavarize; VIEIRA, Diva Aliete dos Santos; COSTA, Dayanne da; COSTA, Jamille Oliveira; RAPOSO, Oscar Felipe Falcão; WARTHA, Elma Regina Silva de Andrade; NETTO, Raquel Simões Mendes. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. **Ciênc. Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 18, n. 2, p. 347–356, 2013.

THOMPSON, R. L.; MARGETTS, B. M.; SPELLER, V. M.; MCVEY, D. The Health Education Authority's health and lifestyle survey 1993: who are the low fruit and vegetable consumers? **J. Epidemiol. Community Health**, [S. l.], v. 53, n. 5, p. 294–299, 1999.

TORAL, Natacha; HIRSCHBRUCH, Márcia Daskal; CINTRA, Isa de Pádua; COSTA, Roberto Fernandes da; FISBERG, Mauro. Aspectos nutricionais e implicações do consumo energético insuficiente em adolescentes atletas. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutr.**, [S. l.], v. 32, n. 3, p. 79–94, 2007.

TRICHES, Rozane Márcia; REGINA, Elsa; GIUGLIANI, Justo. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. **Ver. Saúde Pública**. [S.l.], v. 39, n. 4, p. 541-47, 2005.

VIACAVA, Francisco; ANTUNES, Ricardo; OLIVEIRA, Dantas de; CARVALHO, Carolina de Campos. SUS : oferta , acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S. l.], v. 26, n. 6, p. 1751–1762, 2018.

WALSH, Carolyn O.; ZINIEL, Sonja I.; DELICHATSIOS, Helen K.; LUDWIG, David S. Nutrition attitudes and knowledge in medical students after completion of an integrated nutrition curriculum compared to a dedicated nutrition curriculum: A quasi-experimental study. **BMC Medical Education**, [S. l.], v. 11, n. 1, 2011.

WARDLE, J.; PARMENTER, K.; WALLER, J. Demographic variation in nutrition knowledge in England. **Health Educ. Res.**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 163–174, 2000a.

WARDLE, J.; PARMENTER, K.; WALLER, J. Nutrition knowledge and food intake. **Appetite**, [S. l.], v. 34, n. 3, p. 269–275, 2000b.

WEERASEKARA, Permani C.; WITHANACHCHI, Chandana R.; GINIGADDARA, G. A. S.; PLOEGER, Angelika. Food and Nutrition-Related Knowledge , Attitudes , and Practices among Reproductive-age Women in Marginalized Areas in Sri Lanka. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, [S. l.], v. 17, n. 3985, p. 1–21, 2020.

WORSLEY, Anthony. Nutrition knowledge and food consumption: can nutrition knowledge change food behaviour? **Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition**, [S. l.], v. 11, n. s3, p. S579–S585, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on non communicable diseases 2014**. Geneva: WHO, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical Status: the use and interpretation of anthropometry**. Geneva, Switzerland: WHO, 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

YAHIA, Najat; BROWN, Carrie A.; RAPLEY, Melyssa; CHUNG, Mei. Level of nutrition knowledge and its association with fat consumption among college students. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 16, n. 1, p. 1047, 2016.

YANG, Ying; HE, Di; WEI, Liuyi; WANG, Shizhen; CHEN, Lei; LUO, Mi; M Zongfu. Association between diet-related knowledge, attitudes, behaviors, self-rated health in Chinese adult residents: a population-based study. **BMC Public Health**, [S. l.], v. 20, n. 1, p. 720, 2020.

## **Anexos**

## Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE NUTRIÇÃO



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O/a Senhor/a está sendo convidada(o) a participar da pesquisa intitulada “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS” que tem como principal objetivo desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão, de forma indissociável, relacionadas com a atenção nutricional para o enfrentamento e controle da obesidade junto a municípios de três coordenadorias regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul (RS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas, Universidade Federal de Santa Maria, Universidade de Passo Fundo e Universidade Federal da Fronteira Sul.

