



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**AUTOPERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, FATORES ASSOCIADOS E SUA
COMPARAÇÃO COM O HÁBITO ALIMENTAR ENTRE INDIVÍDUOS DE 18 ANOS OU MAIS EM
ÁREA URBANA DO EXTREMO SUL DO BRASIL.**

Dissertação de Mestrado

KARLA PEREIRA MACHADO

**RIO GRANDE, RS
FEVEREIRO DE 2017**



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



**AUTOPERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, FATORES ASSOCIADOS E SUA
COMPARAÇÃO COM O HÁBITO ALIMENTAR ENTRE INDIVÍDUOS DE 18 ANOS OU MAIS EM
ÁREA URBANA DO EXTREMO SUL DO BRASIL.**

Mestranda: KARLA PEREIRA MACHADO

Orientador: RAÚL A. MENDOZA-SASSI

RIO GRANDE, RS
FEVEREIRO DE 2017

KARLA PEREIRA MACHADO

**AUTOPERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, FATORES ASSOCIADOS E SUA
COMPARAÇÃO COM O HÁBITO ALIMENTAR ENTRE INDIVÍDUOS DE 18 ANOS OU MAIS EM
ÁREA URBANA DO EXTREMO SUL DO BRASIL.**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Raúl A. Mendoza-Sassi

RIO GRANDE, RS
FEVEREIRO DE 2017

KARLA PEREIRA MACHADO

**AUTOPERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, FATORES ASSOCIADOS E SUA
COMPARAÇÃO COM O HÁBITO ALIMENTAR ENTRE INDIVÍDUOS DE 18 ANOS OU MAIS EM
ÁREA URBANA DO EXTREMO SUL DO BRASIL.**

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Raúl A. Mendoza-Sassi

Orientador (Presidente)

Prof^a. Dr^a. Juliana dos SantosVaz

Examinador externo – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Juraci Almeida Cesar

Examinador interno – Universidade Federal do Rio Grande

Prof^a. Dr^a. Lulie Rosane Odeh Susin

Examinador Suplente – Universidade Federal do Rio Grande

RIO GRANDE, RS
FEVEREIRO DE 2017

*“Agradeço todas as dificuldades que enfrentei;
Não fosse por elas, eu não teria saído do lugar.
As facilidades nos impedem de caminhar.
Mesmo as críticas nos auxiliam muito.”*

Chico Xavier

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pelo que sou e pelas oportunidades postas na minha vida.

À minha família, por sempre estar disposta a me ajudar quando preciso e em especial a minha mãe, que apesar das dificuldades sempre que pode me proporciona o melhor, além de me incentivar a não desistir dos meus objetivos. Muito obrigada por tudo, te amo muito!

À todos que cruzaram meu caminho no meio acadêmico desde a graduação até este momento, pois sempre se leva um pouco das pessoas que passam pela nossa vida.

Ao meu orientador, é necessário fazer um agradecimento mais do que especial, pois é um dos melhores professores que tive na vida. Além de saber compartilhar de forma única seus conhecimentos, nos momentos mais difíceis e principalmente quando fraquejei querendo desistir foi ele que, conversou comigo e me deu coragem para seguir em frente, me fez entender que não preciso da aceitação de todos e que o que preciso é mais confiança em mim mesmo. Eu nunca vou esquecer cada orientação que tivemos, onde o respeito, a tranquilidade e o incentivo sempre se fizeram presentes. Professor Dr. Raúl Mendonza-Sassi muito obrigada por tudo! O crescimento que tive ao longo desses dois anos foi em boa parte por sua causa.

Aos membros da banca pela disponibilidade, cedendo uma parte do seu tempo para a contribuição da versão final deste trabalho. Em especial a professora Juliana que me acompanha desde a graduação.

Aos funcionários do Programa de Pós Graduação em Saúde Pública que sempre foram gentis e estiveram dispostos a ajudar.

Aos demais professores e colegas do programa e os colegas do consórcio, obrigada pelo aprendizado e por contribuírem na minha formação, vocês foram muito importantes nessa caminhada.

Não posso jamais deixar de agradecer a todos da equipe do estudo “Siga- Bagé”, pois me deram uma grande oportunidade acreditando no meu crescimento profissional e sempre dispostos a me auxiliar, além de sempre estarem torcendo pelo meu sucesso. Espero continuar por muito tempo fazendo parte dessa equipe, contem comigo sempre! Elaine Thumé, minha eterna gratidão pela oportunidade, incentivo e carinho.

Também preciso agradecer as minhas amigas, as que chegaram recentemente e as que cultivo há anos, todas foram essenciais nos momentos de angústia, de desabafo e estiveram prontas para me escutar e me fazerem rir. Um especial para Carolina Braga que me deu uma grande forcinha no inglês.

Não esqueceria as amizades que a FURG me deu: as meninas do “Perinatal”. Aquela salinha tem muita história. Minhas queridas, Carol, Kemiê, Suellen, Tatiane e Luana vocês também foram essenciais para eu continuar a caminhada difícil durante o consórcio, escutaram meus dilemas, me aconselharam e garantiram risadas e muitas guloseimas. Luana o especial aqui vai para ti, que é gênio em estatística e me ajudou tanto para a tão temida prova de qualificação.

E por último, mas não menos importante meu namorado Júnior Asnoum, que aguentou o meu mau humor, os dias e as noites que não podíamos sair para eu poder estudar, me levou de casa em casa por vários bairros de Rio Grande para fazer a visitação dos domicílios no consórcio e me fez rir quando eu estava triste, tudo com muito amor e carinho. Sempre sendo meu companheiro e incentivador do pensamento positivo. Te amo muito meu mimo.

Muito obrigada à todos que de alguma forma estiveram junto nessa caminhada.

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

| | |
|---------|--|
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CEPAS | Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde |
| DCNT | Doenças Crônicas Não Transmissíveis |
| EBIA | Escala Brasileira de Insegurança Alimentar |
| FURG | Universidade Federal do Rio Grande |
| GPS | Sistema de Posicionamento Global |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| IPAQ | International Physical Activity Questionnaire |
| NHANES | National Health and Nutrition Exam Survey |
| PHQ | Patient Health Questionnaire |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNS | Pesquisa Nacional de Saúde |
| PPGCS | Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde |
| PPGSP | Programa de Pós-graduação em Saúde Pública |
| PSS | Perceived Stress Scale |
| SINE | Sistema Nacional de Emprego |
| VIGITEL | Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico |
| WHOQOL | World Health Organization Quality of Life |

LISTA DE QUADROS, FIGURAS E TABELAS

Quadros do Projeto de Pesquisa:

| | |
|---|----|
| Quadro 1 . Estratégia de Busca..... | 21 |
| Quadro 2. Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados | 37 |
| Quadro 3. Caracterização das variáveis independentes | 38 |
| Quadro 4. Variáveis que compõem a variável de padrão alimentar (score)..... | 41 |
| Quadro 5. Orçamento inicial do projeto de pesquisa | 47 |

Lista de Figuras do Projeto de Pesquisa:

| | |
|---|----|
| Figura 1.Esquema de seleção de artigos | 22 |
| Figura 2. Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados | 35 |
| Figura 3.Mapa do Rio Grande | 35 |
| Figura 4. Modelo hierárquico de análise..... | 45 |

Quadros do Relatório de Campo:

| | |
|--|-----|
| Quadro 1. Descrição dos alunos, áreas de graduação e temas do Consórcio de Pesquisa Saúde da População Riograndina 2015/2016 | 88 |
| Quadro 2. Gastos finais do consórcio de pesquisa “Saúde da População Riograndina 2015/2016” | 101 |

Lista de Figuras do Relatório de Campo:

| | |
|---------------------------------|----|
| Figura 1. Logo da pesquisa..... | 89 |
|---------------------------------|----|

Tabelas do Artigo

| | |
|---|-----|
| Tabela 1. Descrição das variáveis estudadas. Rio Grande/RS, 2016 (n= 1.300) | 135 |
| Tabela 2. Associação entre autopercepção alimentar e indicadores de alimentação saudável. Rio Grande/RS. 2016. (n=1.297). | 138 |
| Tabela 3. Análise bruta e ajustada de fatores associados a autopercepção da alimentação saudável, em adultos e idosos de Rio Grande/RS, 2016. (n= 1.297). | 139 |

RESUMO

Autopercepção de alimentação saudável, fatores associados e sua comparação com o hábito alimentar entre indivíduos de 18 anos ou mais em área urbana do extremo sul do Brasil.

Objetivo: O presente estudo tem por objetivo analisar como a autopercepção da alimentação do indivíduo se associa ao hábito alimentar relatado mediante indicadores utilizados em inquéritos epidemiológicos.

Delineamento: Trata-se de um estudo transversal de base populacional.

População alvo: Indivíduos de 18 anos ou mais de idade, residentes da zona urbana do município do Rio Grande, RS.

Desfecho: O desfecho foi investigado através da pergunta “*Como o sr.(a) considera sua alimentação?*” e verificada a associação com o hábito alimentar construído a partir de 13 indicadores de alimentação saudável.

Processo Amostral: Para seleção da amostra foi realizado sorteio dos setores censitários e dos domicílios. O questionário foi aplicado a todos os moradores elegíveis nos domicílios sorteados, no período de abril a julho do ano de 2016.

Resultados: Foram entrevistados 1.300 indivíduos. A autopercepção alimentar saudável foi referida por 71,3% dos entrevistados. Dos 13 indicadores que compuseram a alimentação saudável, 11 se mostraram significativamente associados com a autopercepção alimentar boa. Na análise da concordância entre o desfecho e a variável hábito alimentar adequado, obteve-se coeficiente *Kappa* de 0,24, sendo, considerada fraca, na análise entre autopercepção da alimentação e cada um dos indicadores também se obteve um *Kappa* baixo ($k < 0,20$). A curva ROC construída com o escore de hábito alimentar e autopercepção adequada teve um área sobre a curva de 69,4%. Nos fatores associados observou-se que na idade a probabilidade maior do desfecho foi observada nos indivíduos com 61 anos ou mais (35%), os indivíduos pertencentes ao último quartil de renda e os indivíduos que faziam 150 minutos ou mais de atividade física no lazer apresentaram um aumento na probabilidade de autopercepção adequada de 17%.

Conclusões: A investigação sobre auto-percepção alimentar através de uma pergunta única é útil para rastreamento populacional, entretanto não exclui a necessidade de investigação detalhada dos hábitos alimentares.

Palavras-chave: Percepção. Hábitos alimentares. Consumo de alimentos.

Abstract

Self perception of healthy feeding, associations factors and your comparison with feed habit between individuals of 18 years or more in urban area from extreme south of Brazil.

Objective: This study has the objective of analyze how the self-perception individuals' feeding is associated to the feeding habit related with the indicators used in epidemiological inquiry.

Design: This is a transversal study about population base.

Target population: Individuals 18 year old or more living in urban área of the urban zone of the municipality of Rio Grande, RS.

Outcome: The result was investigated through the question "how do you consider your feeding?" and the association with the eating habit constructed from 13 indicators' healthy feeding.

Sampling: To select the sample it was realized a draw of the census sectors and of the household. It was applied one questionnaire to all the residents from the drawn households between the months of april to july of 2016.

Results: It was interviewed 1.300 individuals. The self-perception healthy feeding was indicated for 71,3% of the interviewed. From the 13 indicators that composed the healthy feeding, 11 showed significantly associated with the self-perception of well feeding. In this analyze of agreement between the outcome and the variable feeding habit it was obtained the Kappa coefficient's 0,24, being considerate weak; In the analyze between self-perception's feeding and each one of indicators also has got a low Kappa ($k < 0,20$). The curve ROC constructed with habit feeding score and self-perception appropriated had an area on the curve of 69,4%. In the associated factors it was observed that the higher probability of the outcome it was observed in individuals 61 years old or more (35%), the individuals belonging to the last income quartile and individuals who workout at least 150 minutes or more showed an increased in the probability of adequate self-perception of 17%.

Conclusions: The investigation about self-perception feeding throught a unique question is useful to population tracking however do not exclude a detailed investigation about the feeding habits.

Key-words: Perception. Food Habits. Food Consumption..

Sumário

| | |
|---|------------|
| APRESENTAÇÃO | 13 |
| 1 PROJETO DE PESQUISA | 15 |
| 2 RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO | 84 |
| 3 NORMAS PARA REVISTA | 106 |
| 4 ARTIGO ORIGINAL | 115 |
| 4 NOTA PARA A IMPRENSA..... | 145 |
| 5 ANEXOS..... | 147 |

APRESENTAÇÃO

Apresentação

Conforme previsto no regimento do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande, esta Dissertação de Mestrado é composta pelas seguintes seções: projeto de pesquisa, relatório do trabalho de campo, artigo científico original, nota para a imprensa e anexos.

Este volume final de dissertação foi elaborado pela mestranda Karla Pereira Machado, orientada pelo Prof. Dr. Raúl A. Mendoza-Sassi. O projeto de pesquisa foi defendido dia 04 de dezembro de 2015 tendo como banca avaliadora a Prof^a Dr^a Juliana dos Santos Vaz (Universidade Federal de Pelotas) e o Prof. Dr. Juraci Almeida Cesar (Universidade Federal do Rio Grande). A versão aqui apresentada contém modificações sugeridas pelos revisores. A banca examinadora da dissertação será composta pelos mesmos.

A presente dissertação faz parte de um inquérito realizado na Zona urbana de Rio Grande, RS e objetivou estudar as condições de saúde e os fatores associados na população com 18 anos ou mais.

O relatório do trabalho de campo foi elaborado para ser utilizado por todos os participantes do consórcio “Saúde da população Riograndina”, com as descrições das atividades realizadas durante o trabalho de campo.

A nota para a imprensa foi elaborada para a divulgação dos resultados desta dissertação à imprensa local e à comunidade.

O artigo original intitulado “AUTOPERCEPÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: prevalência, fatores associados e comparação com indicadores de hábito alimentar.”, foi formatado de acordo com as normas da revista *Cadernos de Saúde Pública* para onde será submetido após a defesa e alterações sugeridas pela banca examinadora.

1. PROJETO DE PESQUISA



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

**AUTOPERCEPÇÃO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, FATORES ASSOCIADOS E SUA
COMPARAÇÃO COM O HÁBITO ALIMENTAR ENTRE ADULTOS E IDOSOS EM ÁREA URBANA
DO EXTREMO SUL DO BRASIL**

Projeto de pesquisa

KARLA PEREIRA MACHADO

Rio Grande, 2016

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 19 |
| 2 | REVISÃO DE LITERATURA | 21 |
| 2.1 | Modelo Transteórico | 22 |
| 2.2 | Autoeficácia | 24 |
| 2.3 | Inquéritos Nutricionais | 25 |
| 2.4 | Autopercepção de Saúde | 27 |
| 2.5 | Autopercepção Alimentar | 28 |
| 3 | JUSTIFICATIVA | 30 |
| 4 | OBJETIVOS | 32 |
| 4.1 | Objetivo Geral | 31 |
| 4.2 | Objetivos Específicos | 31 |
| 5 | HIPÓTESES | 33 |
| 6 | METODOLOGIA | 34 |
| 6.1 | Local de Estudo | 34 |
| 6.2 | População de Estudo e Critérios de Seleção | 35 |
| 6.3 | Delineamento | 35 |
| 6.4 | Parâmetros Amostrais | 36 |
| 6.5 | Instrumento | 37 |
| 6.5.1 | Desfecho | 40 |
| 6.6 | Seleção e Treinamento dos Entrevistadores | 41 |
| 6.7 | Estudo Piloto | 42 |
| 6.8 | Logística e Coleta dos dados | 42 |
| 6.9 | Controle de Qualidade | 43 |
| 6.10 | Processamento e análise dos dados | 43 |
| 7 | ASPECTOS ÉTICOS | 45 |
| 7.1 | Relação Risco-Benefício | 45 |
| 7.2 | Responsabilidades dos Pesquisadores e da Instituição | 46 |
| 7.3 | Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa | 46 |
| 7.4 | Infraestrutura dos Locais de Pesquisa | 46 |
| 7.5 | Monitoramento da Segurança dos Dados | 46 |

| | | |
|------------|--|-----------|
| 7.6 | Publicação dos Resultados | 47 |
| 8 | ORÇAMENTO | 47 |
| 9 | CRONOGRAMA | 48 |
| 10 | REFERÊNCIAS | 49 |
| | APÊNDICE A DO PROJETO - Artigos selecionados e suas características | 53 |
| | APÊNDICE B DO PROJETO - Questionário | 61 |
| | APÊNDICE DO PROJETO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... | 82 |

1 INTRODUÇÃO

Experiências e exposições a fatores de risco comportamentais, como tabagismo, alimentação inadequada, sedentarismo ao longo da vida, entre outros, em especial na infância e juventude, podem afetar a saúde e têm repercussões de longo prazo. Estes fatores aumentam o risco de desenvolvimento da maioria das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como exemplo as cardiovasculares, diabetes e câncer, que são as principais causas de morbimortalidade na vida adulta e idosa (Kannel WB; Wilson PW, 1997; Mccracken M et al., 2007; Schmidt MI et al., 2011).

Com o passar dos anos, algumas características específicas da modernidade, tais como transição demográfica e epidemiológica, foram identificadas como as principais causadoras das transformações encontradas nos padrões saúde/doença (OPAS, 2000; Batista Filho M; Rissin AA, 2003; Achutti A; Azambuja MRI, 2004). Esse perfil de problemas que acomete a população é consequência das mudanças sociais e econômicas ocorridas no mundo, especialmente no que diz respeito aos hábitos alimentares e ao estilo de vida das pessoas, e que também tem repercussões importantes na saúde pública (Batista Filho M; Rissin AA, 2003; Achutti A; Azambuja MRI, 2004).

Essa situação epidemiológica motivou o surgimento de diversas ações dirigidas a modificar o padrão alimentar das pessoas (Batista Filho M; Rissin AA, 2003). Os programas voltados para o combate e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em diferentes populações, têm como objetivo a mudança de comportamento (Schmidt MI et al., 2011), sendo a resistência à mudança do hábito alimentar umas das principais barreiras para a redução de DCNT (BRASIL, 2006; Toral N et al., 2006; BRASIL, 2014).

Há vários estudos mostrando as dificuldades para motivar os indivíduos a alterar o seu consumo alimentar e concluem que devemos considerar a complexa gama de fatores ambientais, nutricionais, psicológicos, sociais e culturais envolvidos (Mancino; Kinsey, 2004; Gregory et al., 2011). Uma das maiores resistências para a prática de mudanças na dieta é a crença deque não há necessidade de alteração dos hábitos alimentares, decorrente, na maioria das vezes, de uma interpretação errada do próprio consumo ou ainda mesmo por fatores situacionais dos indivíduos como exemplo, falta de tempo, agitação do dia a dia e cansaço, que podem acabar levando a renunciar da escolha de alimentos saudáveis mesmo

tendo conhecimentos acerca da saúde e da alimentação ideal (Mancino L; Kinsey J, 2004; Gregory C et al., 2011; Toral N et al., 2006).

Um dos determinantes para que os indivíduos levem em consideração os comportamentos relacionados à saúde é a percepção da necessidade de praticar hábitos saudáveis (Janz; Becker NK, 1984; Griffith BN et al., 2011). Nesse contexto, a autopercepção pode ser definida como o conjunto de tributos ou características com as quais o indivíduo descreve a si mesmo, e é construída com base nos seus antecedentes e marcos do indivíduo, influenciando o seu modo de agir, e conseqüentemente, a sua autopercepção (Griffith BN et al., 2011; Costa MR, 2013).

Quanto mais precisa é a percepção individual sobre a sua alimentação, maior é a presença de indicadores de alimentação saudável no hábito alimentar do indivíduo e menor é a ingestão calórica estimada por refeição, reforçando a importância da autopercepção para a mudança e adoção de bons hábitos (Mancino L; Kinsey J, 2004). Apesar da importância dessa relação entre percepção individual e alimentação saudável, ainda existem poucos estudos relacionando esses elementos (Costa MR, 2013).

O presente projeto se propõe analisar como a autopercepção do indivíduo a respeito da sua alimentação concorda com o hábito alimentar relatado mediante questões usualmente utilizadas em inquéritos epidemiológicas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Com o objetivo de identificar estudos sobre autopercepção alimentar, que abordem prevalência e/ou fatores associados a esse desfecho, pesquisaram-se bases de dados nacionais e internacionais. O resultado da pesquisa está apresentado abaixo (Quadro 1), e os passos seguidos foram: realização das buscas utilizando diferentes estratégias; leitura minuciosa dos títulos, resumos; identificação dos artigos mais relevantes e aquisição destes artigos na íntegra (Figura 1). O resumo dos principais artigos encontram-se no apêndice A.

Quadro 1 - Estratégia de busca

| Bases de Dados | Estratégia de Busca | Descritor | Referências Recuperadas |
|------------------|---|-----------|-------------------------|
| PubMed | “Self perception” AND “food habits” OR “food consumption” “Self perception” AND “food habits” OR “AND “nutritional surveys” | MESH | 1.226 |
| Lilacs | “Autopercepção” AND “Alimentação Saudável” “Autopercepção Alimentar” “Autopercepção Alimentar” AND “Inquéritos Nutricionais” | DeCS | 1.898 |
| Google Acadêmico | “Autopercepção alimentar” | | 5 |
| Periódicos CAPES | “Autopercepção Alimentar” “Autopercepção Alimentar” AND “Inquéritos Nutricionais” | | 19 |
| TOTAL | | | 3.148 |

Legenda: PubMed = Publicações Médicas; Lilacs = Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde; DeCS = Descritor em Ciências da Saúde.

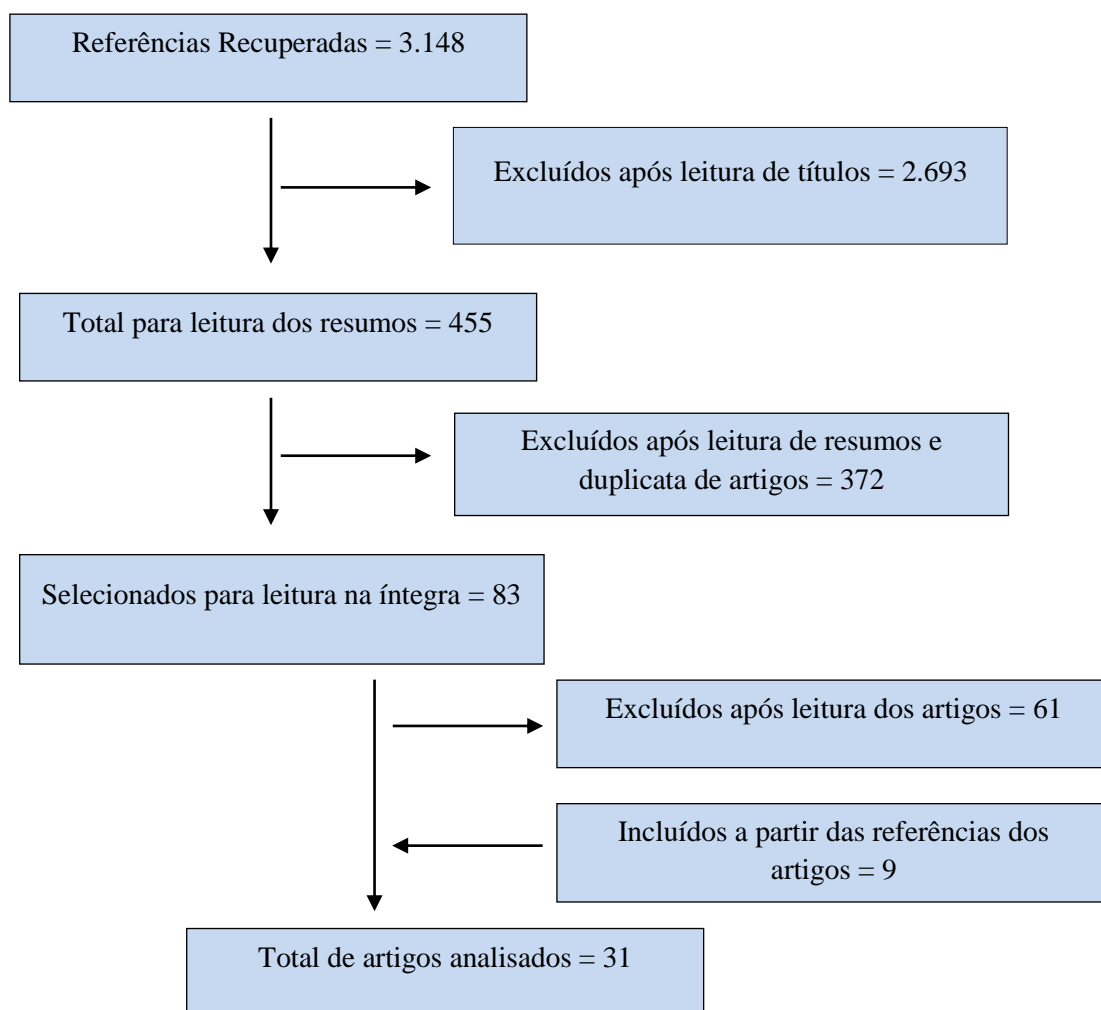


Figura 1 - Esquema de seleção de artigos

2.1 Modelo Transteórico

No modelo transteórico de mudança de comportamento as alterações nas atitudes relacionadas à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção (Prochaska JO et al., 1992). Cada estágio representa a dimensão temporal da mudança do comportamento, ou seja, mostra quando a mudança ocorre e qual é seu grau de motivação para realizá-la.

No estágio de pré-contemplação, a mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo, não foram realizadas alterações no comportamento e não há intenção de adotá-las num futuro próximo. Um dos motivos pode ser decorrente da falta de informações corretas sobre as consequências de seu comportamento, correspondendo àqueles que não reconhecem suas práticas alimentares inadequadas ou não dispõem da

motivação necessária para alterá-las. No estágio de contemplação, o indivíduo começa a considerar a mudança comportamental, pretende alterar o comportamento no futuro, mas ainda não foi estabelecido um prazo para tanto, por exemplo, o indivíduo que reconhece que tem um padrão alimentar pouco saudável, mas acredita que a falta de tempo, o preço ou o sabor desagradável de alimentos tidos como saudáveis não possibilitam a adoção de uma dieta adequada (Prochaska J O et al., 1992; Glanz K et al., 1994; Teo CRPA et al., 2006; Toral N; Slater B, 2007).

Na decisão, o indivíduo já decidiu alterar seu comportamento num futuro próximo, por exemplo, no próximo mês, apesar de nenhuma mudança ter sido cumprida até o momento. O estágio de ação está relacionado ao indivíduo que alterou recentemente seu comportamento, suas experiências ou seu ambiente de modo a superar as barreiras antes percebidas. No estágio de manutenção, o indivíduo já mudou seu comportamento e o manteve por mais de seis meses (Prochaska JO et al., 1992; Glanz K et al., 1994; Teo CRPA et al., 2006; Toral N; Slater B, 2007). Porém, não se trata de um período estático, deve-se prevenir recaídas e consolidar os outros estágios (Prochaska JO et al., 1992; Glanz K et al., 1994).

Glanz et al. (1994) avaliou uma amostra de trabalhadores nos Estados Unidos em relação aos estágios de comportamento e seu consumo de gorduras e fibras e identificou que os trabalhadores mais velhos, do sexo feminino, e com maior nível de educação foram significativamente menos propensos a estar no estágio de pré-contemplação e significativamente mais provável que estivessem nos estágios de ação ou manutenção para diminuição de gorduras e aumento de fibras. Aqueles indivíduos que consumiram dietas mais elevadas em gordura estavam nas fases iniciais (pré-contemplação, contemplação e preparação) e aqueles que consumiram menos gordura e mais fibras, frutas e legumes nas fases posteriores de mudança (ação e manutenção).

Em um estudo na União Europeia, 52% dos indivíduos foram classificados no estágio de pré-contemplação, observou-se também que as mulheres e os indivíduos de nível educacional mais elevado tendiam a ser classificados no estágio de manutenção, enquanto que os homens e os indivíduos de baixa escolaridade apresentavam uma tendência maior de estar nos estágios anteriores (Degraaf C et al., 1997).

No Brasil Toral et al. (2006) analisou o comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. Foi observado que cerca de um terço da amostra encontrava-se em pré-contemplação e outro terço em manutenção. O percentual de indivíduos classificados no estágio de manutenção foi de 29,5% para consumo de frutas e 38,9% para consumo de verduras contrastando com os 12,4% e 10,3% respectivamente, dos adolescentes entrevistados que apresentaram consumo adequado de frutas e verduras. Observou-se também que 79,7% e 83,7% dos adolescentes, acreditavam erroneamente que seu consumo de frutas e verduras era saudável.

Nesse contexto, é importante destacar que o fornecimento de informações sobre qualquer comportamento de saúde é fundamental. O conhecimento se torna importante para sustentar ou desenvolver novas atitudes; é o componente necessário para motivar uma ação desejada. Apesar do fornecimento de informações não ser um motivador incondicional das ações visadas, não há ação que ocorra sem motivação e a motivação não ocorre sem que haja a formação de uma base de experiências prévias, construídas a partir de informações recebidas (Glanz K et al., 1994; Toral N et al., 2006; Toral N; Slater B, 2007).

Evidencia-se a importância da avaliação do consumo alimentar em associação com a percepção dos aspectos referentes à própria dieta possibilitando a identificação de discrepâncias entre e a adoção de hábitos em concordância com as recomendações dietéticas (Toral N et al., 2006).

2.2 Autoeficácia

A autoeficácia é a crença que envolve confiança na própria capacidade para executar determinados comportamentos em situações específicas, desafiadoras, ou barreiras (Prochaska JO et al., 1992; Bandura A, 1997; Noureddine S; Stein K, 2009). Controlando o próprio comportamento em diferentes ambientes é um conceito amplamente utilizado no âmbito social, cognitivo do comportamento de saúde, sendo utilizado para prever o consumo alimentar em muitos estudos (Glanz K et al., 1994; Toral N; Slater B, 2007; Ovaskainen ML et al., 2015).

