

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

FREQÜÊNCIA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO NA
POPULAÇÃO ADULTA DE PELOTAS – RS

DANIELE BOTELHO VINHOLES

PELOTAS, RS

2006

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

FREQÜÊNCIA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO NA POPULAÇÃO ADULTA DE PELOTAS – RS

MESTRANDA: DANIELE BOTELHO VINHOLES

ORIENTADORA: PROF^a DRA. MARIA CECÍLIA FORMOSO ASSUNÇÃO

CO-ORIENTADORA: PROF^a DRA. MARILDA BORGES NEUTZLING

Dissertação apresentada como requisito à obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia – Área de concentração Saúde e Nutrição do adulto, da Universidade Federal de Pelotas.

PELOTAS, RS

Novembro de 2006

Daniele Botelho Vinholes

FREQÜÊNCIA DE HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO NA POPULAÇÃO
ADULTA DE PELOTAS – RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal de Pelotas como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Maria Cecília Formoso Assunção
Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Prof^a Dra. Denise Petrucci Gigante
Universidade Federal de Pelotas – UFPel

Prof^a Dra. Maria Tereza Anselmo Olinto
Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Pelotas, novembro de 2006.

“Toda pedra no caminho, você pode retirar.
Numa flor que tem espinhos, você pode se arranhar.
Se o bem e o mal existem, você pode escolher.
É preciso saber viver!”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus em primeiro lugar, simplesmente por tudo e aos meus pais, por tudo que fizeram por mim até hoje. Vocês me proporcionaram a base durante meu desenvolvimento para que eu pudesse alcançar meus objetivos. Amo vocês.

A Rose e ao Sandro por participarem desta etapa da minha vida, com certeza o apoio e a ajuda de vocês foram essenciais para este trabalho.

A minha orientadora Cecília, por todas as sugestões e correções. A tua orientação foi simplesmente perfeita, e também à minha co-orientadora Marilda. Obrigada por tudo.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudos e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq) pelo financiamento do projeto; e a todos os adultos que participaram desta pesquisa, assim como a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	5
PROJETO: Frequência de hábitos saudáveis de alimentação na população adulta de Pelotas – RS.....	9
Introdução.....	11
Marco teórico.....	20
Objetivos.....	26
Hipóteses.....	26
Metodologia.....	27
Cronograma de atividades.....	36
Instrumento de pesquisa.....	37
Referências.....	39
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	42
Introdução.....	43
Questionário.....	43
Manual de instruções.....	44
Amostragem.....	45
Reconhecimento dos setores.....	46
Contato com os moradores.....	47
Seleção das entrevistadoras.....	47
Treinamento das entrevistadoras.....	48
Estudo piloto.....	49
Coleta de dados.....	50

Perdas e recusas.....	51
Controle de qualidade.....	51
Codificação dos questionários.....	52
Digitação.....	53
Custos do consórcio.....	53
Cronograma de atividades.....	55
Modificações no projeto de pesquisa original.....	55
Financiamento.....	56
ARTIGO: Frequência de hábitos saudáveis de alimentação na população adulta de Pelotas – RS.....	58
Resumo.....	59
Abstract.....	60
Introdução.....	61
Métodos.....	62
Resultados.....	67
Discussão.....	69
Tabelas.....	78
Referências.....	83
PRESS-RELEASE.....	86
ANEXO I.....	88
ANEXO II.....	91
ANEXO III.....	95

Projeto de Pesquisa



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

PROJETO DE PESQUISA

Freqüência de hábitos saudáveis de alimentação na população adulta de
Pelotas/RS

Mestranda: Daniele Botelho Vinholes
Orientadora: Maria Cecília Formoso Assunção
Co-orientadora: Marilda Borges Neutzling

Pelotas
Setembro de 2005

Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

PROJETO DE PESQUISA

Freqüência de hábitos saudáveis de alimentação na população adulta de
Pelotas/RS

Projeto de pesquisa apresentado ao
colegiado de Curso do Programa de
Pós-Graduação em Epidemiologia da
Universidade Federal de Pelotas.

Mestranda: Daniele Botelho Vinholes
Orientadora: Maria Cecília Formoso Assunção
Co-orientadora: Marilda Borges Neutzling

Pelotas
Setembro de 2005

1. Introdução

O crescimento das doenças crônico-degenerativas, principalmente das doenças do aparelho circulatório, neoplasias e diabetes expressam as intensas mudanças nos padrões de adoecimento globais da população. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônico-degenerativas, em 1998, foram responsáveis por 59% da mortalidade e 43% da carga global de doenças. No Brasil, esse tipo de doença foi responsável pela maior parcela dos óbitos ocorridos em 2002, sendo considerada causa básica de morte de cerca de dois terços do total de óbitos com causas conhecidas no país. As doenças crônicas são de etiologia multifatorial, sendo o tabagismo, a inatividade física, a alimentação inadequada, a obesidade e a dislipidemia fatores de risco modificáveis para essas doenças (1-3).

Vários estudos epidemiológicos têm demonstrado a relação entre o risco de doenças crônico-degenerativas e o consumo de determinados alimentos, além disso, a alimentação nutricionalmente adequada pode atuar tanto na prevenção de certas doenças como no tratamento de outras (4). Entende-se por uma alimentação adequada e saudável aquela planejada com alimentos de todos os tipos, de procedência conhecida, preferencialmente naturais, preparados de forma a preservar o valor nutritivo e os aspectos sensoriais dos mesmos. Os alimentos selecionados devem ser do hábito alimentar da família e adequados em quantidade e qualidade para suprir as necessidades nutricionais (2).

Tem-se verificado cada vez mais a importância da avaliação dos hábitos alimentares da população. Pela análise dietética, as necessidades nutricionais

podem ser identificadas e programas de educação nutricional podem ser implementados, a fim de se proporcionar melhores condições de saúde para a população. Os índices dietéticos estão sendo estudados como uma alternativa para realizar esta avaliação. Os índices dietéticos são métodos de análise da alimentação dos indivíduos, que têm como objetivo determinar a qualidade da dieta através de um ou mais parâmetros, tais como: ingestão adequada de nutrientes, número de porções consumidas de cada grupo de alimentos, quantidade de diferentes gêneros alimentícios presentes na dieta (5).

Para avaliar e monitorar os padrões alimentares dos americanos, o Centro para a Promoção da Nutrição do Departamento de Agricultura dos EUA, em 1995, desenvolveu o *Healthy Eating Index (HEI)*, com o objetivo de determinar o grau de adesão à publicação norte americana dos Guias Alimentares. O HEI baseia-se em dados obtidos de questões alimentares, a partir dos quais se constroem 10 variáveis, cada uma com uma pontuação que pode variar de zero a 10 pontos. Essas 10 variáveis avaliam o grau de concordância da alimentação do indivíduo com as recomendações vigentes para cada grupo de alimentos da Pirâmide Alimentar norte-americana: o consumo total de gordura e de gordura saturada e suas porcentagens sobre a energia total consumida, o consumo de colesterol, o consumo de sódio e a variedade da dieta. A soma dos pontos possibilita a construção de um indicador com um valor máximo de 100 pontos e a classificação da alimentação em três categorias: saudável, necessita de mudanças, pouco saudável (4, 5).

Em 2003, a Organização Pan-Americana da Saúde juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou um manual chamado "*Estratégia*

Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade física e Saúde” com o objetivo de orientar a população sobre os benefícios de uma alimentação saudável e da prática de atividade física para a promoção da saúde. Devido a este quadro, a OMS adotou este enfoque abrangente, visando a prevenção de doenças crônicas não-transmissíveis em grupos populacionais de todo o mundo (6).

No Brasil, a ação adotada pelo Ministério da Saúde foi a elaboração dos *10 Passos para a Alimentação Saudável* dentro do Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável, cujos objetivos são: aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção à saúde e manutenção do peso saudável e da promoção de uma vida ativa; modificar atitudes e práticas sobre alimentação e atividade física e prevenir o excesso de peso.

Os sete primeiros passos estão relacionados ao consumo alimentar, mais especificamente e os três últimos ao comportamento em direção a uma vida mais saudável. Os passos relativos à dieta seguem uma orientação geral de várias instituições estrangeiras, com adaptações aos hábitos alimentares brasileiros, incluindo, por exemplo, o consumo de feijão (7).

Os passos do Ministério da Saúde incluem:

- 1- comer frutas e verduras variadas, pelo menos cinco vezes por dia.
- 2- consumir feijão pelo menos quatro vezes por semana.
- 3- reduzir o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos.
- 4- reduzir o consumo de sal.
- 5- fazer pelo menos três refeições e um lanche por dia.

- 6- reduzir o consumo de alimentos ricos em açúcar.
- 7- reduzir o consumo de álcool e refrigerantes.
- 8- fazer as refeições com calma.
- 9- manter seu peso dentro de limites saudáveis.
- 10- fazer atividade física regularmente.

Juntamente com os *10 Passos para a Alimentação Saudável*, o Ministério da Saúde lançou em junho de 2005 o *Projeto Brasil Saudável*, com o objetivo de incentivar a adoção de hábitos de vida saudáveis. Com este projeto, o Ministério da Saúde cumpre o compromisso com as diretrizes e as ações previstas na Estratégia Global de Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde.

1.1 Revisão Bibliográfica

A revisão bibliográfica foi realizada com o objetivo de verificar o que já está publicado com relação a hábitos saudáveis de alimentação da população, bem como conhecer dados relacionados aos fatores associados com essas prevalências.

As bases de dados utilizadas nesta pesquisa foram:

- Pubmed;
- Lilacs;
- Medline.

Os artigos citados nas bibliografias dos artigos consultados nas bases de dados também foram pesquisados e incluídos nesta revisão.

As palavras-chaves utilizadas para a pesquisa foram as seguintes:

- a) Healthy AND Eating;
- b) Healthy AND Eating AND adults;
- c) Nutrition AND adults;
- d) Food habits AND nutrition;
- e) Diet AND quality;
- f) Food AND intake.

A seguir encontram-se os resultados encontrados da pesquisa.

1.1.1 Prevalência de hábitos saudáveis de alimentação no mundo

Existem poucos estudos descrevendo a prevalência de hábitos saudáveis de alimentação no mundo. Podem-se citar dois estudos de grande relevância encontrados nesta revisão.

Em uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, utilizando o *Healthy Eating Index (HEI)*, obteve-se 10% da população estudada como tendo hábitos de alimentação saudável, 16% possuindo uma dieta pouco saudável e 74% precisando de mudanças na dieta (4). O HEI utiliza três classificações através dos escores obtidos:

- *alimentação saudável* (escore acima de 80): este tipo de dieta atinge todas as recomendações nutricionais;
- *alimentação precisando de mudanças* (escore entre 51-80 pontos): esta dieta é considerada de boa qualidade, porém necessita de algumas mudanças;

- *alimentação pouco saudável* (escore abaixo de 51 pontos): esta dieta é considerada deficiente em certos aspectos e nutrientes.

No Chile, um estudo com o objetivo de adaptar o HEI para a população chilena foi realizada em uma amostra de 264 crianças em idade escolar e 264 adultos. Os resultados demonstram que apenas 1,5% da população tinham hábitos saudáveis de alimentação segundo o HEI (8).

1.1.2 Prevalência de hábitos saudáveis de alimentação no Brasil

No Brasil, assim como no mundo, os estudos sobre este assunto são escassos. O Índice de Alimentação Saudável proposto para a população americana foi utilizado em um estudo realizado com 295 mulheres em São Paulo. Enquanto 12% das mulheres apresentaram alimentação saudável, a alimentação pouco saudável como sinônimo de alimentação que precisa de mudanças foi encontrada em 69,2% das mulheres (2).

Em 2004, com o objetivo de adaptar e aplicar o *Healthy Eating Index (HEI)* para avaliar a qualidade da dieta, realizou-se uma investigação com 50 moradores de Botucatu em São Paulo. Os resultados demonstraram que 12% apresentaram dieta saudável, 74% apresentaram dieta que necessita de mudança e 14% apresentaram uma dieta pouco saudável (9).

Em 2003, Bonomo et al publicaram um artigo sobre o consumo alimentar da população adulta e idosa residente em Bambuí, Minas Gerais. Neste estudo podem-se observar as diferenças do consumo alimentar de acordo com as características socioeconômicas e demográficas da população: as mulheres

apresentam um maior consumo de carboidratos e fibras do que os homens; já em relação à idade, observou-se uma tendência de decréscimo da ingestão alimentar com a idade. A ingestão de gorduras aumentou conforme o aumento da renda (10).

Nesta mesma cidade, mais recentemente, em julho/agosto de 2005, Lopes et al publicaram um estudo que relatou o consumo de nutrientes nesta mesma população. A população não apresentou resultados satisfatórios, a adequação dos macronutrientes foi considerada baixa (carboidratos: 2,4%, proteínas: 17,6%,). Foram encontradas diferenças entre os sexos e quanto à idade, as mulheres apresentaram maior nível de baixo consumo de micronutrientes, enquanto que os homens relataram maior nível de consumo excessivo de certos nutrientes (11).

1.1.3 Resumo de artigos

Os resumos dos trabalhos relevantes sobre prevalência de hábitos saudáveis de alimentação são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Principais referências pesquisadas sobre hábitos saudáveis de alimentação.