**Participação no estudo**  
A minha participação será voluntária e me disponho a responder o questionário que será aplicado em um tempo médio de 30 minutos. Também me disponho a participar das oficinas que estão sendo planejadas com respeito à promoção da alimentação saudável para o enfrentamento e controle do sobrepeso e obesidade.

**Riscos**  
Fui alertada(o) que a pesquisa oferece risco mínimo por algum desconforto que possa ser causado durante a aplicação do questionário ou relacionado à disponibilidade de meu tempo para participar. Fui esclarecida(o) que os entrevistadores foram treinados e terão cautela na aplicação do instrumento, evitando qualquer constrangimento, e que terei liberdade para não responder quaisquer um dos questionamentos ou desistir de participar a qualquer momento desse estudo.

**Benefícios**  
E, como benefícios, além de colaborar com a ampliação do conhecimento sobre alimentação e nutrição no Brasil, a coleta de dados permitirá a organização da gestão e da atenção nutricional para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade em municípios do estado do Rio Grande do Sul. Poderei receber recomendações nutricionais em meu local de trabalho ou no meu domicílio e todo o conhecimento produzido por este estudo estará disponível tanto para mim, como para a população brasileira como um todo, por meio da plataforma nacional de divulgação e disponibilização de materiais relacionados com alimentação e nutrição (RedeNutri).

**Sigilo e Privacidade**  
Estou ciente de que a minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar será mantido em sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados.

**Autonomia**  
Declaro que fui informada(o) de que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de que, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer penalidade ou perda de benefícios.

**Remuneração**  
Estou ciente de que não há despesas pessoais em qualquer fase da pesquisa, nem compensação financeira relacionada à minha participação.

**Dúvidas e Notificação**  
Em qualquer circunstância de acontecimentos não previstos poderei contatar as pesquisadoras responsáveis, Denise Petrucci Gigante, no telefone: (53) 991434427; Greisse Leal (55) 99994.1713 e Ivana L. Lindemann (54) 98163.1716 Uma via deste Termo de Consentimento será arquivada pelo pesquisador responsável, e outra será fornecida ao(à) senhor(a).

Declaro que concordo em participar desse estudo e que me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Não concordo em participar.

Pelotas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_.

Nome completo da(o) entrevistada(o) \_\_\_\_\_

Assinatura da(o) entrevistada(o) \_\_\_\_\_

Assinatura da coordenadora do projeto \_\_\_\_\_

**Anexo B** - Instrumento de avaliação do conhecimento alimentar utilizado no projeto ECOSUS – baseada na Escala de avaliação do conhecimento de profissionais de saúde da Atenção Básica sobre os conteúdos do Guia Alimentar (GAB1) (REIS; JAIME, 2019)

AGORA VAMOS CONVERSAR BASTANTE SOBRE ALIMENTAÇÃO E ANTES DE CONHECER OS SEUS HÁBITOS ALIMENTARES, NÓS GOSTARÍAMOS DE SABER O SEU CONHECIMENTO SOBRE ALIMENTAÇÃO. ASSIM, NÓS VAMOS FAZER ALGUMAS AFIRMAÇÕES E GOSTARÍAMOS QUE O(A) SR(A) NOS DISSESSE, PELA SUA OPINIÃO, SE A AFIRMAÇÃO ESTÁ CERTA, ERRADA OU SE O(A) SR(A) NÃO SABE SE ESTÁ CERTO OU ERRADO.