Este termo corresponde à confiança em que o indivíduo tem em si mesmo em relação à sua habilidade para fazer escolhas saudáveis em certas situações (Prochaska JO et al., 1992), por exemplo, optar por frutas em vez de guloseimas, consumir alimentos

saudáveis quando não está em casa e comer em quantidades moderadas na presença dos amigos. Assim, para desenvolver programas de intervenções dietéticas mais bem sucedidos, uma maior exploração desse conhecimento é necessária (Toral N; Slater B, 2007).

Glanz et al. (1994) identificou que os indivíduos com maior autoeficácia, ou a confiança na capacidade de mudar (medido apenas para contemplação e fases subsequentes), eram menos propensos a estar pensando sobre a mudança e mais propensos a estar em estágios de ação ou manutenção. Tanto para gorduras (53,2%) quanto para fibras (66,6%), os indivíduos classificados com baixa autoeficácia, em sua maioria estavam no estágio de contemplação; já nos estágios de ação e manutenção a maioria dos indivíduos foram classificados com autoeficácia alta, sendo 58,7% e 29,2% para gorduras e 42,8% e 25,2% para fibras.

Na Coreia do Sul um estudo com adultos acima de 30 anos, observou que indivíduos com nível moderado e nível alto de autoeficácia foram cinco a sete vezes mais propensos a perceber que eles consumiram uma dieta saudável do que aqueles com baixa autoeficácia. Aqueles que tiverem moderada autoeficácia tiveram cinco a seis vezes mais chances da autopercepção da qualidade da dieta do que aqueles com baixo autoeficácia (Kye Y et al., 2012).

2.3 Inquéritos Nutricionais

Existem vários métodos para a avaliação de alimentos, nutrientes e o consumo de energia, incluindo recordatório de 24 horas (R24h), diário alimentar, questionário de frequência alimentar (QFA) e biomarcadores. Todos os métodos têm vantagens e limitações e a escolha entre eles depende da finalidade para a qual a informação se destina (Henn RL et al., 2010).

A caracterização do padrão alimentar fornece informações importantes sobre a qualidade da dieta e é extremamente útil para análise do estado de saúde da população. Sendo definidos por meio de inquéritos de frequência de consumo, instrumentos válidos, reprodutíveis e confiáveis (Azevedo ECC et al., 2014; Gomes AA et al., 2015). Repetidos com determinada periodicidade, estes inquéritos permitem consolidar as informações coletadas como uma base de referência populacional para o estabelecimento da vigilância de várias doenças crônicas e seus determinantes. Além disso, permite acompanhar o perfil de consumo da população e fornecer subsídios para o desenvolvimento de políticas e

programas de saúde adequados, direcionados para grupos específicos, de acordo com a caracterização de risco (Azevedo ECC et al., 2014; Szwarcwald CL et al., 2014; Gomes et al., 2015).

No Brasil, estudo transversal realizado a partir de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), inquérito populacional conduzido pelo IBGE em 2013, em parceria com o Ministério da Saúde investigou os hábitos alimentares dos adultos brasileiros por meio de marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis de alimentação. As variáveis estudadas foram: consumo regular de feijão; consumo recomendado de frutas e hortaliças; e consumo regular de peixe. O consumo regular de feijão foi referido por 71,9%, o consumo de frutas e hortaliças por 37,3% sendo estatisticamente maior entre as mulheres (39,4%; IC95%: 38,4-40,5). O consumo de peixe ao menos uma vez por semana foi referido por 54,6%, sendo menor entre os mais jovens, entre aqueles sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Destaca-se, ainda, que os nove estados da região Nordeste apresentaram prevalência de marcador de alimentação saudável abaixo da prevalência nacional observada (37,3%). Os estados da região Sul (Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina) estavam entre os nove estados brasileiros com prevalência de consumo regular de peixe, porém abaixo da prevalência nacional (54,6%) (Jaime PC et al., 2005).

Barreto et al. (2009), em um estudo transversal para estimar a prevalência de características associadas a comportamentos saudáveis em jovens, com dados do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado nas 27 capitais brasileiras em 2006 (BRASIL, 2007). Foi considerado saudável quem não fumava, praticava atividade física regular e consumia frutas/hortaliças cinco ou mais dias na semana. Identificou-se no total que apenas 8,0% (IC 95%: 7,1; 8,0) dos jovens foram considerados saudáveis. Dentre os demais, 39,6% relataram a concomitância de dois comportamentos, 45,3% relataram um comportamento saudável, e 7,0% nenhum dos três comportamentos saudáveis analisados. Não fumar foi comportamento saudável mais frequente (85,5%), seguido pela prática regular de atividade física (46,4%); o consumo regular de frutas e hortaliças foi o comportamento saudável menos frequente (16,6%). O comportamento saudável foi menor entre participantes que relataram cor de pele parda ou preta, consumo de leite integral e de carne vermelha ou frango com gordura, estar em dieta e autopercepção da saúde como ruim.

Rombaldi et al.(2014), em um estudo transversal de base populacional no município de Pelotas/ RS investigou a frequência de consumo de dieta rica em gordura por adultos de 20 a 69 anos e os fatores associados. Cerca de 32,7% da população adulta consumia regularmente dieta rica em gordura. Para ambos os sexos, o consumo regular de gordura mostrou-se associado a idades mais jovens e consumo regular de refrigerantes e, somente para homens, aos níveis econômicos A/B. Observou-se que a frequência do consumo regular de alimentos ricos em gordura na população adulta residente no município de Pelotas encontra-se além das recomendações atuais do Ministério da Saúde.

Nesse contexto se mostra extremamente necessária a avaliação do consumo de alimentos para determinar grupos em risco de consumo inadequado, sendo uma necessidade dada pela recente ampliação dos estudos de vigilância epidemiológica e nutricional no Brasil. Sendo uma tendência à simplificação das ferramentas utilizadas nessa avaliação, com o desenvolvimento de instrumentos curtos, cuja aplicação demande menos tempo, que sejam facilmente compreendidos (Gomes AA et al., 2015).

2.4 Autopercepção de Saúde

A percepção subjetiva da saúde tem sido explorada em muitos estudos epidemiológicos fornecendo informações importantes acerca da população estudada (Reichert et al., 2012). Atualmente é considerado o meio mais prático de reunir informações da condição de saúde dos indivíduos (Hartmann ACVC, 2008).

A autopercepção da saúde reflete uma percepção integrada, onde as pessoas sintetizam uma grande quantidade de informações sobre elas mesmas, englobando diversas dimensões: biológicas, psicológicas, sociais e culturais (Jylha M et al.,1998; Alves LS; Rodrigues RN, 2005; Hartmann ACVC, 2008; Agostinho MR et al., 2010), além de ser um eficiente indicador de mortalidade (Desalvo KB et al., 2005; Alves LS; Rodrigues RN, 2005).

Um estudo realizado no município de São Paulo (Brasil) com idosos avaliou a autopercepção da saúde e observou que a presença de doenças crônicas associada ao sexo do idoso foi o determinante mais fortemente ligado à autopercepção de saúde nos indivíduos. Para os homens a presença de quatro ou mais doenças crônicas implicou uma razão de odds (RO) 10,53 vezes maior de uma autopercepção ruim de saúde. Para as mulheres, essa RO foi 8,31 vezes maior. A capacidade funcional, o nível de escolaridade e a

renda também foram altamente associados com a percepção de saúde, e a idade teve uma significativa influência (Alves LS; Rodrigues RN, 2005).

Reichert et al. (2012), em estudo transversal, de base populacional no município de Pelotas/RS avaliaram a prevalência e os fatores associados à autopercepção da saúde em adolescentes, adultos e idosos mostrando que a prevalência de autopercepção regular/ruim de saúde foi de 12,1%, 22,3% e 49,4% entre adolescentes, adultos e idosos, respectivamente, observando-se uma associação positiva de acordo com o avançar da idade. Adolescentes com menor nível econômico e com menor escolaridade relataram pior autopercepção de saúde. Entre os adultos e idosos, relataram pior autopercepção de saúde: as mulheres, indivíduos da maior faixa etária, menor nível econômico e os que possuíam alguma morbidade (hipertensão, diabetes, doença cardíaca, doença crônica do pulmão e câncer).

2.5 Autopercepção Alimentar

No Brasil Toral et al.(2006), identificou que 79,7% e 83,7% dos adolescentes acreditavam, erroneamente, que seu consumo de frutas e verduras, respectivamente, era saudável sendo que apenas 12,4% e 10,3% consumiam frutas e verduras, respectivamente, conforme o recomendado pela Pirâmide Alimentar. Da mesma forma, Teo et al.(2014) observou que para o consumo de hortaliças 50,9% adolescentes afirmaram ter um consumo saudável e, para frutas, 43,3% consumiam estes alimentos na quantidade diária adequada. Os adolescentes que consideravam seu consumo de frutas como saudável e efetivamente eram, consumiam mais frutas do que os que não eram efetivamente ($p=0,001$).

Os adolescentes que consideravam seu consumo de frutas como sendo saudável e efetivamente eram, consumiam mais frutas do que os que não eram efetivamente ($p=0,001$). Em 2013 um estudo na Bahia só com mulheres avaliou a autopercepção do padrão alimentar e revelou que 78,6% das entrevistadas possuíam uma visão positiva sobre a própria alimentação e dessas 21,4% cumpriram as principais recomendações para uma alimentação saudável (Costa MR, 2013).

Kye et al. (2012), em 2009 na Coreia do Sul analisou os fatores associados a autopercepção da alimentação e observou que os entrevistados acima de 50 anos e indivíduos que viviam com um parceiro eram mais propensos a perceber que consumiram uma dieta mais saudável (RO: 1,52; IC 95%: 1,05- 2,18; $p= 0,024$ / RO: 2,02 IC 95%: 1,30-3,15;

p= 0,002) do que os mais jovens e aqueles que não viviam com um parceiro (RO: 1,61 IC 95%: 1,10-2,35; p=0,014). Os entrevistados que tinham uma maior renda familiar mensal eram mais propensos a perceber que eles consumiram uma dieta saudável do que os entrevistados que ganhavam menos. O exercício físico foi associado significativamente com uma dieta percebida como saudável.

Wiley et al. (2014), no estudo *National Health and Nutrition Exame Survey* (NHANES) 2005-2006, identificou que a 33% da população adulta dos Estados Unidos percebeu sua dieta como excelente ou muito Boa. Adultos norte-americanos com alta qualidade percebida de dieta eram mais propensos a serem mais velhos, brancos não-hispânicos, com níveis mais elevados de educação e renda, e com índice de massa corporal (IMC) normal.

Comparações de percepção da qualidade da dieta da Pesquisa Contínua de Ingestão de Alimentos de Indivíduos 1989-1991 e *National Health and Nutrition Exame Survey* (NHANES) 2005-2006/2007-2008 na população como um todo e para mulheres e homens mostrou que o percentual de pessoas que relatou sua dieta como excelente ou muito boa diminuiu entre os dois inquéritos; para toda a população os percentuais de pessoas que avaliaram sua dieta como excelente ou muito boa caíram 4,6 e 4,5 p. p., respectivamente. Para os homens, as quedas foram de 8,5 e 2,0 p.p., e para as mulheres, 3,3 e 5,1 p.p. respectivamente. As atuais autoavaliações de dieta se relacionam inversamente com a frequência de *fast-food* e consumo alimentar fora de casa e positivamente relacionada com a frequência de partilhar as refeições com a família. Além disso, auto avaliações de dieta estão associados positivamente com a disponibilidade domiciliar de vegetais verde-escuros e leite com baixo teor de gordura e negativamente associado com a disponibilidade de refrigerantes adoçados (Gregory C et al., 2010).

3 JUSTIFICATIVA

O século XX foi marcado por uma dieta rica em gorduras (principalmente as de origem animal), açúcar refinado e redução no consumo de carboidratos complexos e fibras. Nesse contexto o Brasil pode se tornar o país mais obeso do mundo em 15 anos, sendo o sobrepeso, a obesidade, a falta de atividade física, e os hábitos alimentares inadequados responsáveis pelo aumento das dislipidemias e outras alterações metabólicas, estando associados a uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas (Batista Filho M; Rissin A, 2003; Mccraken M et al., 2007).

Observa-se que os fatores associados aos hábitos alimentares têm sido alvo de vários estudos, pois são considerados fatores de risco para uma série de DCNT, que são um problema de saúde global e um risco para a saúde e para o desenvolvimento humano (Mccraken et al., 2007; Schmidt MI et al., 2011).

Nessa perspectiva, muitos indivíduos têm autopercepção distorcida do seu padrão alimentar prejudicando o êxito das campanhas que incentivam a mudança de hábitos para o controle e a prevenção de doenças. Esses indivíduos tendem a acreditar que os guias alimentares e recomendações são para os outros, e não lhes cabe segui-los, sendo esse comportamento um obstáculo às políticas que visam à promoção de saúde e ao controle de doenças através de mudanças comportamentais, uma vez que esses indivíduos não estarão motivados a realizar alterações dietéticas (BRASIL, 2006; Toral N et al., 2006; Gregory C et al., 2011; BRASIL, 2014).

Estudos têm mostrado que ainda existem dúvidas quanto aos reais meios de que a população dispõe para avaliar sua própria dieta, e se as supostas alterações dietéticas realizadas para a adoção de hábitos saudáveis correspondem às recomendações dos guias alimentares. Essa situação se vê modificada quando o nível de informação que o indivíduo tem sobre saúde e nutrição é adequada, uma vez que mais indicadores de alimentação saudável são encontrados nos seus hábitos, embasando os programas sociais que visam a informar a população sobre a adoção de hábitos saudáveis de vida (Mancino L; Kinsey J, 2004; Gregory C et al., 2011; Toral N et al., 2006).

A importância do presente estudo reside justamente na necessidade de obter conhecimento acerca da percepção sobre a própria alimentação e de sua relação com o seu padrão alimentar relatado. Essa abordagem ainda é pouco explorada na literatura (Toral N,

et al., 2006; Gregory C et al., 2011; Costa MR, 2013). Este estudo focará a autopercepção da alimentação porque a conscientização sobre o tipo do padrão alimentar é o primeiro passo para a mudança na dieta (Mancino L; Kinsey J, 2004; Griffith BN et al., 2011).

O hábito alimentar é geralmente avaliado por um questionário de frequência alimentar ou por questionários padronizados que possuem certa extensão (Cade J et al., 2002; Henn RL et al., 2010), entretanto não são instrumentos práticos em situações em que o contato entre o profissional de saúde e indivíduo é breve. Perante essa situação seria interessante e importante ter uma questão sobre autopercepção alimentar que conseguisse identificar o hábito alimentar dos indivíduos (Gomes AA et al., 2015). Por esse motivo, se propõe estudar como a autopercepção da alimentação do indivíduo concorda com o hábito alimentar relatado mediante questões usualmente utilizadas em inquéritos epidemiológicos. Espera-se com o presente estudo conhecer como a autopercepção positiva ou negativa se relaciona com o hábito alimentar adequado.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Estudar a autopercepção de alimentação saudável entre indivíduos com 18 anos ou mais residentes na área urbana do município de Rio Grande, RS.

4.2 Objetivos Específicos

- Medir a prevalência de autopercepção de alimentação saudável;
- Estudar a associação entre os fatores socioeconômicos, demográficos, comportamentais, antropométricos além dos hábitos alimentares, morbidades e serviços de saúde com a percepção da alimentação saudável;
- Analisar a associação entre a autopercepção alimentar e a proximidade ao local de residência do entrevistado de estabelecimentos comerciais tipo lanchonetes e de refeições rápidas e de estabelecimentos que ofereçam variedade de frutas, verduras e legumes frescos e de boa qualidade;
- Analisar a concordância entre a pergunta sobre autopercepção alimentar com o escore realizado através de instrumento sobre o hábito alimentar.

5 HIPÓTESES

- Uma parcela dos indivíduos que tem autopercepção de alimentação saudável como muito boa e boa não se alimentam tão adequadamente quanto percebem, quando comparado à medida de alimentação avaliada por meio de indicadores quantitativos;

- O predomínio de indivíduos que tem autopercepção de alimentação saudável como muito boa e boa são:

- ✓ Do sexo feminino;

- ✓ Mais velhos;

- ✓ Apresentam maior nível de escolaridade;

- ✓ Apresentam maior renda;

- ✓ Percebem sua saúde como sendo de regular a muito boa;

- ✓ Moram em bairros onde se encontra grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos e de boa qualidade.

- A maioria dos indivíduos que moram em bairros onde existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (*fast-foods*) tem uma autopercepção de alimentação saudável como muito ruim e ruim.

6 METODOLOGIA

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior de delineamento transversal de base populacional intitulado “Saúde da População Riograndina, RS”, a ser conduzido por alunos e professores da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Este consórcio tem a finalidade de investigar diversos aspectos que caracterizam o perfil de saúde da população adulta residentes na área urbana deste município.

6.1 Local de Estudo

O município do Rio Grande está situado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul e possui aproximadamente 200 mil habitantes (72,8 habitantes por km²), dos quais 52,0% são mulheres e 96,0% residem na zona urbana e está dividida em 320 setores censitários (IBGE, 2011). Sua economia, bastante diversificada, gera um Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente R\$ 40.000,00 per capita/ano (IBGE, 2013). No quesito concentrações de riquezas, no ano de 2012 ocupou a 4^a posição dentre os 497 municípios do Rio Grande do Sul, com um o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,744 (IBGE, 2014).

Rio Grande tem se destacado em âmbito estadual e nacional ao longo dos últimos anos. Com a ampliação do canal no porto da cidade, novos investimentos deram novo fôlego à economia do município. A economia de Rio Grande tem como principal atividade, a portuária, sendo uma das grandes responsáveis pela exportação de grãos e importação de contêineres e fertilizantes do país, batendo recordes a cada ano com seu porto público e seus terminais privados, conta também com um distrito industrial muito forte, onde opera um polo diversificado com indústrias, de madeira, fertilizantes, alimentos, energia e química, logística, terminais graneleiros, metalúrgica entre outras várias que estão em processo de instalação, além das torres de energia eólica e placas de painéis solares (IBGE, 2014).



Figura 2 - Localização de Rio Grande no Mapa do Rio Grande do Sul

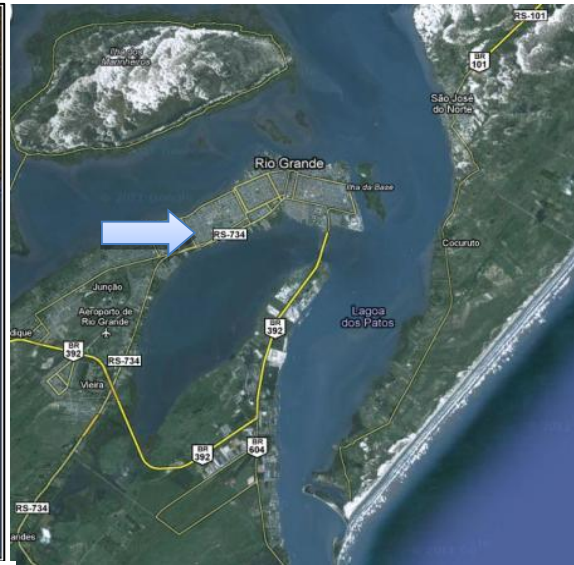


Figura 3 - Mapa do Rio Grande

6.2 População de Estudo e Critérios de Seleção

A população de estudo são indivíduos com 18 anos ou mais de idade, residentes da zona urbana do município de Rio Grande - RS.

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

6.3 Delineamento

Trata-se de um estudo com delineamento transversal de base populacional. Este delineamento permite avaliar uma amostra representativa da população selecionada, além de estudar a prevalência de desfechos e fatores associados, descreve características de uma população com rapidez em sua realização e custo relativamente baixo quando comparado com outros tipos de delineamentos (Gordis L, 2009).

Além de, em curto prazo, subsidiar os gestores com informações de interesse local, permitindo o planejamento de políticas e ações de saúde que atendam às necessidades desta população. Sendo assim, mostra-se o mais adequado para atingir os objetivos deste estudo (Rouquayrol; Almeida Filho MZ, 2003).

6.4 Parâmetros Amostrais

O cálculo de tamanho de amostra foi realizado para estudar a prevalência de “autopercepção da alimentação”. Para o cálculo de prevalência, utilizaram-se os seguintes parâmetros: significância de 5%, prevalência estimada do desfecho 51% e erro aceitável de três pontos percentuais. Com estes parâmetros a base de cálculo é de 1.165 indivíduos.

Para o cálculo de associações foi utilizado um nível de confiança de 95%, poder de 80% e diferentes valores para as proporções entre expostos e não expostos, prevalência de expostos e não expostos e razões de prevalências. O Quadro 2 apresenta os resultados dos cálculos para o estudo de associação entre autopercepção da alimentação e diferentes exposições.

A coluna à direita refere-se ao número final da amostra, incluindo 10% para perdas e recusas e 15% para controle de fatores de confusão, considerando o efeito de delineamento (clusters). O maior tamanho de amostra necessário para os fatores associados é de 754 (variável depressão), ficando dentro do previsto para a pesquisa. A amostra para este estudo foi calculada no programa EpiInfo versão 7 (*Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Estados Unidos*).

Quadro 2 – Cálculo de tamanho de amostra para fatores associados.

| FATOR | IC ^a | PODER ^e | NEXP /EXP ^b | RP ^d | PREV. NEXP ^c | N+Perdas+Fatores de confusão + Fator de delineamento ^f |
|--|-----------------|--------------------|------------------------|-----------------|-------------------------|---|
| Sexo (mulher) | 95% | 80% | 1:1 | 1,5 | 40% | 310 |
| Cor (branca) | 95% | 80% | 3:1 | 1,5 | 37% | 474 |
| Escolaridade | 95% | 80% | 1:3 | 1,5 | 45% | 320 |
| Renda (quintil mais alto) | 95% | 80% | 1:3 | 1,5 | 45% | 320 |
| Consumo de frutas mais de 3x/dia | 95% | 80% | 2:1 | 1,5 | 38% | 383 |
| Consumo de verduras e legumes mais de 3x/dia | 95% | 80% | 2:1 | 1,5 | 38% | 383 |
| Consumo de doces menos de 3x/dia | 95% | 80% | 3:1 | 1,5 | 37% | 474 |
| Não insere sal | 95% | 80% | 1:4 | 1,5 | 46% | 352 |
| Autopercepção da saúde | 95% | 80% | 3:1 | 1,5 | 37% | 474 |
| S/ diabetes | 95% | 80% | 1:9 | 1,5 | 49% | 526 |
| S/ hipertensão | 95% | 80% | 1:3 | 1,5 | 45% | 320 |
| Depressão (não) | 95% | 80% | 6:1 | 1,5 | 36% | 754 |
| Atividade física (ativo) | 95% | 80% | 1:3 | 1,5 | 49% | 655 |
| Tabagismo | 95% | 80% | 1:6 | 1,5 | 47% | 445 |
| Bebida Alcoólica | 95% | 80% | 1:8 | 1,5 | 49% | 493 |

a – Intervalo de confiança b – Número de não expostos para expostos c – Prevalência em não expostos.
d – Razão de Prevalência e – Número de expostos f=N+ Perdas=10% + F Confusão 15% + FD 20%

6.5 Instrumento

Os dados serão coletados através de um questionário único pré-codificado testado e com predomínio de perguntas fechadas (Apêndice B).

O instrumento está planejado para obter, além das variáveis que compõem o desfecho, as informações sobre características demográficas, socioeconômicas, acesso e utilização de serviços de saúde, antropométricas, comportamentais, morbidades, hábito alimentar, insegurança alimentar, saúde bucal, prática de atividade física local para práticas desportivas e percepção a respeito do professor de educação física, características do ambiente físico percebido. As variáveis selecionadas para o estudo estão disponibilizadas no Quadro 3 e serão aplicadas aos indivíduos da amostra selecionada sob forma de entrevista domiciliar.

Quadro 3 - Caracterização das variáveis independentes

| Variáveis | Tipo de variável | Definição operacional |
|---|--|--|
| Demográficas | | |
| Sexo | Dicotômica | Masculino/feminino |
| Idade | Numérica discreta | Anos completos |
| Cor da pele | Catégorica nominal | Branca/Preta/Amarela/Parda/indígena |
| Socioeconômicas | | |
| Ler e escrever | Dicotômica | Não/sim |
| Escolaridade | Catégorica discreta | Anos completos de estudo |
| Renda familiar no último mês | Numérica contínua | Em reais |
| Moradores na casa | Numérica discreta | Número de pessoas |
| Estado civil | Catégorica nominal | Casado(a) ou mora com companheiro(a)/solteiro(a) ou sem companheiro(a)/ separado(a)/viúvo(a) |
| Antropométricas | | |
| Peso | Numérica contínua | Autorreferido (em Kg) |
| Altura | Numérica contínua | Autorreferido (em cm) |
| Atitude para mudança peso ou ganho de massa | Dicotômica | Não/sim |
| Autopercepção do peso | Catégorica nominal | Muito magro/um pouco magro/magro/normal/um pouco gordo/gordo/muito gordo |
| Serviços de saúde | | |
| Autopercepção de saúde | Catégorica ordinal | Muito ruim/ruim regular/bom/muito bom |
| Comportamentais | | |
| Tabagismo | Catégorica nominal | Não/Sim, todos os dias/Sim, mas não todos os dias |
| Bebida alcoólica | Dicotômica | Consumir nos últimos trinta dias, na mesma ocasião, ≥ 4 doses (mulheres) e ≥ 5 doses (homens) = consumo de álcool (Não/ Sim) |
| Atividade física | Dicotômica (Sessão de Lazer do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ)) | <150 minutos/semana de AF no lazer = inativo; ≥ 150 minutos/semana de AF no lazer = ativo |

Continuação quadro 3 - Caracterização das variáveis independentes

| Variáveis | Tipo de variável | Definição operacional |
|--|---|---|
| Morbidades | | |
| Depressão | Dicotômica [Coletada com o instrumento <i>Patient Health Questionnaire – (PHQ-9)</i>] | Pontuação ≥ 9 = Presença/ Pontuação <9 = Ausência [Como recomendado pelo estudo de validação (SANTOS <i>et al.</i> ,2013)] |
| Hipertensão | Dicotômica | Não/sim |
| /Diabetes / | Dicotômica | Não/sim |
| Hábito Alimentar | | |
| Insegurança alimentar | Categórica ordinal | Insegurança alimentar leve / Insegurança alimentar moderada/Insegurança alimentar grave |
| Grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próxima a residência | Categórica nominal | Não / sim /não sabe |
| Frutas, verduras e legumes frescos à venda próxima a residência de boa qualidade | Categórica nominal | Não / sim /não sabe |
| Grande variedade de alimentos com baixo teor de gordura à venda próximo a residência | Categórica nominal | Não / sim /não sabe |
| Lugares para lanches e refeições rápidas próximo à residência | Categórica nominal | Não / sim /não sabe |

6.5.1 Desfecho

O estudo tem como principal desfecho autopercepção da alimentação saudável. O desfecho será obtido através da questão “Como o Sr.(a) considera a sua alimentação?” e as respostas serão coletadas baseadas na Escala de Likert (Likert R, 1932) - um instrumento em que os entrevistados são solicitados a escolher, entre diversas opções, aquela que mais se aproxima de sua atitude ou opinião variando entre “*muito boa, boa, regular, ruim e muito ruim*”. Para fim de análise essa variável poderá ser dicotomizada em: (a) adequada (muito boa, boa e regular); e (b) inadequada (ruim e muito ruim).

A mensuração do consumo alimentar para comparação com o desfecho são questões retiradas do estudo longitudinal dos nascidos em 1993 (coorte) de Pelotas, questionário aplicado à visita dos 18 anos em 2011-2012 (questão 552, 552a até 552f) (Victora CG et al., 2008) e do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) (BRASIL, 2015). Neste instrumento são utilizadas como indicadores do consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis e não saudáveis da alimentação a frequência semanal de consumo (número de dias por semana):

- de hortaliças (legumes e verduras);
- de frutas;
- de peixes;
- do hábito de consumir carnes com excesso de gordura (sem remover a gordura visível);
- além do consumo elevado de sal;
- do consumo de refrigerantes, doces.

No instrumento, seis questões, também coletadas na Escala de Likert, possuem cinco opções de respostas que variam do zero a cinco, e sete questões com opção de resposta dicotômica (sim/não). Dessa forma, o escore das questões poderá variar de 0 a 13 pontos. A definição de hábito alimentar em adequado e inadequado será baseada nas recomendações do Guia Alimentar (BRASIL, 2006) e terá como ponte de corte 7/8, de acordo ao apresentado no Quadro 4.

Quadros 4 - Variáveis que compõem a variável de padrão alimentar (escore).

| Questões | Escala | Critério Adequado |
|---|--|--------------------------|
| 1. Café da manhã | Não / Sim | Sim = 1 ponto |
| 2. Almoço | Não / Sim | Sim = 1 ponto |
| 3. Lanche ou café da tarde | Não / Sim | Sim = 1 ponto |
| 4. Jantar | Não / Sim | Sim = 1 ponto |
| 5. Lanche ou café antes de dormir | Não / Sim | Sim = 1 ponto |
| 6. Dias da semana que costuma comer leguminosas | Nunca/ quase nunca; 1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; Todos os dias (inclusive sábado e domingo). | 2 ou mais = 1 ponto |
| 7. Dias da semana que costuma comer verdura ou legumes | | 2 ou mais = 1 ponto |
| 8. Dias da semana que costuma comer frutas | | 2 ou mais = 1 ponto |
| 9. Dias da semana que costuma comer peixe | | 2 ou mais = 1 ponto |
| 10. Hábito de comer a gordura aparente da carne vermelha e hábito de comer a pele do frango | Não/ Sim | Não = 1 ponto |
| 11. Adiciona sal na comida | | Não = 1 ponto |
| 12. Dias da semana que costuma comer alimentos doces, como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces | Nunca/ quase nunca; 1 a 2 dias por semana; 3 a 4 dias por semana; 5 a 6 dias por semana; Todos os dias (inclusive sábado e domingo). | 3 ou mais = 1 ponto |
| 13. Dias da semana que costuma tomar refrigerante ou suco artificial | | 3 ou mais = 1 ponto |
| TOTAL | 31 | 13 |

6.6 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

Serão recrutadas para a coleta de dados nove entrevistadoras do sexo feminino, com pelo menos ensino médio completo, cada uma delas será supervisionada por um pesquisador do estudo e ficará responsável pela execução das entrevistas em oito setores censitários selecionados na amostragem.