Autor, local e ano de publicação	Título	Delineamento	Amostra	Principais desfechos	Principais exposições	Principais resultados
1. USDA/CNPP. Estados Unidos. 2003	<i>The Healthy Eating Index: 1999-2000</i>	Transversal	População adulta dos EUA	Hábitos saudáveis de alimentação segundo o HEI	Sexo, idade, renda, escolaridade.	10% da amostra tem uma dieta adequada, 74% precisa de mudanças 16% tem uma dieta inadequada
2. FISBERG, Regina Mara. Brasil. 2004	<i>Índice de Qualidade da dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade</i>	Transversal	50 pessoas de ambos sexos com idade a partir de 1 ano, moradores da cidade de Botucatu em São Paulo.	Hábitos saudáveis de alimentação segundo o HEI	Idade, renda, escolaridade	12% da amostra tem uma dieta saudável; 74% precisa de mudanças e 14% tem dieta inadequada.
3. GOMES, Andréa Lizabeth Costa. Brasil. 2003	<i>Indicador da qualidade da alimentação em mulheres nos estratos sociais</i>	Transversal	295 mulheres de 20 a 50 anos residentes na cidade de Vila Formosa em São Paulo	Hábitos saudáveis de alimentação segundo o HEI	Renda, escolaridade classe econômica.	12% da amostra tem uma dieta adequada; 69,2% precisa de mudanças e 18,3% tem dieta inadequada.
4. BONOMO, Elido; CAIAFFA, waleska Teixeira; CÉSAR, Cibele	<i>Consumo alimentar da população segundo perfil socioeconômico e demográfico:</i>	Transversal	546 indivíduos com 18 anos ou mais residentes em Bambuí,	Consumo alimentar através de um questionário semiquantitativo de frequência	Sexo, renda.	A distribuição de carboidratos, lipídios e proteínas foram adequadas. A ingestão de lipídios aumentou conforme a renda.

Comini; LOPES, Aline Cristine Souza; LIMA-COSTA, Maria Fernanda.2003	<i>Projeto Bambuí</i>		Minas Gerais	alimentar		
5. LOPES, Aline Cristine Souza; CAIAFFA, Waleska Teixeira; SICHERI, Rosely; MINGOTI, Sueli Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda.2005	<i>Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí</i>	Transversal	550 indivíduos com 18 anos ou mais de idade residentes em Bambuí, Minas Gerais	Consumo de nutrientes através de um questionário semiquantitativ o de freqüência alimentar e recordatório de 24 horas	Sexo, idade.	2,4% da amostra apresentou consumos adequados de carboidratos, 17,6% de proteínas, 0,0-5,1% de vitaminas e 0,0-21,1% de minerais.
6. PINHEIRO, Anna Christina; ATALAH, Eduardo. Chile. 2005.	<i>Propuesta de uma metodología de análisis de la calidad global de la alimentación</i>	Transversal	264 crianças em idade escolar e 264 adultos	Hábitos saudáveis de alimentação segundo o HEI	Sexo, idade.	1,5% da amostra tem uma dieta adequada, 66,2% precisa de mudanças e 32,3% tem dieta inadequada.

1.2 Justificativa

Devido ao exposto, o presente trabalho justifica-se pela falta de estudos avaliando a qualidade da dieta da população de Pelotas e pela importância já mencionada de hábitos de alimentação saudáveis e seus efeitos em relação à saúde. Há uma forte relação entre a qualidade da alimentação e as doenças crônico-degenerativas, e estas são as principais causas de morbi-mortalidade atualmente. Há também uma necessidade de maior conhecimento sobre os hábitos de alimentação de diferentes populações. O conhecimento destes hábitos pode contribuir para a definição de medidas preventivas, de forma a diminuir as doenças crônico-degenerativas.

2. Marco teórico

A alimentação humana é um fenômeno de grande complexidade e envolve aspectos psicológicos, fisiológicos e socioculturais (12). A alimentação é uma atividade essencial para a manutenção da vida e sofre grandes influências da questão cultural. O ato de comer representa um grande ritual, no qual estão contidas umas séries de símbolos e significados, que muito dizem sobre as percepções e sentimentos que o homem tem de si mesmo e do ambiente que o cerca.

A alimentação serve para suprir as necessidades orgânicas de cada indivíduo, mas as escolhas e hábitos alimentares encontram-se envolvidas nos contextos socioculturais (13). O ato da busca, da escolha, do consumo e

proibições do uso de certos alimentos dentre todos os grupos sociais é ditado por regras sociais diversas, carregadas de significados (14).

Hábitos saudáveis de alimentação atuam diretamente na promoção e manutenção da saúde e desempenham um papel fundamental no bem-estar do indivíduo. Os hábitos alimentares começaram a serem estabelecidos no passado pré-histórico, e as práticas alimentares sofreram adaptações muitas vezes para hábitos pouco saudáveis constituindo desvantagem para a saúde, associando-se muitas vezes com deficiências nutricionais múltiplas ou específicas. Atualmente, a questão da alimentação saudável encontra-se em evidência, pelo aumento da morbi-mortalidade por doenças crônicas degenerativas; visto que uma das principais causas deste grupo de doenças é a alimentação inadequada (15).

Os hábitos são determinados por diversos fatores, os quais incluem: as condições de moradia do indivíduo, a renda, o sexo, a idade entre outros. Embora estudos sobre esse tema sejam muito raros, sabemos que hábitos saudáveis de alimentação são muito importantes para uma melhor qualidade de vida da população em geral (16).

Um dos fatores que atua como determinante distal dos hábitos saudáveis de alimentação é a história dos povos, caracterizada por crenças e tabus. A palavra tabu é de origem polinésia e significa uma interdição, uma proibição categórica sem uma explicação racional. No Brasil restam vestígios de tabus alimentares em nossos costumes, sobreviventes de nossa organização cultural. O hábito alimentar brasileiro é um reflexo dos padrões socioculturais introduzidos pela imigração de diferentes grupos étnicos no Brasil, causando diferenças em certas áreas ou regiões do país.

Encontram-se pelo Brasil algumas superstições e proibições quanto ao consumo de alimentos isoladamente ou em misturas, em certas etapas da vida, ou em determinados horários do dia, entre outros. O panorama alimentar é complexo e peculiar de cada região, permeado de superstições, tabus e hábitos alimentares de diferentes origens. Em outros países como Austrália, Polinésia e África, a ingestão alimentar é sempre controlada por inúmeros tabus.

Outro determinante distal dos hábitos alimentares é a mídia. A publicidade é o maior recurso persuasivo nas disputas mercadológicas. A mídia é um dos maiores, se não o maior canal de comunicação entre as pessoas. Podemos afirmar que de certa forma, a mídia “impõe” os hábitos da população no momento. Um exemplo disso é uma conhecida marca de *fast food*, uma multinacional de grande destaque no cenário nacional e internacional. Essa empresa constitui uma das maiores redes de *fast food* do mundo, e devido a isso tem um grande espaço na mídia, promovendo assim seus produtos a toda população mundial (16).

É importante compreender o que representa a marca numa economia cada vez mais voltada para a imagem, ou seja, dependente do poder simbólico associados aos produtos consagrados no mercado. Nesse caso particular, a marca torna-se uma referência não somente como sinônimo de cadeia de *fast food*, mas também para analogias com padronização do produto e de atendimento, bem como para incorporar a sensação de velocidade que é característica de modernidade (16).

Muito tem sido descrito sobre o consumo de alimentos de diferentes grupos sociais, associando “o que” as pessoas comem com suas características

demográficas e estilos de vida. Entretanto, pouco se sabe sobre a razão para a seleção individual de alimentos (17).

As condições socioeconômicas do indivíduo, juntamente com as características demográficas, completam o nível mais distal deste modelo. A prevalência de hábitos saudáveis de alimentação é maior nas pessoas com renda mais elevada do que entre aquelas com renda inferior. A maior prevalência de hábitos saudáveis de alimentação nas pessoas de maior renda deve-se ao maior acesso e ao maior poder aquisitivo desta faixa da sociedade. Além disso, as pessoas com maior renda possuem um nível melhor de informações sobre saúde e também um maior entendimento sobre esse assunto. A situação econômica pode afetar muitos aspectos da vida do indivíduo, tais como, as condições de moradia, acesso aos alimentos, a serviços de saúde e acesso à informação. A baixa renda pode caracterizar uma situação delicada de saúde, comprometendo tanto o acesso aos alimentos como aos serviços de saúde, que algumas vezes, pode ser inexistente (18).

O caráter simbólico do alimento também se diferencia com a idade, situação social e outras variáveis. Em todas as faixas etárias, encontra-se uma alimentação entendida como apropriada, variando a adequação em relação ao sexo e papéis sociais. Existe, portanto, um processo de socialização que procura mostrar o comportamento alimentar mais apropriado a diferentes segmentos da sociedade. Entretanto, estas questões são permeadas pelo poder aquisitivo dos segmentos sociais e por oscilações entre comer aquilo que é ditado pela nossa cultura e aquilo que é entendido como saudável (13, 18).

A alimentação inadequada não é só problema dos indivíduos de poder aquisitivo mais baixo, mas há uma diferença nas manifestações deste tipo de alimentação, visto que mesmo a inadequação da alimentação manifesta-se de maneira diferente entre as classes sociais. A má nutrição “dos pobres” que era caracterizada pela magreza, nanismo e menor resistência às infecções, atualmente tem sido modificada por crescente prevalência de excesso de peso (14). Já as carências de micronutrientes podem se manifestar independentemente das condições socioeconômicas.

Inquéritos nutricionais têm apontado com freqüência a inadequação dos hábitos alimentares e do grau de conhecimento de nutrição de populações de baixa renda dentre os fatores determinantes da subnutrição, ao invés de considerá-los também como integrantes de uma situação na qual aparecem como resultado de normas estabelecidas e de condições criadas pelo sistema produtivo vigente, pois se sabe que a boa alimentação e boa nutrição dependem da produção e distribuição dos alimentos, que são influenciados pela economia do país e também pela educação da população (14).

2.1 Modelo teórico hierarquizado

A construção de um modelo teórico é de fundamental importância para direcionar a análise dos dados de um estudo. O modelo teórico hierarquizado descreve as estruturas dos determinantes do desfecho, de modo a orientar a análise e fazer com que se possa entender melhor o mecanismo que levou ao desfecho.

O modelo teórico do presente estudo encontra-se demonstrado na figura 1.

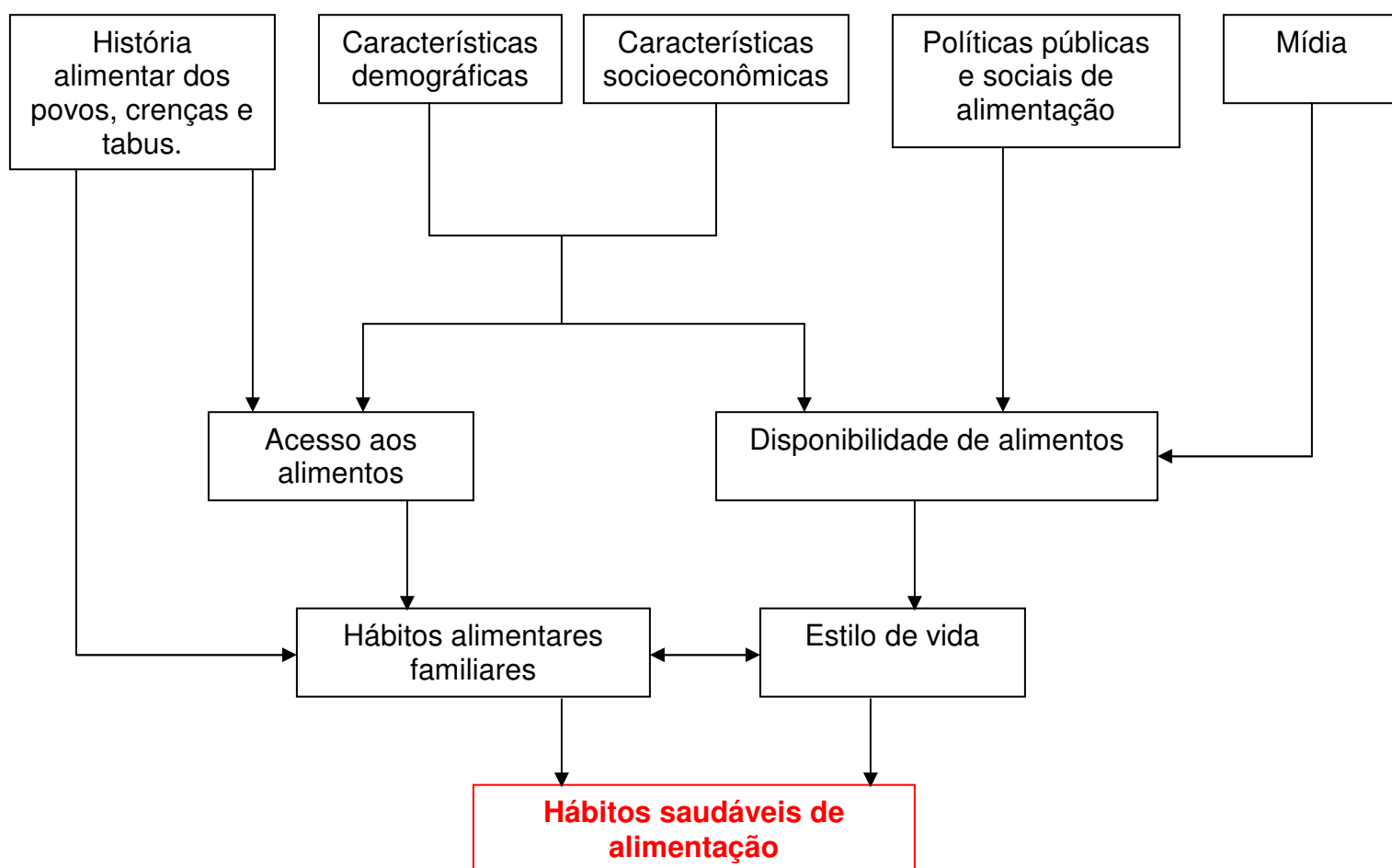


Figura 1 – Modelo Teórico Hierarquizado

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral:

- Medir a frequência de hábitos saudáveis de alimentação adotados pela população de adultos da zona urbana de Pelotas;

3.2 Objetivos específicos:

- Estudar a associação entre a frequência de hábitos saudáveis de alimentação com as seguintes características:

- * socioeconômicas (renda familiar, classe social, escolaridade);
- * demográficas (sexo, idade e cor);

4. Hipóteses

A prevalência de hábitos saudáveis de alimentação está associada positivamente com:

- nível socioeconômico mais alto;
- maior nível de escolaridade;
- sexo feminino.