**A039) ALIMENTOS IN NATURA OU MINIMAMENTE PROCESSADOS DEVEM CONSTITUIR A BASE PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

(1) Certo (2) Errado (9) Não sei

**A040) CAFÉ COM LEITE, MAMÃO E BOLO CASEIRO SÃO BONS EXEMPLOS DE ALIMENTOS PARA O CAFÉ DA MANHÃ**

(1) Certo (2) Errado (9) Não sei

**A041) A BARRA DE CEREAL E OS BISCOITOS INTEGRAIS INDUSTRIALIZADOS SÃO BOAS OPÇÕES PARA AS PEQUENAS REFEIÇÕES**

(1) Certo (2) Errado (9) Não sei

**A042) OS “NUGGETS” DE FRANGO, DESDE QUE ASSADOS, PODEM SUBSTITUIR A CARNE DE FRANGO NO ALMOÇO OU NO JANTAR**

(1) Certo (2) Errado (9) Não sei

**A043) O ENVOLVIMENTO COM OUTRAS ATIVIDADES (TV, CELULAR, INTERNET) DURANTE A REFEIÇÃO PODE REDUZIR O PRAZER PROPORCIONADO PELA ALIMENTAÇÃO**

(1) Certo (2) Errado (9) Não sei

**A044) O ENVOLVIMENTO DE TODA A FAMÍLIA NO PREPARO DAS REFEIÇÕES É IMPORTANTE PARA A ADOÇÃO DE HÁBITOS ALIMENTARES SAUDÁVEIS**

(1) Certo (2) Errado (9) Não sei

**A045) AS REVISTAS E OS PROGRAMAS DE TELEVISÃO SÃO FONTES CONFIÁVEIS DE INFORMAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.**

(1) Certo (2) Errado (9) Não sei

## Anexo C – Parecer Consubstanciado do CEP

UFPEL - FACULDADE DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: Indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS

**Pesquisador:** Denise Petrucci Gigante

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 06485219.0.0000.5316

**Instituição Proponente:** Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas

**Patrocinador Principal:** CNPQ

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.166.109

#### Apresentação do Projeto:

A proposta tem como principal objetivo desenvolver uma pesquisa ação com gestores, profissionais e usuários da atenção básica na qual se pretende avaliar o conhecimento sobre alimentação saudável e verificar se o mesmo está de acordo com as recomendações oficiais brasileiras, encontradas no guia alimentar para a população brasileira ou em outras diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Pretende-se ainda, avaliar o estado nutricional da população alvo, visando identificar prevalências de obesidade para diagnóstico e posterior avaliação de possíveis mudanças. A pesquisa ação será utilizada como metodologia investigativa e propositiva, a fim de realizar o diagnóstico da situação da obesidade nos territórios e envolver os profissionais na busca de soluções práticas ao seu enfrentamento. Serão conduzidas atividades de pesquisa e desenvolvimento (eixo 1) envolvendo o diagnóstico da organização da gestão e da atenção nutricional com gestores, profissionais de saúde e usuários. Para as atividades de formação (eixo 2) pretende-se propor metodologias ativas e inovadoras de produção do conhecimento com gestores e profissionais de saúde, de forma a contribuir com a melhoria da atenção nutricional nesses municípios e com estímulo ao controle social e garantia da escolha alimentar e do direito humano à alimentação adequada (DHAA). Além disso, capacitar os profissionais de saúde quanto a abordagens comportamentais para a promoção da mudança de

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (51)3284-3226

E-mail: cep@ufpel@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.188.108

comportamento alimentar, visando à autonomia e ao empoderamento dos sujeitos. Durante a realização dos cursos de formação, os profissionais e gestores serão estimulados a implementar a organização da gestão e da atenção nutricional nos municípios (eixo 3 - avaliação e monitoramento). Nessa fase está prevista a comparação dos municípios quanto às estratégias de implantação das ações de prevenção, diagnóstico e tratamento da obesidade na atenção básica de acordo com a formação prevista no eixo 2, nos quais a estratégia de saúde da família (ESF), o núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica (NASF-AB) e a linha de cuidado para a prevenção do sobrepeso e obesidade ainda não estão plenamente implantados, com aqueles nos quais a atenção nutricional está perfeitamente inserida às ações de saúde do município. Com as ações de difusão científica (eixo 4) pretende-se possibilitar a democratização do conhecimento entre usuários, profissionais de saúde e gestores de forma a garantir que toda a informação produzida e relacionada à atenção nutricional fique também disponível por meio da rede de computadores nas três esferas de governo e, com acesso aberto, no caso de publicação de artigos científicos, além da plataforma da Rede de Nutrição do Sistema Único de Saúde (RedeNutri), disponibilizada no presente edital.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão, de forma indissociável, relacionadas com a atenção nutricional para o enfrentamento e controle da obesidade junto a municípios de três coordenadorias regionais de saúde do estado do Rio Grande do Sul (RS.)