Estas entrevistadoras serão treinadas para realizar o trabalho de campo. Haverá reuniões semanais com a equipe de campo a fim de esclarecer eventuais dúvidas e proceder à entrega e recolhimento dos questionários.

6.7 Estudo Piloto

Será feito, previamente à coleta de dados, um estudo piloto em um setor censitário não selecionado na amostragem, onde serão testados os instrumentos, o manual de instruções, a organização do trabalho de campo e o desempenho das entrevistadoras diante de situações reais de entrevista.

6.8 Logística e Coleta dos dados

O processo de amostragem ocorrerá em múltiplos estágios, baseando-se nos dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011). Inicialmente, todos os setores censitários residenciais do município de Rio Grande serão colocados em ordem decrescente, conforme a renda média mensal do chefe da família. Logo após a seleção sistemática de 72 setores censitários, com probabilidade proporcional ao tamanho do setor. Para a seleção dos domicílios, serão selecionados sistematicamente uma média de 10 domicílios por setor, com probabilidade proporcional ao número de domicílios no setor, totalizando 720 domicílios. Como se estima haver, em média, 2,08 moradores com 18 anos ou mais por domicílio (IBGE, 2011), calcula-se incluir na amostra aproximadamente 1.500 indivíduos. Esse número comporta os objetivos traçados no projeto.

Os domicílios selecionados para o estudo serão visitados pelos supervisores da pesquisa antes da coleta de dados, com o intuito de verificar se o domicílio é residencial, se há pessoas habitando, inquirir sobre o número de moradores, informar acerca do estudo que será realizado e agendar possíveis horários disponíveis para a entrevista.

Planeja-se que cada entrevistadora realize uma média de quatro entrevistas por dia. Considerando-se que elas trabalhem em seis dias da semana, isso resultará em 24 entrevistas por semana para cada entrevistadora. Como haverá nove entrevistadoras, isso resultará em 216 entrevistas por semana, ou 864 entrevistas em um mês de trabalho, caso não haja contratemplos. Portanto, calcula-se que serão necessárias seis semanas (cerca de 45 dias) para a finalização da coleta dos dados. Acrescenta-se a esse prazo mais duas semanas para ir atrás dos indivíduos não localizados e tentar reverter possíveis recusas, totalizando dois meses para o trabalho de campo. Salienta-se que será considerado como

perda o indivíduo que não for encontrado em pelo menos três situações, em dias e horários diferentes.

6.9 Controle de Qualidade

Serão reentrevistados aleatoriamente, via telefone, 10% dos indivíduos incluídos na amostra com perguntas-chave para possibilitar a identificação de possíveis erros e/ou invenção das respostas. Se necessário, haverá retorno ao domicílio a fim de confirmar as informações. A consistência das informações será analisada através do índice *Kappa* (Landis JR; Koch GG, 1977).

6.10 Processamento e análise dos dados

Os questionários, após serem revisados e codificados, serão digitados utilizando o programa EpiData 3.1 (*Epi Data Association*, Dinamarca), com checagem automática de amplitude e consistência dos dados. Serão realizadas duas digitações, por digitadores distintos. Esta etapa tem por objetivo identificar possíveis erros de digitação e corrigir as informações necessárias. Para a descrição dos dados e análise bruta e ajustada, será utilizado *software* STATA-versão 14 (*Stata Corp., College Station*, Estados Unidos).

A análise inicial será descritiva e incluirá cálculos de proporções e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas; média, mediana e desvio padrão. Após, serão realizadas análises bivariadas e multivariáveis para as associações do estudo utilizando um nível de significância de 5% para testes bicaudais.

A segunda análise utilizará uma técnica multivariável. O desfecho autopercepção de alimentação saudável será analisado por regressão de *Poisson* com ajuste robusto para variância respeitando um modelo hierárquico de análise (Victora CG et al., 1997) (Figura 2). Variáveis com valor $p \leq 0,20$ na análise multivariável serão mantidas no modelo de regressão como possíveis fatores de confusão.

A terceira análise será a comparação das proporções entre a pergunta sobre como o indivíduo considera sua alimentação e a variável hábito alimentar dicotomizada, definido como um escore 8 ou mais da escala antes definida. Serão analisadas as proporções dos quatro grupos definidos a partir do cruze das duas variáveis dicotômicas.

Por fim será feita a *Estatística Kappa*, onde será verificada a concordância entre as categorias de desfecho (autopercepção de alimentação saudável) adequada e a categoria

adequada da variável hábito alimentar, onde: <0 = inexistente; 0,00 a 0,19: ruim; 0,20 a 0,39: fraca; 0,40 a 0,59; moderada; 0,60 a 0,79; boa; 0,80 a 1,00: excelente (Landis JR; Koch CG, 1977).

Os indivíduos poderão ser classificados dentro de quatro situações:

- A primeira situação inclui indivíduos que apresentam consumo adequado (dentro das recomendações) e também referem ter um consumo adequado.
- Em segundo lugar, os participantes que apresentam um consumo dentro das recomendações, mas referem ter um consumo inadequado.
- O terceiro caso inclui os indivíduos que apresentam um consumo pouco saudável (fora das recomendações) e também referem ter um consumo inadequado.
- E a última situação aqueles que apresentavam um consumo fora das recomendações, porém referiram ter um consumo adequado.

Os participantes classificados na primeira e na terceira situação apresentam percepção correta de suas práticas alimentares, enquanto que classificados na segunda e quarta situações apresenta, percepção incorreta.

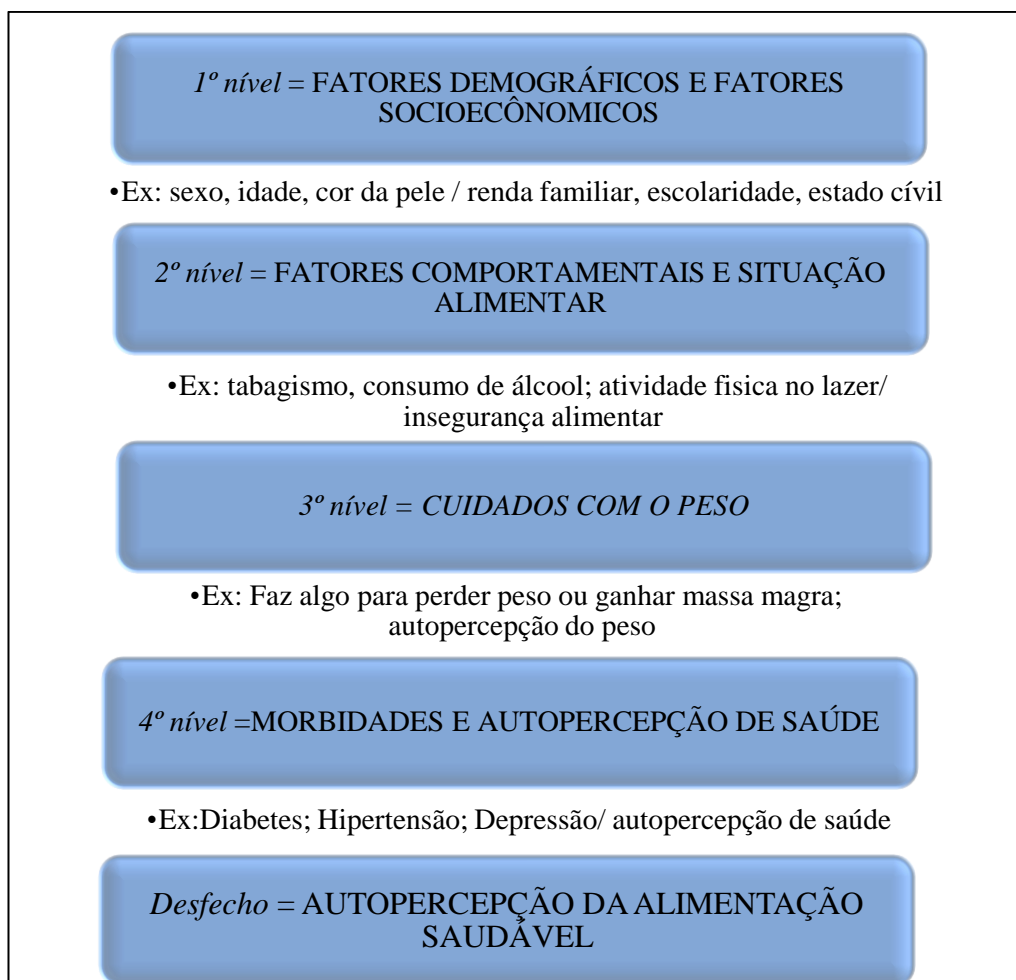


Figura 4 - Modelo hierárquico de análise

7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), conforme os preceitos da resolução 466/12. Os princípios éticos também serão resguardados para os entrevistados através dos seguintes itens: obtenção de consentimento informado por escrito garantia do direito de não participação na pesquisa e sigilo acerca da identificação dos respondentes. Serão levados em conta, ademais, os seguintes aspectos éticos:

7.1 Relação Risco-Benefício

A pesquisa envolve entrevistas domiciliares por meio de questionários previamente testados e padronizados. Não haverá nenhum exame e/ou medida invasiva aos participantes da pesquisa. Antes das entrevistas, os participantes serão informados sobre os procedimentos da pesquisa, tendo livre escolha para assinar o termo de consentimento. As

entrevistas serão realizadas apenas mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice C). Portanto, essa pesquisa representa risco mínimo para os participantes. O único risco é de desconforto ou constrangimento durante a aplicação do questionário e, se este for detectado, a entrevista será encerrada imediatamente. Apesar do estudo não trazer benefícios diretos para os participantes, os resultados poderão contribuir para nortear políticas públicas de promoção a estilos de vida mais saudáveis.

7.2 Responsabilidades dos Pesquisadores e da Instituição

Os pesquisadores envolvidos assumem o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento desta pesquisa. As informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão usadas para atingir o objetivo previsto, sempre respeitando a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa. Em nenhuma hipótese serão divulgados dados de ordem pessoal, como nome, endereço e telefone dos participantes.

7.3 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

A pesquisa será encerrada caso não haja mais outros participantes selecionados além daqueles já entrevistados. Em caso de suspensão ou de encerramento da pesquisa é de responsabilidade dos pesquisadores comunicar o CEPAS-FURG e apresentar as justificativas que levaram à suspensão e/ou encerramento das atividades.

7.4 Infraestrutura dos Locais de Pesquisa

A instituição envolvida na pesquisa (Universidade Federal do Rio Grande – FURG) possui a infraestrutura necessária para a realização dos procedimentos previstos nesta pesquisa, no que diz respeito à equipe técnica, laboratórios, salas de aula e demais equipamentos.

7.5 Monitoramento da Segurança dos Dados

A validade dos questionários completados será verificada semanalmente e serão armazenados pelo período de cinco anos. Os dados referentes ao trabalho de campo ficarão arquivados em um computador, sob a responsabilidade dos coordenadores do estudo.

7.6 Publicação dos Resultados

Os resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de apresentação dos resultados para a imprensa local e para as coordenadorias afins da Prefeitura Municipal de Rio Grande, além de seminários, apresentações em congressos e/ou jornadas, disponibilização do volume da dissertação para a biblioteca da Universidade do Rio Grande (FURG) e publicações de artigos em revistas indexadas.

8 ORÇAMENTO

O presente estudo foi orçado em aproximadamente R\$ 21.000,00. Este custo está dividido em despesas com aquisições de equipamentos e pagamento de custeio (Quadro 5).

Quadro 5 - Orçamento inicial do projeto de pesquisa

| Descrição do gasto | Quantidade | Valor unitário (reais) | Gasto total (reais) |
|--------------------|------------|------------------------|---------------------|
| Entrevistadoras | 9 | 900,00 | 16.200 |
| Camisetas | 30 | 20,00 | 600,00 |
| Bonés | 15 | 8,07 | 121,05 |
| Imãs | 1.000 | 0,29 | 290,00 |
| Passagens ônibus | 80 | 3,00 | 2.160 |
| Digitadores | 2 | 1.000 | 2.000 |
| Total | - | - | 21.371,05 |

A realização desta pesquisa contará com apoio dos programas de pós-graduação em Saúde Pública e em Ciências da Saúde vinculados à faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande, que fornecerão cerca de R\$ 13.000,00 para a execução do trabalho de campo. Com este recurso, pretende-se pagar o trabalho das entrevistadoras. O processo de análise dos dados deste projeto e os gastos que excederem o orçamento disponível para este estudo (cerca de R\$ 9.000,00) serão arcados pelos alunos da pós-graduação que participam do consórcio de pesquisa.

9 CRONOGRAMA

| Período | 2015 | | | | | | | | | | | | 2016 | | | | | | | | | | | |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|--|
| | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | | |
| Revisão da Literatura | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | |
| Construção do Projeto | | | | | | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Qualificação do Projeto | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Envio ao Comitê de Ética | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleção e Treinamento das Entrevistadoras | | | | | | | | | | | x | x | | | | | | | | | | | | |
| Estudo Piloto | | | | | | | | | | | | x | | | | | | | | | | | | |
| Coleta de Dados | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | | | |
| Controle de Qualidade | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | | | |
| Digitação dos Dados | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | | |
| Análise de Consistência | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | |
| Análise e Interpretação dos Dados | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | | | | | |
| Redação do Artigo | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | x | x | | |
| Defesa da Dissertação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | |
| Apresentação Pública da Dissertação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | | |

10 REFERÊNCIAS

- Achutti A, Azambuja MRI. Chronic non-communicable diseases in Brazil: the health care system and the social security sector. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2004; 9(4): 833-40.
- Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Self-perceived health of adults users of Primary Health Care Services in Porto Alegre, RS, Brazil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2010; 5(17): 9-15.
- Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2005; 17 (5-6): 333-41.
- Azevedo ECC, Diniz AS, Monteiro JS, Caabral PC. Dietary risk patterns for non-communicable chronic diseases and their association with body fat - a systematic review. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (5): 1447-58.
- Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman. 1997.
- Batista Filho M, Rissin A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19 (1): 181-91.
- Barreto SM, Passos VMA, Giatti L. Healthy behavior among Brazilian young adults. *Revista de Saúde Pública*. 2009; 43 (2): 9-17.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2006. 210p.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. 2014. 156 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2006. Brasília: DF; 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância da Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico, VIGITEL 2014. Brasília: DF; 2015.
- Cade J, Thompson R, Burley V, Warm D. Development, validation and utilization of food-frequency questionnaires – a review. *Public Health Nutrition*. 2002; 5:567-87.
- Costa MR. Estado nutricional, padrão e autopercepção alimentar de mulheres fisicamente ativas. 2013. 63 f. il. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

Degraaf C, Van Der Gaag M, Kafatos A, Lennernas M, Kearney JM. Stages of dietary change among nationally-representative samples of adults in the European Union. *Europe Journal Clinic Nutrition*. 1997; 51 (2):47-56.

DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2005; 20: 267–75.

Glanz K, Patterson RE, Kristal AR, Diclemente CC, Heimendignger J, Linnan L, McLerran DF. Stages of Change in Adopting Healthy Diets: Fat, Fiber, and Correlates of Nutrient Intake. *Health Education Quartely*. 1994; 21 (4): 499-519.

Gomes AA, Pereira RA, Yokoo EM. Characterization of adults food intake based on simplified questionnaire: contribution to food and nutrition surveillance studies. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2015; 23 (4):368-73.

Gordis L. *Epidemiology*. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009. p. 247–63.

Gregory C, Smith T, Wendt M. How Americans rate their diet quality: an increasingly realistic perspective. *Economic Research Service*. Washington, DC, n. 83, p. 1-18, 2011. Disponível em: <http://www.ers.usda.gov/media/106615/eib83_1_.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.

Griffith BN, Lovett GD, Pyle; DN, Miller WC. Self-rated health in rural Appalachia: health perceptions are incongruent with health status and health behaviors. *BMC Public Health*. 2011; 11(229): 1-8.

Hartmann ACVC. Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre. Tese (Doutorado). Instituto de Geriatria e Gerontologia Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de pós-graduação em Gerontologia Biomédica, 2008.

Henn RL, Fuchs SC, Moreira, LM, Fuchs FD. Development and validation of a food frequency questionnaire (FFQ-Porto Alegre) for adolescent, adult and elderly populations from Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26 (11): 2068-79.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013>>. Acesso em: 15 nov. 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232K7>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

Jaime PC, Stopa SR, OliveiraTP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalence and sociodemographic distribution of healthy eating markers, National Health Survey, Brazil 2013. *Epidemiol. Service de Saúde*. 2015; 24(2): 267-76.

Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*. 1984; 11 (1): 1-47.

Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, heikkinen E. Self-Rated Health Comparable Across Culture sand Genders? *Journal of Gerontology: Socials Ciencias*. 1998; 53B (3): 144-52.

Kannel WB, Wilson PW. Comparison of risk profiles for cardiovascular events: implications for prevention. *Archives of Internal Medicine*. 1997; (42): 39-66.

Kye SY, Yun EH, Park K. Factors Related to Self-perception of Diet Quality among South Korean Adults. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012; 13(4): 1495-1504.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agrément for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33: 159-74.

Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives in Psychology*. 1932:140: 1-55.

Mancino L, Kinsey J. Diet quality and calories consumed: the impact of being hungrier, busier and eating out. University of Minnesota: Food Industry Center, 2004.

Mccracken M, Jiles R, Blanck HM. Health behaviors of the young adult U.S. population: behavioral risk factor surveillance system, 2003. *Preventing Chronic Disease*. 2007; 4 (2): 1-15.

Noureddine S, Stein K. Healthy-Eater Self-Schema and Dietary Intake. *Western Journal of Nursing Research*. 2009; 31(2): 201-18.

OPAS - Organización Panamericana de La Salud. La obesidad en la pobreza: un nuevo reto para la salud publica, D.C.: OPAS n. 576, Washington, 2000. p.132.

Ovaskainen Marja-Leena, Tapanainen H; Laatikainen T, Mannisto S, Heinonen H, Vartiainen E. Perceived health-related self-efficacy associated with BMI in adults in a population-based survey. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015; 43: 197-203.

Prochaska JO, DI Clemente CC, Norcross JC. In search of how people change: applications to addictive behaviors. *Am Psychol*. 1992; 47 (9): 1102-14.

Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Self-reported health status in adolescents, adults and the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (12): 3353-62.

Rombaldi AJ, Silva MC, Neutzling MB, Azevedo MR, Hallal PC. Factors associated with the consumption of high-fat foods among adults in a Southern Brazilian city. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (5): 1513-21.

Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. *Epidemiologia e saúde*. 2003. p. 499-513.

Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, 2011.

Szwarcwald CL, Malta DC, Pereira CA, Vieira ML, Conde WL, Souza Junior PR, Damacena GN, Azevedo LO, Azavedo ESG, Theme Filha MM, Lopes CS, Romero DE Almeida WD, Monteiro CAI. National Health Survey in Brazil: design and methodology of application. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (2): 333-42.

Teo CRPA, Taglietti, RL, Baptista F, Meneghini VM. Atitude e prática no consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes em vulnerabilidade social. *Scientia Medica*. 2014; 24 (3): 237-44.

Toral N, Slater B, Cintra IP, Fisberg M. Adolescent eating behavior regarding fruit and vegetable intakes. *Revista de Nutrição*. 2006; 19 (3): 331-40.

Toral N, Slater B. Transtheoretical model approach in eating behavior. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2007; 12 (6):1641-50.

Victora CG, Hallal PC, Araujo CL, Menezes Am, Welles JC, Barros FC. Cohort profile: the 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *International Journal of Epidemiology*. 2008; 37: 704-9.

Victora, CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*. 1997; 26 (1): 224-7.

Wiley TMP, Miller PE, Agyemang P, Argus Collins T, Reedy J. Perceived and objective diet quality in US adults a cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Public Health Nutrition*. 2014; 17 (12): 2641-49.

APÊNDICE A DO PROJETO

Artigos selecionados e suas características

Artigos selecionados e suas características

| Titulo | Autores e ano de publicação | Revista | País | Métodos e aspectos relevantes | Resultados |
|--|-----------------------------|---------------------|--------|--|---|
| Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras | TORAL, <i>et al.</i> (2006) | Revista de Nutrição | Brasil | Estudo observacional, transversal. Entrevista, por meio de questionário. População de estudo: alunos voluntários de 10 a 19 anos, adolescentes de escolas de ensino técnico de São Paulo; Avaliou o consumo alimentar pelo Modelo Transteórico e o estado nutricional em relação a seu consumo habitual de frutas e verduras. | Apenas 12,4% e 10,3% consumiam frutas e verduras, respectivamente, conforme o recomendado pela Pirâmide Alimentar. Cerca de um terço da amostra foi classificada tanto em pré-contemplação como em manutenção. Observou-se uma discrepância entre o consumo referido e a percepção alimentar, tendo em vista que 79,7% e 83,7% dos adolescentes acreditavam, erroneamente, que seu consumo de frutas e verduras, respectivamente, era saudável. |
| Atitude e prática no consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes em vulnerabilidade social | TEO, <i>et al.</i> (2014) | Scientia Medica | Brasil | Estudo transversal. População de estudo: adolescentes assistidos por projetos sociais selecionados por amostragem de conveniência em Chapecó, SC. Avaliou o comportamento alimentar para frutas e hortaliças dos adolescentes. Foi aplicado o R24 horas e foi utilizado um algoritmo previamente validado, a fim de investigar a percepção dos adolescentes sobre a qualidade de seu consumo alimentar de frutas e hortaliças, e para identificar o estágio de mudança de atitude em relação ao consumo desses alimentos. O algoritmo continha quatro perguntas fechadas que abordou se o adolescente considera seu consumo do alimento em questão (frutas, hortaliças) saudável, há quanto tempo considera que seu consumo poderia ser classificado como saudável, se está considerando seriamente a possibilidade de aumentar seu consumo daquele alimento nos próximos meses, e qual o grau de confiança do adolescente quanto a tornar realidade esta possibilidade. | 43,3% dos adolescentes consideravam ter um consumo saudável de frutas, dentre os quais somente 46,2% consumiam estes alimentos na quantidade diária adequada; 50,9% adolescentes afirmaram ter um consumo saudável, dos quais apenas 3,3% apresentavam consumo adequado, para o consumo de hortaliças. Os adolescentes que consideravam seu consumo de frutas como sendo saudável efetivamente consumiam mais frutas ($p=0,001$). Para o consumo de hortaliças esta associação não foi significativa ($p=0,133$). Sobre o estágio de mudança, as meninas foram maioria em contemplação e decisão, e os meninos em pré-contemplação e ação ($p=0,014$). O consumo de frutas apresentou correlação positiva significativa ($r^2 =0,302$; $p=0,001$) com os estágios de mudança, sendo maior nos estágios mais avançados. |

Continuação - Artigos selecionados e suas características

| Titulo | Autores e ano de publicação | Revista | País | Métodos e aspectos relevantes | Resultados |
|---|-----------------------------|---------------------------|----------------|--|--|
| Estado Nutricional, Padrão e Autopercepção Alimentar de Mulheres Fisicamente Ativas | COSTA, (2013) | Dissertação | Brasil | População do estudo: amostra de conveniência, mulheres, com idade de 18 a 45 anos. A avaliação do padrão alimentar foi realizada através da aplicação de dois recordatórios 24 horas e qualidade do consumo alimentar foi analisada através do Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R). A avaliação da autopercepção do padrão alimentar foi realizada através de um questionário. | O questionário utilizado para avaliar autopercepção do padrão alimentar revelou que 78,57% das entrevistadas possuíam uma visão positiva sobre a própria alimentação e 7,13% avaliou negativamente seu hábito alimentar. Das que demonstraram percepção positiva, 21,43% consideraram cumprir as principais recomendações para uma alimentação saudável. |
| Stages of Change in Adopting Healthy Diets: Fat, Fiber, and Correlates of Nutrient Intake | GLANZ, <i>et al.</i> (1994) | Health Education Quartely | Estados Unidos | Estudo de base População do estudo: trabalhadores Aplicação dos estágios de mudança no consumo alimentar de gordura e fibra. | Trabalhadores mais velhos, do sexo feminino, e com maior nível de educação foram significativamente menos propensos a estar no estágio de pré-contemplação e mais provável que estivessem nos estágios de ação ou manutenção para as gorduras e fibras. Aqueles que consumiram dietas mais elevadas em gordura estavam nas fases iniciais e aqueles que consumiram menos gordura e mais fibras, frutas e legumes nas fases posteriores de mudança. Tanto para gorduras quanto para fibras os indivíduos classificados com baixo autoeficácia em sua maioria (53,2%, 66,6%) estavam no estágio de contemplação já nos estágios de ação e manutenção a maioria dos indivíduos foi classificada com autoeficácia alta, sendo 58,7% e 29,2% para gorduras e 42,8% e 25,2% para fibras. |
| Fatores associados a autopercepção de saúde em idosos de Porto Alegre. | HARTMANN (2008) | Tese | Brasil | Estudo transversal, de base populacional (ELSA). População do estudo: idosos | A maior parte dos participantes relatou a sua saúde como boa ou regular. Verificou-se que a maior escolaridade e condição socioeconômica apresenta uma relação estatisticamente significativa com uma melhor autopercepção de saúde. Evidenciou-se que, as doenças reumatismo, bronquite, pressão alta, diabetes mellitus e isquemia cerebral, apresentaram associação estatisticamente significativa com a autopercepção de saúde ($p < 0,001$), enquanto, a ausência de todas as doenças abordadas se mostrou relevante para a autopercepção da saúde como boa ou ótima. |

Continuação - Artigos selecionados e suas características

| Titulo | Autores e ano de publicação | Revista | País | Métodos e aspectos relevantes | Resultados |
|--|-----------------------------------|---------------------------------------|----------------|---|--|
| Stages of dietary change among nationally-representative samples of adults in the European Union. | DE GRAAF, <i>et al</i> , (1997) | Eur J Clin Nutr | União Europeia | Estudo transversal. Investigou a distribuição entre as diferentes fases de estágios de comportamento para cada um dos 15 países europeus participantes, e o efeito de variáveis sócio-demográficas como sexo e educação sobre esta distribuição e também avaliou as relações entre estágios de mudança e influências da escolha de alimentos e outras variáveis. | 52% dos indivíduos foram classificados no estágio de pré-contemplação; mulheres e os indivíduos de nível educacional mais elevado tendiam a ser classificados no estágio de manutenção, enquanto que os homens e os indivíduos de baixa escolaridade apresentavam uma tendência maior de estar nos estágios anteriores. |
| Perceived health-related self-efficacy associated with BMI in adults in a population-based survey. | OVASKAINE, <i>et al</i> , (2015). | Scandinavian Journal of Public Health | Finlândia | Estudo transversal População do estudo: adultos Observar as associações entre o índice de massa corporal e autoeficácia relacionada à saúde, incluindo padrões alimentares, comportamentos de saúde e educação. | A autoeficácia baixa foi associada com um IMC maior após o ajuste para idade, escolaridade, padrões alimentares e de comportamento de saúde. As associações dos padrões alimentares e IMC eram pequenos. A associação adversa com o IMC foi observada para padrões com doce e manteiga. A Associação de fraca baixa autoeficácia com maior IMC foi mais forte nas mulheres do que em homens. |
| Healthy-Eater Self-Schema and Dietary Intake | NOUREDDIN;S TEIN (2009) | Western Journal of Nursing Research | - | Amostra de conveniência População do estudo: trabalhadores, adultos de 40 a 65 anos. | Cerca de metade da amostra (50,7%) relatou história familiar de doença cardíaca. Mais do que um quarto da amostra relatou estar em dietas especiais; desses, 40% relataram o tipo de dieta como uma dieta de combinação, como um baixo teor de gordura e dieta de baixa caloria; 30% relataram dietas de baixa gordura ou de baixo colesterol; 15% relataram dietas para diabéticos; e o restante relatou baixo teor de açúcar ou dietas vegetarianas. Em geral tiveram bons níveis de autoeficácia, conhecimento nutricional e dieta com a saúde conhecimento associação. |
| How Americans Rate Their Diet Quality: An Increasingly Realistic Perspective | GREGORY; SMITH; WENDT. (2011) | A Report from the ERSERS/ USDA | Estados Unidos | Os dados para comparações de percepção da qualidade da dieta vêm da Pesquisa Contínua de Ingestão de Alimentos de Indivíduos (CSFII) 1989-1991 e National Health and Nutrition Exam Survey (NHANES) 2005-2006 e 2007-2008. | O percentual de pessoas que disse que sua dieta era excelente ou muito boa diminuiu entre os dois inquéritos; para toda a população, o percentual de pessoas que avaliaram sua dieta como excelente ou muito boa caiu 4,6 e 4,5 p. p., respectivamente. Para os homens, as quedas foram de 8,5 e 2,0 p.p., e para as mulheres, 3.3 e 5.1p.p. respectivamente. |