5. Metodologia

5.1 Justificativa da escolha do delineamento do estudo

O delineamento transversal de base populacional foi escolhido para o presente estudo, considerando sua grande praticidade, e baixo custo, facilitando assim a execução do trabalho. Além disso, este tipo de estudo observacional é o mais adequado para o modelo de consórcio seguido pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia.

5.2 Modelo de Consórcio

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas utiliza o modelo de consórcio, sendo aplicado apenas um único instrumento de pesquisa, o qual reúne as questões relativas aos estudos de todos os mestrandos participantes deste Programa. Nesse modelo há diminuição no custo da pesquisa e no tempo de coleta de dados.

5.3 Desfecho

- Hábitos saudáveis de alimentação.

5.3.1 Definição do desfecho

Os hábitos saudáveis de alimentação serão definidos a partir dos 10 Passos da Alimentação Saudável, elaborado pelo Ministério da Saúde. A partir deste instrumento serão definidos pontos para cada passo, e posteriormente um score, o qual avaliará a alimentação em saudável ou não.

5.4 População em estudo

Adultos de ambos os sexos, com 20 anos ou mais, residentes na zona urbana de Pelotas.

5.5 Critérios de inclusão

- idade igual a 20 anos ou mais;
- ser residente na área urbana de Pelotas.

5.6 Critérios de exclusão

- portadores de alguma deficiência ou distúrbio mental, o qual impeça o indivíduo de responder o questionário;
- indivíduos institucionalizados.

5.7 Variáveis independentes

As variáveis a serem estudadas estão descritas no quadro 2.

Quadro 2. Descrição das variáveis independentes, característica e tipo.

VARIAVEL	CARACTERISTICA	TIPO
Demográficas		
Sexo	Masculino / feminino	Categórica binária
Idade	Anos completos	Numérica discreta
Cor da pele	Branco / não branco	Categórica binária
Socioeconômicas		
Renda familiar	Renda mensal total	Numérica contínua
Escolaridade	Anos completos de estudo	Numérica discreta
Nível social	Classes A, B, C, D, E	Categórica ordinal

5.8 Cálculo do tamanho da amostra

Para os cálculos de tamanho da amostra foi utilizado o software Epi-info 6.0. Para estes cálculos utilizou-se a prevalência encontrada no estudo de Gómez em 2003, de 12% de hábitos saudáveis de alimentação (2). A partir desta prevalência, calculou-se o tamanho da amostra para 4 possíveis erros aceitáveis. Estes cálculos encontram-se no quadro 3.

Quadro 3. Cálculo do tamanho de amostra para prevalência.

Erro aceitável	Número de pessoas	Perdas	N total
2 pontos percentuais	1011	101	1112
3 pontos percentuais	450	45	495
4 pontos percentuais	253	25	278
5 pontos percentuais	162	16	178

O cálculo escolhido foi aquele com um erro aceitável de 3 pontos percentuais e um nível de confiança de 95%, obtendo um tamanho de amostra de 450 pessoas. Acrescendo 10% para suprir eventuais perdas, a amostra totalizou 495 pessoas.

O tamanho da amostra para o estudo de associações entre as variáveis independentes e o desfecho “hábitos saudáveis de alimentação” está demonstrado no quadro 4.

Quadro 4: Tamanho da amostra necessária para detectar associações entre hábitos saudáveis de alimentação e as variáveis independentes, com $\alpha = 0,05$ e $\beta = 0,2$.

Exposição	Razão não exposto / exposto	Prevalência nos não expostos	RR	Número de pessoas	Perdas, recusas e confusão	N total
Sexo	1:1	6	2,0	778	194	972
Idade	1:1	8	2,0	564	150	714
Renda familiar	4:1	8	2,0	820	205	1025
Escolaridade	2:1	5	2,0	1023	255	1278

5.9 Amostragem

Os domicílios que deverão fazer parte da amostra do consórcio (2005) foram definidos a partir de cálculos individuais de cada um dos mestrandos. Os cálculos foram feitos de forma a atingir os objetivos gerais e específicos de cada estudo.

A zona urbana de Pelotas é constituída por 408 setores, dos quais 4 não se aplicam para a pesquisa, pois constituem setores especiais como, por exemplo, a cadeia. De forma a diminuir o efeito de delineamento, serão obtidos 1440 domicílios em 120 setores censitários da zona urbana de Pelotas. Para a identificação dos 1440 domicílios será utilizada a amostra por conglomerados, definidos pelos setores censitários.

A amostragem por conglomerados, sistemática e com probabilidade proporcional ao tamanho foi escolhida de forma a facilitar a logística do trabalho de campo e diminuir os custos.

Para a definição dos conglomerados utilizou-se a grade de setores do Censo Demográfico de 2000, que foram ordenados de acordo com a renda média do responsável pelo domicílio.

Para a seleção sistemática dos setores, os 92.407 domicílios da cidade foram divididos pelo número de setores (120), obtendo-se o número 770 para a definição do “pulo”. Aleatoriamente, dentre os números de 1 a 770, definiu-se o primeiro domicílio (402), e a partir deste, sempre com um pulo de 770, os demais setores que comporiam a amostra.

Em razão de o último censo ter sido realizado no ano de 2000, será feita uma atualização através de contagem de domicílios em cada um dos setores sorteados. Dependendo das variações encontradas nesses setores, o número total de domicílios por setor poderá sofrer modificações, de forma a manter a eqüiprobabilidade entre os setores.

5.10 Seleção e treinamento das entrevistadoras

O trabalho de campo será realizado por um grupo de entrevistadoras selecionadas através dos dados do formulário de inscrição e entrevista. Os critérios para seleção são os seguintes: ter 18 anos ou mais, ensino médio completo, disponibilidade de tempo integral para a realização das entrevistas e, preferencialmente, experiência prévia em atividades de pesquisa.

Após a seleção, as aprovadas receberão treinamento, realizado pelos mestrandos deste ano do consórcio. O treinamento servirá para apresentar e familiarizar as entrevistadoras com o questionário a ser aplicado e com o manual de instruções do mesmo. Ao final do treinamento, será realizado um estudo piloto, para avaliar o desempenho das entrevistadoras.

5.11 Estudo-piloto

Será realizado um estudo piloto em um setor previamente sorteado, com o objetivo de realizar um teste final do instrumento de pesquisa, manual de instruções e organização do trabalho de campo. Servirá também como

treinamento das entrevistadoras na codificação do questionário. Os setores censitários utilizados no estudo-piloto não serão incluídos na amostra do estudo.

5.12 Logística

Após a seleção dos 120 setores censitários incluídos neste estudo, uma equipe de “batedores” irá fazer o reconhecimento dos mesmos, com o objetivo de atualizar as informações sobre o número de domicílios existentes em cada setor, visto que o último censo ocorrido foi no ano de 2000.

Após este processo de identificação e atualização dos setores da pesquisa, e identificação dos domicílios que serão visitados, cada um destes será visitado por um dos mestrandos e os indivíduos elegíveis serão convidados a participarem da pesquisa, após receberem informações básicas sobre o projeto de pesquisa. Sendo a resposta afirmativa, a entrevistadora posteriormente irá aplicar o questionário completo.

Os indivíduos, que por algum motivo, não aceitarem participar da pesquisa serão procurados novamente, para uma nova tentativa. Serão consideradas perdas e recusas, quando, após três tentativas em diferentes horários e dias, não for possível realizar a entrevista.

Após a entrevista, a entrevistadora irá revisar e codificar cada questionário aplicado e os mesmos serão entregues aos supervisores responsáveis da pesquisa.

5.13 Análise dos dados

Depois de revisados pelos supervisores, os questionários serão duplamente digitados através do Programa EPI-INFO 6, por digitadores previamente selecionados e treinados. Para a análise dos dados o programa utilizado será o INTERCOOLED STATA 9, e o nível de significância de 5% será considerado em todas as análises.

Inicialmente serão apresentadas as descrições das variáveis coletadas, através das prevalências e seus respectivos intervalos de confiança. Análises das variáveis independentes com o desfecho serão realizadas utilizando teste de Qui-quadrado ou Teste “t”.

A análise multivariada será realizada baseada em um modelo hierarquizado, através de regressão linear, sendo o efeito de cada variável ajustado para os possíveis fatores de confusão.

Considerando a amostragem por conglomerados, o efeito do delineamento será levado em conta em todas as análises.

5.14 Controle de qualidade

O controle de qualidade será realizado pelos supervisores do trabalho de campo. Em 10% dos domicílios, a entrevista será refeita com a aplicação de um questionário reduzido, de forma a possibilitar a comparação dos dados coletados pelas entrevistadoras e assim comprovar a veracidade da entrevista.

5.15 Aspectos éticos

O projeto será encaminhado e submetido à aprovação na Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.

A entrevista somente será realizada após o consentimento verbal e escrito do entrevistado, após a explicação do estudo e esclarecimento de possíveis dúvidas do mesmo.

5.16 Financiamento

Este estudo faz parte do consórcio de mestrado do ano de 2005, do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas, e é financiado pelo Centro de Pesquisas Epidemiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os gastos que excederem o orçamento disponibilizado serão cobertos pelos próprios mestrandos participantes do mestrado.

7. Instrumento de Pesquisa

O instrumento a ser utilizado para a coleta de dados será um questionário elaborado a partir dos *10 passos para uma alimentação saudável* do Ministério da Saúde. Cada passo descrito neste documento será transformado em uma pergunta, e receberá um escore de acordo com a resposta do indivíduo.

Agora eu gostaria de saber sobre seus hábitos alimentares. Gostaria de saber com qual freqüência o Sr(a) consome os seguintes alimentos:

	Menos que 1 vez por semana	1 vez por semana	2 – 3 vezes por semana	4 – 6 vezes por semana	Todo dia
1. Frutas					
2. Verduras e legumes					
3. Feijão					
4. Alimentos gordurosos (carne com gordura aparente, salsicha, frituras, salgadinhos)					
5. Refrigerantes					
6. Bebidas alcoólicas					

7. Quantas vezes por semana o(a) sr(a) costuma comer doces, balas, bolos, biscoitos doces, bolachas recheadas?

- () <1 x/sem
- () 2 vezes por semana
- () 3 vezes por semana
- () 4 ou mais vezes por semana

8. O Sr(a) costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

() não ()sim

9. O Sr(a) costuma comer muito rápido?

() não ()sim

10. Quais refeições o Sr(a) costuma fazer por dia?

()desjejum ()lanche da tarde
()lanche da manhã ou colação ()jantar
()almoço ()lanche da noite ou ceia

Este instrumento de pesquisa contempla os passos determinados pelo Ministério da Saúde. O quadro contempla os passos 1,2,3,6,7. A questão 8 é relacionada ao passo 4; a questão 9 corresponde ao passo 8 e a questão 10 corresponde ao passo 5. Os passos 9 e 10 serão determinados por questões já existentes no questionário. O passo 9 corresponde ao IMC do indivíduo, este será calculado através de peso e altura auto-referidos. O passo 10 está relacionado com a atividade física praticada.

8. Referências

1. Cervato AMV, Laudelino, V. Índices dietéticos na avaliação da qualidade global da dieta. *Revista de Nutrição de Campinas* 2003;16(3):347-355.
2. Gomes ALC. Indicador da qualidade da alimentação em mulheres nos diferentes estratos sociais [Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
3. Barreto SMP, et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde. 2004.
4. Basiotis PP, Carlson, A., Gerior, S.A., Juan, W.Y., & Lino, M. The Healthy Eating Index: 1999-2000. Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and Promotion. CNPP - 2003.
5. Bowman SA, Lino, M., Gerior, S.A., Basiotis, P.P. The Healthy Eating Index: 1994-96: Department of Agriculture, Center for Nutrition Policy and promotion; 1998.
6. OMS, OPAS. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. 2003.
7. Mendonça CP. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2004;20(3):698-709.
8. Pinheiro ACA. Propuesta de una metodología de análisis de la calidad global de la alimentación. *Revista Médica do Chile* 2005;133(2):175-182.
9. Fisberg RMS, et al. Índice de Qualidade da Dieta: avaliação da adaptação e aplicabilidade. *Revista de Nutrição* 2004;17(3):301-308.