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Este estudo pode apresentar risco mínimo para os entrevistados por algum desconforto que possa ser causado durante a aplicação dos questionários. Esse risco será minimizado pela forma como serão treinados os entrevistadores que deverão ter cautela em toda a abordagem, evitando qualquer constrangimento que possa ocorrer aos entrevistados, durante a coleta de dados. Todos serão esclarecidos sobre o estudo e terão liberdade de escolha para a participação em qualquer uma das etapas do estudo.

**Benefícios:**

A coleta de dados permitirá a organização da gestão e da atenção nutricional para o enfrentamento do sobrepeso e obesidade em municípios do estado do Rio Grande do Sul. Quando

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2º Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-810

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (51)3264-3828

E-mail: cepfenufpel@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE



Continuação do Parecer: 3.186.108

necessário, recomendações nutricionais serão feitas a todos os envolvidos na presente proposta. Assim, gestores, profissionais de saúde e usuários da atenção poderão ser beneficiados seja no seu local de trabalho ou no seu domicílio com respeito à promoção da alimentação saudável para o enfrentamento e controle de sobrepeso e da obesidade. Todo o conhecimento produzido por esse estudo será disponibilizado aos envolvidos, bem como à população brasileira por meio de uma plataforma nacional de divulgação e disponibilização de materiais relacionados com alimentação e nutrição (RedeNutri), uma vez que essa proposta foi aprovada em um edital que prevê o apoio a projetos para o enfrentamento e o controle do sobrepeso e da obesidade em cada um dos estados brasileiros, sendo esta aprovada para execução no estado do Rio Grande do Sul.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante ao trabalhar com gestores, profissionais e usuários da atenção básica para avaliar o conhecimento sobre alimentação saudável e verificar se o mesmo está de acordo com as recomendações oficiais brasileiras. Após as adequações sugeridas pelo CEP encontra-se em consonância com a Resolução 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

TCLE: adequado

Folha de rosto: adequada

Cronograma: adequado

Orçamento: adequado

Carta de anuência: adequada

**Recomendações:**

Devolução dos resultados para as instituições envolvidas e comunidade científica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1286201.pdf	18/02/2019 17:42:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	Proposta_para_enfrentamento_da_obesidade_V2.doc	18/02/2019 17:41:57	Denise Petrucci Gigante	Aceito

Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2ª Andar, Sala 212.

Bairro: Centro

CEP: 96.010-610

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (51)3264-3628

E-mail: cep@ufpel@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE  
ENFERMAGEM DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE**



Continuação do Parecer: 3.196.109

Investigador	Proposta_para_enfrentamento_da_obesidade_V2.doc	18/02/2019 17:41:57	Denise Petrucci Gigante	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_ENFRENTAMENTO_OBESIDADE_V2.docx	18/02/2019 17:40:45	Denise Petrucci Gigante	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SEGRS.pdf	28/01/2019 15:19:14	Denise Petrucci Gigante	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	18/01/2019 13:25:47	Denise Petrucci Gigante	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PELOTAS, 24 de Fevereiro de 2019

Assinado por:  
**Márlu Correa Soares**  
(Coordenador(a))

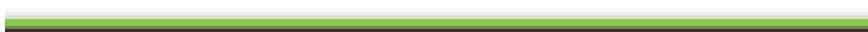
Endereço: Gomes Carneiro nº 01 - 2ª Andar, Sala 212  
Bairro: Centro CEP: 96.010-810  
UF: RS Município: PELOTAS  
Telefone: (51)3284-3828 E-mail: cefpeufpel@gmail.com

## Anexo D – Manual de Instruções para a Pesquisa de Campo

### Projeto:



*Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS*



## Manual de Instruções – Trabalho de Campo

Apoio/financiamento:



### 1. INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. **DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ.** Evite erros no preenchimento do questionário consultando sempre o manual. **RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.** Evite confiar excessivamente na própria memória.