Continuação - Artigos selecionados e suas características

| Titulo | Autores e ano de publicação | Revista | País | Métodos e aspectos relevantes | Resultados |
|--|---|------------------------------|----------------|--|--|
| Factors Related to Self-perception of Diet Quality among South Korean Adults | KYE; YUN; PARK. (2009) | Asian Pacific J Cancer Prev. | Coréia do Sul | <p>Estudo transversal. Método de amostragem aleatória estratificada múltipla com base no Censo de 2007.</p> <p>População do estudo: sul-coreanos de 30 a 69 anos de idade. O objetivo foi determinar as relações entre a autopercepção da qualidade da dieta e personalidade, impulsividade, stress, estratégia de enfrentamento, senso de coerência, autoeficácia, e apoio social.</p> <p>A autopercepção da qualidade da dieta, comportamento alimentar percebida foi avaliada com uma questão dicotômica (sim/não), pedindo aos participantes para indicar se eles consumiram uma dieta diversificada, equilibrada que incluiu uma quantidade suficiente de frutas e legumes.</p> | <p>Os entrevistados acima de 50 anos eram mais propensos a perceber que eles consumiram uma dieta saudável (OR: 1,52; IC 95%: 1,05- 2,18 p= 0,024; OR: 2,02 IC 95%: 1,30-3,15 p= 0,002) do que os que foram entrevistados com menos de 50 anos.</p> <p>Entrevistados que viviam com um parceiro eram mais propensos a perceber que eles consumiram uma dieta saudável (OR: 1,61 IC 95%: 1,10-2,35 p= 0,014) do que aqueles que não viviam com um parceiro. Os entrevistados que ganhavam uma renda familiar mensal maior de US\$4.000 eram mais propensos a perceber que eles consumiram uma dieta saudável (OR: 1,81 IC 95%: 1,20 - 2,72 p = 0,005) do que os entrevistados que ganhavam menos de US\$2.000 por mês. O exercício físico foi associado significativamente com uma dieta saudável percebido (OR: 1,66; IC 95%: 1,28 - 2,15, p<0,001). (OR: 1,45; IC 95%: 1,02-2,07 p= 0,037)</p> |
| Perceived and objective diet quality in US adults: a cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) | WILEY T. M. P. <i>et al.</i> , (2014) | Public Health Nutrition | Estados Unidos | <p>Estudo transversal.</p> <p>População do estudo: Participantes de 2005-2006 do NHANES.</p> <p>A qualidade da dieta avaliada em uma escala Likert de 5 pontos e os escores de qualidade percebida de dieta, foram gerados (baixo, médio, alto). Um único R24 h foi utilizado para estimar a pontuação de índice Dieta DASH</p> | <p>33% da população adulta dos Estados Unidos percebeu sua dieta como excelente ou muito Boa. Adultos norte-americanos com alta qualidade percebida de dieta eram mais propensos a ser mais velhos, brancos não-hispânicos, com níveis mais elevados de educação e renda, e com IMC normal.</p> |
| Self-reported health status in adolescents, adults and the elderly. | REICHERT; LOCH; CAPILHEIRA (2012) | Ciência & Saúde Coletiva | Brasil | <p>Estudo transversal, de base populacional.</p> <p>População do estudo; adolescentes, adultos e idosos.</p> <p>Autopercepção de saúde foi investigada pela pergunta: "Como o Sr.(a) considera sua saúde?"</p> <p>Características demográficas, socioeconômicas, comportamentais e de saúde foram coletadas</p> | <p>A prevalência de autopercepção regular ou ruim de saúde foi de 12,1%, 22,3%e 49,4% entre adolescentes, adultos e idosos, respectivamente. Adolescentes com menor nível econômico e com escolaridade não adequada relataram pior autopercepção de saúde. Entre os adultos e idosos, relataram pior autopercepção de saúde: as mulheres, aqueles com maior faixa etária, menor nível econômico e os que possuíam alguma morbidade.</p> |

Continuação - Artigos selecionados e suas características

| Titulo | Autores e ano de publicação | Revista | País | Métodos e aspectos relevantes | Resultados |
|--|------------------------------|-----------------------------|----------------|--|---|
| Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo | ALVES; RODRIGUES. (2005) | Rev PanamSalud Publica | Brasil | Dados do Projeto Saúde, Bem-estar e envelhecimento na América Latina e Caribe (SABE). População de estudo: idosos Investigar a influência de determinantes demográficos e socioeconômicos, das doenças crônicas e da capacidade funcional sobre a autopercepção de saúde entre os idosos do município de São Paulo. | A presença de doenças crônicas associada ao sexo do idoso foi o determinante mais fortemente relacionado à autopercepção de saúde. A chance de auto avaliar a saúde como ruim foi 16% maior para as mulheres do que para os homens. A capacidade funcional, o nível de escolaridade e a renda também foram altamente associados com a percepção de saúde, e a idade teve significativa influência. Na ausência de doenças crônicas, ou na presença de duas ou mais doenças crônicas, as mulheres idosas tiveram maior probabilidade de relatar uma boa autopercepção de saúde em comparação com os homens. |
| Prediction with a Single General Self-Rated Health Question A Meta-Analysis. | DESALVO.; <i>et al.</i> 2005 | GEN INTERN MED | Estados Unidos | Meta análise. Foi realizada uma revisão sistemática da associação entre um único item de avaliar a autopercepção de saúde geral (GSRH) e mortalidade. | Pessoas com " pobre " autopercepção de saúde tiveram 2 vezes um risco maior de mortalidade em comparação com as pessoas com " excelente " autopercepção de saúde. |
| Self-perceived health of adults users of Primary Health Care Services in Porto Alegre, RS, Brazil. | AGOSTINH, <i>et al.</i> 2010 | R. bras. Med. Fam. e Comun. | Brasil | Estudo transversal de base populacional. Descreve a autopercepção da saúde de usuários adultos adscritos à rede de Atenção Primária à Saúde (APS) de Porto Alegre (RS). | 78,3%referiram ter boa autopercepção de saúde, dos quais 43% eram homens, 51,4% eram sedentários e 24,4% possuíam pelo menos uma doença crônica. Pelo modelo hierárquico, observa-se que sexo feminino (RP: 0,92; IC: 0,88-0,95), tabagismo (RP: 0,92; IC: 0,88-0,96), presença de doença crônica (RP: 0,78; IC: 0,72-0,84) e utilização do Serviço – pelo menos quatro consultas/ano (RP: 0,85; IC: 0,82-0,92) foram fatores que diminuem a probabilidade de uma pessoa referir boa autopercepção de saúde. Não ter hospitalização (RP: 1,14; IC: 1,06-1,25) e estar satisfeito com a última consulta (RP: 1,19; IC: 1,11-1,27) aumentaram significativamente a probabilidade de o usuário avaliar sua saúde como boa. |

Continuação - Artigos selecionados e suas características

| Titulo | Autores e ano de publicação | Revista | País | Métodos e aspectos relevantes | Resultados |
|---|----------------------------------|---------------------------|--------|--|--|
| Development and validation of a food frequency questionnaire (FFQ= Porto Alegre) for adolescent, adult and elderly population from Southern Brazil. | HENN, <i>et al.</i> (2010) | Cad. Saúde Pública | Brasil | Validação de um questionário de frequência alimentar em comparação com a média de dois recordatórios de 24 horas, questionários de consumo alimentar consecutivos para adolescentes, adultos e idosos | A percentagem média da classificação no mesmo adjacente ou para o quartil dois métodos foi de 74,6% para adolescentes, 74,9% para adultos, e 81,2% para a população idosa. O QFA mostrou validade relativa justa para adolescentes e adultos, e pode ser usado para estudar os determinantes alimentares de obesidade e doenças não transmissíveis em levantamentos epidemiológicos. |
| Dietary risk patterns for non-communicable chronic diseases and their association with body fat- a systematic review. | AZEVEDO, <i>et al.</i> (2014) | Ciências & Saúde Coletiva | Brasil | Revisão sistemática de estudos sobre padrão alimentar de risco para as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e sua associação com a gordura corporal em adultos, publicados entre os anos de 2005 e 2012. | Na maioria dos estudos, o consumo de frutas, legumes e verduras esteve abaixo do recomendado. Foi encontrada associação significativa entre padrões alimentares e perfil antropométrico em 5 estudos. As altas prevalências de excesso de peso e de baixo consumo de alimentos marcadores de padrões alimentares saudáveis indicam a necessidade de medidas de intervenção |
| Fatores associados with the consumption of high- fat foods among adults in a Southern Brazilian city | ROMBALDI, <i>et al.</i> (2014) | Ciências & Saúde Coletiva | Brasil | Estudo transversal, de base populacional. População do estudo: adultos de 20 a 69 ano. O objetivo deste estudo foi descrever a frequência de consumo de dieta rica em gordura por adultos de 20 a 69 anos de Pelotas, RS, e analisar fatores associados. | 32,7% da população adulta consumia regularmente dieta rica em gordura. Para ambos os sexos, o consumo regular de gordura mostrou-se associado a idades mais jovens e consumo regular de refrigerantes e, somente para homens, aos níveis econômicos A/B. |
| National Health Survey in Brazil: design and methodology of application | SZWARCWALD, <i>et al.</i> (2014) | Ciências & Saúde Coletiva | Brasil | Tem como objetivo caracterizar a situação de saúde e os estilos de vida da população, bem como a atenção à sua saúde, quanto ao acesso e uso dos serviços, às ações preventivas, à continuidade dos cuidados e ao financiamento da assistência. | A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) é um estudo de base domiciliar, de âmbito nacional, realizada pelo Ministério da Saúde em parceria com o IBGE em 2013. |

Continuação - Artigos selecionados e suas características

| Titulo | Autores e ano de publicação | Revista | País | Métodos e aspectos relevantes | Resultados |
|---|--|---------------------------|--------|---|---|
| Healthy behavior among Brazilian young adults | BARRETO; PASSOS; GIATTI; (2009) | Rev Saúde Pública | Brasil | Estudo transversal, utilizando dados do VIGITEL. Com o objetivo de estimar a prevalência de características associadas a comportamentos saudáveis em jovens. Foi considerado saudável quem não fuma, pratica atividade física regular e consome frutas/hortaliças cinco ou mais dias na semana. | A prevalência de jovens saudáveis foi de 8,0%; 39,6% relataram dois comp. saudáveis, 45,3% relataram um, e 7,0% nenhum. Na análise multivariada, o comp. saudável foi mais frequente entre participantes com 25-29 anos, escolaridade > 9 anos de estudo e que relataram haver local para praticar esportes próximos à residência. O comp. saudável foi < entre participantes que relataram cor de pele parda ou preta, consumo de leite integral e de carne vermelha ou frango com gordura, estar em dieta e autopercepção da saúde como ruim. |
| Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar | TORAL; SLATER (2007) | Ciências & Saúde Coletiva | Brasil | Revisão Sistemática - | É um apanhado sobre comportamento alimentar, Modelo transteórico, uso, limitações e Intervenções nutricionais. |

APÊNDICE B DO PROJETO

Questionário



| IDENTIFICAÇÃO | | CODIFICAÇÃO |
|---|--|--|
| ENTREVISTADORA: ___ __ NÚMERO DO SETOR ___ __ __ NÚMERO DO DOMICÍLIO ___ __ __ NUMERO DA PESSOA ___ DATA DA ENTREVISTA: ___ / ___ / 2016 | | ent ___ __ set ___ __ __ nd ___ __ np ___ de ___ / ___ |
| ENDEREÇO: _____ | | |
| BAIRRO: _____ (1) CASA (2) APARTAMENTO | | tipom ___ |
| TELEFONES PARA CONTATO: (___) _____ (___) _____ | | |
| BLOCO A – GERAL | | |
| A1. Qual o seu nome completo? _____ | | |
| A2. Sexo (<i>observado pelo entrevistador</i>) (1) Masculino (1) Feminino | | A2 ___ |
| A3. Qual a sua idade? anos | | A3 ___ __ |
| A4. Qual a sua data de nascimento? / / 19 | | A4 / / |
| A5. Qual o seu estado civil? (1) Casado (2) Solteiro (3) Separado/Divorciado (4) Viúvo | | A5 ___ |
| A6. A sua cor ou raça é: (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena (9) Não sabe ou não quis responder | | A6 ___ |
| A7. (<i>SE MULHER</i>): Alguma vez na vida a Sra. já engravidou, mesmo que a gravidez não tenha chegado ao fim? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA A8 (1) Sim (9) Não lembra | | A7 ___ |
| A8. (<i>SE MULHER COM MENOS DE 50 ANOS</i>): A Sra. está grávida no momento? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (9) Não sabe | | A8 ___ |
| A9. O(a) Sr.(a) sabe o seu peso (mesmo que seja o valor aproximado)? <i>Se estiver grávida, pergunte o peso antes de engravidar:</i> kg (999) Não sabe ou não quis informar | | A9 ___ __ __ |
| A10. Quanto tempo faz que o(a) Sr.(a) se pesou da última vez? (0) Menos de 1 semana (1) Entre 1 semana e 1 mês (2) Entre 1 mês e menos de 3 meses (3) Entre 3 e 6 meses (4) Mais de 6 meses e menos de 1 ano | | A10 ___ |

| | |
|---|----------------------|
| (5) Mais de 1 ano (8) Nunca se pesou (9) Não lembra | |
| A11. O(a) Sr.(a) está fazendo alguma coisa para perder peso ou ganhar massa muscular? (0) Não (1) Sim | A11 __ |
| A12. Como o(a) Sr.(a) se sente hoje em relação ao seu peso? (1) Muito magro(a) (2) Um pouco magro(a) (3) Magro(a) (4) Normal (5) Um pouco gordo(a) (6) Gordo(a) (7) Muito gordo(a) (8) Não sabe ou não quis informar | A12 __ |
| A13. O(a) Sr.(a) usa algum tipo de vitamina ou suplemento alimentar (0) Não (1) Sim | A13 __ |
| A14. O(a) Sr.(a) sabe sua altura? _____ m _____ cm (999) Não sabe ou não quis informar | A14 ____ |
| A15. Em geral, como o(a) Sr.(a) avalia sua saúde? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim | A15 __ |
| A16. Como o(a) Sr.(a) diria que está sua saúde desde <DIA DO MÊS PASSADO> até hoje? (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim | A16 __ |
| A17. O(a) Sr.(a) costuma utilizar protetor ou filtro solar? (0) Não (1) Sim, somente no verão (2) Sim, durante todo o ano | A17 __ |
| A18. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) sofreu alguma queda em casa ou na rua? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA A19</i> (1) Sim (9) Não lembra – <i>VÁ PARA A PERGUNTA A19</i> | A18 __ |
| A19. O(a) Sr.(a) quebrou algum osso por causa dessa queda? (0) Não (1) Sim (8) NSA (9) Não lembra | A19 __ |
| A20. O(a) Sr.(a) já quebrou algum osso na vida? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra | A20 __ |
| BLOCO B - HÁBITOS DE VIDA | |
| Agora vamos falar sobre alguns hábitos de vida. | |
| B1. Atualmente, o(a) Sr.(a) fuma? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B4</i> (1) Sim, todos os dias (2) Sim, mas não todos os dias | B1 __ |
| B2. Quantos cigarros, em média, o(a) Sr.(a) fuma por dia? _____ cigarros ou _____ maços (888) NSA | B2c ____ B2m ____ |
| B3. O(a) Sr.(a) já tentou parar de fumar? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B6</i> (1) Sim – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B6</i> | B3 __ |
| B4. O(a) Sr.(a) já fumou alguma vez na vida? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B7</i> (1) Sim | B4 __ |

| | |
|--|----------------------------|
| B5. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) parou de fumar? anos meses (8888) NSA (9999) não lembra | B5a ___ __ B5m ___ __ |
| B6. Com que idade o(a) Sr.(a) começou a fumar? anos (88) NSA (99) não lembra | B6 ___ __ |
| B7. Alguma das pessoas que mora com o(a) Sr.(a) costuma fumar dentro de casa? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (mora sozinho) | B7 ___ |
| B8. Algum colega de trabalho costuma fumar no mesmo ambiente que o(a) Sr.(a) trabalha ou estuda? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não trabalha nem estuda fora) | B8 ___ |
| B9. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) costuma tomar alguma bebida alcoólica? (0) Não bebo nunca ou menos de uma vez por semana – <i>VÁ PARA A PERGUNTA B11</i> dias | B9 ___ |
| B10. Em geral, no dia em que o(a) Sr.(a) bebe, quantas doses de bebida alcoólica o(a) Sr.(a) consome? (<i>1 dose de bebida alcoólica equivale a 1 lata de cerveja, 1 taça de vinho ou 1 dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada</i>) doses | B10 ___ __ |
| B11. Nos últimos 30 dias, o(a) Sr.(a) consumiu 5 ou mais (<i>se homem</i>) ou 4 ou mais (<i>se mulher</i>) doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (0) Não (1) Sim (9) Não quis responder | B11 ___ |
| B12. Quantas horas de sono o(a) Sr.(a) costuma dormir por dia durante a semana (de segunda à sexta-feira)? horas min | B12h ___ __ B12m ___ __ |
| B13. Como o(a) Sr.(a) considera o seu sono? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim | B13 ___ |
| B14. Desde <DIA DA SEMANA PASSADA>, o(a) Sr.(a) tomou remédio para dormir? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra ou não quis responder | B14 ___ |
| B15. Em média, quantas horas por dia o(a) Sr.(a) costuma ficar assistindo à televisão durante a semana (de segunda a sexta-feira)? horas minutos (0000) não assiste (9999) Não sabe | B15h ___ __ B15m ___ __ |
| BLOCO C – SOCIOECONÔMICO (APENAS O CHEFE DO DOMICÍLIO DEVERÁ RESPONDER ESTE BLOCO). | |
| Agora vamos falar sobre algumas características de sua casa. | |
| C1. A casa onde o(a) Sr.(a) mora é: (1) Própria (2) Alugada (3) Emprestada (4) Pensão/pensionato, hotel (5) Outro | C1 ___ |
| C2. A água utilizada para beber neste domicílio é: (1) Filtrada (2) Fervida (3) Mineral industrializada (4) Da torneira (5) Outra | C2 ___ |
| C3. Quantas peças na casa são usadas para dormir? peças | C3 ___ |
| C4. Quantos banheiros ou sanitários de uso dos moradores há no domicílio? banheiros | C4 ___ |
| C5. Qual o destino dado ao lixo? (1) Coletado diretamente pelo lixeiro (caminhão do lixo) (2) É queimado ou enterrado na casa (3) Jogado em terreno baldio ou na rua (4) Jogado em rio, lago ou mar (5) Outro | C5 ___ |

| | |
|--|--|
| C6. Neste domicílio existe: | |
| a) Televisão em cores? (0) não (1) sim | C6a __ |
| b) Geladeira? (0) não (1) sim | C6b __ |
| c) Vídeo/DVD? (0) não (1) sim | C6c __ |
| d) Máquina de lavar roupa? (0) não (1) sim | C6d __ |
| e) Telefone fixo? (0) não (1) sim | C6e __ |
| f) Telefone celular? (0) não (1) sim | C6f __ |
| g) Forno microondas? (0) não (1) sim | C6g __ |
| h) Fogão à lenha? (0) não (1) sim | C6h __ |
| i) Computador ou notebook? (0) não (1) sim | C6i __ |
| j) Acesso à internet? (0) não (1) sim | C6j __ |
| k) Motocicleta? (0) não (1) sim | C6k __ |
| C7. Quantos carros há no domicílio? carros | C7 __ |
| C8. Em seu domicílio, trabalha algum(a) empregado(a) doméstico(a) mensalista? (0) Não (1) Sim | C8 __ |
| C9. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever? (0) Não (1) Sim | C9 __ |
| C10. Até que série ou ano o(a) Sr.(a) estudou? (0) Nunca estudou (1) Fundamental incompleto (2) Fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Superior incompleto (6) Superior completo (7) Pós-graduação | C10 __ |
| C11. Quantas pessoas moram neste domicílio? pessoas | C11 __ __ |
| C12. No último mês, o(a) Sr.(a) trabalhou sendo pago(a)? (0) Não (1) Sim (2) Estava em férias/licença | C12 __ |
| C13. Quanto o(a) Sr.(a) e as pessoas que moram na casa receberam no último mês (incluindo salário, pensão, férias, aposentadoria)? Morador 1 (A PRÓPRIA PESSOA) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN Morador 2 (_____) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN Morador 3 (_____) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN Morador 4 (_____) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN Morador 5 (_____) _____ Reais (88888) NSA (99999) IGN | C13a _____ C13b _____ C13c _____ C13d _____ C13e _____ |
| C14. O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para pagar suas despesas? (0) Não (1) Sim (2) Em parte | C14 __ |
| C15 Escreva o nome da pessoa que respondeu este bloco: | C15 |
| BLOCO D - DOENÇAS CRÔNICAS | |
| As próximas perguntas são sobre algumas doenças. | |
| D1. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) teve sua pressão arterial medida? (0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe | D1 __ |
| D2. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem pressão alta? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra | D2 __ |
| D3. Atualmente, o(a) Sr.(a) está tomando algum medicamento para controlar a pressão? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe | D3 __ |

| | |
|--|--------|
| D4. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame para medir a glicemia, isto é, o açúcar no sangue? (0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe | D4 __ |
| D5. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem diabetes (<i>açúcar alto no sangue</i>)? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA D9 (1) Sim (9) Não lembra | D5 __ |
| D6. (SE MULHER E JÁ ENGRAVIDOU): O diabetes (<i>açúcar alto no sangue</i>) foi apenas quando estava grávida? (0) Não (1) Sim (8) Nunca engravidou (9) Não lembra/não sabe | D6 __ |
| D7. Atualmente, o(a) Sr.(a) está tomando algum comprimido para controlar o diabetes ou o nível de açúcar do sangue? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe | D7 __ |
| D8. Atualmente, o(a) Sr.(a) está usando insulina para controlar o diabetes ou o nível de açúcar no sangue? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe | D8 __ |
| D9. Quando foi a última vez que o(a) Sr.(a) fez exame para medir o colesterol ou triglicerídeos? (0) Nunca mediu (1) Há menos de 6 meses (2) Entre 6 meses e 1 ano (3) Há mais de 1 ano (9) Não lembra/não sabe | D9 __ |
| D10. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem colesterol ou triglicerídeos alto? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/Não sabe | D10 __ |
| D11. O(a) Sr.(a) usa medicação para controlar o colesterol ou triglicerídeos alto? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe | D11 __ |
| D12. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem doença do coração, tais como infarto, angina, insuficiência cardíaca ou outra? (0) Não (1) Sim | D12 __ |
| D13. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) teve derrame ou AVC (<i>acidente vascular cerebral</i>)? (0) Não (1) Sim | D13 __ |
| D14. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem artrite ou reumatismo? (0) Não (1) Sim | D14 __ |
| D15. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem DORT (doença osteomuscular relacionada ao trabalho) ou LER (lesão por esforço repetitivo)? (0) Não (1) Sim | D15 __ |
| D16. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem câncer? (0) Não (1) Sim – Qual? | D16 __ |
| D17. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem insuficiência renal crônica? (0) Não (1) Sim | D17 __ |
| D18. Em algum momento de sua vida, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tinha depressão? (0) Não (1) Sim | D18 __ |
| D19. Nos últimos 12 meses, isto é, desde <MÊS DO ANO PASSADO>, algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem depressão? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA D22 (1) Sim | D19 __ |

| | |
|--|--------|
| D20. O(a) Sr.(a) toma algum remédio para tratar depressão? (0) Não (1) Sim | D20 __ |
| D21. Há quanto tempo? anos meses (9999) não sabe / não lembra | D21 __ |
| D22. Algum médico ou psicólogo já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem outra doença mental ou emocional, como ansiedade, esquizofrenia, transtorno bipolar ou TOC (<i>transtorno obsessivo compulsivo</i>)? (0) Não (1) Sim – Qual? | D22 __ |
| D22. O(a) Sr.(a) teve dor nas costas nos últimos 12 meses, isto é, desde <MÊS DO ANO PASSADO> até hoje? (0) Não (1) Sim | D23 __ |
| D23. Essa dor durou mais de 12 semanas, isto é, três meses seguidos? (0) Não (1) Sim | D24 __ |
| D24. O(a) Sr.(a) teve que faltar o trabalho ou aula por causa dessa dor? (0) Não (1) Sim | D25 __ |
| D25. O(a) Sr.(a) procurou atendimento médico por causa dessa dor? (0) Não (1) Sim | D26 __ |

BLOCO E - QUALIDADE DE VIDA

As próximas perguntas são sobre como o(a) Sr.(a) se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Se o(a) Sr.(a) não tem certeza sobre que resposta dar em alguma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que o(a) Sr.(a) acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

MOSTRE AS ESCALAS DE RESPOSTA PARA O PESSOA QUE EISTIVER RESPONDENDO.

| | | Muito ruim | Ruim | Nem ruim Nem boa | Boa | Muito boa |
|----|--|---------------------------|---------------------|--|-------------------|-------------------------|
| E1 | Como o(a) Sr.(a) avalia sua qualidade de vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito |
| E2 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes são sobre o quanto o(a) Sr.(a) tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

| | | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente |
|----|--|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| E3 | Em que medida o(a) Sr.(a) acha que sua dor (física) impede o(a) Sr.(a) de fazer o que precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E4 | O quanto o(a) Sr.(a) precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E5 | O quanto o(a) Sr.(a) aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E6 | Em que medida o(a) Sr.(a) acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E7 | O quanto o(a) Sr.(a) consegue se concentrar? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E8 | Quão seguro(a) o(a) Sr.(a) se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| E9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente o(a) Sr.(a) tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

| | | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente | |
|---|---|--------------------|---------------|---------------------------------|----------------------|------------------|-------|
| E10 | O(a) Sr.(a) tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E11 | O(a) Sr.(a) é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E12 | O(a) Sr.(a) tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E13 | Quão disponíveis para o(a) Sr.(a) estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E14 | Em que medida o(a) Sr.(a) tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito o(a) Sr.(a) se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. | | | | | | | |
| | | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem bom | Bom | Muito bom | |
| E15 | Quão bem o(a) Sr.(a) é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | | Muito Insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito | |
| E16 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E17 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E18 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E19 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E20 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E21 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E22 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o apoio que o(a) Sr.(a) recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E23 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E24 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| E25 | Quão satisfeito(a) o(a) Sr.(a) está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| As questões seguintes se referem a frequência que o(a) Sr.(a) sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas. | | | | | | | |
| | | Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequentemente | Sempre | |
| E26 | Com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| BLOCO F - DOENÇAS RESPIRATORIAS | | | | | | | |
| As perguntas a seguir serão sobre doenças respiratórias. | | | | | | | |
| F1. | O(a) Sr.(a) costuma ter tosse, sem estar resfriado ou gripado? (0) Não (1) Sim | | | | | | F1 __ |
| F2. | O(a) Sr.(a) tosse na maioria dos dias, por pelo menos três meses do ano? (0) Não (1) Sim | | | | | | F2 __ |
| F3. | Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem doença do pulmão, tais como: enfisema pulmonar, bronquite crônica ou DPOC (doença pulmonar obstrutiva crônica)? | | | | | | F3 __ |

| | |
|---|--|
| (0) Não (1) Sim | |
| F4. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem asma ou bronquite asmática? (0) Não (1) Sim | F4 __ |
| F5. Algum médico já lhe disse que o(a) Sr.(a) tem síndrome da apneia obstrutiva do sono, isto é, parar de respirar enquanto dorme? (0) Não (1) Sim | F5 __ |
| F6. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) teve algum episódio de: a. Asma? (0) Não (1) Sim (9) IGN b. Bronquite? (0) Não (1) Sim (9) IGN c. Enfisema? (0) Não (1) Sim (9) IGN d. DPOC? (0) Não (1) Sim (9) IGN e. Rinite alérgica? (0) Não (1) Sim (9) IGN f. Chiado no peito? (0) Não (1) Sim (9) IGN | F6a __ F6b __ F6c __ F6d __ F6e __ |
| F7. O(a) Sr.(a) está ou já esteve exposto à fumaça ou poeira no seu local de trabalho? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica (não trabalha) | F7 __ |
| F8. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está ou já esteve exposto à fumaça ou poeira no seu local de trabalho? anos meses (0000) Não está (8888) Não trabalha (9999) Não sabe | F8a __ __ F8m |
| BLOCO G - SERVIÇOS DE SAÚDE | |
| Agora vamos falar sobre a utilização do serviço de saúde. | |
| G1. O seu domicílio está cadastrado na unidade de saúde da família? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | G1 __ |
| G2. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) recebeu visita de algum agente comunitário ou algum membro da Equipe de Saúde da Família? (0) Não (1) Sim (9) Não lembra/não sabe | G2 __ |
| G3. O(a) Sr.(a) tem plano de saúde ou convênio médico particular? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA G5 (1) Sim, plano particular. QUAL? _____ (2) Sim, plano empresarial. QUAL? _____ (9) Não sabe – VÁ PARA A PERGUNTA G5 | G3 __ |
| G4. Como o(a) Sr.(a) considera este plano de saúde? (1) Muito bom (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim | G4 __ |
| G5. Quando o(a) Sr.(a) consultou um médico pela última vez? (0) Nunca foi ao médico – VÁ PARA A PERGUNTA G8 (1) No último mês (2) Entre o último mês e o último ano (3) De 1 ano a menos do que 2 anos (4) De 2 anos a menos do que 3 anos (5) 3 anos ou mais | G5 __ |
| G6. Qual foi o motivo desta consulta? (1) Acidente ou lesão (2) Doença aguda ou outro problema de saúde agudo que não seja traumático (3) Doença crônica ou outro problema de saúde crônico (4) Sessão de tratamento ou terapia para doença/problema crônico (5) Consulta pré-natal (6) Exame médico periódico para prevenção de doença (7) Outro exame médico (admissional, carteira de motorista etc.) (8) Outro _____ (9) Não lembra/não sabe | G6 __ |
| G7. Essa última consulta foi: (1) Pelo SUS (2) Por convênio/plano de saúde particular (3) Por convênio/plano de saúde empresarial | G7 __ |