10. Bonomo ÉC, Waleska Teixeira; César, Cibele Comini; Lopes, Aline Cristine Souza; Lima-Costa, Maria Fernanda. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil sócio-econômico e demográfico: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(5):1461-1471.
11. Lopes, ACSC, Teixeira, W; Sichieri, R; Mingoti, SA; Lima-Costa, MF. Consumo de nutrientes em adultos e idosos em estudo de base populacional: Projeto Bambuí. *Cadernos de Saúde Pública* 2005;21(4):1201-1209.
12. Poulain J-PP, Costa, RP. Reflexões metodológicas para o estudo das práticas alimentares. *Revista de Nutrição de Campinas* 2003;16(4).
13. Miranda GBS. Notas sobre alimento e cultura. In; 1999.
14. Ramalho RAS, Cláudia. O papel da educação alimentar no combate às carências nutricionais. *Revista de Nutrição de Campinas* 2000;13(1).
15. Sichieri RC, Joelma Ferreira Gomes; Moura, Aníbal Sanchez. Fatores associados ao padrão de consumo alimentar da população urbana. *Cadernos de Saúde Pública* 2003;19(suplemento 1):547-553.
16. Liedtke P. A marca Mc Donald's na sociedade de imagens: mídia e cultura no capitalismo em crise: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
17. Rappoport LH, Peters, G.R., Huff-Corzine, L., Downey, R.G. Reasons for eating: an exploratory cognitive analysis. *Ecology of Food and Nutrition* 1992;28(3):171-189.
18. Daniel JMPC. O valor social e cultural da alimentação. *Boletim de antropologia* 1989;2(4):70-83.

Relatório do trabalho de campo



Universidade Federal de Pelotas
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

Mestranda: Daniele Botelho Vinholes
Orientadora: Maria Cecília Formoso Assunção
Co-orientadora: Marilda Borges Neutzling

Pelotas
Março de 2006

1. INTRODUÇÃO

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) utiliza, para a realização dos estudos dos participantes do Curso de Mestrado, o sistema de consórcio de pesquisa.

O sistema de consórcio tem como delineamento um estudo transversal de base populacional, no qual cada mestrando inclui as questões de interesse para o desenvolvimento de seu projeto de pesquisa. Os principais objetivos deste tipo de modelo de pesquisa são: minimizar o custo operacional da pesquisa, o tempo da coleta de dados e otimizar a produção científica.

A turma de mestrado de 2005-2006 é composta por 11 alunos, que estudaram questões relativas à saúde de uma amostra representativa da população adolescente e adulta residente na zona urbana de Pelotas-RS.

Este relatório tem por objetivo relatar as atividades desenvolvidas durante este processo de pesquisa, descrevendo assim o trabalho de campo como um todo.

2. QUESTIONÁRIO

O questionário englobava questões gerais e questões específicas de cada mestrando. Os assuntos abordados no questionário foram relativos à saúde, tais como: saúde bucal, alimentação, atividade física, consultas médicas, distúrbios do sono, queimadura solar e o uso de protetor solar. Em média cada mestrando pode dispor de 10 perguntas, além das questões gerais, de interesse comum. Foram

elaborados cinco blocos de questões, totalizando 154 questões, estruturados da seguinte maneira:

Bloco A: este bloco foi aplicado a todos indivíduos elegíveis, continha 24 questões destinadas a levantar informações demográficas, além de informações relacionadas a comportamentos em saúde.

Bloco B: aplicado somente aos adolescentes elegíveis (com idade entre 10 e 19 anos 11 meses e 29 dias), composto por nove questões, todas relacionadas à prática de atividade física.

Bloco C: aplicado a todos os indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos. Composto por 44 questões (anexo I).

Bloco D: aplicado aos indivíduos moradores do domicílio com idade igual ou superior a 20 anos. Composto por 55 questões.

Bloco E: aplicado apenas a um morador do domicílio, preferencialmente a dona da casa, contendo questões socioeconômicas que permitem categorizar o nível econômico da família. Composto por 22 questões.

3. MANUAL DE INSTRUÇÕES

O manual de instruções (anexo II) foi elaborado paralelamente a confecção do questionário, e continha orientações quanto à apresentação pessoal, noções de trabalho de pesquisa, postura, técnicas de abordagem, como proceder a uma possível perda ou recusa, além de orientações específicas sobre cada questão. A

versão original do manual de instruções foi aprimorada durante o treinamento das entrevistadoras e durante os estudos pré-piloto e piloto.

4. AMOSTRAGEM

Cada um dos mestrandos participantes deste consórcio realizou os cálculos para um tamanho de amostra que atendesse aos objetivos gerais e específicos de seus projetos, incluindo estimativas para prevalências e associações. O processo de amostragem foi discutido em um seminário durante o mês de junho de 2005 com o auxílio de uma professora convidada da Universidade de São Paulo.

Para a seleção dos 120 setores a serem estudados, número este definido com base no tamanho de amostra calculado por cada mestrando, foram utilizados os 408 setores censitários da cidade de Pelotas, de acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2000. Destes 408 setores, quatro foram excluídos, visto que constituem setores especiais, como por exemplo, a cadeia. Os setores foram listados em ordem decrescente de renda média do chefe da família de seus domicílios.

O número total domicílios da zona urbana de Pelotas foi de 92.407, excetuando-se os domicílios coletivos. Este número, então, foi dividido por 120, de forma a obter-se o intervalo para a seleção sistemática dos setores, respeitando a probabilidade proporcional ao tamanho e obteve-se o número 770 para a definição do pulo. Aleatoriamente, dentre os números de 1 a 770, definiu-se o primeiro domicílio (402), e a partir deste, sempre com um pulo de 770, os demais setores que comporiam a amostra. Estimou-se que 1440 residências seriam visitadas, e

dessa forma todos os tamanhos de amostra necessários de cada estudo seriam atendidos.

5. RECONHECIMENTO DOS SETORES

Devido ao último censo do IBGE ter sido realizado no ano de 2000, novas ruas e domicílios, provavelmente tenham surgido. Para atualizar o número de domicílios, foi realizada uma contagem dos domicílios de cada setor, sendo estes identificados quanto ao tipo de estabelecimento (residencial, desabitado ou comercial). Esta contagem foi realizada por um auxiliar de pesquisa (“batedor”). Os auxiliares receberam crachá, carta de apresentação da Universidade Federal de Pelotas, além do material necessário para o trabalho. A remuneração foi de acordo com o número de setores feitos. Após o trabalho, cada mestrando fez a contagem de, no mínimo, um quarteirão dos setores selecionados.

Após a atualização do número de domicílios, este foi dividido por 12, e assim obter um “pulo” específico para cada setor. Com a lista atualizada e o “pulo” específico de cada setor, sorteou-se um domicílio inicial e a este se somava o “pulo” para a seleção dos demais domicílios, e assim sucessivamente até o término dos domicílios do setor. Desta forma, a seleção dos domicílios foi proporcional ao tamanho do setor. Do total dos 11 mestrandos, 10 ficaram responsáveis por 11 setores cada um e 1 ficou responsável por 10 setores.

Após o sorteio dos setores censitários da amostra, cada mestrando visitou os setores definidos a fim de identificar a sua localização exata.

6. CONTATO COM OS MORADORES

Após o sorteio dos domicílios, estes foram visitados pelos supervisores, devidamente identificados, quando foi entregue uma carta explicando a importância da participação no estudo. Os moradores foram informados que uma entrevistadora, também devidamente identificada, faria contato para a realização da entrevista. Com esta atitude, visou-se minimizar as possíveis recusas que pudessem vir a acontecer, já que o Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia realiza pesquisas a mais de 20 anos na cidade de Pelotas, o que faz com que muitas pessoas se recusem a participar de novas pesquisas.

7. SELEÇÃO DAS ENTREVISTADORAS

A idéia inicial consistiu em treinar 50 entrevistadoras e iniciar o trabalho de campo com 38 destas. As demais ficariam como suplentes. A seleção foi divulgada por meio de cartazes colocados na Faculdade de Medicina e de Educação Física da UFPel e também no prédio da Universidade Católica de Pelotas (UCPel). Além disso, foram contatados pesquisadores do Centro de Pesquisas da UFPel, a fim de obter-se uma lista de entrevistadoras que já haviam trabalhado em outras pesquisas anteriormente e tinham boas referências.

Os critérios obrigatórios para ser entrevistadoras foram:

- ser do sexo feminino;
- ter no mínimo ensino médio completo;
- ter disponibilidade para o trabalho, incluindo finais de semana.

As candidatas interessadas preencheram uma ficha de inscrição na secretaria do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia; a partir desta ficha foram analisados os seguintes critérios:

- letra legível;
- carga horária disponível.

As candidatas que foram aprovadas nas etapas anteriores foram convocadas para entrevistas individuais realizadas por um grupo de mestrandos.

Os critérios avaliados foram:

- apresentação;
- expressão;
- comunicação;
- tempo disponível para o trabalho;
- motivação;
- interesse financeiro.

Após todas as etapas realizadas, foram selecionadas 50 entrevistadoras para o treinamento. Destas, seis desistiram e, portanto 44 foram treinadas.

8. TREINAMENTO DAS ENTREVISTADORAS

As entrevistadoras selecionadas foram submetidas a um treinamento de 40 horas, realizado no período de 5 a 11 de outubro de 2005 na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Após este treinamento 38 entrevistadoras foram selecionadas e seis ficaram como suplentes, em caso de desistências ou demissões. Os itens abordados durante o treinamento foram os seguintes:

- Histórico resumido do Centro de Pesquisas e sua importância;
- Apresentação dos supervisores;
- Breve descrição da pesquisa;
- Processo de seleção e remuneração oferecida;
- Exigências quanto à carga horária necessária;
- Situações comuns no trabalho de entrevistadora;
- Recomendações gerais e postura básica da entrevistadora.

Ao final de cada dia de treinamento, as candidatas receberam tarefas a serem cumpridas e entregues no dia seguinte. As tarefas consistiam em aplicar em vizinhos ou familiares as partes do questionário que seriam explicadas no dia seguinte, desta forma, as candidatas já teriam algum contato com o questionário e também possíveis dúvidas.

Tanto o questionário, quanto o manual de instruções foram lidos e explicados às candidatas. Cada mestrando ficou responsável pela leitura e explicação de sua parte no questionário e manual.

No penúltimo dia de treinamento, uma prova teórica sobre os assuntos desenvolvidos durante a semana foi aplicada às candidatas. O último dia de treinamento consistiu em entrevistas domiciliares sob supervisão dos mestrandos.

9. ESTUDO PILOTO

O estudo piloto teve três fases:

9.1. Estudo Pré-piloto individual: cada mestrando aplicou suas perguntas de forma aprimorar suas questões. O número de estudos pré-pilotos realizados variou conforme o assunto estudado por cada mestrando e a necessidade de aprimoramento do questionário.

9.2. Estudo Pré-piloto conjunto: este estudo foi realizado em um setor de baixa renda da cidade de Pelotas, localizado próximo à Faculdade de Medicina que não estava entre os setores censitários da amostra do consórcio. As entrevistas foram aplicadas pelos próprios mestrandos e cada um teve como objetivo aplicar três entrevistas (dois adultos e um adolescente). O total de questionários aplicados foi de 33 (22 adultos e 11 adolescentes).

9.3. Estudo Piloto: o estudo piloto foi realizado em um setor de classe média e baixa que não fazia parte dos setores selecionados para a amostra do consórcio; o setor escolhido localizava-se no bairro Simões Lopes. Os questionários foram aplicados pelas candidatas a vaga de entrevistadoras, sendo este estudo uma etapa do processo de seleção para o cargo.

10. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada num período de dois meses, de 17 de outubro a 19 de dezembro de 2005. Para facilitar a abordagem das entrevistadoras, houve divulgação sobre a pesquisa através de meios de

comunicação local, como jornal e rádio. E, além disso, os mestrandos já haviam entrado em contato com os moradores a serem visitados.

As entrevistadoras tinham uma reunião semanal com seu supervisor e, durante o primeiro mês, uma reunião semanal com todos as entrevistadoras e todos os mestrandos. Nestas reuniões eram abordadas dúvidas na codificação ou no próprio andamento do questionário.

O Consórcio possuía uma sala específica, onde foi centralizado todo o trabalho. Nesta sala era armazenado todo o material e os mestrandos faziam um esquema de plantões, de foram que sempre havia pelo menos um supervisor à disposição para qualquer dúvida. Nos finais de semana foi estabelecido plantão telefônico.

11. PERDAS E RECUSAS

Foram consideradas perdas/recusas quando não foi possível completar o questionário, mesmo após, pelo menos, três visitas da entrevistadora e duas do mestrando responsável pelo setor. A porcentagem final de perdas e recusas do consórcio foi de 6,5%.