## 1.1 Enfrentamento à Obesidade no Âmbito do SUS

A pesquisa intitulada "Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS", faz parte do estudo nacional: **ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO DO SUS**, que está sendo realizado em 22 estados do país, através de financiamento do Ministério da Saúde e do CNPq.

No Estado do Rio Grande do Sul, será realizada em 110 municípios das 3ª, 6ª e 15ª Coordenadorias Regionais de Saúde, sob a Coordenação da Universidade Federal de Pelotas em colaboração com a Universidade de Passo Fundo, Universidade de Santa Maria, Universidade Federal da Fronteira Sul, Prefeitura Municipal de Pelotas e Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

Trata-se de um projeto que tem por objetivo desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão, de forma indissociável, relacionadas com a atenção nutricional para o enfrentamento e controle da obesidade.

Pretende-se fazer o diagnóstico com a gestão e os profissionais de saúde em relação à atenção nutricional, avaliando seu conhecimento sobre alimentação adequada e saudável tendo como base as recomendações alimentares e nutricionais oficiais brasileiras. Através de uma pesquisa-ação serão desenvolvidas ações de formação em atenção nutricional para os gestores e profissionais de saúde, com vistas ao enfrentamento da obesidade no âmbito da atenção primária.

## 1.2 Equipe do Projeto

O projeto tem como coordenadora a Profª. Denise Petrucci Gigante, do Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos (Departamento de Nutrição) da Universidade Federal de Pelotas - UFPel. A coordenação de campo está a cargo de Samara Christ e Felipe Delpino, mestrandos do PPGNA - UFPel. Além destes, atuam no projeto professoras da Faculdade de Nutrição da UFPel, professoras da Universidade de Santa Maria (campus Palmeira das Missões) e Universidade de Passo Fundo, entrevistadoras, digitadores e gerente de dados. O endereço do Programa é:

## Universidade Federal de Pelotas

Faculdade de Nutrição - Programa de Pós-graduação em Nutrição e Alimentos

Rua Gomes Carneiro, 01 – 2º andar

Cep 98010-610 – Pelotas, RS

Fone: (53) 3284-3830

Nome	Telefone	Email
COORDENADORA E SUPERVISORES DE CAMPO		
DENISE GIGANTE	(53) 991434427	<a href="mailto:denisepgigante@gmail.com">denisepgigante@gmail.com</a>
SAMARA CHRIST	(53)984044986  (54)981235754	<a href="mailto:samaramtd@gmail.com">samaramtd@gmail.com</a>
FELIPE DELPINO	(53)984173777	<a href="mailto:fmdsocial@outlook.com">fmdsocial@outlook.com</a>

## 2 Orientações Gerais

### LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

- ✓ Crachá e carteira de identidade;
- ✓ Camiseta;
- ✓ Carta de apresentação
- ✓ Termos de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- ✓ Tablet (com carregador);
- ✓ Prancheta, lápis, borracha, apontador, caneta, pasta plástica;
- ✓ Caderno de anotações (diário de campo)

OBS.: levar sempre o material necessário para o trabalho de campo e um questionário impresso para preenchimento a mão caso o tablet apresente problemas.

O diário de campo é um caderno que deverá ser utilizado para anotar qualquer informação dita ou observada pelo entrevistado durante a entrevista, além das questões do questionário. A observação deve conter as informações individuais do entrevistado (nome, endereço completo...)

### 2.1 A Rotina de Trabalho

Antes de se apresentar ao domicílio para realizar a entrevista, sempre esteja atenta a estas condições essenciais de postura, comportamento e orientações básicas.