| | | |
|--|---|----------------------|
| (4) Particular | | |
| (9) Não lembra/não sabe | | |
| G8. Desde <MÊS> do ano passado, o(a) Sr.(a) ficou internado em hospital por pelo menos 24 horas? | (0) Não (1) Sim | G8 __ |
| G9. O(a) Sr.(a) tomou vacina contra gripe neste ano ou no ano passado? | (0) Não (1) Sim, no SUS (posto de saúde) (2) Sim, em clínica privada (9) Não lembra/não sabe | G9 __ |
| G10. (SE MULHER): A Sra. já fez exame de Papanicolau, CP ou preventivo de câncer de útero? | (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA G12 (1) Sim (9) Não lembra/não sabe – VÁ PARA A PERGUNTA G12 | G10 __ |
| G11. (SE MULHER): Quanto tempo faz que a Sra. fez este exame? | anos _____ meses _____ (9999) não lembra | G11a ___ G11m ___ |
| G12. (SE MULHER): A Sra. já fez alguma vez mamografia ou raio-X das mamas? | (0) Não – VÁ PARA O BLOCO H (1) Sim (9) Não lembra/não sabe – VÁ PARA O BLOCO H | G12 __ |
| G13. (SE MULHER): Quanto tempo faz que a Sra. fez este exame? | anos _____ meses _____ (9999) não lembra | G13a ___ G13m ___ |
| G14. (SE HOMEM COM MAIS DE 40 ANOS): O Sr. já fez exame de próstata (toque retal ou PSA)? | (0) Não (1) Sim, toque retal (2) Sim, PSA (9) Não lembra/não sabe | G14 __ |
| BLOCO H - CONSUMO ALIMENTAR | | |
| <i>AS PERGUNTAS H1 A H15 DEVERÃO SER RESPONDIDAS APENAS PELO CHEFE DA FAMÍLIA. SE NÃO FOR O CHEFE DE FAMÍLIA, VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA H16</i> | | |
| <i>Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre a alimentação do(a) Sr.(a) e de sua família.</i> | | |
| H1. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) Sr.(a) teve a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida? | (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H1 __ |
| H2. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os alimentos acabaram antes que o(a) Sr.(a) tivesse dinheiro para comprar mais comida? | (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H2 __ |
| H3. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> o(a) Sr.(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? | (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H3 __ |
| H4. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, o(a) Sr.(a) ou algum morador deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou? | (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H4 __ |
| H5. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida? | (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H5 __ |
| H6. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL> algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida? | (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H6 __ |
| H7. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida? | (0) Não (1) Sim | H7 __ |

| | |
|---|---|
| (9) Não soube responder | |
| H8. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia porque não tinha dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H8 __ |
| H9. Neste domicílio reside algum morador com menos de 18 anos de idade? (0) Não – VÁ PARA A PERGUNTA H16 (1) Sim | H9 __ |
| H10. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida? (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H10 __ |
| H11. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou? (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H11 __ |
| H12. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que o(a) Sr.(a) achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H12 __ |
| H13. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H13 __ |
| H14. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H14 __ |
| H15. Desde o <TRÊS MESES ATRÁS ATÉ O MÊS ATUAL>, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida? (0) Não (1) Sim (9) Não soube responder | H15 __ |
| <i>Agora vou lhe perguntar sobre hábitos alimentares.</i> | |
| H16. Como o(a) Sr.(a) considera a sua alimentação? (1) Muito boa (2) Boa (3) Regular (4) Ruim (5) Muito ruim | H16 __ |
| H17. Vou ler algumas refeições e gostaria que o(a) Sr.(a) me dissesse quais delas costuma fazer: a. Café da manhã (0) Não (1) Sim b. Almoço (0) Não (1) Sim c. Lanche ou café da tarde (0) Não (1) Sim d. Janta (0) Não (1) Sim e. Lanche ou café à noite (0) Não (1) Sim | H17a __ H17b __ H17c __ H17d __ H17e __ |
| H18. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer leguminosas como feijão, lentilha, ervilha? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H18 __ |
| H19. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume como alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (não inclui batata, mandioca ou inhame) (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana | H19 __ |

| | |
|---|--------|
| (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | |
| H20. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer carne vermelha (rês, porco)? (0) Nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H21</i> (1) Quase nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H21</i> (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H20 __ |
| H21. O(a) Sr.(a) tem o hábito de comer a gordura aparente da carne vermelha? (0) Não (1) Sim | H21 __ |
| H22. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer frango/galinha? (0) Nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H24</i> (1) Quase nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H24</i> (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H22 __ |
| H23. O(a) Sr.(a) tem o hábito de comer a pele do frango? (0) Não (1) Sim | H23 __ |
| H24. Em quantos dias da semana o (a) Sr.(a) costuma comer peixe? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H24 __ |
| H25. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H25 __ |
| H26. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer frutas? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H26 __ |
| H27. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H27 __ |
| H28. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma tomar leite? (<i>não inclui leite de soja</i>) (0) Nunca- <i>VÁ PARA A PERGUNTA H30</i> (1) Quase nunca - <i>VÁ PARA A PERGUNTA H30</i> (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H28 __ |
| H29. Quando o(a) Sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar? (1) Integral (2) Desnatado ou semidesnatado (3) Ambos (9) Não sabe | H29 __ |
| H30. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer alimentos doces, como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces? | H30 __ |

| | |
|--|--------|
| (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | |
| H31. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma trocar a comida do almoço e/ou jantar por sanduíches, salgados, pizza ou outros lanches? (0) Nunca (1) Quase nunca (2) 1 a 2 dias por semana (3) 3 a 4 dias por semana (4) 5 a 6 dias por semana (5) Todos os dias (inclusive sábado e domingo) | H31 __ |
| H32. Somando a comida preparada na hora e os alimentos industrializados o(a) Sr.(a) acha que o seu consumo de sal é: (1) Muito baixo (2) Baixo (3) Adequado (4) Alto (5) Muito alto (9) Não sabe | H32 __ |
| H33. Depois que o seu prato já está servido, o(a) Sr.(a) costuma colocar mais sal na comida? (0) Não (1) Sim | H33 __ |
| H34. O(a) Sr.(a) costuma comer quando está assistindo TV? (0) Não (1) Sim | H34 __ |
| H35. Onde o(a) Sr.(a) costuma realizar suas refeições? (1) Em casa (2) No trabalho (3) Restaurante (4) Outro | H35 __ |
| H36. O(a) Sr.(a) costuma colocar açúcar ou adoçante no café, chá ou suco? (0) Não (1) Sim | H36 __ |
| <i>Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre assistência nutricional</i> | |
| H37. O(a) Sr.(a) recebeu alguma orientação sobre como deveria se alimentar desde <MES> do ano passado? (0) Não – VÁ PARA O BLOCO I (1) Sim (9) Não lembra/não sabe – VÁ PARA O BLOCO I | H37 __ |
| H38. O(a) Sr.(a) recebeu alguma orientação por escrito sobre alimentação? (0) Nenhuma (1) Dieta (2) Lista de alimentos (3) Dieta e lista de alimentos (4) Outra: _____ | H38 __ |
| H39. Onde foi que o(a) Sr.(a) recebeu essa orientação sobre alimentação? (1) Posto de Saúde (2) Hospital (3) Clínica privada o consultório particular (4) Mídia (5) Outro: _____ | H39 __ |
| H40. Quem falou com o(a) Sr.(a) sobre alimentação? (1) Nutricionista (2) Médica (3) Enfermeira (4) Outro: _____ (9) Não soube informar | H40 __ |
| H41. Esta orientação sobre como o(a) Sr.(a) deveria se alimentar lhe ajudou a se alimentar melhor? (0) Não (1) Sim | H41 __ |
| H42. O(a) Sr.(a) considera que suas dúvidas sobre alimentação foram esclarecidas? (0) Não (1) Sim | H42 __ |

| | |
|--|--------------------------|
| (8) Não tinha dúvidas | |
| BLOCO I - ATIVIDADE FÍSICA | |
| <i>Agora vamos conversar sobre atividades físicas. Para responder essas perguntas o(a) Sr.(a) deve saber que: Atividades físicas fortes são as que exigem grande esforço físico e que fazem respirar <u> muito mais rápido </u> do que o normal. Atividades físicas moderadas são as que exigem esforço físico médio e que fazem respirar <u> um pouco mais rápido </u> do que o normal.</i> | |
| <i>Em todas as perguntas sobre atividade física, responda somente sobre aquelas que duram pelo menos 10 minutos seguidos. Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse apenas nas atividades feitas no seu tempo livre (lazer).</i> | |
| 11. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz caminhada no seu tempo livre? __ dias por SEMANA (0) Nenhum - VÁ PARA A PERGUNTA 13 | I1 __ |
| 12. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas caminhadas, quanto tempo no total elas duram por dia? horas minutos (9999) IGN | I2h __ __ I2m __ __ |
| 13. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas FORTES no seu tempo livre? Por exemplo: correr, fazer ginástica de academia, pedalar em ritmo rápido, praticar esportes competitivos etc.. __ dias por SEMANA (0) Nenhum - VÁ PARA A PERGUNTA 15 | I3 __ |
| 14. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? horas minutos (9999) IGN | I4h __ __ I4m __ __ |
| 15. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) faz atividades físicas moderadas fora as caminhadas no seu tempo livre? Por exemplo: nadar ou pedalar em ritmo médio, praticar esportes por diversão etc.. __ dias por SEMANA (0) Nenhum - VÁ PARA A INSTRUÇÃO DA PERGUNTA 17 | I5 __ |
| 16. Nos dias em que o(a) Sr.(a) faz essas atividades, quanto tempo no total elas duram por dia? horas minutos (9999) IGN | I6h __ __ I6m __ __ |
| <i>Agora eu gostaria que o(a) Sr.(a) pensasse como se desloca de um lugar a outro quando este deslocamento dura pelo menos 10 minutos seguidos. Pode ser a ida e vinda do trabalho ou quando vai fazer compras, visitar a amigos ou ir à escola/faculdade.</i> | |
| 17. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) usa a bicicleta para ir de um lugar a outro? __ dias por SEMANA (0) Nenhum - VÁ PARA A PERGUNTA 19 | I7 __ |
| 18. Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) pedala por dia? horas minutos (9999) IGN | I8h __ __ I8m __ __ |
| 19. Quantos dias por semana o(a) Sr.(a) caminha para ir de um lugar a outro? __ dias por SEMANA (0) Nenhum - VÁ PARA O BLOCO J | I9 __ |
| I10. Nesses dias, quanto tempo no total o(a) Sr.(a) caminha por dia? horas minutos (9999) IGN | I10h __ __ I10m __ __ |
| BLOCO J - SOBRE O BAIRRO | |
| <i>Agora vou lhe fazer perguntas sobre o bairro em que você mora.</i> | |
| J1. Existe perto de sua casa algum lugar PÚBLICO (praça, parque, rua fechada) para fazer caminhada, realizar exercício físico ou praticar esporte? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | J1 __ |
| J2. Sua casa já foi assaltada ou roubada alguma vez? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | J2 __ |
| J3. O(a) Sr.(a) gosta de morar neste bairro? (0) Não (1) Sim | J3 __ |
| J4. Encontra-se grande variedade de frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo a sua residência? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | J4 __ |
| J5. As frutas, verduras e legumes frescos à venda próximo à sua residência são de boa qualidade? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | J5 __ |
| J6. Encontra-se uma grande variedade de alimentos com baixo teor de gordura (isto é, <i>light/diet</i>) à venda próximo à sua residência? (0) Não (1) Sim | J6 __ |

| | |
|---|--------|
| (9) Não sabe | |
| J7. Existem muitos lugares para lanches e refeições rápidas (<i>fast-food</i>) próximo à sua residência? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | J7 __ |
| <i>Agora vamos falar sobre as ruas perto de sua casa. considere como perto os locais dos quais o(a) Sr.(a) consegue chegar caminhando em 10 minutos.</i> | |
| J8. Existe calçada na maioria das ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim | J8 __ |
| J9. Como o(a) Sr.(a) considera as calçadas perto de sua casa para caminhar? (1) Ruins (2) Regulares (3) Boas | J9 __ |
| J10. Existem áreas verdes com árvores nas ruas perto de sua casa? (0) Não – <i>VÁ PARA PERGUNTA J12</i> (1) Sim | J10 __ |
| J11. Como o(a) Sr.(a) considera as áreas verdes perto de sua casa? (1) Ruins (2) Regulares (3) Boas | J11 __ |
| J12. As ruas perto de sua casa são planas (sem subidas e descidas)? (0) Não (1) Sim | J12 __ |
| J13. Existem locais com acúmulo de lixo nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim | J13 __ |
| J14. Existem locais com esgoto a céu aberto nas ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim | J14 __ |
| <i>Agora vamos falar sobre o trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos perto de sua casa.</i> | |
| J15. O trânsito de carros, ônibus, caminhões e motos dificultam a prática de caminhada ou o uso de bicicletas perto da sua casa? (0) Não (1) Sim | J15 __ |
| J16. Existem faixas para atravessar as ruas perto de sua casa? (0) Não (1) Sim | J16 __ |
| J17. Os motoristas costumam parar e deixar que as pessoas atravessem a faixa de segurança? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica | J17 __ |
| J18. Existe fumaça de poluição perto de sua casa? (0) Não (1) Sim | J18 __ |
| <i>Agora vamos falar sobre a segurança de seu bairro.</i> | |
| J19. As ruas perto de sua casa são bem iluminadas a noite? (0) Não (1) Sim | J19 __ |
| J20. Durante o dia o(a) Sr.(a) acha seguro caminhar ou andar de bicicleta ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim | J20 __ |
| J21. Durante a no noite o(a) Sr.(a) acha seguro caminhar ou andar de bicicleta, ou praticar esportes perto de sua casa? (0) Não (1) Sim | J21 __ |
| <i>Agora vamos falar sobre sua família, amigos, vizinhos e o clima no seu bairro.</i> | |
| J22. Algum amigo(a), vizinho(a) convida o(a) Sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta, ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim | J22 __ |
| J23. Algum parente convida o(a) Sr.(a) para caminhar, andar de bicicleta, ou praticar esporte no seu bairro? (0) Não (1) Sim | J23 __ |

| | |
|---|----------|
| J24. Ocorrem eventos esportivos e/ou caminhadas em seu bairro? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | J24 __ |
| J25. O clima (frio, chuva ou calor) dificulta que o(a) Sr.(a) caminhe, ande de bicicleta, ou pratique esportes em seu bairro? (0) Não (1) Sim | J25 __ |
| J26. O(a) Sr.(a) tem cachorro? (0) Não – <i>VÁ PARA O BLOCO L</i> (1) Sim | J26 __ |
| J27. O Sr.(a) costuma passear com seu cachorro nas ruas do seu bairro? (0) Não (1) Sim | J27 __ |
| BLOCO L – UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA | |
| <i>Agora vamos falar sobre aula de educação física. Considere aula de educação física um contato direto com professor, instrutor, personal trainer em academias, serviços, clubes, entre outros espaços.</i> | |
| L1. Desde <TRÊS MESES ATRAS>, o(a) Sr.(a) realizou aula com algum professor de Educação Física? (0) Não - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L7</i> (1) Sim (9) Não lembra | L1 __ |
| L2. Em que lugar, no último mês, ocorreu esta aula? <i>(Nos casos de mais de uma resposta, priorizar o lugar (aula) que o entrevistado esteja há mais tempo).</i> (1) Academia de ginástica, musculação, <i>personal trainer</i> (2) Escola, aula de educação física na escola (3) Posto de Saúde, NASF, Vida Ativa (4) No hospital, clínica de recuperação (5) Na FURG, outras IES (6) Na rua, em uma praça (7) Em outro lugar. Qual? _____ (9) Não lembra | L2 __ |
| L3. Esta aula foi paga ou de graça? (1) Paga (2) De graça (9) Não quis responder | L3 __ |
| L4. Qual a frequência semanal desta aula? (1) 1 vez por semana (2) 2 vezes por semana (3) 3 vezes por semana (4) 4 ou mais vezes por semana (9) Não quis responder | L4 __ |
| L5. Qual o principal motivo levou o(a) Sr.(a) a buscar esta aula de Educação Física? (1) Emagrecimento (2) Recomendação/ Orientação profissional (médico, nutricionista, outro) (3) Ganho de Massa Muscular/ Definição muscular (força) (4) Convívio Social (5) Saúde/ Qualidade de Vida / Bem-estar (6) Outro. Qual? _____ (9) Não quis responder | L5 __ |
| L6. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) esta frequentando a aula de Educação Física? __ meses – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i> (99) Não lembra – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i> | L6 __ __ |
| <i>Perguntas para quem NÃO realizou aula nos últimos três meses com professor de Educação Física</i> | |
| L7. O(a) Sr.(a) procurou professor de Educação Física nos últimos três meses? (0) Não (1) Sim. Onde? _____ - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L9</i> | L7 __ |
| L8. Por qual motivo o(a) Sr.(a) não procurou professor de Educação Física? (1) Não sei onde procurar (2) Ninguém me disse que eu precisava (3) Não preciso (4) Falta de tempo (5) Outro motivo. Qual? _____ | L8 __ |
| L9. O(a) Sr.(a) lembra qual foi o último lugar onde realizou aula com professor de Educação Física? (0) Nunca fez - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L11</i> | L9 __ |

| | |
|---|--------|
| (1) Academia de ginástica, musculação, <i>personal trainer</i> (2) Escola, aula de educação física na escola (3) Posto de Saúde, NASF, Vida Ativa (4) No hospital, clínica de recuperação (5) Na FURG, outras IES (6) Na rua, em uma praça (7) Em outro lugar Qual? _____ (9) Não lembra - <i>VÁ PARA A PERGUNTA L11</i> | |
| L10. Esta aula foi paga ou de graça? (1) Paga – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i> (2) De graça – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i> (9) Não soube responder – <i>VÁ PARA A PERGUNTA L12</i> | L10 __ |
| L11. Se o(a) Sr.(a) tivesse que procurar um lugar com professor de Educação Física, qual lugar seria? (1) Escola (2) Academia (3) Posto de Saúde (4) Hospital (5) FURG (6) SESI (7) Outro lugar. Qual? _____ (9) Não sabe / não quis responder | L11 __ |
| <i>Agora vamos fazer perguntas sobre o professor de Educação Física nos espaços públicos de saúde.</i> | |
| L12. O(a) Sr.(a) já ouviu falar sobre a existência de professor de Educação Física nos postos de Saúde de Rio Grande? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | L12 __ |
| L13. O(a) Sr.(a) já ouviu falar sobre a existência de professor de Educação Física no hospital da FURG? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | L13 __ |
| L14. O(a) Sr.(a) conhece algum programa público em Rio Grande de estímulo à prática de atividade física? (0) Não (1) Sim, qual? _____ | L14 __ |
| BLOCO M - SAÚDE MENTAL | |
| <i>Agora vou lhe mostrar alguns rostos que expressam vários sentimentos, desde uma pessoa que se sente muito triste (apontar para o primeiro rosto) até uma pessoa que se sente muito feliz (apontar para o último rosto). Qual desses rostos mostra melhor como o(a) Sr.(a) se sentiu na maior parte do tempo, no último ano?</i> | |
| (MOSTRAR FIGURA PARA OS ENTREVISTADOS) | |
| | M |
| <i>Agora vamos falar sobre como o(a) Sr.(a) tem se sentido no último mês.</i> | |
| M1. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado triste por causa de algo que aconteceu inesperadamente? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M1 __ |
| M2. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido incapaz de controlar as coisas importantes em sua vida? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M2 __ |
| M3. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido nervoso e “estressado”? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M3 __ |

| | |
|--|--------|
| M4. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem tratado com sucesso dos problemas difíceis da vida? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M4 __ |
| M5. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que está lidando bem as mudanças importantes que estão ocorrendo em sua vida? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M5 __ |
| M6. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se sentido confiante na sua habilidade de resolver problemas pessoais? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M6 __ |
| M7. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão acontecendo de acordo com a sua vontade? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M7 __ |
| M8. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem achado que não conseguiria lidar com todas as coisas que tem que fazer? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M8 __ |
| M9. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar as irritações em sua vida? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M9 __ |
| M10. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as coisas estão sob o seu controle? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M10 __ |
| M11. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem ficado irritado porque as coisas que acontecem estão fora do seu controle? (0) Nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M11 __ |
| M12. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem se encontrado pensando sobre as coisas que deve fazer? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M12 __ |
| M13. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem conseguido controlar a maneira como gasta seu tempo? (0) nunca (1) quase nunca | M13 __ |

| | |
|---|------------------------|
| (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | |
| M14. Neste último mês, com que frequência o(a) Sr.(a) tem sentido que as dificuldades se acumulam a ponto de acreditar que não pode superá-las? (0) nunca (1) quase nunca (2) às vezes (3) quase sempre (4) sempre | M14 __ |
| BLOCO N - SAÚDE BUCAL | |
| <i>Agora vou lhe fazer algumas perguntas sobre os seus dentes.</i> | |
| N1. O(a) Sr.(a) range os dentes ou alguém de sua família lhe disse que o(a) Sr.(a) range os dentes durante o sono? (0) Nunca (1) Raramente (2) Algumas vezes (3) Frequentemente (9) Não sabe | N1 __ |
| N2. O(a) Sr.(a) tem impressão de que seus dentes são mais desgastados do que deveriam ser? (0) Não (1) Sim | N2 __ |
| N3. O(a) Sr.(a) sente cansaço ou dor nos músculos da mandíbula quando se acorda? (0) Não (1) Sim | N3 __ |
| N4. O(a) Sr.(a) sente dor nas têmporas (lateral da cabeça, acima das orelhas) quando se acorda? (0) Não (1) Sim | N4 __ |
| N5. O(a) Sr.(a) tem dificuldade de abrir a boca quando se acorda? (0) Não (1) Sim | N5 __ |
| N6. O(a) Sr.(a) usa prótese ou dentadura? (0) Não (1) Sim, superior e inferior – <i>VÁ PARA A PERGUNTA N9</i> (2) Sim, superior – <i>VÁ PARA A PERGUNTA N9</i> (3) Sim, inferior – <i>VÁ PARA A PERGUNTA N9</i> | N6 __ |
| N7. Quantas vezes por dia o(a) Sr.(a) escova os dentes? (0) Nenhuma (1) 1 (2) 2 (3) 3 (4) 4 ou mais | N7 __ |
| N8. O(a) Sr.(a) usa fio dental todos os dias? (0) Não (1) Sim | N8 __ |
| N9. O(a) Sr.(a) já consultou o dentista alguma vez? (0) Não – <i>VÁ PARA A PERGUNTA N13</i> (1) Sim | N9 __ |
| N10. Quanto tempo faz que o(a) Sr.(a) consultou o dentista pela última vez? ____ anos ____ meses (9999) Não lembra (8888) NSA | N10a ____ N10m ____ |
| N11. Qual o motivo da última consulta com o dentista? (1) Revisão / consulta de rotina (2) Dor de dente (3) Outro motivo que não dor de dente: _____ (9) Não lembra | N11 __ |
| N12. Qual o tipo de serviço utilizado na última consulta com o dentista? (1) Público (2) Particular (3) Convênio (9) Não lembra | N12 __ |
| N13. Nos últimos seis meses, isto é, desde <MÊS> até agora, o(a) Sr.(a) teve dor de dente? (0) Não (1) Sim (9) Não sabe | N13 __ |

| | |
|--|---------------|
| <p>N14. Com relação aos seus dentes e à sua boca, o(a) Sr.(a) diria que está:</p> <p>(1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Nem satisfeito nem insatisfeito (4) Insatisfeito (5) Muito insatisfeito</p> | <p>N14 __</p> |
| <p><i>O questionário já está chegando ao final. Faltam apenas mais 10 perguntas.</i></p> | |
| <p>O1. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O1 __</p> |
| <p>O2. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O2 __</p> |
| <p>O3. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo ou dormiu mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O3 __</p> |
| <p>O4. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O4 __</p> |
| <p>O5. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve falta de apetite ou comeu demais?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O5 __</p> |
| <p>O6. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) se sentiu mal consigo mesmo(a) ou achou que é um fracasso ou que decepcionou sua família ou a si mesmo(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O6 __</p> |
| <p>O7. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler o jornal ou ver televisão)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O7 __</p> |
| <p>O8. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto das outras pessoas perceberem), ou ao contrário, esteve tão agitado(a) que ficava andando de um lado para o outro mais do que de costume?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O8 __</p> |
| <p>O9. Nas últimas duas semanas, quantos dias o(a) Sr.(a) pensou em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O9 __</p> |
| <p>O10. Considerando as últimas duas semanas, os sintomas anteriores lhe causaram algum tipo de dificuldade para trabalhar ou estudar ou tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?</p> <p>(0) Nenhum dia (1) Menos de uma semana (2) Uma semana ou mais (3) Quase todos os dias</p> | <p>O10 __</p> |

ENCERRE O QUESTIONÁRIO E AGRADEÇA PELA PARTICIPAÇÃO, COLOCANDO-SE À DISPOSIÇÃO PARA QUALQUER ESCLARECIMENTO OU ENCAMINHAMENTO MÉDICO, NUTRICIONAL, PSICOLÓGICO OU ODONTOLÓGICO NECESSÁRIO!

ANOTAÇÕES:

APÊNDICE C DO PROJETO-
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA O PARTICIPANTE DA PESQUISA

INTITULADA: "SAÚDE DA POPULAÇÃO RIOGRANDINA"

Pesquisador responsável: Samuel de Carvalho Dumith. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Telefone: (53) 9111.8595

CEPAS – FURG – End: Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde. Visconde de Paranaguá, 102, CEP 96200-190 Rio Grande/RS. Telefone (53)32330235.

Informações sobre a pesquisa:

Prezado(a) Senhor(a):

Este estudo tem por objetivo avaliar diversas questões sobre a saúde da população da cidade do Rio Grande (RS). Caso o(a) Sr.(a) aceite participar, responderá a um questionário aplicado por uma entrevistadora devidamente treinada para esta pesquisa.

Sua participação neste estudo é de livre escolha e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de esclarecimentos ou de aviso prévio. A desistência da sua participação no estudo não lhe acarretará nenhum prejuízo.

Salienta-se que o participante não será identificado, mantendo-se o caráter sigiloso das informações. Não há despesas pessoais, nem compensação financeira relacionada à sua participação.

Destaca-se que a pesquisa apresenta riscos mínimos para o participante. Se o(a) Sr.(a) se sentir constrangido ou desconfortável, a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento.

Apesar de o estudo não trazer benefícios diretos para os participantes, os resultados poderão contribuir para nortear políticas públicas de promoção à saúde.

A equipe responsável se compromete a fornecer esclarecimentos a qualquer momento no caso de dúvidas sobre o questionário e demais assuntos relacionados à pesquisa, em qualquer etapa do estudo.

Se o(a) Sr.(a) concordar em participar do estudo, solicitamos que assine o termo a seguir:

Declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os motivos, procedimentos, riscos e benefícios deste estudo, concordando em participar da pesquisa.

Assinatura do participante: _____ Data: ___/___/2016

Declaro que obtive de forma voluntária o consentimento livre e esclarecido deste profissional membro da equipe para a participação neste estudo.

Assinatura do entrevistador: _____ Data: ___/___/2016

2. RELATÓRIO DE CAMPO



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE**

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO



Saúde da População Riograndina

RIO GRANDE, RS
DEZEMBRO, 2016

SUMÁRIO

| | | |
|----|--|-----|
| 1 | INTRODUÇÃO | 87 |
| 2 | COMISSÕES | 88 |
| 3 | CRIAÇÃO DE UM LOGO | 88 |
| 4 | ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO | 89 |
| 5 | MANUAL DE INSTRUÇÕES | 90 |
| 6 | BANCO DE DADOS | 90 |
| 7 | ASPECTOS ÉTICOS | 90 |
| 8 | AMOSTRAGEM | 91 |
| 9 | RECONHECIMENTO DOS DOMICÍLIOS | 92 |
| 10 | SELEÇÃO E TREINAMENTO DE ENTREVISTADORAS | 93 |
| 11 | ESTUDO PILOTO | 94 |
| 12 | LOGÍSTICA DE TRABALHO DE CAMPO | 95 |
| 13 | DIGITAÇÃO E ARQUIVAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS | 97 |
| 14 | LIMPEZA DO BANCO DE DADOS | 97 |
| 15 | CONTROLE DE QUALIDADE | 98 |
| 16 | DIVULGAÇÃO | 98 |
| 17 | CRONOGRAMA | 100 |
| 18 | ORÇAMENTO/ FINANCIAMENTO | 101 |
| 19 | RESULTADOS GERAIS | 102 |
| 20 | REDAÇÃO DO ARTIGO DE METODOLOGIA | 103 |
| 21 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 103 |
| 22 | REFERÊNCIAS | 105 |

1. INTRODUÇÃO

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande (FAMED-FURG) atualmente conta com dois Programas de Pós-graduação: Ciências da Saúde (PPGCS) e Saúde Pública (PPGSP). Ambos oferecem o curso de mestrado, sendo que o PPGCS oferece, também, doutorado. Em 2015, os Programas de Pós-graduação uniram-se com o objetivo de criar uma única coleta de dados, estratégia conhecida como “consórcio de pesquisa” (Barros AJD et al., 2008), na qual é geralmente realizado um estudo de delineamento transversal, de base populacional, sendo este realizado na cidade de Rio Grande, no sul do Rio Grande do Sul. Foi composto por alunos e seus orientadores que acabaram desenvolvendo um trabalho de campo único, oriundo de projetos de pesquisa individuais (Barros AJD et al., 2008). Essa prática proporciona a todos os participantes maiores oportunidades de novos conhecimentos e aprendizados, além do desenvolvimento da habilidade de trabalhar em grupo (Hallal PC et al., 2009).

O planejamento deste estudo ocorreu no mês de julho de 2015, quando houve a primeira reunião do grupo. O consórcio foi composto por oito mestrandos e duas doutorandas e com coordenação de dois docentes, os professores Samuel de Carvalho Dumith e Lulie Rosane Odeh Susin, todos envolvidos nos programas de pós-graduação da FAMED-FURG.