12. CONTROLE DE QUALIDADE

Além de todo o cuidado na seleção e treinamento das entrevistadoras, utilizou-se durante o trabalho de campo um controle de qualidade das entrevistas realizadas. Elaborou-se um questionário padronizado reduzido, o qual foi aplicado

em 10% das pessoas entrevistadas. Para os domicílios sorteados e que possuíam telefone, a entrevista de controle de qualidade foi realizada por telefone, pela secretária do consórcio e para os domicílios selecionados em que não havia telefone, o próprio mestrando responsável por aquele setor, realizou pessoalmente a entrevista.

13. CODIFICAÇÃO DOS QUESTIONARIOS

A orientação para as entrevistadoras era de realizar a codificação dos questionários ao final do dia de trabalho. O questionário possuía uma coluna na margem direita específica para a codificação. A entrega dos questionários foi feita semanalmente e cada mestrando era responsável por revisar os questionários entregues. Cada mestrando revisava todos os questionários entregues, para identificar erros de codificação ou inconsistências.

Uma segunda revisão também foi realizada. Os questionários já revisados pelo mestrando responsável pelo setor eram colocados em uma caixa, onde permaneciam por mais ou menos, uma semana. Durante este período, os outros mestrandos poderiam revisar as suas questões de interesse em todos os questionários, antes de ir para a digitação.

14. DIGITAÇÃO

Foi criado um banco de dados no programa Epi-info 6, no qual os questionários foram duplamente digitados. O processo da digitação ocorreu paralelamente ao trabalho de campo.

15. CUSTOS DO CONSÓRCIO

O custo total do consórcio foi de R\$ 45.246,00. O projeto foi financiado pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia e pelos próprios mestrados. Na Tabela 1 estão descritas as fontes dos recursos financeiros do consórcio, assim como os valores em reais.

Tabela 1. Fonte dos recursos financeiros do consórcio 2005/2006

<i>Fonte</i>	<i>Valor em reais (R\$)</i>
Epidemiologia	32.000,00
Mestrados	15.400,00
Total	47.400,00

A distribuição dos orçamentos e das despesas do consórcio está apresentada na Tabela 2.

Tabela 2. Distribuição dos orçamentos e das despesas do consórcio 2005/2006

<i>Itens</i>	<i>Orçamento (R\$)</i>	<i>Despesas (R\$)</i>
Reconhecimento dos setores	5.000,00	4.108,00
Impressões (papel)	3.000,00	2.990,00
Material de escritório	1.000,00	1.641,00
Secretária	2.250,00	2.250,00
Digitação	2.000,00	1.200,00
Vales transportes	11.600,00	7.775,00
Entrevistadoras	25.800,00	24.802,00
Impostos	0,00	480,00
Totais	50.650,00	45.246,00

16. CRONOGRAMA DO TRABALHO DE CAMPO

	2005							2006	
	J	J	A	S	O	N	D	J	F
Amostragem	■								
Elaboração do questionário		■	■	■	■				
Estudo pré-piloto			■	■					
Elaboração do manual de instruções		■	■	■	■				
Reconhecimento dos setores			■	■					
Seleção das entrevistadoras				■					
Treinamento					■				
Estudo piloto					■				
Coleta de dados					■	■	■		
Controle de qualidade					■	■	■		
Digitação						■	■	■	■

17. MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA ORIGINAL

A idéia inicial era atribuir pontos para cada passo da alimentação saudável e posteriormente construir um escore para definir alimentação saudável. Não foram atribuídos pontos para cada passo, pois se o fizéssemos seria de forma arbitrária, pois não há nada na literatura em relação aos 10 passos da alimentação saudável como um escore.

Os resultados em relação a variável cor da pele e nível socioeconômico não foram apresentados no artigo devido a questões de espaço, e visto que a maioria dos estudos relacionados a este assunto utiliza com maior freqüência a variável escolaridade.

18. FINANCIAMENTO

Este projeto foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) na forma de bolsa de estudos.

Artigo

**Freqüência de hábitos saudáveis de alimentação na população adulta de
Pelotas – RS**

Frequency of healthy eating habits in the adult population – Pelotas/RS

Daniele Botelho Vinholes¹

Maria Cecília Formoso Assunção^{1,2}

Marilda Borges Neutzling^{1,2}

¹ Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas. Av. Duque de Caxias, 250 3º piso, Pelotas, RS. CEP 96030-002

² Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas. C.P. 354, Campus Universitário s/n, Pelotas, RS. CEP 96010-900

Endereço para correspondência:

Daniele Botelho Vinholes

Av. Duque de Caxias 250, 3º piso; CEP: 96030-002; Pelotas-RS

Fone: + 55 53 3271-2442 Fax: + 55 53 3271-2645

E-mail: dvinholes@terra.com.br

- Este trabalho contou com o apoio financeiro da CAPES na forma de bolsa de estudo e do Cnpq na forma de financiamento.
- Artigo baseado em dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas.
- O Artigo será enviado para a Revista de Saúde Pública.

Financiamento: Cnpq / Grant nº 401921/2005-0

Título corrido: hábitos saudáveis de alimentação

RESUMO

Objetivo: medir a freqüência e fatores associados ao hábito de alimentação através da execução dos 10 passos para a alimentação saudável propostos pelo Ministério da Saúde na população adulta, com 20 anos ou mais da cidade de Pelotas / RS.

Métodos: foi realizado um estudo transversal de base populacional com amostragem por conglomerados. Foram estudados 3136 adultos residentes na cidade de Pelotas/RS. A freqüência de cada passo da alimentação saudável foi coletada através de questionário pré-codificado.

Resultados: 1,1% da população segue todos os passos recomendados. O número médio de passos realizados foi seis. O passo que apresentou maior freqüência de realização foi o passo quatro, relativo ao consumo de sal; e o passo que apresentou menor freqüência foi o passo nove, relativo à prática de atividade física.

Conclusão: a freqüência de alimentação saudável foi muito baixa. O conhecimento dos hábitos alimentares na população e sua distribuição conforme variáveis demográficas e socioeconômicas são importantes para orientar estratégias locais e nacionais a fim de promover hábitos saudáveis de alimentação e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

Palavras-chave: hábitos alimentares, dieta, nutrição, adultos.

Abstract

Objective: measure frequency and associated factors to eating habits using the *10 steps to Healthy Eating* proposed by the Ministry of Health in the adult population, 20 years old or over, in Pelotas / RS.

Methodology: a population based survey, with a sampling for conglomerate, was carried out. 3136 adults residents in the city of Pelotas were studied. The frequency of each step to healthy eating was collected through a pre-codified questionnaire.

Results: 1,1% of the population follows all the recommended steps. The average number of steps was six. Step four, concerning the intake o salt, showed the highest frequency; step nine, concerning physical activity, showed the lowest frequency in the study.

Conclusion: the frequency of healthy eating was very low. The knowledge about eating habits in the population and their distribution factors according to demographic and socio-economics variables are important to guide local and national strategies aiming to promote healthy eating habits and therefore improve life quality.

Keywords: food habits, diet, nutrition, adults

INTRODUÇÃO

O Brasil passou por um processo de industrialização-urbanização, que produziu profundos impactos na dinâmica populacional, cultural e nos dados de morbidade e mortalidade do país. Como conseqüência da queda das taxas de mortalidade e fecundidade, a população envelheceu; paralelamente, a globalização de mercados e da comunicação determinou mudanças no estilo de vida. Estes fatores refletiram no país um grande aumento na prevalência de doenças crônicas, como por exemplo, doenças do aparelho circulatório, cânceres e Diabetes Mellitus (1).

Tem-se verificado cada vez mais a importância da avaliação dos hábitos alimentares por sua relação com a ocorrência de doenças crônicas. Pela análise dietética, as necessidades nutricionais podem ser identificadas e programas de educação nutricional podem ser implementados, a fim de proporcionar melhores condições de saúde para a população. Os países economicamente desenvolvidos, assim como a maioria dos países em desenvolvimento, estão atualmente definindo estratégias para o controle de doenças crônicas, sendo uma destas a promoção da alimentação saudável.

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou um manual chamado *“Estratégia Mundial sobre Alimentação Saudável, Atividade física e Saúde”* com o objetivo de apresentar as evidências disponíveis sobre os principais associações entre dieta, atividade física e doenças crônicas (2).

No Brasil, uma das ações adotadas pelo Ministério da Saúde foi a elaboração dos *10 Passos para a Alimentação Saudável* (3) dentro do Plano Nacional para a Promoção da Alimentação Adequada e do Peso Saudável, cujos

objetivos são: aumentar o nível de conhecimento da população sobre a importância da promoção da saúde através da manutenção do peso saudável e de uma vida ativa; além de modificar atitudes sobre alimentação, prática de atividade física e prevenir o excesso de peso.

O presente estudo tem o objetivo de medir a freqüência dos 10 passos para a alimentação saudável na população adulta de Pelotas/RS, além de avaliar a freqüência de cada passo de acordo com variáveis demográficas e socioeconômicas.

MÉTODOS

Um amplo inquérito sobre saúde foi realizado através de um estudo transversal de base populacional no período de outubro a dezembro de 2005, incluindo adultos com 20 anos ou mais, residentes na zona urbana de Pelotas/RS. O inquérito abrangeu vários assuntos relacionados à saúde, tais como alimentação, atividade física, consultas médicas e odontológicas, entre outros.

O cálculo da amostra para este estudo foi baseado na freqüência de 12% para os hábitos saudáveis de alimentação (4). Utilizando um erro aceitável de 2 pontos percentuais e um nível de confiança de 95% e acrescentando 10% para suprir possíveis perdas e recusas, obteve-se um total de 1112 indivíduos.

A amostragem foi realizada em múltiplos estágios. Inicialmente os setores censitários da zona urbana de Pelotas foram ordenados de acordo com a renda média do chefe da família e selecionados com probabilidade proporcional ao tamanho. Este processo por conglomerados utilizou a lista de setores censitários do Censo Demográfico de 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística (IBGE) (5). Optou-se por trabalhar com 120 setores censitários de um total de 404, para minimizar o efeito de delineamento amostral (DEF). O DEF ocorre quando a escolha da amostra por conglomerados resulta em alterações na precisão das estimativas. O DEF pode ser medido através da divisão da variância estimada pelo processo por conglomerados por aquela que seria obtida caso o processo fosse por uma amostragem casual simples. Um DEF igual a um significa que a amostragem por conglomerados não traz nenhum prejuízo aos resultados; um DEF maior que um indica uma homogeneidade dentro do conglomerado e uma heterogeneidade entre os conglomerados e um DEF menor que um aponta conglomerados parecidos entre si, mas muito diferentes internamente (6).

Devido ao tempo decorrido desde a realização do Censo e o período de coleta dos dados, um reconhecimento dos setores foi realizado, com o objetivo de atualizar o número de domicílios de cada setor.

Nos domicílios selecionados, os indivíduos com idade a partir de 20 anos foram elegíveis para este estudo. Foram excluídos adultos institucionalizados ou com incapacidade mental, a qual impedisse o indivíduo de responder o questionário.

No presente estudo o desfecho avaliado foi o hábito alimentar de adultos residentes em Pelotas. Este hábito foi avaliado utilizando como referência os *10 Passos da Alimentação Saudável* propostos pelo Ministério da Saúde brasileiro (3). Os passos do Ministério da Saúde incluem:

1. Aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os cinco vezes por dia;

2. Coma feijão pelo menos uma vez por dia, no mínimo quatro vezes por semana;
3. Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo uma vez por semana;
4. Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa;
5. Faça pelo menos três refeições e um lanche por dia. Não pule as refeições;
6. Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo duas vezes por semana;
7. Reduza o consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário;
8. Aprecie sua refeição. Coma devagar;
9. Mantenha seu peso dentro de limites saudáveis – veja no serviço de saúde se seu IMC está entre 18,5 e 24,9 Kg/m²;
10. Seja ativo. Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro. Suba escadas. Não passe muitas horas assistindo TV.

Para a coleta dos dados sobre os passos relativos à alimentação foi construído um quadro, que permitiu verificar a frequência de consumo dos alimentos desejados no período de um ano. Este quadro apresentava em cada linha os tipos de alimentos e em cada coluna as frequências de consumo divididas em cinco categorias: menos que uma vez/semana, uma vez/semana, duas a três vezes/semana, quatro a seis vezes/semana e diariamente. Os passos coletados através deste quadro foram os seguintes: passo um (frutas, verduras e legumes),

passo dois (feijão), passo três (alimentos gordurosos) e passo sete (álcool e refrigerantes). Os outros passos foram coletados com perguntas diretas: passo quatro (*O Sr(a) costuma mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?*), passo cinco (*Quais refeições o Sr(a) costuma fazer por dia?*), passo oito (*O Sr(a) costuma comer muito rápido?*) e passo dez (*O Sr(a) faz atividade física regular?*). O Índice de Massa Corporal (IMC), relativo ao passo nove, foi calculado baseado em peso e altura auto-referidos.

As categorias que foram consideradas para a contemplação de cada passo foram as seguintes:

		< 1 vez por semana	1 vez por semana	2 – 3 vezes por semana	4 – 6 vezes por semana	Todo dia
Passo 1	Frutas					x
	Verduras e legumes					x
Passo 2	Feijão				x	x
Passo 3	Alimentos gordurosos (carne com gordura aparente, salsicha, frituras, salgadinhos)	x	x			
Passo 7	Refrigerantes	x	x	x	x	
	Bebidas alcoólicas	x	x	x	x	

Indivíduos que relataram ingerir frutas, verduras e legumes diariamente eram classificados como tendo aderido ao passo um. Adultos que declararam consumir feijão pelo menos quatro vezes por semana tinham aderido ao passo dois. O consumo de alimentos gordurosos no máximo uma vez por semana caracterizava a adesão ao passo três e o consumo de refrigerantes e bebidas alcoólicas em uma frequência inferior a seis vezes por semana constituía a adesão ao passo sete.