### 2.2 Apresentação pessoal e postura

Procure apresentar-se de uma forma simples e confortável. Tenha bom senso no vestir. Se usar óculos escuros, retire-os ao começar a entrevista.

- ✓ Sempre porte seu crachá de identificação e, se necessário, apresente sua carta de apresentação, ou ainda forneça o número do telefone do/a supervisor/a para que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações. Seja **PACIENTE** para que se tenha um mínimo de perdas e recusas.
- ✓ Trate o/a entrevistado/a por Sr. ou Sra., sempre com respeito. Só mude este tratamento caso ele/a pedir para ser tratado/a de outra forma.
- ✓ Logo de início, é importante estabelecer um clima de diálogo cordial, tratando o/a entrevistado/a com respeito e atenção. Nunca demonstre pressa ou impaciência diante de suas hesitações ou demora ao responder uma pergunta.
- ✓ Durante a entrevista, de quando em quando, faça referência ao nome do/a entrevistado/a. É uma forma de ganhar a atenção e manter o interesse. Por exemplo: "Dona Joana, agora vamos falar sobre..." e não simplesmente "Agora vamos falar sobre..."
- ✓ Procure fazer com que o diálogo seja dinâmico, demonstre interesse pelo que lhe está sendo reportado. Olhe para o/a entrevistado/a enquanto ele/a estiver respondendo suas perguntas.
- ✓ Seja sempre pontual nas entrevistas agendadas. Em caso de atraso, avise a família e/ou explique ao chegar no domicílio. Não se esqueça de levar o material, e sempre em número maior que o estimado.
- ✓ Tenha à mão o seu Manual de Instruções e consulte-o, sempre que necessário, no momento da entrevista. Não deixe para olhar o manual depois de terminar a entrevista!
- ✓ Leia as perguntas para o(a) entrevistado(a) tal como estão escritas. Se for preciso leia novamente a pergunta. Se ele ainda não entender, recorra à instrução específica da pergunta no manual de instruções.

**OBS.:** não demonstre censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. O motivo desta entrevista é obter informações. Você não pode transmitir ensinamentos para as pessoas. A sua postura deverá ser sempre **NEUTRA!**

### 2.3 Desenho do estudo

Este estudo terá como base o censo demográfico que, como o próprio nome diz, é uma contagem completa da população. Assim, para garantir a qualidade da execução de um censo, existem outros dois aspectos considerados primordiais: a cobertura completa de todo território, e uma boa qualidade do questionário, isto é, uma boa coleta dos dados.

### 2.4 População e local do estudo

O público-alvo será compreendido pela população adscrita em territórios adstritos às unidades básicas de saúde. Para participar do estudo, os indivíduos

deverão ter de 20 a 59 anos e estar residindo na área de abrangência dos territórios adstritos.

Serão excluídos do estudo os indivíduos institucionalizados em asilos, hospitais e presídios, e aqueles com incapacidade física e/ou mental para responder ao questionário.

## 2.5 Quando a entrevistadora chegar ao domicílio... o que fazer?

- Quando chegar em frente à casa, bata e aguarde até que alguém apareça para recebê-la;
- Se for preciso, pode bater palmas ou pedir ajuda aos vizinhos para chamar o(a) morador(a) da casa;
- Caso não tenha alguém em casa, pergunte, a pelo menos dois vizinhos, o telefone do morador e o melhor horário para retomar. Você deverá retomar outro dia no horário fornecido pelo vizinho ou a entrevista poderá ser agendada por telefone (mas lembre-se que a chance de receber uma negativa é maior via fone!).
- Se não tiver nenhuma informação do morador, volte em horário diferente da primeira visita.
- Quando o morador do domicílio estiver em casa, apresente-se e diga ao participante que você faz parte de um projeto da Universidade e que apenas gostaria de conversar. É importante que o participante saiba que você não quer vender nada.
- Entregue a sua carta de apresentação.
- Diga a ele que nesta carta está o telefone coordenadora e supervisora do projeto para esclarecer qualquer dúvida.

## 2.6 Perdas, recusas e exclusão

→ **PERDA**: ocorre quando o indivíduo não é encontrado.

→ **RECUSA**: ocorre quando o indivíduo não aceita participar da pesquisa.

→ **EXCLUSÃO**: ocorre quando o indivíduo não se encaixa nos critérios de inclusão da pesquisa. Ver item 2.3 População do estudo.

→ **IMPORTANTE**: Em caso de recusa, apresentar o TCLE para o indivíduo, marcar a caixa " Não quero participar" e pedir para que ele assine. Ainda, o/a entrevistador/a deve abrir o "filtro" no REDCAP e preencher as informações iniciais (endereço, nome, nº de telefone...), clicar em "save record" e encerrar o questionário.

Não esqueça de passar essa informação para seu supervisor. Porém, **NÃO** desistir antes de **PELO MENOS TRÊS** tentativas em dias e horários diferentes.

→ Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder a um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho e de sua colaboração. Seja sempre educada e não perca a paciência com o participante.

→ **LEMBRE-SE:** muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento. Possivelmente, em outro dia a pessoa poderá responder ao questionário.

→ Na primeira recusa tente preencher, pelo menos, os dados de identificação (nome, idade, cor da pele, sexo, escolaridade e situação conjugal) com algum familiar.

## 2.7 O Consentimento Informado (TCLE)

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE deve ser assinado por cada adulto entrevistado no domicílio. Uma das vias permanecerá com o próprio entrevistado. A outra deverá retomar à universidade por meio do entrevistador e ser entregue ao supervisor.

## 3 Instruções gerais para o preenchimento dos questionários

Cuide bem do seu tablef e de seus questionários. Eles devem ser mantidos na pasta para que não amassem ou molhem.

- Os questionários devem ser preenchidos com muita atenção, usando sempre a opção de correção quando o/a entrevistado/a mudar de ideia ou quando a opção selecionada não for a correta.
- A maioria das perguntas é pré-codificada. Basta marcar a resposta dada pelo entrevistado/a correspondente à opção desejada.
- Nos vários campos com nome, endereço, ou outras informações só utilize letras de forma, maiúsculas e sem acento! Não utilize abreviações!

Pessoas sem condições mentais para responder o questionário, como por exemplo, surdos-mudos, ou pessoas com problemas mentais e etc., deverão ter seus dados colhidos com familiar, se possível, e escreva no campo "observações" na planilha o motivo pelo qual não puderam ser entrevistados. Essas pessoas não podem ser confundidas com recusas ou perdas. Quando pessoas mudas quiserem responder ao questionário, leia as questões com as alternativas e peça para que a entrevistada aponte a resposta correta.

- As instruções nos questionários que estão em *ITÁLICO* servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para a entrevistada.
- As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas. Caso a entrevistada não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda

maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta

No caso de campos de preenchimento manual, use todos os dígitos. Não preencha só os dígitos diferentes de zero, deixando o primeiro vazio. Veja o exemplo abaixo.

11	A Sra. fez exames de sangue durante a gravidez? Se fez, quantos? (00=ndo fez; 99=IGN)	[Cxx]	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	<u>  </u> <u>  </u>
12	A Sra. fez exames de urina durante a gravidez? Se fez, quantos? (00=ndo fez; 99=IGN)	[Cxx]	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	<u>  </u> <u>  </u>
13	Qual era o seu peso no início da gravidez? (999=IGN)	[Cxx]	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> Kg	

- Quando em dúvida sobre a resposta ou a informação parecer pouco confiável, tentar esclarecer com o respondente e, se necessário, anote a resposta por extenso e apresente o problema ao supervisor.
- Caso a resposta seja "OUTRO", especificar junto à questão, com as palavras do informante.
- Nunca confie em sua memória e não deixe para registrar nenhuma informação depois da entrevista. Não encerre a entrevista com dúvidas ou espaços ainda por preencher.

### 3.1 Codificação dos questionários

- No final do dia de trabalho, aproveite para revisar seus questionários aplicados. Se tiver dúvida na codificação, esclareça com seu supervisor.
- Caso seja necessário fazer algum cálculo, não o faça durante a entrevista, pois a chance de erro é maior. Anote as informações por extenso e calcule posteriormente.
- Em respostas de idade, considere os anos completos. Exemplo: Se o entrevistado responder que tem 29 anos e 10 meses, considere 29 anos.

### 3.2 Códigos especiais

<MÊS> - Quando esta indicação aparecer NÃO leia "mês", substitua esta palavra pelo mês adequado, ou seja, o mês em que você está realizando a entrevista. Se você está fazendo entrevista em janeiro substitua a palavra MES por janeiro ao ler a pergunta.

- **IGNORADO (IGN) = 9; 99 ou 999.** Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como ignorada deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorado somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.

- **NÃO SE APLICA (NSA)** = 8; 88 ou 888. Usado pouco neste questionário, mas em situações específicas há uma instrução na questão.
- **MUITAS VEZES** ou **ATÉ O MOMENTO PRESENTE**: 77. Usado quando a frequência de um evento se deu tantas vezes que o/a entrevistado/a não sabe especificar o número ou quando o evento questionado ainda ocorre.

**A REVISÃO DOS QUESTIONÁRIOS DEVE SER FEITA NO FIM DE CADA DIA, NÃO SE DEVENDO DEIXAR PARA OUTRO DIA.**

## Anexo E – Relatório de Atividades

<b>ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O PREENCHIMENTO DA PLANILHA</b>											
Setor: número denominado do território para utilizar no redcap											
Devem ser preenchidos todos os espaços que no exemplo ABAIXO aparecem em amarelo											
todos os espaços que possuem % ou total - NÃO PREENCHER - pois a planilha calcula automaticamente											
* no caso das famílias identificadas - pode acontecer de mais de uma família morar no mesmo domicílio e ter dois chefes de família, por isso é importante preencher este dado											
quando for excluído o domicílio por não haver pessoas adultas, preencher o total de domicílios excluídos na lacuna abaixo da planilha (dado importante para outros cálculos)											
preencher com ? Apenas no caso de ainda não ter retorno da família, mas ainda não ser caso de exclusão ou perda											
NSA (Não se aplica) - apenas nos casos de exclusão que não será realizada a entrevista											
Perda ou recusa: quando o indivíduo adulto (20 a 59anos) se recusa a responder o questionário - importante assinar o termo de consentimento livre e esclarecido que NÃO CONCORDA em participar											
Exclusão: indivíduos que não fazem parte da amostra, ou seja, crianças, adolescentes e idosos - Devem ser computados por numero de domicílio na linha rosa abaixo da tabela											
Família finalizada: aquela que não se retornará mais - terminados todos os questionários ou que seja exclusão ou perdas não revertidas - preencher com 1 as que foram finalizadas (caso seja mais que uma família,											
<b>ENTREVISTADORA:</b>		<b>MARIA (NUMERO 5)</b>				<b>Total de domicílios a serem visitados:</b>				<b>9</b>	
Nº FLIA	LOGRADOURO	DATA	Famílias identificadas	Nº de pessoas entre 20 e 59 anos	Questionários finalizados		Questionários por fazer		Perda ou recusa		família finalizada
					Domiciliar	Individual	Domiciliar	Individual	Domiciliar	Individual	
1	R.BARAO DE MAUA, 62	17 E 26/12	1	2	1	2	0	0	0	0	

## **Anexo F – Instruções para Autores**

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

### **1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES:**

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo,

seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).

1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

## 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se

comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- Clinical Trials
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## 6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.

6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

## 7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que

colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## 8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 – No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: *EndNote*), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## 9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## 10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios

éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.

10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

10.4 – CSP é filiado ao COPE (*Committee on Publication Ethics*) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).