Para o começo da pesquisa, ocorreu a discussão dos temas escolhidos entre alunos e seus orientadores, dentro de sua área de interesse, sendo considerada a relevância e adequação do assunto, assim como a sua execução dentro do contexto do delineamento metodológico a ser realizado.

Após reunir os projetos individuais, foi elaborado um projeto único denominado “Saúde da População Riograndina” que contemplou os diferentes objetivos dos estudos de cada aluno envolvido, além de uma seção metodológica comum a todos os alunos (Tabela 1).

A partir do instrumento de cada projeto, foi elaborado um instrumento único a ser usado no consórcio de pesquisa, contemplando os instrumentos individuais e mais algumas questões gerais de interesse coletivo. As discussões realizadas durante as reuniões tinham como meta reunir esforços para a compatibilização da população alvo e de um tamanho amostral que atendesse a todos os interessados.

Quadro 1. Descrição dos alunos, áreas de graduação e temas do Consórcio de Pesquisa Saúde da População Riograndina 2015/2016.

| Pós-graduando (a) | Área de graduação | Tema de Pesquisa |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Andressa Kretschmer | Nutrição | Prevalência e fatores associados à prática de atividade física. |
| Karla Machado | Nutrição | Autopercepção de alimentação saudável. |
| Leandro Pontes | Odontologia | Prevalência de bruxismo e associação com o estresse. |
| Manoela Oliz | Educação física | Utilização do serviço de Educação Física. |
| Mariane Dias | Nutrição | Frequência e fatores associados à insegurança alimentar. |
| Marina Carpena | Psicologia | Prevalência de depressão e seus fatores associados. |
| Milena Simões | Nutrição | Avaliação do recebimento de aconselhamento nutricional. |
| Monica Muraro | Fisioterapia | Prevalência de doenças respiratórias crônicas e fatores de risco. |
| Morgana Crizel | Nutrição | Descrever o consumo alimentar. |
| Renata Gomes Paulitsch | Nutrição | Obesidade e ambiente construído |

2. COMISSÕES

O consórcio de Pesquisa busca integrar todos os mestrandos para o trabalho em grupo, para isso foram estabelecidas comissões e responsáveis pelas tarefas a fim de garantir melhor preparação da pesquisa e bom andamento do trabalho de campo. Essas comissões eram compostas por todos os mestrandos e na maioria das tarefas praticamente todos os mestrandos faziam parte, com algumas divisões de trabalho, podendo os mesmos estar inseridos em mais de uma delas.

3. CRIAÇÃO DE UM LOGO

Para a seleção de entrevistadoras, realização da divulgação e padronização dos materiais da pesquisa, foi sugerido o desenvolvimento de um logo da pesquisa. Como elementos principais foram mencionados: o nome, objetos que lembram a cidade portuária (pórtico de entrada da cidade e barcos), objetos que retratem as pessoas e cores que

simboliza saúde (verde) e o mar que entorna a cidade (azul). A partir de então foram desenvolvidos alguns modelos e foram votados feitas algumas modificados pelo grupo. Por fim, foi eleito o logo que contém um barco com uma vela verde e o nome da pesquisa.



Figura 1. Logo da pesquisa.

4. ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O instrumento da pesquisa foi desenvolvido a fim de comportar todos os temas de pesquisa sendo testado diversas vezes. O questionário final ficou com 20 páginas, 252 perguntas fechadas dividido em 15 blocos e a aplicação média de 30 minutos.

Tendo como configuração: Bloco A (Bloco Geral): continha 23 questões, incluindo perguntas socioeconômicas e demográficas, de autopercepção e de estilo de vida; Bloco B (Bloco Hábitos de Vida): continha 15 questões; Bloco C (Bloco Socioeconômico): foi respondido apenas por um adulto do domicílio, preferencialmente o que se considerava o chefe da família, incluiu aspectos socioeconômicos da família e apresentava 12 perguntas; Bloco D (Bloco Doenças Crônicas) continha 26 questões; Bloco E: (Bloco Qualidade de Vida) incluiu 26 questões; Bloco F (Doenças Respiratórias) continha 8 perguntas; Bloco G: (Serviços de Saúde) incluiu 14 questões; Bloco H (Bloco Consumo Alimentar): composto por 43 questões, onde as 15 primeiras perguntas eram sobre insegurança alimentar relacionadas a disponibilidade de alimentos e foram realizadas apenas ao chefe da família e as seguintes questões sobre o hábito alimentar e assistência nutricional; Bloco I (Bloco Atividade Física) incluiu 10 questões sobre a prática de atividade física; Bloco J (Bloco Bairro) obtinha 28 questões; Bloco L (Bloco Utilização do serviço de educação Física) continha 14 perguntas; Bloco M (Bloco Saúde Mental) foi dividido em 2 partes para não se tornar invasivo e diminuir a possibilidade dos entrevistados se recusarem a seguir respondendo o questionário, essa

primeira parte foi composta por 14 questões; Bloco N (Bloco Saúde Bucal) incluiu 14 questões; Bloco O (Bloco Saúde Mental - 2ª parte) continuação do bloco incluindo 10 questões;

O mesmo constituía instrumentos validados como: WHOQOL-BREF (Fleck MP et al., 2000), Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (Perez-Escamilla R, 2004), IPAQ-SHORT (Matsudo S et al., 2001), PSS-14 (Reis RS; Hino AAF; Rodriguez-Añez CR, 2010), *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) (Santos IS et al., 2013), e também instrumentos elaborados especificamente para a pesquisa.

5. MANUAL DE INSTRUÇÕES

O manual de instruções foi elaborado com o intuito de auxiliar no treinamento das entrevistadoras e como material de apoio durante a coleta de dados. Cada aluno ficou responsável por montar as instruções referentes às suas questões e posteriormente uma comissão ficou responsável pelas instruções dos blocos gerais e formatação do mesmo, após outra comissão foi responsável pela revisão final.

O manual continha orientações para cada pergunta do questionário, incluindo informação sobre o que se pretendia coletar com a questão, com as opções de resposta e se indicação de quando era necessário ler ou não as opções de resposta.

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

6. BANCO DE DADOS

O banco de dados foi criado no programa EpiData 3.1, o mesmo foi elaborado de acordo com o questionário e foram estipulados valores máximos e mínimos de limites para reduzir os erros de digitação e codificação.

7. ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa “Saúde da população Riograndina” foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da FURG, em janeiro e aprovado em março de 2016, sob parecer 20/2016, seguindo os preceitos da resolução 466/12. Cabe destacar que todos os participantes do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido,

concordando em participar da pesquisa. Para aqueles que não sabiam ler e/ou escrever era usado a impressão digital.

Como procedimento ético, ao final da pesquisa, foi encaminhado os participantes que pontuaram risco de suicídio na questão “O9” para um dispositivo de saúde mental do município. Além disso, aqueles que solicitaram algum tipo de atendimento (por exemplo: fisioterapêutico ou psicológico) também foram encaminhamentos. Para tal procedimento, a instituição para quais foram encaminhados foi contatada previamente para averiguar a disponibilidade em receber os pacientes. As instituições com mais encaminhamentos foram o Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) – Conviver.

Posteriormente foi explicado os procedimentos para os indivíduos que estavam necessitando de ajuda e enviado um encaminhamento formal, junto ao endereço e horário de funcionamento do dispositivo para qual foi feito o encaminhado.

8. AMOSTRAGEM

Em seus projetos individuais, cada mestrando calculou o tamanho de amostra necessário para seu tema de interesse, seja para estimar prevalências ou avaliar possíveis associações.

Com a finalidade estimar as prevalências de diversos desfechos em saúde, foi realizado o cálculo do tamanho da amostra geral considerando os seguintes parâmetros: prevalência esperada de 10%, margem de erro de dois pontos percentuais e nível de confiança de 95%, resultando em uma amostra de 860 indivíduos. Foi acrescido a este valor 50% para levar em conta o efeito de delineamento amostral (estimado em 1,5), totalizando 1.290 indivíduos. Sobre este valor, se acrescentou mais 10% para possíveis perdas ou recusas, resultando em um uma amostra mínima de 1.420 indivíduos. Os cálculos de tamanho de amostra ficaram dentro deste valor, sendo assim todos os alunos conseguiram desenvolver os seus trabalhos, levando em consideração questões logísticas e financeiras.

Para se obter uma amostra de aproximadamente 1.420 indivíduos, seria necessário contar com cerca de 710 domicílios, visto que o número médio de moradores com 18 anos ou mais por domicílio é de dois (IBGE, 2011). Assim, foram selecionados, de forma sistemática, 72 setores censitários, dos 293 setores elegíveis, representando 25% dos mesmos. Isso resultaria numa média de 10 domicílios por setor. Como a unidade amostral primária foram os setores

e, após, os domicílios, levou-se em conta no cálculo de tamanho amostral o efeito de delineamento em decorrência disso. Para minimizar este efeito, dá-se preferência em selecionar mais setores e menos domicílios em cada setor.

O processo de amostragem ocorreu em múltiplos estágios, baseando-se nos dados do Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2011). Inicialmente, todos os domicílios da zona urbana (77.835) do município foram alocados em ordem decrescente, conforme a renda média mensal do chefe da família, sendo o número de domicílios dividido pelo número definido de setores (72) para obter o “pulo” sistemático sendo este de 1.080 domicílios. Os setores resultaram em 23.439 domicílios, dos quais, através do “pulo” de 32 residências, foram selecionados 711 domicílios, em 30 bairros e excluídos dois setores por não terem domicílios sorteados.

9. RECONHECIMENTO DOS DOMICÍLIOS

Os domicílios selecionados para o estudo (n=711) foram visitados pelos supervisores da pesquisa antes da coleta de dados. Esse reconhecimento dos setores foi realizado de março a abril de 2016 com o intuito de verificar se o domicílio era residencial, comercial ou desocupado, anotando na planilha o endereço completo e referência do domicílio, quando o mesmo não existia ou era uma área comercial pegava-se o próximo domicílio a direita e caso fosse um prédio ou condomínio era pego o primeiro apartamento do primeiro bloco, caso não tivesse morador era seguido a mesma orientação referente ao domicílio.

Os pesquisadores quando chegavam ao domicílio informavam acerca do estudo, entregando uma carta de apresentação da pesquisa aos moradores, convidando-os para participar e após aceite era perguntado e registrado o nome, idade e telefone dos moradores da casa sendo agendado possíveis horários disponíveis para a entrevista.

Foi levado para o reconhecimento dos domicílios um aparelho de Sistema de Posicionamento Global (GPS) para o reconhecimento geográfico e armazenamento dessas informações de localidade onde posteriormente serão usadas em análises de geoprocessamento para futuros trabalhos de mestrado e doutorado.

10. SELEÇÃO E TREINAMENTO DE ENTREVISTADORAS

O processo seletivo para contratação das entrevistadoras tinha por objetivo selecionar 20 mulheres para participar do treinamento. O mesmo foi divulgado no site da Universidade Federal de Rio Grande (FURG); cartazes e folders foram espalhados nos prédios dos dois campus da FURG situados em Rio Grande, também no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-rio-grandense, no Sistema Nacional de Emprego (SINE), e realização de matéria em jornais e rádios da cidade além da utilização das redes sociais. Um edital com todo o processo foi constituído, normatizando o processo.

As candidatas interessadas em fazer parte da equipe do projeto deveriam atender aos seguintes pré-requisitos: ser do sexo feminino; apresentar disponibilidade de pelo menos 30 horas semanais; ter idade maior ou igual a 18 anos; possuir ensino médio completo; ter disponibilidade para estar presente no treinamento do estudo.

As inscrições ocorreram de 15/02 a 18/03 de 2016, totalizando 165 inscrições. Dessas 56 candidatas foram chamadas para uma entrevista, utilizando o critério disponibilidade de horário. Na entrevista (realizada por uma comissão) foi preenchido um formulário pré-estabelecido que visava avaliar os seguintes critérios: experiência em pesquisa e/ou relacionamento com público; conhecimento sobre a pesquisa; leitura/ comunicação; apresentação; disponibilidade de visitar bairros vulneráveis; disponibilidade de horário; letra legível; interesse na remuneração proposta. Um total de 49 candidatas compareceram a esta etapa e ao final dessa fase, foram selecionadas 20 candidatas para a realização do treinamento.

O treinamento foi realizado nos dias 28 de março a 01 de abril de 2016 no Centro de Convívio dos Meninos do Mar da FURG, iniciando com 18 mulheres e compondo uma carga de horário de 31 horas e 30 minutos. Ao final desse processo, 16 candidatas concluíram o treinamento, sendo que 12 foram consideradas aptas a função. Para o início da coleta de dados, 9 entrevistadoras foram chamadas e as demais ficaram como suplentes (para caso de desistências ou demissões).

O cronograma do treinamento foi pré-estabelecido pelo grupo e ocorreu da seguinte maneira: 1) Apresentação geral do consórcio: nesse momento, uma das coordenadoras do consórcio e uma pesquisadora falaram sobre os programas de pós-graduação envolvidos, realizaram uma descrição da pesquisa (consórcio), foi realizada uma apresentação da equipe,

prestaram esclarecimentos sobre as etapas do treinamento além de orientações gerais sobre o material necessário para as entrevistas, uniforme, apresentação pessoal e postura; rotina de trabalho; apresentação da entrevistadora ao visitar os domicílios; preenchimento do questionário. Foi mostrado o material que seria usado, como o termo de consentimento; manual de aplicação e a conduta quando ocorresse uma recusa.

- 2) Leitura do questionário: nesta etapa cada pesquisador explicou e leu suas questões com as candidatas. O manual de aplicação foi utilizado concomitantemente. O objetivo desse processo era familiarizar as candidatas com cada bloco do questionário, bem como ensinar a forma de perguntar e preencher cada questão. A cada bloco concluído, as candidatas aplicavam o mesmo umas nas outras (em duplas), isso possibilitou o reforço do que estava sendo ensinado bem como uma avaliação do entendimento da mesmas pelos pesquisadores.
- 3) Aplicação dos questionários entre as candidatas: ao concluir a leitura de todo questionário, as entrevistadoras foram separadas em duplas e aplicaram o questionário completo entre elas. Os pesquisadores supervisionaram essa etapa, realizando uma avaliação das mesmas.
- 4) Estudo piloto: realizado com todas as candidatas em um setor selecionado por conveniência, sendo que este não fazia parte dos setores que iriam compor a amostra do estudo. Cada candidata aplicou um questionário, sendo acompanhadas por um pesquisador.
- 5) Prova teórica: no último dia do treinamento as candidatas foram submetidas a uma prova elaborada pelos próprios pesquisadores com os conteúdos desenvolvidos durante a semana.

Ao final do treinamento, considerando o desempenho das candidatas em todo o treinamento, a equipe se reuniu para selecionar as candidatas que melhor desenvolveriam a atividade.

11. ESTUDO PILOTO

No quarto dia da semana de treinamento o estudo piloto consistindo em uma das avaliações das entrevistadoras. Foi realizado em um setor censitário não selecionado na amostragem (Lar Gaúcho) e os domicílios sendo selecionados de forma aleatória.

As candidatas ao cargo de entrevistadoras foram divididas em dois grupos (oito candidatas em cada grupo), sendo cada um deles acompanhados em um horário diferente. Ao chegar ao local cada candidata foi acompanhada por um pesquisador em um domicílio, onde a

mesma pode aplicar o questionário com um morador de 18 anos de idade ou mais que estava presente naquele momento.

Através deste pré-estudo foi possível testar os instrumentos de coleta, o manual de instruções, verificar o tempo de aplicação, a organização do trabalho de campo e o desempenho das candidatas e realizadas as devidas melhorias.

12. LOGÍSTICA DE TRABALHO DE CAMPO

A equipe de trabalho foi formada por 2 coordenadores de pesquisa (professores dos PPGSP e PPGCS), oito mestrandos, duas doutorandas e 9 entrevistadoras contratadas para realizar a coleta dos dados. Além destes, fizeram parte da equipe dois bolsista do curso de graduação em medicina que auxiliaram na digitação dos dados.

O trabalho de campo iniciou no dia 4 de abril de 2016. No início cada mestrando era responsável pela logística de uma entrevistadora, restando uma pesquisadora responsável pelo controle de qualidade e administração financeira. Semanalmente, todos os pesquisadores se reuniam com as entrevistadoras para avaliar o andamento das entrevistas, solucionar dúvidas e pendências, organizar rotas, entregar novos materiais para as entrevistas e controle da devolução dos questionários, sendo realizada na própria FURG em uma sala na Faculdade de Medicina. Ocorrendo também comunicação por celular e mensagens de texto.

Os questionários preenchidos eram revisados com as próprias entrevistadoras, logo era realizada a contagem de quantos haviam retornado preenchidos e repassado para a doutoranda responsável, que cuidava dos números dos questionários e valores a serem pagos. Nesse mesmo momento era repassado o valor dos vales de ônibus para a semana seguinte.

Os pesquisadores tinham reuniões quase sempre no mesmo dia com os coordenadores da pesquisa para repassar o andamento do trabalho de campo, e relatar possíveis dificuldades, assim para juntos solucionarem e retornarem para as entrevistadoras as mudanças.

As entrevistadoras iam a campo identificadas com camiseta, boné e crachá com o logotipo da pesquisa. Levavam consigo todo material necessário para a execução das entrevistas (prancheta, lápis, caneta, borracha, termo de consentimento livre e esclarecido, carta de apresentação, cartela com as escalas de algumas perguntas, questionários em papel,

com o cabeçalho já preenchido pelos pesquisadores com o nome da pessoa, endereço e horário do agendamento). Antes de iniciar a entrevista, era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sendo entregue ao entrevistado e pedido para ele assinar uma segunda folha que era devolvida para os pesquisadores e arquivada.

No começo do trabalho o pagamento seria de 900 reais por mês com uma meta de 25 questionários por semana, porém a meta não foi alcançada pelas entrevistadoras, sendo alterada a forma de pagamento, passando a ser pago o valor de R\$ 10,00 reais por entrevista. Ficando a remuneração abaixo do combinado previamente, por a meta não ser cumprida e sendo assim como meio de estimular a coleta ao final do primeiro mês foi dado um acréscimo de R\$ 200,00 reais para cada entrevistadora no seu valor final. Ao final do segundo mês, foi necessário modificar a forma de pagamento novamente a fim de aumentar a produtividade, as entrevistas passaram a valer R\$ 12,00 e nas duas últimas semanas as entrevistas passaram a serem pagas R\$ 15,00 e recusas prévias foram pagas o valor de R\$ 20,00.

Como estratégia inicial as entrevistadoras coletaram dados em locais próximos onde as mesmas residiam cientes a necessidade de diminuir custos. No transcorrer da coleta tiveram algumas desistências restando no último mês 4 entrevistadoras e nas duas últimas semanas foram escolhidas duas delas com melhor rendimento para tentar reverter as recusas prévias.

Devido às desistências de entrevistadoras as estratégias tiveram que ser repensadas semanalmente a fim de alcançar as metas de realização de entrevistas. Para isso foram reorganizadas estratégias para coleta, como realocar dois pesquisadores para cada entrevistadora acompanhando mais intimamente a rotina semanal delas.

Outra estratégia foi ao final do segundo mês a realização de mutirões onde pesquisadores se organizavam através de escalas para irem juntamente com as entrevistadoras, conduzidas por um carro oficial da FURG nos setores faltantes, na última quinzena de trabalho de campo os pesquisadores utilizaram seus veículos próprios para levarem as entrevistadoras nos domicílios mais distantes, organizados por escalas as quatro entrevistadoras restantes e posteriormente duas para a realização das recusas prévias na finalização da coleta, os mutirões que eram feitas apenas no final de semana foram adicionadas em feriados e alguns dias na semana como estratégia para aumentar o número de informações e reverter algumas recusas.

A coleta de dados estava prevista para os meses de abril a maio de 2016, porém pelos contratempos como, por exemplo, o não cumprimento das metas, desistência das entrevistadoras e dificuldade de acesso aos entrevistados, estendendo assim a coleta para quatro meses, encerrando as atividades dia 31 de julho de 2016.

13. DIGITAÇÃO E ARQUIVAMENTO DOS QUESTIONÁRIOS

Os pesquisadores eram responsáveis por organizar os questionários, revisá-los, codificá-los, fazer a primeira digitação e ligar para as pessoas caso fosse verificado a falta de preenchimento de alguma questão. Essa rotina deveria ser concluída até o fim da própria semana para o trabalho não ficar acumulado e vir a prejudicar o avanço do estudo.

O processo de digitação dos dados iniciou desde a segunda semana da coleta de dados, em que houve o primeiro recebimento dos questionários aplicados. Os questionários recebidos semanalmente eram divididos entre os pesquisadores para a primeira digitação e colocados em uma caixa arquivo com o nome de cada pesquisador, quando terminado esse processo os questionários eram colocados em outra caixa com nome “2ª digitação” para posteriormente vir a ser feita a segunda digitação, por dois bolsistas de iniciação científica. Após a conclusão eram colocados no arquivo “prontos” e organizados em lotes e anotado em uma planilha controle de cada questionário pela pesquisadora responsável.

A numeração do questionário era composta pelo número do setor (1 a 70), número do domicílio (1 a 30) e número da pessoa (1 a 9), formando assim, um número de cinco dígitos. Os questionários eram armazenados em lotes, conforme a numeração dos mesmos. Cada lote continha os questionários de cinco setores, totalizando quatorze lotes.

Essas caixas eram armazenadas na sala de um dos professores coordenadores da pesquisa, onde permanecerão até a pesquisa completar cinco anos.

Os dados foram digitados no programa *Epi-Data* 3.1 e posteriormente transferidos para o pacote estatístico *Stata* 11.2, onde foi efetuada a limpeza do banco e criação de novas variáveis.

14. LIMPEZA DO BANCO DE DADOS

Após o término da digitação foi realizada a limpeza do banco de dados pelo coordenador da pesquisa juntamente com os alunos a fim de corrigir erros e verificar

incompatibilidades, através da comparação dos dados dos questionários com os dados do banco, até que todas as divergências fossem sanadas. Esse processo foi realizado em duas semanas.

15. CONTROLE DE QUALIDADE

A fim de assegurar a qualidade dos dados um conjunto de medidas foram adotadas em todo o processo da pesquisa. Houve um extenso cuidado na seleção e treinamento das entrevistadoras; criação de manual de instruções; foram realizados testes e piloto do questionário/entrevistadoras; verificação semanal de inconsistências no questionário além de todo o trabalho de campo ter sido supervisionado permanentemente e re-entrevistas ocorreram concomitantemente a coleta de dados.

Após a realização das entrevistas, cerca de 10% da amostra dos indivíduos eram sorteados para aplicação de um questionário padronizado e de forma reduzida, totalizando 14 questões selecionadas do questionário geral.

Com um total de 10,5% da amostra re-entrevistada e sempre em um intervalo de até duas semanas após a aplicação do questionário geral pela entrevistadora. O inquérito foi realizado via telefone ou caso necessário na casa do entrevistado por um dos pesquisadores responsáveis, tendo por objetivo avaliar a confiabilidade intra-observador. Para avaliar a concordância das respostas utilizou-se o Índice Kappa. O valor médio do índice Kappa das perguntas foi de 0,80, mostrando excelente consistência dos dados (Landis; Koch, 1977).

16. DIVULGAÇÃO

Foram utilizados os mais variados meios de comunicação como o objetivo de divulgar a pesquisa e ter a participação da população. Uma página foi criada em uma rede social (facebook) para divulgação de todas as etapas da pesquisa, como seleção de entrevistadoras, início de coleta de dados além de ser respondidas informações sempre que solicitado pelos usuários.

Com o intuito de recrutamento das entrevistadoras e apresentar a pesquisa, além dos folders, foram realizadas algumas divulgações na mídia local: como matéria online e impressa no Jornal Agora, matéria online no site da FURG e no jornal Diário Popular e entrevista ao programa FM Café da TV FURG.

Considerando a coleta de dados, novas divulgações foram realizadas a fim de estimular a participação da comunidade como participação no programa Show da Manhã na rádio Minuano (AM 1410) e no programa Giro Oceano da rádio Oceano (FM 97.1), matéria online no site da FURG, entrevista ao programa Jornal do Almoço (emissora de televisão RBSTV), matéria online e impressa ao Jornal Agora. E visando a diminuição das recusas, no segundo mês de coletas foi realizada mais uma matéria reforçando a importância da participação da população sendo veiculada no Jornal Agora. É preciso ressaltar que todas as matérias e participações em programas não geram nenhum custo para a pesquisa.

Ao finalizar o banco de dados da pesquisa os principais resultados foram enviados a todos os sujeitos da pesquisa através de uma carta via mala-direta para seus respectivos endereços. Também foram divulgados na Secretaria Municipal de Saúde, e na mídia local do município (jornais, rádio, e televisão). Demais resultados e associações estudadas serão encaminhados a periódicos científicos nacionais e internacionais.

17. CRONOGRAMA

| Atividades | 2015 | | | | | | | | | | | | 2016 | | | | | | | | | | | | 2017 | |
|---|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|--|
| | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Jan | Fev | Mar | |
| Revisão da literatura de cada aluno | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | X | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | |
| Construção dos projetos individuais | | | | | | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Qualificação dos projetos | | | | | | | | | | x | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Construção do projeto único | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Envio ao comitê de ética | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seleção e treinamento das entrevistadoras | | | | | | | | | | | | x | X | | | | | | | | | | | | | |
| Estudo piloto | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | |
| Coleta de dados | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | X | | | | | | | | |
| Controle de qualidade | | | | | | | | | | | | | | | x | x | X | x | | | | | | | | |
| Digitação dos dados | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | X | | | | | | | | |
| Verificação e limpeza do banco de dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | |
| Análise e interpretação dos dados | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | X | | | | | | |
| Elaboração das Dissertações | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | X | x | x | | | | | |
| Finalização dos Artigos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | x | x | x | x | X | X | |
| Sustentação das Dissertações | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | X | |

18. ORÇAMENTO/FINANCIAMENTO

O consórcio de pesquisa foi financiado com recursos dos dois Programas de Pós-graduação em Saúde Pública (PPGSP) e em Ciências da Saúde (PPGCiSau) vinculados à faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande, que forneceram um total de R\$ 11.500,00 (PPGSP: R\$7.500,00 e PPGCiSau: R\$ 4.000,00) e dos alunos (R\$ 10.000), sendo que quatro destes recebiam bolsa de mestrado e um de doutorado pela Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal no Nível Superior (CAPES). Além disso, a universidade forneceu a impressão 1.580 questionários. Os demais custos foram arcados pelo coordenador do consórcio (R\$ 2.176,67) Os gastos finais estão descritos na Tabela 2.

Quadro 2. Gastos finais do consórcio de pesquisa “Saúde da População Riograndina 2015/2016”.

| Itens | Quantidade | Valor Unitário | Valor total |
|---|------------|---------------------|----------------------|
| Confecção de camisetas | 30 | R\$ 21,00 | R\$ 630,00 |
| Imãs | 1.000 | R\$ 0,25 | R\$250,00 |
| Chip e recargas de celular | - | - | R\$ 87,00 |
| Bonés | 15 | R\$ 8,07 | R\$ 121,05 |
| Papelaria | - | - | R\$ 419,32 |
| Material para treinamento | - | - | R\$ 22,85 |
| Passagens | 908 | R\$ 3,30 | R\$ 2.966,40 |
| Gasolina | - | - | R\$ 461,01 |
| Refeições | - | - | R\$ 604,84 |
| Impressão de questionário | 1.580 | Fornecido pela FURG | Fornecidos pela FURG |
| Pagamento entrevistadoras | - | - | R\$ 17.734,00 |
| Bolsista | 1 pessoa | R\$ 380,60 | R\$ 380,60 |
| Impressão de folders | 1.500 | | Fornecidos pela FURG |
| Correio (Mala direta) para entrega de folders | 1.290 | | 1.000 |
| Total | - | - | R\$ 26.926,09 |

19. RESULTADOS GERAIS

Dos 711 domicílios amostrados, foram entrevistados 676, dos quais tinham em média 2 indivíduos residentes em cada domicílio, o que resultou em 1.429 sujeitos elegíveis. Foi encontrado um número inferior do que era esperado segundo o censo realizado pelo IBGE em 2011 na cidade, que apontava 2,08 moradores por domicílio ($711 \times 2,08 = 1.479$). Foram perdidos 35 domicílios (4,9%), 30 pessoas foram excluídas por terem se mudado da residência e 3 por ter alguma doença que a tornasse inapta cognitivamente para responder o questionário (e.g. parkinson, alzheimer, autismo ou retardo mental). As 33 perdas e 99 recusas resultaram em uma taxa de resposta igual a 91%. As perdas e recusas foram mais prevalentes ($p < 0,001$) para os indivíduos do sexo masculino (12%, versus 6,5% do sexo feminino). Não houve diferença na média de idade entre os participantes e não participantes ($p = 0,64$). Observou-se maior número de perdas/recusas no bairro centro, chegando a 20% do total de elegíveis.

Foram entrevistadas 1.300 pessoas, com média de idade de 46,06 anos e prevalentemente mulheres (56,6%). Houve dois indivíduos que responderam apenas até a metade do questionário e outros dois que desistiram antes do final da entrevista. Além disso, para algumas questões houve respostas ignoradas, ou pelo fato de o indivíduo não saber ou lembrar-se da resposta ou ainda não querer responder. A variável com maior número de respostas ignoradas foi a renda de cada morador do domicílio, atingindo 9,9% de não resposta (128 indivíduos).

Da amostra final, 84 pessoas foram encaminhadas por apresentarem risco de suicídio. Além disso, nove pessoas solicitaram encaminhamento a um dispositivo de saúde mental e quatro solicitaram encaminhamento para outros dispositivos de saúde (para atendimento odontológico, planejamento familiar, com fisioterapeuta e educador físico). Totalizaram 97 encaminhamentos realizados, sendo que este procedimento fez parte da sessão de ética prevista no projeto inicial do consórcio de pesquisa.