O passo quatro era atendido quando a resposta era negativa à pergunta sobre adição de sal nos alimentos já preparados. A adesão ao passo cinco foi considerada positiva quando o indivíduo relatava o hábito de realizar café da manhã, almoço, jantar e pelo menos um lanche. O passo seis era contemplado quando o adulto respondia duas vezes ou menos por semana à pergunta sobre a frequência do consumo de alimentos ricos em açúcar. O passo oito foi avaliado segundo a percepção do indivíduo acerca da velocidade com que fazia as refeições. Se a resposta era negativa à pergunta relativa à velocidade da refeição, o indivíduo era classificado como tendo aderido ao passo.

A adesão ao passo nove foi avaliada através do cálculo do IMC realizado a partir do peso e altura referidos pelos adultos. Indivíduos que responderam positivamente a questão sobre a prática de atividade física regular, atenderam ao passo dez.

As variáveis independentes avaliadas pelo estudo foram: demográficas (sexo e idade, categorizada em 20 – 39 anos, 40 – 59 anos e 60 anos ou mais) e escolaridade, dividida em categorias até 4 anos, de 5 a 8 anos, de 9 a 11 anos e 12 anos ou mais.

Os dados foram coletados por entrevistadoras treinadas, através de um questionário padronizado previamente testado em um estudo pré-piloto. Este questionário passou por alterações e foi novamente testado em um estudo piloto realizado em um setor censitário, que não estava incluído na amostra do estudo.

Foram consideradas perdas ou recusas quando, após pelo menos três visitas da entrevistadora e uma do supervisor de campo, não foi possível realizar a entrevista.

O controle de qualidade foi feito através de um questionário resumido contendo questões-chave para a verificação das respostas. Este questionário foi aplicado em 10% dos indivíduos entrevistados, selecionados aleatoriamente por setor censitário. A concordância entre as informações foi avaliada através do cálculo do índice Kappa. As variáveis testadas foram: cor dos olhos (0,81), fumo (0,83) e escolaridade (0,74).

Os questionários foram duplamente digitados utilizando o software EPI-INFO 6, após serem codificados e revisados. A análise dos dados foi realizada no programa STATA 9, levando em consideração o efeito de delineamento. A análise dos dados consistiu inicialmente de uma análise descritiva, e a seguir de análise bivariada através do teste qui-quadrado.

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Os entrevistados assinaram um termo de consentimento informado concordando com a participação no estudo.

RESULTADOS

Os domicílios elegíveis totalizaram 1597, destes, 1507 foram visitados. Nos domicílios visitados foram encontrados 3353 adultos elegíveis. Entre estes, ocorreram 217 perdas e recusas (6,5%), totalizando 3136 adultos entrevistados.

A Tabela 1 descreve as características da população, sendo 56,1% do sexo feminino. A maioria dos adultos tinha entre cinco e oito anos de estudo (34%). Em relação à idade, grande parte da população encontra-se entre 20 e 39 anos (43,3%).

As freqüências de cada um dos 10 passos da alimentação são apresentadas na Tabela 2. O passo que apresentou maior freqüência foi o passo quatro. Aproximadamente 90% dos indivíduos informaram não adicionar sal aos alimentos já prontos. A prática de atividade física foi o passo que menor freqüência apresentou. Menos de 30% da população faz atividade física regular.

Este estudo mostrou que 1,1% da população estudada segue todos os passos de uma alimentação saudável. Os 10 passos de alimentação possuem uma distribuição aproximadamente normal, com poucas pessoas realizando nenhum passo ou todos os passos, e a maioria dos indivíduos aderindo a seis passos, sendo esta a média e a mediana da distribuição da variável.

A Tabela 3 apresenta as freqüências dos cinco primeiros passos de alimentação saudável segundo as variáveis estudadas. Em quase todos os passos as mulheres apresentaram percentuais mais adequados. No entanto, no passo dois, relativo ao consumo de feijão quatro vezes por semana, os homens apresentaram um maior consumo. O aumento da idade esteve diretamente associado com a execução de todos os passos, tendo quase sempre maior freqüência entre as pessoas de idade mais avançada, apenas o passo dois foi mais freqüente nos indivíduos mais jovens. Apenas o passo três (consumo de alimentos gordurosos no máximo uma vez por semana) não apresentou associação com escolaridade, sendo a maioria dos passos mais freqüentes entre os indivíduos de menor escolaridade; apenas a freqüência do passo um (consumo de frutas, legumes e vegetais diariamente) foi maior entre os mais escolarizados.

A Tabela 4 apresenta as freqüências dos cinco últimos passos segundo sexo, idade e escolaridade. Os passos seis (consumo de doces no máximo duas

vezes por semana) e nove (manutenção do peso adequado) não mostraram associação com sexo, nos outros passos a frequência foi maior entre as mulheres, exceto no passo 10 (atividade física). Os passos seis, sete e oito apresentaram maiores frequências entre os indivíduos de idade igual ou superior a 60 anos e com escolaridade até quatro anos. Nos passos nove e 10, as maiores frequências foram entre os indivíduos de idade entre 20 e 39 anos e escolaridade de 12 anos ou mais.

A única variável que apresentou valores ignorados foi o IMC, pois o mesmo foi calculado através de peso e altura referidos; a proporção de perdas de informação foi de 3,3%.

O maior DEF identificado no presente estudo foi de 3,98, referente ao passo dois, relativo ao consumo de feijão, enquanto o passo 10, relativo à prática de atividade física, apresentou menor DEF.

DISCUSSÃO

Este é o primeiro estudo de base populacional que avalia o impacto da estratégia proposta pelo Ministério da Saúde para a promoção de hábitos saudáveis de alimentação em adultos. Inicialmente, no entanto, algumas limitações devem ser consideradas. O Ministério da Saúde propõe passos bem mais amplos do que aqueles aqui avaliados. No passo um, a recomendação é *“aumente e varie o consumo de frutas, legumes e verduras. Coma-os cinco vezes por dia”*. O delineamento do presente estudo e o instrumento utilizado não permitem avaliar todas essas dimensões. Este estudo avalia apenas a dimensão de frequência de consumo diário desses alimentos. A mesma limitação ocorre em

relação aos passos três (*reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo uma vez por semana*), passo quatro (*reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa*), passo seis (*reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo duas vezes por semana*) e passo sete (*reduza o consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário*), onde somente a frequência de consumo foi avaliada.

No que se refere ao passo quatro, deixamos de avaliar a presença de saleiro à mesa. Entendemos que a simples presença do saleiro não indicaria o consumo do produto. Quanto ao passo oito (*aprecie sua refeição. Coma devagar*) não avaliamos a dimensão relativa a apreciar a refeição. Esse aspecto, além de ser subjetivo, pode não estar associado ao fato de comer devagar. O Guia Alimentar para a população brasileira lançado em 2005 pelo Ministério da Saúde busca evitar essa subjetividade. As diretrizes para profissionais de saúde e membros da família são quantificadas e expressas como limites de consumo ou por número de porções (7).

Por este estudo ter usado um plano de amostragem por conglomerados, o efeito de delineamento foi considerado em todas as análises, o que garantiu a precisão das estimativas encontradas. A seguir será discutida a frequência de cada um dos passos estudados, segundo sexo, idade e escolaridade.

Passo 1: consumo diário de frutas, legumes e verduras.

Segundo o *The World Health Report 2002* da OMS, o baixo consumo destes alimentos está associado à cerca de 31% dos casos das doenças

isquêmicas do coração e 11% dos casos de derrame no mundo (8). A freqüência deste passo foi considerada alta. Similarmente, um inquérito realizado no Brasil encontrou uma freqüência de consumo diário de 74,5% (1); por outro lado, no estudo de Jaime et al, os resultados mostraram uma freqüência de consumo diário de 20,4% (9).

As mulheres possuem uma freqüência de consumo maior. Tais resultados são concordantes com outros estudos realizados no país (1, 9). Este resultado pode ser devido à tendência das mulheres em ter maior cuidado com a saúde (10).

Em relação à idade, os resultados são consistentes com outros estudos (9, 11). Estes apontam para o que pode ser chamado de efeito de idade, onde os indivíduos de idades mais avançadas possuem hábitos alimentares mais saudáveis, devido provavelmente a orientações de profissionais da saúde (12).

Diferenças significativas foram observadas quando analisada a escolaridade. Este achado é coerente com a literatura (1, 9) e é possível que esteja ligado ao maior acesso a estes alimentos e a informações sobre os benefícios dos mesmos para a saúde que os indivíduos com maior escolaridade possuem.

Passo 2: consumo de feijão no mínimo 4 vezes por semana.

Tradicionalmente, a dieta brasileira incluía alimentos tradicionais como feijão e arroz. Atualmente estes alimentos estão sendo substituídos por alimentos industrializados e com alto teor de gordura, açúcar e sal. Segundo Levy-Costa, o consumo de feijão apresentou um declínio de 31% nas últimas décadas (13).

Apesar deste cenário, a frequência de consumo no presente estudo foi alta (71,1%).

Segundo Mattos et al (14) mulheres apresentam um maior consumo de feijão, diferentemente dos resultados aqui apresentados. Analisando por categorias de idade, observou-se uma tendência de declínio do consumo com o aumento da idade. Em relação à escolaridade, o maior consumo foi verificado entre os indivíduos com até quatro anos de estudo, sugerindo que o processo de transição nutricional – em direção ao consumo de produtos industrializados – encontra-se provavelmente mais avançado entre indivíduos mais escolarizados (12).

Passo 3: *consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos no máximo 1 vez por semana.*

O consumo elevado de colesterol, lipídios e ácidos graxos saturados participam na etiologia das dislipidemias, obesidade, diabetes e hipertensão (15). Mais da metade dos indivíduos relatou um consumo considerado elevado de alimentos gordurosos. Este achado é compatível com a transição nutricional que está acontecendo no país, onde a contribuição dos lipídios no valor energético ultrapassa o percentual recomendado (13).

Descrevendo por sexo, os resultados encontrados no presente estudo são consistentes com outro estudo (16). Em relação à idade, a maior adesão a este passo foi encontrada em indivíduos com idade 60 anos ou mais e diminui com o declínio da idade. Este achado pode ser explicado pelo mesmo efeito relatado no

passo um, já que o consumo destes tipos de gorduras faz parte de um padrão não saudável de alimentação.

Em relação a escolaridade, as diferenças encontradas não foram significativas, embora segundo Gomes et al (4), os indivíduos com maior escolaridade têm um consumo menor de gorduras saturadas.

Passo 4: *consumo de sal adicional aos alimentos já prontos..*

O mecanismo de relação entre a alimentação e a hipertensão arterial não está bem esclarecido. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável sobre os níveis pressóricos. Os principais fatores nutricionais que estão associados com a alta prevalência de hipertensão arterial são o consumo de álcool, sódio e o excesso de peso, sendo um dos principais o consumo excessivo de sódio (17). Este foi o passo com a maior frequência encontrada neste estudo (87,2%). Os homens apresentaram consumo mais elevado de sal, o que pode ser explicado pela possibilidade das mulheres cuidarem mais da sua saúde (10).

Um achado importante foi o fato do consumo de sal diminuir com o aumento da idade. A prevalência de hipertensão está fortemente associada com o avanço da idade, entre outras coisas, e um consumo exagerado de sal nesta idade seria altamente prejudicial. Esta alta adesão ao passo pode ser admitida como seguimento de orientações de profissionais da saúde.

Passo 5: *faça pelo menos 3 refeições e 1 lanche por dia.*

A recomendação em relação ao número de refeições é de três a seis refeições diárias com intervalos de três horas, com pequenas quantidades de

alimentos cada uma (18). Diversos estudos (4, 19, 20) têm indicado a relação entre o fracionamento das refeições e alimentação saudável. Em um estudo realizado em São Paulo, Gomes mostrou que o Índice de Alimentação Saudável esteve associado com o número de refeições realizadas durante o dia (4). Nos EUA, em 1997, Redondo et al. evidenciaram a relação entre o número de refeições e menores níveis de colesterol sérico (20). Em um estudo realizado em Pelotas verificou-se que o maior número de refeições esteve associado com menor prevalência de obesidade (19).

Os resultados do presente estudo mostram que as mulheres realizam um maior número de refeições, assim como as pessoas de idade mais avançada, o que é compatível com o fato de que estes grupos apresentam melhores hábitos de alimentação (10).

Passo 6: *consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar no máximo 2 vezes por semana.*

O consumo desses produtos em uma frequência maior que duas vezes na semana foi de 41%. Esse consumo foi considerado baixo, embora a Pesquisa de Orçamento Familiar tenha mostrado um aumento de 400% na disponibilidade desses produtos (13).

As diferenças encontradas em relação ao sexo não foram significativas. A frequência de consumo de doces foi maior entre os indivíduos de menor idade, este achado pode ser explicado pelo padrão de consumo alimentar adotado atualmente, o qual tem uma predominância de alimentos industrializados (12).

Analisando por escolaridade, a maior freqüência de consumo foi encontrada entre os indivíduos de maior escolaridade, o que pode ter uma associação com o nível socioeconômico, onde o consumo é maior entre as pessoas de maior poder aquisitivo (13).

Passo 7: *consumo de álcool e refrigerantes. Evite o consumo diário.*

Nas últimas décadas, o consumo de álcool vem aumentando no mundo todo, sendo que a maior parte deste aumento vem acontecendo em países em desenvolvimento. Apesar deste quadro atual a freqüência do consumo diário de álcool e refrigerantes foi baixa (20,3%), este resultado pode ter sido afetado pelo fato das duas bebidas estarem sendo analisadas juntas. Para esclarecer esta dúvida, os dois tipos de bebida foram analisados separadamente, e mesmo assim o consumo diário de álcool foi considerado baixo (3,7%), e o de refrigerantes foi de 17,6%.

Passo 8: *coma devagar.*

Existem alguns estudos que avaliaram a velocidade através do número de mastigadas realizadas antes da deglutição (21), porém este método é de difícil aplicação. Todas as variáveis mostraram-se associadas com este passo.

Passo 9: *mantenha seu peso dentro dos limites saudáveis – veja no serviço de saúde se seu IMC está entre 18,5 e 24,9 Kg/m²*

O crescimento do sobrepeso e obesidade vem ocorrendo desde a década de 70. Os dois principais fatores relacionados com este fato são mudanças no consumo alimentar e redução da atividade física (22).

Excesso de peso não apresenta diferenças entre homens e mulheres. As prevalências de excesso de peso encontradas neste estudo foram semelhantes às aquelas encontradas nos estudos realizados em Pelotas em que o peso e a altura foram medidos (19, 23)

O excesso de peso tende a ser maior conforme aumenta a idade, provavelmente porque na idade mais avançada, o metabolismo torna-se mais lento (24). A escolaridade apresentou associação direta com o peso dentro de limites saudáveis. Possivelmente os indivíduos adultos mais escolarizados, tenham mais acesso a informação nutricional adequada, a alimentos menos calóricos e prática de atividade física, similarmente ao que ocorre nos países desenvolvidos (19).

Passo 10: *faça atividade física regular.*

O rápido crescimento das doenças crônicas associadas à inatividade física vem sendo registrado tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. A prática de atividade física regular é um dos principais componentes na prevenção das doenças crônicas (1).

Este passo foi o que apresentou menor frequência, este achado é compatível com os achados em outros estudos (19, 25). Em relação ao sexo, as diferenças encontradas são significativas. Outros estudos mostraram os mesmos resultados (1).

A freqüência da prática de atividade física diminui com o aumento da idade; este resultado também foi encontrado em outro estudo (1). Podemos admitir que este achado seja resultado da maior dificuldade em movimentar-se existente nesta faixa etária, devido a problemas próprios da idade e pela resistência natural do corpo.

Quando feita a análise por categorias de escolaridade, observamos que a prática de atividade física está diretamente relacionada com o grau de escolaridade. Este fato pode estar associado com o maior acesso a informações e a academias.

Concluindo, podemos dizer que apesar da dificuldade de comparação com outros estudos devido à ampla variedade dos métodos empregados para avaliar consumo alimentar, nossos resultados são consistentes com aqueles obtidos através da literatura.

O conhecimento dos hábitos alimentares na população e sua distribuição conforme variáveis demográficas e socioeconômicas são importantes para orientar estratégias locais e nacionais para promover hábitos saudáveis de alimentação e conseqüente melhoria da qualidade de vida.

**Tabela 1: Características socioeconômicas e demográficas da população.
Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005. (n=3136)**

	<i>N</i>	%
Sexo		
Masculino	1378	43,9
Feminino	1758	56,1
 Escolaridade (anos)		
0 – 4	603	20,4
5 – 8	1005	34,0
9 – 11	824	27,9
12 ou mais	522	17,7
 Idade (anos)		
20 – 39 anos	1358	43,3
40 – 59 anos	1181	37,7
60 anos ou mais	597	19,0

Tabela 2: Frequência dos 10 passos da alimentação saudável na população. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005.

10 PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	N	%
Passo 1: <i>Consumo diário de frutas, legumes e verduras</i>	1802	57,5
Passo 2: <i>consumo de feijão pelo menos 1 vez por dia, no mínimo 4 vezes por semana.</i>	2230	71,1
Passo 3: <i>consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos no máximo 1 vez por semana.</i>	1546	49,3
Passo 4: <i>não adição de sal aos alimentos já prontos.</i>	2735	87,2
Passo 5: <i>3 refeições e 1 lanche por dia.</i>	1789	57,1
Passo 6: <i>consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar no máximo 2 vezes por semana.</i>	1850	59,0
Passo 7: <i>Evite o consumo diário de álcool e refrigerantes.</i>	2500	79,7
Passo 8: <i>Coma devagar.</i>	1660	52,9

10 PASSOS DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL	N	%
Passo 9: <i>mantenha seu peso dentro dos limites saudáveis – veja no serviço de saúde se seu IMC está entre 18,5 e 24,9 Kg/m²</i>	1393	46,1
Passo 10: <i>Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias.</i>	914	29,2

Tabela 3: Freqüências dos cinco primeiros passos da alimentação saudável segundo as variáveis estudadas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005.

<i>Variáveis</i>	<i>Passo 1</i>	<i>Passo 2</i>	<i>Passo 3</i>	<i>Passo 4</i>	<i>Passo 5</i>
Sexo (valor p*)	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Masculino	48,8	77,8	36,4	83,9	52,3
Feminino	64,2	65,9	59,4	89,8	60,8
Idade (valor p#)	<0,001	0,047	<0,001	<0,001	<0,001
20-39 anos	51,7	72,0	35,1	82,9	54,1
40-59 anos	59,0	72,2	55,7	89,8	54,3
60 anos ou+	67,5	66,8	69,0	92,0	69,4
Escolaridade					
(valor p#)	<0,001	<0,001	0,265	0,021	0,005
Até 4 anos	51,6	81,1	54,9	90,5	60,0
5-8 anos	53,4	78,9	45,7	86,0	58,6
9-11 anos	62,9	64,2	45,9	88,0	55,2
12 anos ou+	68,2	52,3	51,5	84,5	52,9

* qui-quadrado de Pearson

tendência

Tabela 4: Frequências dos cinco últimos passos da alimentação saudável segundo as variáveis estudadas. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2005.

<i>Variáveis</i>	<i>Passo 6</i>	<i>Passo 7</i>	<i>Passo 8</i>	<i>Passo 9</i>	<i>Passo 10</i>
Sexo (valor p [*])	0,078	<0,001	<0,001	0,124	<0,001
Masculino	60,7	74,4	48,6	44,5	33,5
Feminino	57,6	83,9	56,4	47,3	25,8
Idade (valor p [#])	<0,001	0,003	<0,001	<0,001	0,036
20-39 anos	54,9	78,1	47,1	55,3	31,7
40-59 anos	62,7	79,3	52,8	39,1	26,6
60 anos ou+	60,8	84,4	66,5	38,2	28,3
Escolaridade					
(valor p [#])	<0,001	0,003	<0,001	0,020	<0,001
Até 4 anos	64,0	83,6	57,0	44,2	22,7
5-8 anos	60,2	79,2	55,4	44,0	23,7
9-11 anos	54,7	78,5	50,2	49,3	35,8
12 anos ou+	52,3	76,2	43,1	49,0	40,2

* qui-quadrado de Pearson

tendência

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Inquérito Domiciliar sobre comportamentos de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e distrito Federal 2002-2003. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer INCA; 2004.
2. Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
3. 10 Passos para Alimentação Saudável. [cited 2006 01/09/2006]; Available from: www.saude.gov.br
4. Gomes ALC. Indicador da qualidade da alimentação em mulheres nos diferentes estratos sociais [Dissertação para obtenção do grau de mestre]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
5. Censo Demográfico. 2000 [cited 2006 01/09/2006]; Available from: www.ibge.gov.br/censo2000
6. Silva NNd. Amostragem por conglomerados. In: Amostragem Probabilística: um curso introdutório. 2 ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2004.
7. Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
8. The World Health Report: reducing risks, promoting healthy life. Switzerland: World Health Organization; 2002.
9. Jaime PC, Monteiro CA. Fruit and vegetable intake by Brazilian adults, 2003. *Cad Saude Publica* 2005;21 Suppl:19-24.
10. Dias da Costa JS, Facchini LA. [Use of outpatient services in an urban area of Southern Brazil: place and frequency]. *Rev Saude Publica* 1997;31(4):360-9.
11. Alves ALSA, Olinto MTA, Costa JSDd, Bairros FSd, Balbinotti MAA. Padrões alimentares de mulheres adultas residentes em áreas urbana no sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2006;40(5):865-73.
12. Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. 2ª revisada e aumentada ed. São Paulo: Editora HUCITEC NUPENS/USP; 2000.
13. Levy-Costa RB, Sichieri R, Pontes Ndos S, Monteiro CA. [Household food availability in Brazil: distribution and trends (1974-2003)]. *Rev Saude Publica* 2005;39(4):530-40.
14. Mattos LL, Martins IS. [Dietary fiber consumption in an adult population]. *Rev Saude Publica* 2000;34(1):50-5.
15. Castro LCV, Franceschini SdCC, Priore SE, Pelúzio MdCG. Nutrição e doenças cardiovasculares: os marcadores de risco em adultos. *Revista Nutrição* 2004;17(3):369-377.
16. Bonomo E, Caiaffa WT, Cesar CC, Lopes AC, Lima-Costa MF. [Food intake according to socioeconomic and demographic profile: the Bambuí Project]. *Cad Saude Publica* 2003;19(5):1461-71.
17. Bisi Molina Mdel C, Cunha Rde S, Herkenhoff LF, Mill JG. [Hypertension and salt intake in an urban population]. *Rev Saude Publica* 2003;37(6):743-50.

18. Dutra JEdO, Moreira EAM, Portella O, Berezovsky MW. Normas e Guias Alimentares para a população brasileira: delineamentos metodológicos e critérios técnicos. São Paulo: Instituto Danone; 2002.
19. Gigante DP, Barros FC, Post CL, Olinto MT. [Prevalence and risk factors of obesity in adults]. *Rev Saude Publica* 1997;31(3):236-46.
20. Redondo MR, Ortega RM, Zamora MJ, Quintas ME, Lopez-Sobaler AM, Andres P, et al. Influence of the number of meals taken per day on cardiovascular risk factors and the energy and nutrient intakes of a group of elderly people. *Int J Vitam Nutr Res* 1997;67(3):176-82.
21. He Q, Ding ZY, Fong DY, Karlberg J. Risk factors of obesity in preschool children in China: a population-based case--control study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000;24(11):1528-36.
22. Mendonca CP, dos Anjos LA. [Dietary and physical activity factors as determinants of the increase in overweight/obesity in Brazil]. *Cad Saude Publica* 2004;20(3):698-709.
23. Gigante DP, Dias-da-Costa JS, Olinto MT, Menezes AM, Silvia M. [Adult obesity in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, and the association with socioeconomic status]. *Cad Saude Publica* 2006;22(9):1873-9.
24. Najas MS, Andreazza R, de Souza AL, Sachs A, Guedes AC, Sampaio LR, et al. [Eating patterns among the elderly of different socioeconomic groups living in a urban area of southeastern Brazil]. *Rev Saude Publica* 1994;28(3):187-91.
25. Salles-Costa R, Heilborn ML, Werneck GL, Faerstein E, Lopes CS. [Gender and leisure-time physical activity]. *Cad Saude Publica* 2003;19 Suppl 2:S325-33.

Press-release

PESQUISA AVALIA HÁBITOS SAUDÁVEIS DE ALIMENTAÇÃO EM ADULTOS DA CIDADE DE PELOTAS

Diversos estudos têm demonstrado que a frequência de doenças crônicas como diabetes, obesidade e doenças do coração está crescendo no Brasil e no mundo. Uma das principais causas deste grupo de doenças é a alimentação inadequada. Com o objetivo de orientar a população a ter uma alimentação mais adequada o Ministério da Saúde brasileiro lançou os 10 Passos para uma alimentação saudável. Estes 10 passos englobam as seguintes orientações relacionadas ao consumo de certos alimentos, tais como: frutas, legumes, vegetais, feijão, alimentos gordurosos, sal, refrigerantes, bebidas alcoólicas e doces; relacionadas ao número de refeições realizadas e a velocidade da refeição; e orientações relacionadas ao estilo de vida, tais como prática de atividade física e manutenção do peso dentro dos limites saudáveis.

A nutricionista Daniele Botelho Vinholes realizou uma pesquisa, com o objetivo de conhecer a frequência dos 10 passos da alimentação saudável propostos pelo Ministério da Saúde nos adultos da cidade de Pelotas. A pesquisa foi realizada dentro do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Faculdade de Medicina da UFPel, para obtenção do título de Mestre, sob orientação da Prof^a Dra. Maria Cecília Formoso Assunção e Prof^a Dra. Marilda Borges Neutzling. A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro a dezembro de 2005, e incluiu 3136 adultos de ambos os sexos com idades a partir de 20 anos.

Os resultados mostraram que, apenas um entre cada 100 adultos de Pelotas cumpre todos os passos de uma alimentação saudável. Segundo a pesquisadora, esta frequência é muito baixa e requer atenção das autoridades responsáveis, pois uma alimentação saudável é fundamental para a prevenção de doenças crônicas.

ANEXO I

Questionário

C1) PENSE SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO NO ÚLTIMO ANO. DESDE <MÊS> DO ANO PASSADO, COM QUE FREQUÊNCIA O(A) SR.(A) COMEU CADA UM DOS SEGUINTE ALIMENTOS?

<i>Caso o(a) entrevistado(a) responda entre dois números que aparecem em colunas diferentes, por exemplo, 1 ou 2 vezes por semana, repita a pergunta e peça para ele(a) dizer como foi na maioria das vezes.</i>							
MARQUE UM X EM CADA COLUNA PARA CADA ALIMENTO.							
	< 1x/sem (0)	1x/sem (1)	2-3x/sem (2)	4-6x/sem (3)	Diariamente (4)	Escore	
Suco de laranja							<i>SSUCO</i> ____
Fruta, sem contar suco							<i>SFRUTA</i> ____
Feijão							<i>SFEIJAO</i> ____
Refrigerantes							<i>SREFRI</i> ____
Pão branco, biscoitos, bolo							<i>SPBRA</i> ____
Pão preto							<i>SPPRETO</i> ____
Salada verde (vegetais crus)							<i>SSALADA</i> ____
Outros vegetais (cozidos ou fritos)							<i>SGORD</i> ____
Alimentos gordurosos (carne com gordura, salsicha, frituras, salgadinhos)							<i>SVEGETAL</i> ____
Cereais com fibras ou farelos							<i>SCEREAL</i> ____
Batatas							<i>SBATATA</i> ____
Bebidas alcoólicas							<i>SALCOOL</i> ____
<p>C2) Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma comer doces, balas e bolachas recheadas?</p> <p>(0) <1 vez por semana (1) 1 vez por semana (2) 2 vezes por semana (3) 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana</p>							<i>SDOCE</i> ____
<p>C3) O(a) Sr.(a) costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>							<i>SSAL</i> ____
<p>C4) O(a) Sr.(a) costuma comer muito rápido?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>							<i>SCOMRAP</i> ____

C5) Quais refeições o(a) Sr.(a) costuma fazer por dia?			
Café da manhã	(0) Não	(1) Sim	<i>SCAFE</i> ____
Lanche da manhã	(0) Não	(1) Sim	<i>SMANHA</i> ____
Almoço	(0) Não	(1) Sim	<i>SALMOC</i> ____
Lanche ou café da tarde	(0) Não	(1) Sim	<i>STARDE</i> ____
Jantar ou café da noite	(0) Não	(1) Sim	<i>SJANTA</i> ____
Lanche antes de dormir	(0) Não	(1) Sim	<i>SNOITE</i> ____

ANEXO II

Manual de instruções

BLOCO C: BLOCO DE ADOLESCENTES E ADULTOS

ESTE BLOCO DEVE SER APLICADO A ADOLESCENTES E ADULTOS

PERGUNTA C1. Pense sobre sua alimentação no último ano. Desde <mês> do ano passado, com que frequência o Sr.(a) comeu cada um dos seguintes alimentos?

A frequência de consumo é em relação ao período do último ano (12 meses). Caso ocorra mudança de hábito no último ano, o período de tempo que deve ser considerado é sempre o MAIOR.

Por exemplo: A pessoa responde: “Faz três meses que eu como frutas todos os dias” – Assim, deve-se perguntar como era o consumo antes dos três meses, pois o período anterior é maior, logo, deve-se registrar como era o consumo nos 9 meses antes da mudança.

Se a mudança no consumo tiver se dado há seis meses (metade de um ano) deve-se registrar os últimos seis meses.

O questionário dá a opção de resposta em quantas vezes por semana os alimentos são consumidos. “Vezes” se refere a quantos dias por semana e NÃO equivalem a quantas vezes por dia.

Por exemplo: A pessoa responde: “Eu como pão preto duas vezes por dia” – Não interessa saber quantas vezes por dia e sim, quantos dias na semana. Logo, deve-se perguntar: “Mas quantos dias da semana o Sr.(a) come pão preto?”

Se a pessoa não come o alimento, por qualquer motivo, deve-se marcar escore zero (<1x/semana).

Suco de laranja: suco concentrado também é considerado, só não entra os sucos em pó;

Fruta sem contar suco: qualquer fruta;

Feijão: qualquer tipo de feijão, branco, preto, pintado, malhado, etc;

Refrigerantes: qualquer tipo de refrigerante – normal, light ou diet.;

Pão branco, biscoitos e bolo: cacetinho, pão de sanduíche, etc. Biscoito, bolacha e bolo;

Pão preto: pão integral, de centeio, de linho, etc. Qualquer pão que não seja branco;

Salada verde (vegetais crus): salada crua, independente de o vegetal ser verde ou não, exemplo: tomate, cebola, alface e pepino;

Outros vegetais (cozidos ou fritos): qualquer outro vegetal que seja cozido ou frito como: couve, abóbora, cenoura, beterraba, brócolis, couve-flor, etc;

Alimentos gordurosos (carne com gordura, salsicha, frituras, salgadinhos): citar os alimentos gordurosos que constam na tabela;

Cereais com fibras ou farelos: aveia, farelo, gérmen ou fibra de trigo, soja, gergelim, linhaça, granola, cereal de milho, sucrilhos, barra de cereal, etc;

Batatas: em qualquer tipo de preparação, tais como: frita, assada, purê de batata, nhoque... As batatas industrializadas, como batata chips e batata palha, **NÃO DEVEM SER CONSIDERADAS, estas devem ser consideradas como alimentos gordurosos.**

Bebidas alcoólicas: qualquer tipo bebida alcoólica.

PERGUNTA C2. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma comer doces, balas e bolachas recheadas?

Anotar a frequência com que a pessoa consome estes tipos de alimento. As alternativas não devem ser lidas.

PERGUNTA C3. O Sr(a) costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?

Nesta questão se quer saber se a pessoa adiciona mais sal após a sua comida já estar servida em seu prato. Gostaríamos de saber apenas sobre sal adicionado aos alimentos após o seu preparo. As alternativas não devem ser lidas.

PERGUNTA C4. O Sr(a) costuma comer muito rápido?

Nesta questão se quer saber se a pessoa considera que faz sua refeição muito rapidamente. As alternativas não devem ser lidas.

PERGUNTA C5. Quais refeições o Sr(a) costuma fazer por dia?

Nesta questão as alternativas devem ser lidas para o(a) entrevistado(a).
Marcar a resposta correspondente.

ANEXO III

**Normas para publicação na Revista de Saúde
Pública**

Normas da Revista de Saúde Pública

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados. Devem ter a objetividade como princípio básico. O autor deve deixar claro quais as questões que pretende responder.

- devem ter de 2.000 a 4.000 palavras, excluindo tabelas, figuras e referências.
- as tabelas e figuras devem ser limitadas a 5 no conjunto, recomendando incluir apenas dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas, com dados dispersos e de valor não representativo. Quanto às figuras, não são aceitas aquelas que repetem dados de tabelas.
- as referências bibliográficas estão limitadas a um número máximo de 25, devendo incluir aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Referências a documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, podem ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A **Introdução** deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no

artigo. Os **Métodos** empregados, a população estudada, a fonte de dados e critérios de seleção, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade. A seção de **Resultados** deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. Devem ser separados da Discussão. A **Discussão** deve começar apreciando as limitações do estudo, seguida da comparação com a literatura e da interpretação dos autores, extraíndo as conclusões e indicando os caminhos para novas pesquisas.

Os manuscritos devem ser preparados de acordo com as "Instruções aos Autores" da Revista.

- Os manuscritos devem ser digitados em extensão .doc, .txt ou .rtf. Deve ser apresentado com **letras arial, corpo 12**, em folha de papel branco, tamanho A-4, mantendo margens laterais de 3 cm, espaço duplo em todo o texto, incluindo página de identificação, resumos, agradecimentos, referências e tabelas.

- cada manuscrito deve ser enviado em uma via em papel, por correio e o arquivo do texto para o e-mail da Revista.

- todas as páginas devem ser numeradas a partir da página de identificação.

Página de identificação - Deve conter:

a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, evitando palavras supérfluas. Recomenda-se começar pelo termo que represente o aspecto mais importante do trabalho, com os demais termos em ordem decrescente de importância. Deve ser apresentada a versão do título para o **idioma inglês**. O limite de caracteres é 93, incluindo os espaços.

- b)** Indicar no rodapé da página o título abreviado, com até 40 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.
- c)** Nome e sobrenome de cada autor pelo qual é conhecido na literatura.
- d)** Instituição a que cada autor está afiliado, acompanhado do respectivo endereço.
- e)** Nome do departamento e da instituição no qual o trabalho foi realizado.
- f)** Nome e endereço do autor responsável para troca de correspondência.
- g)** Se foi subvencionado, indicar o tipo de auxílio, o nome da agência financiadora e o respectivo número do processo.
- h)** Se foi baseado em tese, indicar o título, ano e instituição onde foi apresentada.
- i)** Se foi apresentado em reunião científica, indicar o nome do evento, local e data da realização.

Resumos e Descritores - Os manuscritos para as seções Artigos Originais, Revisões, Comentários e similares devem ser apresentados contendo dois resumos, sendo um em português e outro em inglês. Quando o manuscrito foi escrito em espanhol, deve ser acrescentado resumo nesse idioma. Para os **artigos originais** os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 250 palavras, destacando o principal objetivo e os métodos básicos adotados, informando sinteticamente local, população e amostragem da pesquisa; apresentando os resultados mais relevantes, quantificando-os e destacando sua importância estatística; apontando as conclusões mais importantes, apoiadas nas evidências relatadas, recomendando estudos adicionais quando for o caso. Para as demais seções, o formato dos resumos deve ser o **narrativo**, com até 150 palavras. Basicamente deve ser destacado o objetivo, os métodos usados para

levantamento das fontes de dados, os critérios de seleção dos trabalhos incluídos, os aspectos mais importantes discutidos e as conclusões mais importantes e suas aplicações. Abreviaturas e siglas devem ser evitadas; citações bibliográficas não devem ser incluídas em qualquer um dos dois tipos. **Descritores** devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "Descritores em Ciências da Saúde" (DeCS), quando acompanharem os resumos em português, e do Medical Subject Headings (MeSH), quando acompanharem os "Abstracts". Se não forem encontrados descritores disponíveis para cobrirem a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos ou expressões de uso conhecido.

Agradecimentos - Contribuições de pessoas que prestaram colaboração intelectual ao trabalho como assessoria científica, revisão crítica da pesquisa, coleta de dados entre outras, mas que não preencham os requisitos para participar de autoria, devem constar dos "Agradecimentos" desde que haja permissão expressa dos nomeados. Também podem constar desta parte agradecimentos a instituições pelo apoio econômico, material ou outros.

Referências - As referências devem ser ordenadas alfabeticamente, numeradas e normalizadas de acordo com o estilo Vancouver. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Index Medicus, e grifados. Publicações com 2 autores até o limite de 6 citam-se todos; acima de 6 autores, cita-se o primeiro seguido da expressão latina et al.

Referências a comunicação pessoal, trabalhos inéditos ou em andamento e artigos submetidos à publicação não devem constar da listagem de Referências. Quando essenciais, essas citações podem ser feitas no rodapé da página do texto onde foram indicadas. Referências a documento de difícil acesso, em geral de

divulgação circunscrita a uma instituição, a um evento e a outros similares, não devem ser citadas; quando imprescindível, podem figurar no rodapé da página que as cita. Da mesma forma, informações citadas no texto, extraídas de monografias ou de artigos eletrônicos, não mantidos permanentemente em sites, não devem fazer parte da lista de referências, mas podem ser citadas no rodapé das páginas que as citam.

A identificação das **referências no texto, nas tabelas e figuras** deve ser feita por número arábico, correspondendo à respectiva numeração na lista de referências. Esse número deve ser colocado em expoente, podendo ser acrescido do nome(s) do(s) autor(es) e ano da publicação. Se forem dois autores, citam-se ambos ligados pela conjunção "e"; se forem mais de três, cita-se o primeiro autor seguido da expressão "et al".

A exatidão das referências constantes da listagem e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor(es) do manuscrito.

Tabelas - Devem ser apresentadas separadas do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabelas extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação. Tabelas consideradas adicionais pelo Editor não serão publicadas, mas poderão ser colocadas à disposição dos leitores, pelos respectivos autores, mediante nota explicativa.

Quadros são identificados como Tabelas, seguindo uma única numeração em todo o texto.

Figuras - As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos etc.), devem ser citadas como figuras. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto; devem ser identificadas fora do texto, por número e título abreviado do trabalho; as legendas devem ser apresentadas ao final da figura; as ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução, com resolução mínima de 300 dpi.. Não se permite que figuras representem os mesmos dados de Tabela. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras coloridas são publicadas excepcionalmente, e os custos de impressão são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Estas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.

Abreviaturas e Siglas - Deve ser utilizada a forma padrão. Quando não o forem, devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez; quando aparecem nas tabelas e nas figuras devem ser acompanhadas de explicação quando seu significado não for conhecido. Não devem ser usadas no título e no resumo e seu uso no texto deve ser limitado.