Os principais resultados desta pesquisa serão tornados públicos por meio de trabalhos apresentados em congressos, artigos publicados em periódicos científicos e dissertações a serem apresentadas nos programas de pós-graduação envolvidos. Para os participantes os resultados foram entregues por meio de um folder informativo, para a imprensa local e as coordenadorias afins da Prefeitura Municipal do Rio Grande.

20. REDAÇÃO DO ARTIGO DE METODOLOGIA

Mediante a conclusão da coleta de dados da pesquisa, o grupo julgou ser pertinente a elaboração de um artigo que abordasse a metodologia empregada no consórcio de pesquisa “Saúde da População Riograndina”, com o intuito de subsidiar outros grupos de pesquisa e pesquisadores que anseiam em adotar esta metodologia de trabalho de campo. Visto que já tem sido empregada em outros programas de pós graduação.

Ainda são poucos estudos publicados evidenciando as estratégias adotadas na coleta de dados em grandes estudos populacionais, para tanto este artigo auxiliará os pesquisadores na tomada de decisão, baseando-se nos pontos positivos e nos negativos em estudos anteriores.

21. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A consolidação do consórcio de pesquisa “Saúde da População Riograndina” foi relevante para a produção de conhecimento científico em saúde populacional. Os resultados obtidos da pesquisa foram entregues aos gestores do município (prefeitura e secretaria de saúde), com o intuito de subsidiá-los na proposição de novas políticas públicas.

Como aspectos positivos a serem ressaltados da coleta de dados, pode se citar o envolvimento dos alunos em todas as fases da pesquisa, que vão desde a elaboração do instrumento, o treinamento e supervisão de entrevistadoras, até a análise dos resultados. A iniciativa fortaleceu o trabalho em grupo e o senso crítico em relação ao processo de pesquisa. Em relação às dificuldades pode-se salientar que o projeto contou com poucos recursos financeiros, fazendo com que assim a remuneração das entrevistadoras em relação a questionário/recurso operasse com um valor menor quando comparado com outros estudos dos quais utilizaram metodologias similares.

Os bairros dos quais se caracterizam por possuir uma população com um maior poder aquisitivo percebeu-se que houve uma maior resistência para responder o questionário, assim como houve um percentual de recusa maior quando comparado aos bairros com menor nível socioeconômico. Por se tratar de um município litorâneo e pouco compacto, com bairros urbanos com distâncias superiores a 25 Km, houve uma dificuldade logística em relação a tempo/recurso para o acesso destas áreas.

Como recomendações para outros estudos similares, sugere-se que as entrevistadoras recebam por produtividade, pois inicialmente estava previsto que as mesmas receberiam um valor fixo, porém desta forma houve o descumprimento da meta estabelecida, fazendo com que assim fosse adotada a remuneração por produtividade.

Sugere-se que a renda dos indivíduos seja perguntada de maneira individual, e não somente pelo chefe da família, a fim de diminuir perdas de informação para esta variável. Outra proposição consiste em questionar a posse de freezer e máquina de lavar louças ao invés de geladeira e televisão, visto que a grande maioria da população estudada os possui assim com a finalidade de criar o indicador socioeconômico denominado índice de bens (Filmer D, Pritchett LH, 2001).

Contudo, o grupo acredita que o sistema de consórcio de pesquisa trata-se de uma maneira eficaz de se realizar inquéritos de base populacional, pois os tornam mais rápidos, baratos e com maior disponibilidade de resultados (Barros AJD et al.,2008) . A participação dos discentes nesse processo fortaleceu o conhecimento em torno de todas as etapas que envolvem esta metodologia de estudo.

22. REFERÊNCIAS

Barros AJD, Menezes AMB, Santos IS, Assunção MCF, Gigante D, Fassa AG, Marques M, Araújo C, Hallal PC, Facchini LA. O Mestrado do Programa de Pósgraduação em Epidemiologia da UFPel baseado em consórcio de pesquisa: uma experiência inovadora. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11 (supl 1):133-44.

Filmer D, Pritchett LH. Estimating wealth effects without expenditure data--or tears: an application to educational enrollments in states of India. *Demography* 2001; 38(1):115-32.

Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica* 2000; 34(2):178-83.

Hallal PC, Silva MC, Rombaldi AJ, Neutzling MB, Nunes VGS, Adamoli AN, Copetti J, Corrêa LQ, Amorim TC, Borges TT, Azevedo MR. Consórcio de Pesquisa: Relato de uma Experiência Metodológica na Linha de Pesquisa em Atividade Física, Nutrição e Saúde do Curso de Mestrado em Educação Física da UFPEL. . *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2009; 14(3):156-63.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2011.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agrément for categorical data. 1977; 33:159-74.

Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2001; 6(2):05-18.

Perez-Escamilla R, Segall-Correa AM, Kurdian-Maranha L, Sampaio MMF, Marin-Leon L, Panigassi G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr* 2004; 134:1923-8.

Reis RS, Hino AAF, Rodriguez-Añez CR. Perceived Stress Scale Reliability and Validity Study in Brazil. *Journal of Health Psychology* 2010; 15(1):107-14.

Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSPD, Silva NTBD, Tams BD, Patella AM, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saude Pública* 2013; 29(8):1533-43.

3.NORMAS DA REVISTA

Normas para publicação – Cadernos de Saúde Pública

Escopo e política

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Forma e preparação de manuscritos

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

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

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês (leia mais);

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras (leia mais);

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

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

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

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

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

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

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

2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

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

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

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

1. Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
2. ClinicalTrials.gov
3. International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
4. Netherlands Trial Register (NTR)
5. UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
6. WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

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

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

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

5. CONFLITO DE INTERESSES

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

6. COLABORADORES

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

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

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

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

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

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

9. NOMENCLATURA

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

10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 – Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 – Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

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

11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 – Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 – Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

11.3 – Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 – Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 – A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos [http://cadernos .ensp.fiocruz.br/csp/index.php](http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php) . O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o *link* "Submeta um novo artigo".

12.2 – A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 – Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 – O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 – O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 – As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS .

12.7 – Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados. Não se aceitam equações e caracteres especiais (por ex: letras gregas, símbolos) no resumo.

12.7.1 – Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais).

12.8 – Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 – Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 – Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 – O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 – O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 – O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 – Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 – Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 – Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.

12.17 – Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.

12.18 – Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 – Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 – Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 – Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 – As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 – Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 – As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 – Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 – Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 – Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 – Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: csp-artigos@ensp.fiocruz.br.

13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

13.1 – O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

14.1 – Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* "Submeter nova versão".

15. PROVA DE PRELO

15.1 – A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.

15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:

15.2.1 – Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);

15.2.2 – Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.3 – Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);

15.2.4 – As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a cada autor(a);

15.2.5 – Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 – A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 – Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 – As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 – As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>) no prazo de 72 horas.

4. ARTIGO ORIGINAL

**AUTOPERCEPÇÃO DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL:
PREVALÊNCIA, FATORES ASSOCIADOS E COMPARAÇÃO COM INDICADORES DE
HÁBITO ALIMENTAR**

**SELF –PERCEPTION OF HEALTHY FEEDING
PREVALENCE, ASSOCIATED FACTORS AND A COMPARISON WITH THE FEEDING
HABIT INDICATORS**

**AUTOPERCEPCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN SALUDABLE:
PREVALENCIA, FACTORES ASOCIADOS Y COMPARACIÓN CON INDICADORES DE
HÁBITO ALIMENTAR**

Título resumido: **Autopercepção da alimentação saudável**

¹Karla Pereira Machado

¹Raúl Andres Mendonza-Sassi

¹Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Rio Grande

Correspondência

Programa de Pós – graduação em Saúde Pública

Rua Visconde de Paranaguá, 102, sala 411

Secretaria Geral da FaMed - Rio Grande, RS

CEP 96203-900

Telefones: (53) 3237.4621 / 3237.4622 / 3237.4623

karlamachadok@gmail.com

Artigo baseado na dissertação de mestrado em saúde pública. Título da dissertação: “Autopercepção de alimentação saudável, fatores associados e sua comparação com o hábito alimentar entre indivíduos de 18 anos ou mais em área urbana do extremo sul do Brasil.” Universidade Federal do Rio Grande/2017.

Resumo

O presente estudo tem por objetivo analisar como a autopercepção da alimentação do indivíduo, se associa ao hábito alimentar relatado mediante indicadores utilizados em inquéritos epidemiológicos. Para tanto, foi utilizada uma única pergunta sobre como os indivíduos consideram sua alimentação, medida através da escala Likert e o hábito alimentar foi construído através das respostas às perguntas de frequência de consumo de 13 indicadores de alimentação saudável. Trata-se de um estudo transversal de base populacional realizado com indivíduos de 18 anos ou mais de idade, residentes da zona urbana do município do Rio Grande, RS. Foi utilizado o teste qui-quadrado para verificar associações entre a autopercepção alimentar e os 13 indicadores de alimentação saudável, o teste de concordância foi realizado através do *coeficiente Kappa*, enquanto que para o estudo dos fatores associados ao desfecho utilizou-se regressão de *Poisson*, levando em consideração o efeito do delineamento. A autopercepção alimentar saudável foi referida por 71,3% dos entrevistados. Dos 13 indicadores que compuseram a alimentação saudável, 11 se mostraram significativamente associados com a autopercepção alimentar boa. Na análise da concordância entre autopercepção de alimentação saudável e a variável hábito alimentar adequado, obteve-se coeficiente *Kappa* de 0,24, sendo, portanto considerada fraca na análise entre autopercepção da alimentação e cada um dos indicadores também se obteve um *kappa* baixo ($k < 0,20$). A investigação sobre auto-percepção alimentar através de uma pergunta única é útil para rastreamento populacional, entretanto não exclui a necessidade de investigação detalhada dos hábitos alimentares.

Palavras-chave: Autopercepção. Hábitos alimentares. Consumo de alimentos.

Abstract

This study has the objective of analyze how the self-perception individuals' feeding is associated to the feeding habit related with the indicators used in epidemiological inquiry. It was used a unique question about how the individuals consider their feeding, measure through Likert scale and the feeding habit was constructed through the frequency's answers to the questions of the consume of 13 indicators' feeding healthy. This is a transversal study about population base realized with individuals 18 year old or more living in urban zone of the municipality of Rio Grande, RS. It was utilized the Chi-square test to verified the associations between the self-perception and the 13 indicators of healthy feeding, the agreement test was realized through Kappa coefficient while that to the study of factores associated it was utilized Poisson regression considering the outlining effect. The self-perception healthy feeding was referred by 71,3% of the interviewed. From 13 indicators that composed the healthy feeding, 11 showed significantly associated with the a self – perception proper feeding. In the agreement analyze's between the healthy self – perception and a proper feeding healthy variable's it was obtained a 0,24 Kappa coefficient's being considered weak in the self – perception feeding analyze's and each one of the indicataros alone also were considered with a low Kappa ($k < 0,20$). Therefore it is possible observed that the investigation about self-perception feeding throught a unique question is useful to population tracking however do not exclude a detailed investigation about the feeding habits.

Key-words: Perception. Food Habits. Food consumption.

Resumen

El presente estudio tiene por objetivo analizar cómo la autopercepción de la alimentación del individuo, se asocia al hábito alimentario relatado mediante indicadores utilizados en encuestas epidemiológicas. Para esto, se utilizó una única pregunta sobre cómo los individuos consideran su alimentación, medida a través de la escala Likert y el hábito alimentar fue construido a través de las respuestas a las preguntas de frecuencia de consumo de 13 indicadores de alimentación saludable. Se trata de un estudio transversal de base poblacional realizado con individuos de 18 años o más, residentes en la zona urbana del municipio de Rio Grande, RS. Fue utilizado el test chi-cuadrado para verificar asociaciones entre la autopercepción alimentar y los 13 indicadores de alimentación saludable, el test de concordancia fue realizado a través del *coeficiente Kappa*, mientras que para el estudio de los factores asociados al resultado se utilizó regresión de *Poisson*, considerando el efecto del delineamiento. La autopercepción alimentar saludable fue referida por 71,3% de los entrevistados. De los 13 indicadores sobre alimentación saludable, 11 se mostraron significativamente asociados con la autopercepción alimentar buena. En el análisis de concordancia entre la autopercepción de alimentación saludable y la variable hábito alimentar adecuado, se obtuvo coeficiente *Kappa* de 0,24, siendo, por tanto considerada baja en el análisis entre autopercepción de la alimentación y cada uno de los indicadores también se obtuvo un *kappa* bajo ($k < 0,20$). La investigación sobre autopercepción de la alimentación a través de una sola pregunta es útil para la cribado de la población, pero no excluye la necesidad de una investigación detallada de los hábitos alimenticios.

Palavras clave: Percepción. Hábitos alimenticios. Consumo de alimentos.

INTRODUÇÃO

A mudança de comportamento dos indivíduos no que se refere à adoção de práticas e de hábitos alimentares saudáveis é difícil. Isso porque, uma complexa variedade de fatores ambientais, nutricionais, psicológicos, sociais e culturais interfere nesse processo ^{1,2}.

Uma das maiores resistências apresentadas pelos indivíduos para a manutenção de uma dieta saudável está diretamente relacionada a autopercepção distorcida sobre o seu padrão alimentar ou a fatores situacionais como exemplo, a falta de tempo, afazeres do dia a dia e cansaço, que podem acarretar na escolha por alimentos industrializados e/ou de fácil preparo ^{1,2,3}. Esse comportamento acaba prejudicando as campanhas que visam incentivar a mudança de hábitos alimentares para o controle e a prevenção de doenças ^{2,3,4}.

Os programas de educação em saúde, como o Guia Alimentar e Os Dez Passos Para Alimentação Saudável, que visam informar à população sobre a adoção de hábitos saudáveis de vida, são de extrema importância para obter uma mudança ^{1,2,3,4}. Sabe-se que quando o nível de informação que o indivíduo tem sobre saúde e nutrição é adequada, mais indicadores de alimentação saudável são identificados nos seus hábitos ⁵. No entanto, se faz necessário conhecer como essas informações são transmitidas para a população e, principalmente, como são utilizadas pela mesma. Estudos demonstram que ainda existe incerteza quanto aos reais meios com que os indivíduos dispõem para avaliar sua própria dieta, e se as supostas alterações dietéticas realizadas para a adoção de hábitos saudáveis correspondem às recomendações dos programas em saúde ³.

Nesse processo, a avaliação da percepção dos indivíduos sobre a necessidade de modificação das práticas e hábitos alimentares é necessária ^{3,7,6}. A autopercepção pode ser definida como o conjunto de atributos ou características com as quais o indivíduo descreve a si mesmo, e é construída com base nos seus antecedentes e experiências, influenciando o seu modo de agir, e conseqüentemente, a sua autopercepção ⁷.

Mas, apesar da importância da relação entre percepção individual e alimentação saudável, essa abordagem ainda é pouco explorada na literatura ^{2,3}. De forma geral, o padrão alimentar é avaliado por um questionário de frequência alimentar ou por questionários padronizados que possuem certa extensão ^{8,9}, e os mesmos acabam não sendo instrumentos práticos em situações em que o contato entre o profissional de saúde e indivíduo é breve. Perante essa situação, seria interessante e importante a existência de uma questão sobre autopercepção alimentar que conseguisse identificar o padrão alimentar dos indivíduos ¹⁰.

Quanto mais precisa é a percepção individual sobre a adequação da alimentação, maior é a presença de indicadores de alimentação saudável no cotidiano do indivíduo e menor é a ingestão calórica estimada por refeição ¹. A conscientização sobre o tipo do padrão alimentar é o primeiro passo para a mudança na dieta ^{1,7}.

As questões que abordam a autopercepção individual têm sido utilizadas em outras situações, como na percepção da saúde em geral. Os resultados, nesse caso, são adequados, pois as pessoas sintetizam uma grande quantidade de informações sobre elas mesmas, refletindo uma percepção integrada ^{11,12,13,14}, e se relaciona adequadamente com a carga de morbidade e mortalidade que o indivíduo tem ^{12,15,16}. Por esse motivo, este artigo estudará como a autopercepção da alimentação do indivíduo, se associa ao hábito alimentar relatado mediante indicadores utilizados em enquetes epidemiológicas. Para tanto, será utilizada uma única pergunta sobre como os indivíduos consideram sua alimentação, medida através da escala Likert ¹⁷. Essa questão que é ainda pouco explorada pode ser uma medida resumo do risco de alimentação não saudável, indicando grupos alvo para possíveis intervenções.

MÉTODOS

O presente estudo faz parte de uma pesquisa maior, intitulada “Saúde da População Riograndina, RS”, que teve por finalidade investigar diversos aspectos que caracterizam o perfil de saúde da população no município de Rio Grande-RS. O mesmo está situado no extremo sul do estado do Rio Grande do Sul e possui aproximadamente 200 mil habitantes. Sua principal base econômica é a atividade portuária apresentando um Produto Interno Bruto (PIB) de aproximadamente R\$ 40.000,00 per capita/ano¹⁸ e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,744 em 2012¹⁹.

Trata-se de um estudo epidemiológico de delineamento transversal, com dados coletados entre abril e julho de 2016. A população do estudo foi composta por indivíduos com idade de 18 anos ou mais, residentes na área urbana do município. Foram excluídos do estudo aqueles que estavam institucionalizados em asilos, hospitais e presídios, e que apresentavam alguma incapacidade física e/ou mental para responder ao questionário.

O cálculo amostral considerou 10% de perdas, 15% para controle de fatores de confusão, um efeito de delineamento de 1,5, nível de confiança de 95%, poder de 80% e um risco relativo de 1.5. O tamanho calculado da amostra foi 1.165 indivíduos.

O processo de amostragem ocorreu em múltiplos estágios, baseando-se nos dados do Censo Demográfico 2010²⁰. Inicialmente, todos os domicílios da zona urbana do município de Rio Grande foram colocados em ordem decrescente, conforme a renda média mensal do chefe da família. Após foi realizada a seleção aleatória simples do primeiro domicílio e seguiu-se com a seleção de forma sistemática, obtendo-se assim 72 setores censitários, dos 293 setores elegíveis, dos quais foram selecionados sistematicamente 711 domicílios, 30 bairros e excluídos dois setores por não terem domicílios sorteados. A seleção dos setores e dos domicílios foi realizada mediante probabilidade proporcional à população e ao número de domicílios por setor.

O desfecho deste estudo: “autopercepção da alimentação saudável” foi investigada pela questão “Como o Sr.(a) considera a sua alimentação?” e medida mediante escala de Likert¹⁷ (excelente, muito boa, boa, regular e ruim). Para fim de análise, essa variável foi categorizada posteriormente em: (a) adequada (unindo as categorias muito boa, boa); e (b) inadequada (juntando as categorias regular, ruim e muito ruim).

Foi definida uma nova variável, denominada “hábito alimentar”, para ser comparada com o desfecho. Essa variável foi construída a partir das respostas às perguntas de frequência de consumo de 13 indicadores de alimentação saudável obtidos das recomendações do guia

alimentar¹⁴. Os indicadores utilizados foram: 1) realização do café da manhã; 2) realização do almoço; 3) realização do lanche ou café da tarde; 4) realização do jantar; 5) realização do lanche ou café antes de dormir; 6) dias da semana que costuma comer leguminosas; 7) dias da semana que costuma comer verduras ou legumes; 8) dias da semana que costuma comer frutas; 9) dias da semana que costuma comer peixe; 10) hábito de comer gordura aparente da carne vermelha e/ou comer a pele do frango; 11) adicionar mais sal na comida; 12) dias da semana que costuma comer alimentos doces como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces; 13) dias da semana que costuma tomar refrigerante ou suco natural. As questões 6 a 9, 12 e 13 tinha como categorias a) nunca - quase nunca, b) 1 a 2 dias por semana, c) 3 a 4 dias por semana, d) 5 a 6 dias por semana, e) todos os dias, inclusive sábado e domingo). Posteriormente, para analisar as respostas a essas perguntas, elas foram dicotomizadas em: 1) consumo apropriado agrupando as opções c) a e) (a partir de 3 ou 4 dias por semana) ou 2) consumo inapropriado, agrupando as opções a) e b) (até 1 a 2 dias por semana). As questões 1 a 5 que já eram dicotômicas foram consideradas como consumo apropriado quando a resposta era “sim.” Nas questões 10 e 11, também originalmente dicotômicas, o consumo foi considerado apropriado quando a resposta era “não”. Atribuiu-se um valor igual a 1 quando considerado apropriado e um valor igual 0 quando considerado inapropriado. Assim pode se construir um escore que variou de 0 a 13 pontos. Se definiu como hábito alimentar adequado um escore igual ou superior a 8.

As outras variáveis independentes incluíram as variáveis sócio-demográficas, comportamentais, morbidades, cuidados com o peso e autopercepção da saúde e do peso. Nas sociodemográficas foram estudadas sexo (masculino/feminino), idade (18-30 anos/ 31-40 anos/51-60 anos/ 60 anos ou mais); cor da pele autoreferida (branca/ negra e outras), estado civil (casado/solteiro/divorciado-separado-viúvo), escolaridade (0 a 4 anos/ 5 a 8 anos/ 9 a 11 anos/ 12 anos ou mais), renda em quartis. Na categoria de variáveis comportamentais incluiu-se tabagismo (sim/não), uso de álcool (sim/não), atividade física no lazer, medida pela Sessão de Lazer do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ-SHORT) (definida como ativo se ≥ 150 mim/sem)²¹. Na categoria de situação alimentar pesquisou-se segurança alimentar nos domicílios medida pela escala de Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (segurança alimentar/insegurança alimentar leve/ insegurança alimentar moderada e grave)²². Também se perguntou por medidas para perder peso ou ganhar massa muscular (sim/não) e a autopercepção do peso (categorizada em: eutrofico/ magro/ obeso). Nas morbidades foi perguntado sobre a presença (presença/ausência) de diabetes, hipertensão e depressão coletada

com o instrumento *Patient Health Questionnaire*– (PHQ-9)²³ e a autopercepção saúde (classificada em três categorias excelente - muito boa/ boa/ regular - ruim).

As entrevistas foram realizadas no domicílio selecionado com todos moradores elegíveis através de questionário estruturado com questões pré-codificadas, padronizado e previamente testado, contendo questões sócio-demográficas e de saúde em geral. A coleta de dados foi realizada por 9 entrevistadoras treinadas.

O controle de qualidade foi realizado com a repetição parcial de 10% das entrevistas contendo perguntas-chave para avaliar a confiabilidade do instrumento. Todos os questionários foram revisados e duplamente digitados por diferentes digitadores usando o *software*Epi-Data[®]3.1 (*Epi Data Association*, Dinamarca).

Para a descrição dos dados e análise bruta e ajustada, foi utilizado o programa estatístico Stata-versão 14[®] (StataCorp.,CollegeStation, Estados Unidos). Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva mediante o cálculo das proporções para as variáveis categóricas, e pelo cálculo da média e o DP para as variáveis contínuas. Esta etapa incluiu também o cálculo das categorias do desfecho segundo a escala de Likert¹⁷ e posteriormente o cálculo da prevalência e seu intervalo de confiança de 95% para o desfecho autopercepção de alimentação saudável.

Após, se analisou a associação de cada um dos indicadores de consumo alimentar com o desfecho autopercepção saudável. Foi utilizado o teste de qui-quadrado para avaliar a significância das associações.

A seguir foi feita o coeficiente *Kappa*, onde se verificou a concordância entre a variável desfecho autopercepção de alimentação saudável e a variável hábito alimentar. Para efeitos de classificação do valor de *kappa* usou-se: <0 = inexistente; 0,00 a 0,19: ruim; 0,20 a 0,39: fraca; 0,40 a 0,59; moderada; 0,60 a 0,79; boa; 0,80 a 1,00: excelente ²⁴. Após foi utilizada a técnica “*reiceiver operating characteristic* (ROC), a área sob a curva (ASC) ROC foi utilizada para estimar o desempenho geral dos indicadores analisados com relação a autopercepção alimentar. A ASC-ROC que apresenta valor de 1,00 representa um teste perfeito, valores de 0,90 a 1,00 indicam teste excelente, de 0,80 a 0,89 refletem um teste bom, de 0,70 a 0,79 sugerem que o teste é razoável, de 0,60 a 0,69, ruim e de 0,50 a 0,59, teste inútil ²⁵.

Na análise ajustada, para estudar o efeito das variáveis independentes sobre o desfecho, foi utilizada a regressão de Poisson²⁶, levando em consideração o efeito do delineamento. Obtiveram-se as respectivas Razões de Prevalência (RP) e seus IC95. Empregou-se um modelo hierárquico²⁶ de quatro níveis. O primeiro nível foi composto pelas categorias de variáveis demográficas e socioeconômicas, no segundo nível entraram as categorias comportamentais e

de segurança alimentar. O terceiro nível contemplou variáveis referentes a cuidados e de autopercepção do peso. No quarto nível entraram as categorias referentes a morbidades e autopercepção de saúde. As variáveis foram controladas para aquelas do mesmo nível ou dos níveis anteriores, sendo estabelecido o valor de $p \leq 0,20$ para exclusão do modelo de análise. O teste estatístico utilizado foi o de Wald. No caso de variáveis ordinais politômicas foi aplicado o teste de tendência linear e para variáveis nominais utilizou-se o teste de heterogeneidade.

Em todas as análises estatísticas foi utilizado um nível de significância de 5% para testes bicaudais.

O protocolo de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde (CEPAS) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob o número 20/2016. Os princípios éticos foram assegurados, recorrendo-se ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido, assinado pelos entrevistados, assegurando a garantia do direito de não participação na pesquisa e o anonimato dos entrevistados.

RESULTADOS

Dos 1.429 indivíduos elegíveis para o estudo, 1.300 responderam ao questionário (9% de perdas). A autopercepção alimentar saudável foi referida por 71,3% (IC95 68,9-73,9). Outras características da amostra podem ser vistas na Tabela 1. Mais da metade da amostra era do sexo feminino, a média de idade foi 46 anos, variando de 18 a 96 anos. A maior parte referiu cor de pele branca (83,0%). Com respeito aos fatores socioeconômicos 58 % tinham mais de nove anos de estudo e renda média de 1.596,00 reais (DP 1.964,9), sendo que o 1º quartil de renda tinha uma média de 394,00 reais (DP 144,8) e o quintil mais rico uma média de 3.893,2 (DP 2.809,7). A insegurança alimentar estava presente em 35 % dos domicílios. A maioria dos indivíduos relatou não ser fumante e não ingerir bebida alcoólica (72,4% e 82,0% respectivamente). Apenas 23% faziam atividade física no lazer. A autopercepção da saúde foi considerada por 2/3 dos entrevistados como boa, muito boa ou excelente. Cerca de 70% relataram ter um padrão alimentar adequado e somente 37% eram eutróficos, 44,5% dos indivíduos se perceberam como gordos e 10,1% se perceberam como magros (Tabela 1).

Dos 13 indicadores que compõem a alimentação saudável, 11 se mostraram significativamente associados com a autopercepção alimentar boa (Tabela 2). Contudo as diferenças entre as proporções foram pequenas, com exceção do indicador realização de almoço. Na análise da concordância entre a autopercepção de alimentação saudável (ruim regular vs. boa, muito boa, excelente) e a variável hábito alimentar adequado (score 8 ou mais), obteve-se coeficiente *Kappa* de 0,24, sendo portanto considerada fraca. O coeficiente *Kappa* entre autopercepção da alimentação e cada um dos indicadores também foi baixo ($k < 0,20$). A curva ROC construída com o escore de padrão alimentar (1-13 pontos) e autopercepção adequada teve um área sobre a curva de 69,4% (IC95% 66,3-72,5).

Na tabela 3 se apresentam as RP brutas e ajustadas para o desfecho autopercepção alimentar adequada. Observa-se que as mulheres apresentaram leve redução da probabilidade do desfecho em comparação com os homens (6% menos). Na idade a probabilidade maior do desfecho foi observada nos indivíduos com 61 anos ou mais (35%). Os indivíduos pertencentes ao último quartil de renda apresentaram um aumento na probabilidade de autopercepção adequada de 17% (RP=1,17; IC95 1,04 – 1,32).

No segundo nível, os indivíduos que faziam 150 minutos ou mais de atividade física no lazer apresentaram também um aumento de 17% no desfecho (RP = 1,17; IC95 1,05 - 1,30). A insegurança alimentar apresentou tendência linear de associação com o desfecho, com uma redução de 17% (RP = 0,83; IC05 0,73 - 0,95) nos que apresentavam insegurança alimentar

leve e de 40% (RP = 0,60; 0,44 - 0,80) para os que apresentavam insegurança alimentar moderada e grave para a autopercepção alimentar adequada. No terceiro nível, fazer algo para perder ou ganhar massa teve 22% (RP = 1,22; 1,10 - 1,35) maior probabilidade de perceberem sua alimentação como saudável. A autopercepção do peso mostrou que pessoas que se percebem como magras tem 6% (RP = 0,94; 0,81 - 1,10) menos probabilidade de se perceberem com uma alimentação adequada em relação aos eutrofos e os indivíduos que se auto perceberam acima do peso tiveram uma redução 17% (RP = 0,83; 0,70 - 0,97) para auto perceberem uma alimentação saudável.

No quarto nível observou-se que os indivíduos que apresentam morbidades como diabetes e depressão tiveram uma probabilidade menor de apresentarem autopercepção alimentar adequada (21% e 13% respectivamente), sendo que nenhuma destas variáveis foi estatisticamente significativa. A variável autopercepção de saúde mostrou que conforme a autopercepção do indivíduo vai se tornando pior a probabilidade de ter uma percepção positiva sobre sua alimentação acaba reduzindo. Pessoas com autopercepção de saúde regular ou ruim apresentam uma redução de 23% (RP = 0,77; IC95 0,66 - 0,90) e indivíduos com autopercepção de saúde boa apresentam redução de 1% (RP = 0,99; 0,90 - 1,11) em comparação com quem tem uma excelente ou muito boa autopercepção de saúde ($p < 0,01$).

DISCUSSÃO

Os resultados do estudo mostraram que a autopercepção de alimentação saudável foi um desfecho frequente e que se associou significativamente com 11 dos 13 indicadores da alimentação saudável. Contudo, ao ser comparado com o escore dos indicadores, se obteve uma concordância fraca. Com respeito à autopercepção da alimentação saudável a maioria dos indivíduos entrevistados considerou ter esse comportamento (71,3%). Um estudo na União Europeia com 14.331 indivíduos acima de 15 anos apresentou uma prevalência de 71%. No referido estudo, os entrevistados concordaram com a afirmação de que não precisavam mudar seu consumo alimentar, pois o que ingeriam era suficientemente saudável²⁸. Na Ucrânia, em uma amostra por conveniência, 53% dos indivíduos fizeram a mesma afirmação e 34% relataram que tentavam comer de forma saudável²⁹. Porém, no estudo *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) 2005-2006, se identificou que apenas 33% da população adulta dos Estados Unidos percebe sua dieta como excelente ou muito boa³⁰.

No Brasil, um estudo só com mulheres revelou que 78,6% das entrevistadas possuíam uma visão positiva sobre a própria alimentação³¹. Toral et al.(2006)³, identificou que 79,7% e 83,7% dos adolescentes acreditavam que seu consumo de frutas e verduras, respectivamente, era saudável. Da mesma forma, Teo et al.(2014)³² observou que para o consumo de hortaliças, 50,9% adolescentes afirmaram ter um consumo saudável e, para frutas, 43,3% consumiam estes alimentos na quantidade diária adequada. Os adolescentes que consideravam seu consumo de frutas como saudável e efetivamente eram, consumiam mais frutas do que os que não eram efetivamente ($p=0,001$). Em outro estudo no Sul do Brasil foi verificou-se que 31,1% dos adultos e idosos, usuários da rede urbana de atenção básica de saúde, percebiam sua alimentação como negativa³³. Esses valores mostram a grande variação que existe na percepção do que as pessoas consideram que é adequado em termos da própria alimentação. Essa variação ocorre por diversos motivos, entre os quais se destacam os culturais (diferentes considerações do que é adequado conforme países e culturas), temporais (diferentes épocas em que os estudos são realizados), e ainda metodológicas. Sobre esse último aspecto deve-se destacar que, as formas de avaliar a adequação da alimentação mudam de estudo para estudo. Denota-se, portanto a necessidade de procurar uma forma de medir a alimentação adequada que possa ser utilizada de forma padronizada e que possa avaliar corretamente essa situação.

No presente trabalho, foi avaliado a autopercepção alimentar de indivíduos acima de 18 anos e sua associação com a avaliação realizada mediante o uso de 13 indicadores alimentares frequentemente utilizados para essa finalidade. Dentre estes, 11 indicadores se mostraram

associados positivamente ao desfecho de forma semelhante ao observado por outros pesquisadores^{34,35}. Observou-se que a maioria dos indivíduos que percebe ter uma alimentação saudável também auto relata tê-la. Dentre os indicadores que não se mostraram associados significativamente estão: o consumo de peixes, o consumo de alimentos doces e a adição de mais sal na comida, demonstrando que a população tem informações sobre alimentação saudável que influenciam seu hábito alimentar, porém ainda é necessário insistir em determinados alimentos e avaliar a qualidade das informações adquiridas pelos indivíduos. Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade de uma ideia equivocada do que é uma alimentação saudável, sendo assim alguns determinantes de má alimentação são considerados pelos indivíduos como saudáveis ou sem risco para a saúde.

A pesar dos indicadores se mostrarem associados com o desfecho, quando feita a concordância entre autopercepção alimentar e o hábito alimentar obteve-se um índice *kappa* fraco ($k=0,24$) e quando analisada pela ASC-ROC, teve como classificação de teste ruim (69,4%), mostrando que em termos estatísticos, a questão não engloba todos os aspectos para ser usada como uma medida resumo de risco. Costa (2013)³¹ utilizou o coeficiente de correlação de Spearman para identificar a intensidade da relação entre o percentual de gordura corporal (%GC) e a autopercepção da dieta, e entre a autopercepção da dieta e o Índice de Qualidade da Dieta Revisado (IQD-R). Nenhuma das variáveis avaliadas apresentou forte correlação com a outra, e o IQD-R e a autopercepção do padrão alimentar apresentaram uma correlação positiva moderada ($p = 0,53$). Apesar de não haver uma forte correlação, os achados indicaram que quanto melhor o padrão da dieta, melhor é a composição corporal, e quanto mais positiva a auto avaliação do consumo alimentar, melhor o padrão deste.

É válido lembrar que a percepção subjetiva da saúde tem sido explorada em muitos estudos epidemiológicos fornecendo informações importantes acerca da população estudada¹⁴. Atualmente é considerado o meio mais prático de reunir informações da condição de saúde dos indivíduos¹⁴. A autopercepção da saúde reflete uma percepção integrada, onde as pessoas sintetizam uma grande quantidade de informações sobre elas mesmas, englobando diversas dimensões: biológicas, psicológicas, sociais e culturais^{11,12,13,14}, além de ser um eficiente indicador de mortalidade^{12,16}.

Em relação ao desfecho e os fatores associados podemos observar que as mulheres apresentaram uma menor probabilidade de ter uma autopercepção saudável em relação aos homens, as mulheres acabam estando mais atentas a saúde e alimentação do que eles e assim podem ter uma melhor identificação do que é saudável além de serem mais rigorosas, o sexo

masculino acaba por acreditar que se envolve menos em comportamentos de risco, como por exemplo, os comportamentos não saudáveis relacionados a saúde, indo menos a serviços de saúde, tendo uma alimentação com mais gorduras e maior ingestão de bebidas alcoólicas^{33,36}. Conforme aumentou a idade aumentou a percepção de alimentação saudável, semelhante aos resultados de outros estudos^{30,37}. Observou-se que realizar atividade física no lazer aumentou a probabilidade de ter uma melhor autopercepção de alimentação saudável, pois quem faz atividade física geralmente é mais propenso a cuidar mais de sua saúde como um todo³⁶. A insegurança alimentar grave teve uma redução de 40% na autopercepção de saúde em comparação com quem apresentava segurança alimentar, podendo acontecer pelo fato de a renda refletir diretamente na insegurança alimentar e no consumo alimentar, assim alguns acabam não tendo condições para alimentarem-se de forma adequada³⁷. A autopercepção da saúde revela que quem se percebe com a saúde como regular ou ruim tem 23% menos probabilidade de ter uma percepção saudável sobre sua alimentação em relação a quem tem uma autopercepção excelente ou muito boa sobre a sua saúde, demonstrando que quem está em um estado melhor de saúde e se percebe assim, também tem um comportamento em saúde mais adequado, refletindo-se na percepção sobre alimentação^{14,33}.

Como limitações do estudo, apontamos o tipo de delineamento transversal, que faz com que os fatores identificados não possam ser entendidos como determinantes e sim como associados ao desfecho, impossibilitando o estabelecimento de relações de causa e efeito, além da possibilidade de causalidade reversa para algumas variáveis. Também não foi possível avaliar se aquilo que os indivíduos auto relataram de sua frequência alimentar é verdadeiro, assim como seria necessário avaliar a qualidade e quais as informações que chegam até a população para assim saber realmente se os indivíduos conseguem avaliar corretamente sua própria dieta. Dentre os aspectos positivos deste estudo destaca-se a sua abrangência, amostra com representatividade, além de ser um estudo que contribui para enriquecer o conhecimento sobre uma abordagem ainda pouco explorada acerca do tema da alimentação saudável.

CONCLUSÃO

Com base no exposto conclui-se que a investigação sobre auto-percepção alimentar através de uma pergunta única é útil para rastreamento populacional, entretanto não exclui a necessidade de investigação detalhada dos hábitos alimentares. Observa-se que quanto mais indicadores de alimentação saudável na dieta mais os indivíduos se percebem tendo uma alimentação adequada. Portanto, havendo uma autopercepção não saudável, esse reconhecimento poderia facilitar o início de um processo de mudança de comportamento e caso não exista esse reconhecimento, essa informação poderia servir para que os profissionais de saúde trabalhem no sentido de que o indivíduo consiga reconhecer que não é saudável e tomar a decisão sobre sua mudança positiva. Além disso, seria necessário mais estudos que proporcionem melhor entendimento da percepção em relação a alimentação, buscando identificar até que ponto a compreensão dos conhecimentos adquiridos é refletida nas práticas alimentares, podendo auxiliar na construção e validação de medidas simplificadas, otimizando sua utilização em inquéritos alimentares, como uma medida síntese do consumo alimentar.

Colaboradores: K. P. Machado participou do trabalho de campo do estudo, elaborou o artigo, analisou os dados, interpretou os resultados, montou as tabelas e redigiu a versão final do artigo. R. A. Mendonza-Sassi trabalhou na revisão do trabalho, desde a concepção até o final, revisou as análises dos dados, interpretação de resultados e revisão final do artigo.

Tabela 1. Descrição das variáveis estudadas. Rio Grande/RS, 2016 (n= 1.300).

| Variáveis | Amostra geral | |
|---|---------------|------|
| | N | % |
| Sexo | | |
| Masculino | 564 | 43,4 |
| Feminino | 736 | 56,6 |
| Idade (1.300) | | |
| 18-30 anos | 303 | 23,3 |
| 31-40 anos | 228 | 17,5 |
| 41-50 anos | 239 | 18,4 |
| 51-60 anos | 230 | 17,7 |
| 61 anos ou mais | 300 | 23,1 |
| Cor da Pele (1.298) | | |
| Branca | 1.077 | 83,0 |
| Preta e outros | 221 | 17,0 |
| Estado Civil | | |
| Casado | 476 | 36,6 |
| Solteiro | 602 | 46,3 |
| Divorciado/separado/viúvo | 222 | 17,1 |
| Escolaridade (1.298) | | |
| 0 a 4 | 191 | 14,7 |
| 5 a 8 | 352 | 27,1 |
| 9 a 11 | 400 | 30,8 |
| 12 ou + | 355 | 27,4 |
| Tabagismo (1.300) | | |
| Não | 1.066 | 82,0 |
| Sim | 234 | 18,0 |
| Bebida Alcoólica (1.299) | | |
| Não | 940 | 72,4 |
| Sim | 359 | 27,6 |
| Atividade física no lazer (≥ 150 min/sem) (1.290) | | |
| Não | 1.002 | 77,7 |
| Sim | 288 | 22,3 |

(continua)

Continuação - Tabela 1.

| Variáveis | Amostra geral | |
|---|---------------|------|
| | N | % |
| Insegurança Alimentar (673) * | | |
| Segurança alimentar | 436 | 64,8 |
| Insegurança alimentar leve | 177 | 26,3 |
| Insegurança alimentar moderada e grave | 60 | 8,9 |
| Padrão Alimentar (1.296) | | |
| Inadequado | 393 | 30,4 |
| Adequado | 902 | 69,6 |
| Diabetes (1.296) | | |
| Não | 1.206 | 93,1 |
| Sim | 90 | 6,9 |
| Hipertensão (1.299) | | |
| Não | 933 | 71,8 |
| Sim | 366 | 28,2 |
| Depressão (1.295) | | |
| Não | 927 | 71,6 |
| Sim | 368 | 28,4 |
| Índice de massa corpórea (IMC) (1.242) | | |
| Baixo Peso | 18 | 1,4 |
| Eutrofico | 459 | 37,0 |
| Sobrepeso | 471 | 37,9 |
| Obesidade | 294 | 23,7 |
| Faz algo para perder peso ou ganhar massa | | |
| Não | 1.019 | 78,4 |
| Sim | 281 | 21,6 |
| Autopercepção de saúde | | |
| Excelente /muito boa | 278 | 21,4 |
| Boa | 582 | 44,8 |
| Regular/ruim | 440 | 33,9 |

(continua)

Continuação **Tabela 1.**

| Variáveis | Amostra geral | |
|---------------------------------|---------------|--------|
| | N | % |
| Autopercepção do peso (1.299) | | |
| Magro | 131 | 10,1 |
| Normal | 590 | 45,4 |
| Gordo | 578 | 44,5 |
| Autopercepção alimentar (1.297) | | |
| Ruim | 370 | 28,7 |
| Boa | 927 | 71,3 |
| | Média | DP |
| Renda em quartis (1.172) | 2.511,00 | 1.1199 |
| Total | 1.300 | 100,0 |

* Unidade de análise consiste nos domicílios.

Tabela 2. Associação entre autopercepção alimentar e indicadores de alimentação saudável. Rio Grande/RS.2016. (n=1.297).

| Variáveis | Autopercepção Alimentar | | |
|--|-------------------------|------------|---------|
| | Ruim % (N) | Boa %(N) | Valor p |
| Café da manhã | | | <0,001 |
| Não | 48,4 (93) | 51,6 (99) | |
| Sim | 25,1 (277) | 74,9 (828) | |
| Almoçar | | | <0,001 |
| Não | 63,2 (12) | 36,8 (7) | |
| Sim | 28,0 (358) | 72,0 (920) | |
| Lanche ou café da tarde | | | <0,005 |
| Não | 35,1 (101) | 64,9 (187) | |
| Sim | 26,7 (269) | 73,3 (740) | |
| Jantar | | | 0,51 |
| Não | 25,7 (27) | 74,3 (78) | |
| Sim | 28,8 (343) | 71,2 (849) | |
| Lanche ou café antes de dormir | | | <0,001 |
| Não | 31,9 (298) | 68,1 (635) | |
| Sim | 19,8 (72) | 80,2 (292) | |
| Consumo de Leguminosas | | | <0,001 |
| Inadequado | 36,3 (107) | 63,7 (188) | |
| Adequado | 26,2 (263) | 73,8 (739) | |
| Consumo de Verduras ou Legumes | | | <0,001 |
| Inadequado | 40,5 (206) | 59,5 (303) | |
| Adequado | 20,8 (164) | 79,2 (624) | |
| Consumo de Frutas | | | <0,001 |
| Pouco | 41,8 (214) | 58,2 (298) | |
| Muito | 19,9 (156) | 80,1 (629) | |
| Consumo de Peixe | | | 0,02 |
| Pouco | 29,3 (355) | 70,7 (856) | |
| Muito | 17,4 (15) | 82,6 (71) | |
| Consumo de refrigerante e sucos artificiais | | | <0,001 |
| Adequado | 33,5 (240) | 66,5 (476) | |
| Inadequado | 22,4 (130) | 77,6 (451) | |
| Consumo de alimentos doces (1.296) | | | 0,78 |
| Adequado | 28,9 (185) | 71,1 (455) | |
| Inadequado | 28,2 (185) | 71,8 (471) | |
| Adicionar mais sal a comida | | | 0,12 |
| Não | 27,9 (324) | 72,1 (839) | |
| Sim | 34,3 (46) | 65,7 (88) | |
| Hábito de comer gordura aparente da carne vermelha e/ou a pele do frango | | | <0,001 |
| Não | 35,2 (156) | 64,8 (287) | |
| Sim | 25,1 (214) | 74,9 (640) | |

Valor-P: Teste de qui-quadrado para heterogeneidade.

Tabela 3. Análise bruta e ajustada de fatores associados a autopercepção da alimentação saudável, em adultos e idosos de Rio Grande/RS, 2016. (n= 1.297).

| Variável | Prevalência (%) de Autopercepção alimentar saudável (n) | Análise Bruta | | Análise Ajustada | |
|---------------------------|--|-------------------|--------------------|-------------------|------------------|
| | | RP (IC95%) | p | RP (IC95%) | p |
| 1º Nível | | | | | |
| Sexo | | | 0,2 | | 0,04 |
| Masculino | 73,2 % (412) | 1 | | 1 | |
| Feminino | 70,2% (415) | 0,96 (0,90; 1,02) | | 0,94 (0,88; 0,99) | |
| Idade | | | 0,001 ^a | | 0,001 |
| 18-30 anos | 59,7% (181) | 1 | | 1 | |
| 31-40 anos | 62,7% (143) | 1,05 (0,91; 1,22) | | 0,98 (0,85; 1,13) | |
| 41-50 anos | 69,5% (166) | 1,16 (1,01; 1,34) | | 1,14 (0,99; 1,31) | |
| 51-60 anos | 81,3% (187) | 1,36 (1,22; 1,52) | | 1,32 (1,19; 1,47) | |
| 61 anos ou mais | 84,2% (250) | 1,41 (1,25; 1,59) | | 1,35 (1,21; 1,51) | |
| Cor da Pele (1.295) | | | 0,4 | | 0,1 |
| Branca | 70,9% (762) | 1 | | 1 | |
| Preta e outros | 73,8% (163) | 1,04 (0,95; 1,14) | | 1,08 (0,98; 1,19) | |
| Estado Civil | | | 0,4 | | 0,7 |
| Casado | 75,8% (360) | 1 | | 1 | |
| Solteiro | 66,0% (396) | 0,87 (0,80; 0,94) | | 0,99 (0,91; 1,09) | |
| Divorciado/separado/viúvo | 77,0% (171) | 1,02 (0,93; 1,11) | | 0,96 (0,88; 1,05) | |
| Escolaridade (1.295) | | | 0,03 ^a | | 0,5 ^a |
| 0 a 4 | 76,7% (145) | 1 | | 1 | |
| 5 a 8 | 74,4% (262) | 0,97 (0,87; 1,09) | | 0,99 (0,88; 1,11) | |
| 9 a 11 | 69,9% (279) | 0,91 (0,79; 1,05) | | 0,97 (0,84; 1,12) | |
| 12 ou + | 67,6% (240) | 0,88 (0,77; 1,01) | | 0,95 (0,82; 1,10) | |
| Renda em quintis (1.169) | | | 0,001 ^a | | 0,08 |
| 1 (menor quintil) | 62,9% (185) | 1 | | 1 | |
| 2 | 72,5% (200) | 1,15 (1,03; 1,29) | | 1,12 (1,00; 1,25) | |
| 3 | 73,1% (223) | 1,16 (1,03; 1,31) | | 1,10 (0,98; 1,19) | |
| 4 (maior quintil) | 77,9% (229) | 1,24 (1,10; 1,39) | | 1,17 (1,04; 1,32) | |
| 2º nível | | | | | |
| Tabagismo | | | 0,4 | | 0,2 |
| Não | 72,1% (767) | 1 | | 1 | |
| Sim | 68,7% (160) | 0,95 (0,86; 1,06) | | 0,91 (0,79; 1,05) | |
| Bebida Alcoólica (1.296) | | | 0,4 | | 0,8 |
| Não | 70,8% (664) | 1 | | 1 | |
| Sim | 73,2% (262) | 1,03 (0,95; 1,12) | | 1,02 (0,91; 1,14) | |

(continua)

Continuação - Tabela 3.

| Variável | Prevalência (%) de Autopercepção alimentar saudável (n) | Análise Bruta | | Análise Ajustada | |
|--|---|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| | | RP (IC95%) | <i>p</i> | RP (IC95%) | <i>P</i> |
| Insegurança Alimentar (673) | | | 0,01 ^a | | 0,001 ^a |
| Segurança alimentar | 80,5% (351) | 1 | | 1 | |
| Insegurança alimentar leve | 62,2% (110) | 0,77 (0,69; 0,86) | | 0,83 (0,73; 0,95) | |
| Insegurança alimentar moderada e grave | 46,7% (28) | 0,58 (0,43; 0,77) | | 0,60 (0,44; 0,80) | |
| Atividade física no lazer (>=150 min/sem) (1.290) | | | 0,001 | | 0,004 |
| Não | 68,7% (688) | 1 | | 1 | |
| Sim | 81,3% (234) | 1,18 (1,10; 1,27) | | 1,17 (1,05; 1,30) | |
| 3º nível | | | | | |
| Faz algo para perder peso ou ganhar massa | | | 0,002 | | 0,001 |
| Não | 69,3% (704) | 1 | | 1 | |
| Sim | 79,4% (223) | 1,15 (1,05; 1,25) | | 1,22 (1,10; 1,35) | |
| Autopercepção do peso (1.296) | | | 0,001 | | 0,01 ^a |
| Eutrofico | | 1 | | 1 | |
| Magro | 79,5% (468) | 1,11 (0,98; 1,27) | | 0,94 (0,81; 1,10) | |
| Gordo | 64,8% (458) | 0,88 (0,77; 1,01) | | 0,83 (0,70; 0,97) | |
| 4º nível | | | | | |
| Diabetes (1.293) | | | 0,7 | | 0,07 |
| Não | 71,3% (858) | 1 | | 1 | |
| Sim | 73,3% (66) | 1,03 (0,91; 1,17) | | 0,79 (0,62; 1,02) | |
| Hipertensão (1.296) | | | 0,8 | | 0,6 |
| Não | 71,3% (664) | 1 | | 1 | |
| Sim | 72,1% (263) | 1,01 (0,94; 1,08) | | 1,03 (0,93; 1,14) | |
| Depressão (1.295) | | | 0,001 | | 0,06 |
| Não | 77,4% (717) | 1 | | 1 | |
| Sim | 56,5% (208) | 0,73 (0,67; 0,79) | | 0,87 (0,74; 1,01) | |
| Autopercepção de saúde | | | 0,001 ^a | | 0,001 ^a |
| Excelente /muito boa | 79,1% (220) | 1 | | 1 | |
| Boa | 77,3% (450) | 0,98 (0,90; 1,07) | | 0,99 (0,90; 1,11) | |
| Regular/ruim | 58,8% (257) | 0,74 (0,66; 0,84) | | 0,77 (0,66; 0,90) | |

Valor-P: Teste de Wald de heterogeneidade. ^a = Valor-P: Teste de Wald para tendência linear. RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mancino L, Kinsey J. Diet quality and calories consumed: the impact of being hungrier, busier and eating out. University of Minnesota: Food Industry Center, 2004.
2. Gregory C, Smith T, Wendt M. How Americans rate their diet quality: an increasingly realistic perspective. Economic Research Service. Washington, DC, n. 83, p. 1-18, 2011. Disponível em: <http://www.ers.usda.gov/media/106615/eib83_1_.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2016.
3. Toral N, Slater B, Cintra IP, Fisberg M. Adolescent eating behavior regarding fruit and vegetable intakes. *Revista de Nutrição*. 2006; 19 (3): 331-40.
04. BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. 2014. 156 p.
5. Strachan SM, Brawley LR. Healthy-eater identity and self-efficacy predict healthy eating behavior: a prospective view. *Journal Health Psychol*. 2009; 14 (5): 684-95.
6. Janz NK, Becker MH. The Health Belief Model: a decade later. *Health Education Quarterly*. 1984; 11(1): 1-47.
7. Griffith BN, Lovett GD, Pyle; DN, Miller WC. Self-rated health in rural Appalachia: health perceptions are incongruent with health status and health behaviors. *BMC Public Health*. 2011; 11(229): 1-8.
8. Cade J, Thompson R, Burley V, Warm D. Development, validation and utilization of food-frequency questionnaires – a review. *Public Health Nutrition*. 2002; 5:567-87.
9. Henn RL, Fuchs SC, Moreira, LM, Fuchs FD. Development and validation of a food frequency questionnaire (FFQ-Porto Alegre) for adolescent, adult and elderly populations from Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26 (11): 2068-79.
10. Gomes AA, Pereira RA, Yokoo EM. Characterization of adults food intake based on simplified questionnaire: contribution to food and nutrition surveillance studies. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 2015; 23 (4): 368-73.

11. Jylha M, Guralnik JM, Ferrucci L, Jokela J, heikkinen E. Self-Rated Health Comparable Across Culture sand Genders? *Journal of Gerontology: Socials Ciences*. 1998; 53B (3): 144-52.
12. Alves LS, Rodrigues RN. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana Salud Publica*. 2005; 17 (5-6): 333-41.
13. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Self-perceived health of adults users of Primary Health Care Services in Porto Alegre, RS, Brazil. *Revista Brasileira de Medicina de Familia e Comunidade*. 2010; 5(17): 9-15.
14. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Self-reported health status in adolescents, adults and the elderly. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012; 17 (12): 3353-62.
15. Sundquist J, Johansson SE. Self reported poor health and low educational level predictors for mortality: a population based follow up study of 39.156 people in Sweeden. *Journal Epidemiol Community Healt*. 1997; 5(1):35-40.
16. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question A Meta-Analysis. *Journal of General Internal Medicine*. 2006; 21 (3): 267–75.
17. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives in Psychology*. 1932:140: 1-55.
18. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2013>>. Acesso em: 15 nov. 2015.
19. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas - DPE. Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/232K7>>. Acesso em: 8 nov. 2015.
20. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2011.

21. Matsudo S, Araujo T, Matsudo V, Andrade D, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Questionário internacional de atividade física (IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. *Rev Bras Ativ Fís Saúde* 2001; 6(2):05-18.
22. Perez-Escamilla R, Segall-Correa AM, Kurdian-Maranha L, Sampaio MMF, Marin-Leon L, Panigassi G. An adapted version of the U.S. Department of Agriculture Food Insecurity module is a valid tool for assessing household food insecurity in Campinas, Brazil. *J Nutr* 2004; 134:1923-8.
23. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSPD, Silva NTBD, Tams BD, Patellla AM, Matijasevich A. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública* 2013; 29(8):1533-43.
24. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977; 33: 159-74.
25. Tape TG. Interpretation of Diagnostic Tests. *Ann Intern Med*.2001; 135 (1):72.
26. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003; 3 (21).
27. Victora, CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *International Journal of Epidemiology*. 1997; 26 (1): 224-7.
28. Kearney M, Gibney, MJ, Martinez JA, Almeida, MDV, Friebe D, Zunft HJF, Wildhalm K, Kearney JM. Perceived need to alter eating habits among representative samples of adults from all member states of the European Union. *Eur J Clin Nutr* 1997; 51(Suppl. 2): S30-S35.
29. Biloukha O, Utermohlen V. Healthy eating in Ukraine: attitudes, barriers and information sources. *Public Health Nutr* 2001; 4 (2):207-215.
30. Wiley TMP, Miller PE, Agyemang P, Argus Collins T, Reedy J. Perceived and objective diet quality in US adults a cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Public Health Nutrition*. 2014; 17 (12): 2641-49.

31. COSTA, M. R. Estado nutricional, padrão e autopercepção alimentar de mulheres fisicamente ativas. 2013. 63 f. il. Dissertação (Mestrado). Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.
32. Teo CRPA, Taglietti, RL, Baptista F, Meneghini VM. Atitude e prática no consumo de frutas e hortaliças entre adolescentes em vulnerabilidade social. *Scientia Medica*. 2014; 24 (3): 237-44.
33. Lindemann IL, Oliveira RR, Mendoza-Sassi RA. Difficulties in ensuring a healthy diet among primary health care users and associated factors. *Ciências e Saúde Coletiva*. 2016; 21(2): 599-610.
34. Rafferty AP, Anderson JV, McGee HB, Miller CE. A healthy diet indicator: quantifying compliance with the dietary guidelines using the BRFSS. *Prev Med* 2002; 35(1): 9-15.
35. Jaime PC, Stopa SR, Oliveira TP, Vieira ML, Szwarcwald CL, Malta DC. Prevalence and sociodemographic distribution of healthy eating markers, National Health Survey, Brazil 2013. *Epidemiol. Service de Saúde*. 2015; 24(2): 267-76.
36. Kye SY, Yun EH, Park K. Factors Related to Self-perception of Diet Quality among South Korean Adults. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*. 2012; 13(4): 1495-1504.
37. Santos JV, Gigante DP, Domingues MR. Prevalence of food insecurity in Pelotas Rio Grande do Sul State, Brazil, and associated nutritional status. *Cadernos de Saúde Pública*. 2010; 26 (1): 41-49.

5. NOTA PARA IMPRENSA

Como o riograndinho percebe sua alimentação ?

Os dados são provenientes de inquerito sobre o perfil de saúde da população riograndina em Rio Grande, RS, realizado pelos programas de Pós – graduação em Saúde Pública e Ciências da Saúde. De abril a julho de 2016, o grupo de pesquisa realizou entrevistas em 676 domicílios com 1.300 pessoas com 18 anos ou mais de idade residentes na zona urbana do município.

O trabalho investigou a prevalência de autopercepção alimentar adequada e sua concordância com o hábito alimentar construído através de 13 indicadores de alimentação saudável.

De acordo com os resultados da análise, mais de dois terços dos indivíduos se percebem como tendo uma alimentação saudável. Também foi observado que quanto mais a população tem indicadores de alimentação saudável como por exemplo, realização do café da manhã, almoço, consumo de verdura ou legumes, consumo de frutas, o não consumo de gordura aparente da carne vermelha ou pele do frango acaba percebendo-se como tendo uma alimentação saudável. E que os indivíduos que percebiam sua alimentação como saudável eram pessoas mais velhas, com 61 anos ou mais, indivíduos com uma renda mais elevada; que praticavam atividade física no lazer; quem faziam algo para ganhar massa ou perder peso; e os indivíduos que percebiam sua saúde como excelente ou boa também avaliaram sua alimentação como sendo saudável.

A informação de autopercepção de saúde pode vir a servir para que os profissionais de saúde trabalhem no sentido colaborar e ajudar o indivíduo quando ele reconhece que não é saudável e quer tomar a decisão sobre sua mudança positiva. E no caso dele reconhecer-se como saudável os profissionais estarem à disposição para ser feita a manutenção de informações sobre o assunto colaborando assim com um estilo de vida mais saudável.

6. ANEXOS

ANEXO 1 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA



CEPAs / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 20/2016

CEPAS 08/2016

CAAE: 52939016.0.0000.5324
Processo: 23116.000438/2016-61

Título da Pesquisa: Saúde da população Riograndina.
Pesquisador Responsável: Samuel de Carvalho Dumith

PARECER DO CEPAS:

O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, bem como o atendimento à pendência informada no parecer 14/2016, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto “Saúde da população Riograndina.”

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição coparticipante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **final** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016.

Rio Grande, RS, 18 de março de 2016.

Eli Sinnott Silva
Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG