

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

THEREZA CRISTINA PEREIRA LUNARDI

O PERFIL DA ALIMENTAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM
AMBULATÓRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE
RIBEIRÃO PRETO, ABORDADOS NA SALA DE ESPERA

Ribeirão Preto
2014

THEREZA CRISTINA PEREIRA LUNARDI

O PERFIL DA ALIMENTAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM
AMBULATÓRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE
RIBEIRÃO PRETO, ABORDADOS NA SALA DE ESPERA

Dissertação apresentada à Universidade de
Ribeirão Preto como parte dos requisitos para
obtenção do título de Mestre em Saúde e
Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Telma Maria Braga
Costa.

Ribeirão Preto
2014

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

L691p Lunardi, Thereza Cristina Pereira, 1981-
O perfil da alimentação dos usuários ambulatorio do
Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto, abordados na sala de espera /
Thereza Cristina Pereira Lunardi. - - Ribeirão Preto, 2014.
88 f.: il. color.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Telma Maria Braga Costa.
Dissertação (mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2014.
1. Sistema Único de Saúde (Brasil). 2. Salas de Espera 3. Perfil
Alimentar- Usuários. I. Título.

CDD 610

FOLHA DE APROVAÇÃO

THEREZA CRISTINA PEREIRA LÚNARDI

PERFIL DA ALIMENTAÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM AMBULATÓRIO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO NA SALA DE ESPERA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 18 de março de 2014

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Telma Maria Braga Costa
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Rita de Cássia Margarido Moreira
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP
2014

DEDICATÓRIA

*A minha família, amigos, esposo Claudio e filha Laura.
Dedico este trabalho a todos os usuários em sala de espera, a todas as pessoas que de
alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos,

Em primeiro lugar ao meu marido **Claudio**, pela paciência, carinho e auxílio.

À **José Augusto** (*in memoriam*) por me ensinar a ter fibra e não perecer.

À minha pequena **Laura**, pelos momentos ausentes e sorrisos acalentadores.

Às queridas mães **Rita e Laure**, pelo apoio, companheirismo e acolhimento.

Às minhas **irmãs**, pelos momentos presentes e ausentes.

À **Tia Edna e Norberto Bentivóglia** pela oportunidade de estudo.

À **família**, pela eterna parceria.

À **Profa. Telma**, pela orientação, dedicação e carinho.

Aos **colegas e docentes** da Primeira Turma de Mestrado em Saúde e Educação, pelo apoio, crescimento e momentos felizes.

À **Mavi, Aninha e Gisele** pelos momentos de descontração e ajuda contínua.

Às nutricionistas do Hospital das Clínicas – UE/FMRP, **Eny, Vanessa, Aninha, Anita, Leida e Marinella**, pela eterna compreensão e pela ajuda na minha caminhada evolutiva.

Ao **Everaldo Costa Reis**, pelos ensinamentos “deixe o problema em uma gaveta para amadurecer, a resposta surgirá e verá que o mesmo não era tão complexo de ser resolvido”.

Aos sempre presentes amigos, **Márcio e Cyntia**, pelos constantes ombros amigos.

À **Profa. Rita Moreira**, por não medir esforços no auxílio de minha caminhada.

À **Profa. Silvia Sidnéia**, pela oportunidade criada.

À **Dra Maria Luzia e funcionários do Hospital Electro Bonini**, por viabilizarem a realização deste trabalho.

À discente **Aline**, pela ajuda de grande valor.

Aos **pacientes**, a alma desta pesquisa, que colaboraram de forma solícita, fraterna e alegre, meus sinceros agradecimentos e gratidão.

RESUMO

LUNARDI, T.C.P. **O Perfil da Alimentação dos usuários de um ambulatório do Sistema Único de Saúde de Ribeirão Preto, abordados na sala de espera.** 88 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2014.

A alimentação é um ato voluntário e consciente do indivíduo. A promoção da alimentação saudável é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição. O tempo de permanência em sala de espera pelo usuário do Sistema Único de Saúde poderá ser empregado na troca de informações para promoção à saúde. Objetivos: Identificar o perfil da alimentação dos usuários do Sistema Único de Saúde de ambulatório de Endocrinologia do Hospital Electro Bonini, classificar o hábito alimentar do usuário de acordo com o Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira do Ministério da Saúde; constatar a percepção em relação à adequação da alimentação praticada habitualmente, através da escala de Escala Likert adaptada, efetuar o cálculo do índice de massa corpórea (IMC), e estabelecer o diagnóstico do estado nutricional. Foram utilizados 200 participantes de ambos os sexos, na faixa etária de 20 a 60 anos, procedentes do Distrito Leste da Cidade de Ribeirão Preto. Aplicou-se o questionário do Guia de Alimentar de Bolso da População Brasileira do Ministério da Saúde e a Escala Likert adaptada para a verificação da classificação do hábito e da percepção alimentar praticados pelos usuários na sala de espera. O período de execução do trabalho foi de seis meses. Os critérios de exclusão adotados foram: o usuário não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou não compreendê-lo com o auxílio do pesquisador, apresentar os instrumentos não preenchidos por completo, ou já tenha preenchido os mesmos anteriormente e não pertencer à faixa etária estudada. Os resultados foram apresentados através de valores expressos em média, desvio padrão, faixa de variação e porcentagem. Aplicou-se o teste de exato do χ^2 , para análise das questões do questionário, Análise de Variância para as correlações das variáveis e acordo com o teste t de Student aplicado para amostras independentes, como o IMC; foi estabelecido o nível de significância igual a 5%. O resultado do questionário obtido foi de $M=36,39$, $DP= 6,78$, 14 ± 50 , classificando os usuários com a necessidade de cuidados com a alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos. A percepção da adequação alimentar expressa através da opinião não sei, pela $M=2,87$, $DP=1, 1\pm 5$; a idade foi expressa pela $M= 47$, $DP =10,90$, 20 ± 60 anos; peso $M= 77,63\text{kg}$, $DP = 18,56\text{kg}$, $45\pm 144\text{kg}$; altura $M=1,63\text{m}$, $DP= 0,84\text{m}$, $1,42\pm 1,89$ m; IMC, $M = 29,32 \text{ kg/m}^2$, $DP= 6,34$, $17,63\pm 48,70$. O IMC médio obtido para ambos os sexos foi sobrepeso, e o total de 64,5% dos usuários apresentam sobrepeso e ou obesidade. A população estudada possui 79,5% dos indivíduos do sexo feminino e 20,5% do sexo masculino, com faixa etária entre o intervalo de ≥ 50 a ≤ 60 anos de idade. Em relação ao grau de escolaridade para ambos os sexos, os dados demonstram que os participantes, em sua maioria, 74% cursaram até o Ensino Médio Completo, e 16% possuem até o Ensino de Nível Superior e/ou *Stricto Sensu* Completo. Conclui-se que identificação do perfil da alimentação dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS através de questionário contido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira do Ministério da Saúde mostrou-se eficaz dentro da proposta estabelecida. Entretanto, algumas melhorias na ferramenta fariam dela um melhor instrumento. A utilização da sala de espera se mostrou adequada para coletas de dados, abrindo possibilidades para ações educativas no âmbito primário e secundário na atenção da saúde.

Unitermos: Sistema Único de Saúde, usuário, sala de espera, perfil alimentar, Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, Escala de Likert.

ABSTRACT

LUNARDI, T.C.P. **The Power Profile of users of a clinic's Health System of Ribeirão Preto, approached in the waiting room.** 88 f Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2014.

Power is a voluntary and conscious act of the individual. Promoting healthy eating is a guideline of the National Food and Nutrition. The residence time in the waiting room by the user of the Unified Health System can be used in the exchange of information to promote health. Objectives: To identify the profile of the power users of the Unified Health System outpatient clinic of Endocrinology, Hospital Electro Bonini, sort the food habits of the user according to the Food Pocket Guide to the Brazilian Ministry of Population Health; note the perception of the adequacy of food customarily practiced by the scale of Likert Scale adapted, when calculating the body mass index (BMI), and the diagnosis of nutritional status 200 participants of both sexes were used, aged 20-60 years old, coming from the East District of the city of Ribeirão Preto. We used the questionnaire Food Pocket Guide of the Brazilian Ministry of Health Population and Likert Scale adapted for verification of the classification of habit and food perception practiced by users in the waiting room. The duration of the study was six months. The exclusion criteria were: the user does not accept signing the Instrument of Consent and / or do not understand it with the help of search, display instruments not completely filled, or has already completed the same before and does not belong the age range studied. The results were presented through values expressed as mean, standard deviation, range of variation and percentage. We applied the test of exact χ^2 for the analysis of survey questions , the ANOVA for the correlations of the variables and according to the applied for independent samples , such as BMI Student's t test ; significance level of 5% was established . The result of the questionnaire was obtained from $M = 36.39$, $SD = 6.78$, 14 ± 50 , classifying users with the need for care with feeding and other habits such as physical activity and fluid intake . The perception of food adequacy expressed through opinion not know , for $M = 2.87$, $SD = 1$, 1 ± 5 ; age was expressed by $M = 47$, $SD = 10.90$, 20 ± 60 years; weight $M = 77.63$ kg , $SD = 18.56$ kg , 45 ± 144 kg ; height $M = 1.63$ m , $SD = 0.84$ m , 1.42 ± 1.89 m ; BMI , kg/m² $M = 29.32$, $SD = 6.34$, 17.63 ± 48.70 . The mean BMI for both sexes obtained was overweight, and 64.5 % of total users and overweight or obesity. The study population has 79.5 % of females and 20.5 % males, aged between interval ≥ 50 to ≤ 60 years of age. Regarding the level of education for both sexes , the data show that participants , for the most part , 74 % had completed high school Full , and 16 % have up to Higher Level Teaching and / or Full Sensu strict . We conclude that identification of the profile of the feeding of users of the Unified Health System - SUS via questionnaire contained in the Food Pocket Guide to the Brazilian Population Health Ministry has proved effective within the established proposal. However, some improvements in the tool would make it a better instrument. The use of the waiting room was adequate for data collection, opening up possibilities for educational activities in primary and secondary health care in context .

Uniternos: Health System, user, waiting room, food listing, Food Pocket Guide to the Brazilian Population , Likert Scale .

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Porcentagem da classificação do Estado Nutricional de usuários (n=200), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, segundo o IMC (kg/m^2), obtido através Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira (BRASIL, 2006 b). Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....34

Figura 2 - Porcentagem da classificação do perfil alimentar de usuários (n=200), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, de acordo com o total de pontos obtidos no questionário contido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira (BRASIL, 2006b), Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....36

Figura 3- Porcentagem da opinião do usuário na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, de ambos os sexos (n=200) em relação à prática alimentar usual baseada em sua percepção de uma alimentação adequada, segundo Escala de Likert adaptada (1998), do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....40

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Frequência e porcentagem da amostra de usuários (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde de acordo com sexo e idade, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....32
- Tabela 2** - Caracterização descritiva dos usuários (n = 200), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida através o Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira e da Escala de Likert adaptada, Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....33
- Tabela 3** - Nível de escolaridade em porcentagem, dos usuários (n=200), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, do Hospital ElectroBonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....37
- Tabela 4** – Nível de escolaridade em porcentagem dos usuários (n=193), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, versus a classificação da resposta do questionário do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira por grupos classificados, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....38
- Tabela 5** -- Classificação do perfil alimentar de usuários por sexo, feminino (n=159) e masculino (n=41) em porcentagem, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, segundo a classificação do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....39
- Tabela 6** - Percepção da adequação alimentar de usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida pela Escala de Likert em relação à alimentação praticada com o resultado da classificação do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, de um Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....42
- Tabela 7** - Ingestão de fruta e ou suco diária em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....43
- Tabela 8** - Consumo de legumes e verdura diários em porcentagem, pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....44
- Tabela 9** - Consumo diário de leguminosas, sementes e castanhas em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....46
- Tabela 10** - Consumo diário de alimentos energéticos em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema

Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....47

Tabela 11 – Consumo de carne diário em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....48

Tabela 12- Consumo de peixe em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....49

Tabela 13 – Ingestão de leite e derivados diária em porcentagem, pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....50

Tabela 14 – Tipos de óleos e gorduras em porcentagem utilizados pelos usuários de ambos os sexos (n=200) da sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....51

Tabela 15 – Ingestão de frituras, salgadinhos, embutidos, hambúrguer e carne salgada em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....52

Tabela 16 – Consumo de açúcares diário em porcentagem, pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....54

Tabela 17- Refeições diárias em porcentagem efetuadas pelos usuários de ambos os sexos (n=200), na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....55

Tabela 18 – Ingestão de água, suco natural ou chá diário em porcentagem efetuada pelos usuários de ambos os sexos (n=200), na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....56

Tabela 19 – Consumo de bebidas alcoólicas em porcentagem efetuado pelos usuários de ambos os sexos (n=200), na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....57

Tabela 20 – Prática de atividade física regular em porcentagem efetuada pelos usuários ambos os sexos (n=200), da sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....58

Tabela 21 – Prática de leitura de informação nutricional nos rótulos de alimentos industrializados antes da aquisição pelos usuários para ambos os sexos (n=200), na sala de espera de um ambulatório Endocrinologia do Sistema Único de Saúde obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.....59

LISTA DE SIGLAS

ANOVA	Método de Análise da Variância
DCV	Doenças Cardiovasculares
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM 2	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo II
DP	Desvio Padrão
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	Índice de Massa Corporal
KG	kilo
M	Média
m	Metro
OMS	Organização Mundial da Saúde
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
R24h	Recordatório Alimentar de 24 horas
SISVAN	Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
UBS.....	Unidade Básica de Saúde
UBDS.....	Unidade Básica e Distrital de Saúde
HEB	Hospital Electro Bonini

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1.REVISÃO DA LITERATURA	15
1.1.1.Hábito Alimentar e escolhas alimentares.....	15
1.1.2. Alimentação <i>versus</i> escolha alimentar.....	16
1.1.3 Alimentação <i>versus</i> Guia Alimentar da População Brasileira.	17
1.1.4 Transição Nutricional	18
1.1.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	20
1.1.6 Utilização da sala de espera como local de prevenção e investigação da saúde.	22
1.2 JUSTIFICATIVA.....	24
2. OBJETIVOS	25
2.1. Objetivo Geral.....	25
2.2 Objetivos Específicos.....	25
3. CASUÍSTICA E MÉTODO.....	26
3.1 Característica do estudo.....	26
3.2. Participantes.....	26
3.3 Aspectos Éticos.....	27
3.4 Material.....	28
3.4.1 Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira	28
3.4.2 Escala de Likert.....	28
3.5. Procedimentos.....	29
3.6 Análise dos dados.....	30
3.6.1 Análise Estatística.....	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	32
4.1 Estudo do perfil alimentar e diagnóstico nutricional dos usuários em sala de espera.	32
4.1.1 Caracterização da amostra	32
4.1.3 Opinião do usuário em relação à prática alimentar usual baseada em sua percepção de uma alimentação adequada.	40
4.1.4 Correlação da percepção do usuário em relação à sua alimentação praticada com o resultado da classificação do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.	41
4.1.5 Avaliação individual das questões contidas no questionário do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.	43
5. CONCLUSÕES.....	61
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES	73

APÊNDICE A- Percepção da adequação da alimentação praticada habitualmente pelos usuários através da Escala Likert adaptada.	74
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE.....	75
ANEXOS	76
ANEXO A1- Autorização da Diretoria do Hospital Electro Bonini- UNAERP.	77
ANEXO A2 – Autorização da Diretoria do Hospital Electro Bonini-UNAERP.....	78
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética.....	79
ANEXO C – Questionário adaptado do Guia Alimentar de Bolso para a População Brasileira, no formato de “Dez Passos para uma Alimentação Saudável.....	81
ANEXO D- Estado nutricional de acordo com apresentação do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.....	85
ANEXO G- Pontuação e classificação de acordo com o total obtido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.	88

1. INTRODUÇÃO

A alimentação é um ato voluntário e consciente do indivíduo e está vinculada às práticas alimentares, que envolvem opções e decisões associadas a diversos aspectos, dentre eles; a quantidade, o tipo de alimentos e padrões de consumo (BRASIL, 2007; BRASIL, 2012). O tipo de alimentação praticada encontra-se intimamente relacionado com o perfil alimentar, sendo caracterizado pelo tipo de alimento escolhido, como o mesmo é preparado e consumido. As escolhas englobam aspectos culturais, sociais e financeiros e colaboram para a formação do hábito alimentar (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2007).

Uma alimentação balanceada e saudável pode ser definida pela prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, vinculado ao uso sustentável do meio ambiente (BRASIL, 2012).

A educação para uma alimentação saudável é uma diretriz da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, prioridade para a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros. A segurança alimentar e nutricional deve ser assegurada a todos (FIORE *et al.*, 2012). Uma alimentação saudável e adequada é um direito humano fundamental (BRASIL, 2006a). Na concepção de Miranda (2013), a promoção da alimentação saudável deveria ser uma prioridade com ações direcionadas às atividades na atenção básica e prevenção de doenças.

Baseando-se nas diretrizes da Política Nacional de Humanização direcionada à atenção e promoção da saúde, ações educacionais poderão ser desenvolvidas desde o nível primário até o terciário de atenção (BRASIL, 2004).

O tempo de permanência em sala de espera no aguardo do usuário pelo atendimento de saúde poderia ser empregado para a troca de informações que colaboram para a melhoria da promoção da saúde. É inerente ao ser humano a característica de agrupar-se aos seus semelhantes, com vistas a encontrar apoio e ajuda. Compartilhar conhecimentos, experiências, expectativas e até mesmo medos e angústias podem proporcionar aos usuários um sentimento de coesão e segurança (PAIXÃO; CASTRO, 2006).

Na opinião de Schincaglia e Marques (2012), o emprego da sala de espera como área para o desenvolvimento de atividade de educação nutricional proporcionou um efeito positivo sobre o tratamento de pacientes adultos com *Diabetes Mellitus tipo 1*, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Diante deste cenário, parece pertinente o estudo das características alimentares dos usuários do Sistema Único de Saúde, para identificar o hábito alimentar e utilizá-lo como ferramenta futura para o tratamento e prevenção de comorbidades, assim como a promoção à saúde.

1.1. REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1. Hábito Alimentar e escolhas alimentares.

Os hábitos alimentares são determinados por uma multiplicidade de fatores, dentre eles, estão incluídos os biológicos, econômicos, psicológicos, ambientais e socioculturais (BRASIL, 1997; CAMPOS, 2010; CATANIA, 1999; LAUS *et al.*, 2011; VAN DER HORST *et al.*, 2007; VIANA, 2009; ZUCOLOTO, 2013). Estes hábitos são formados por uma complexa rede de influências genéticas e ambientais desde o aleitamento materno e a infância, que permanece com constante influência durante toda a vida (GISKES *et al.*, 2011; FELDENS;VITOLO, 2008; LORENZATO, 2012; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2008).

Para Gedrich (2003, p. 233) “o comportamento alimentar é explicado pelo modelo Estímulo- Organismo- Resposta, ou seja, existem diversos fatores internos e externos a nível psicológico que o indivíduo processa antes de reagir a um determinado alimento”.

Dentre os fatores biológicos, a fome e saciedade (BRASIL, 2012; CAMBRAIA, 2004), sexo e idade (BAKER; WARDLE, 2003; RAMALHO; DALAMARIA; SOUZA, 2012), as preferências alimentares (CATANIA, 1999; HAMILTON; McLLVEENIL; STRUGNELL, 2000) são alguns dos mais importantes. A condição financeira do indivíduo bem como a renda familiar pode ser um determinante vital no hábito alimentar limitando o acesso ao alimento em virtude do seu custo (BRASIL, 2012; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a; ROSE, 1999; VIANA, 2009; ZUCOLOTO, 2013).

Os determinantes socioculturais, dentre eles, família, pares, mídia, religião e local de trabalho, também merecem ser destacados. A família é a primeira formadora de hábito alimentar e os mecanismos utilizados pelos pais na introdução alimentar e na hora da refeição corroboram no controle da fome e saciedade, transmissão de valores, preferências e aversão alimentar (LAUS *et al.*, 2011; RAMOS; STEIN, 2000; VALLE; EUCLYDES, 2007). Os pares estabelecem normas comportamentais, incluindo escolhas alimentares, para serem aceitos nos grupos (GEDRICH, 2003). De acordo com Marins, Araújo e Jacob (2011), a publicidade pode influenciar na escolha alimentar não consciente pelo consumidor, através dos padrões alimentares de consumo de alimentos e dos ideais de beleza que a mesma estabelece (GEDRICH, 2003). As autoras Moreira e Braga Costa (2013) ressaltam a importância do trabalho conjunto entre familiares, educadores e profissionais da saúde; além do apoio e incentivos governamentais para a implantação de projetos, munidos de

instrumentos adequados que promovam uma real absorção de conhecimentos e melhorias acerca de hábitos alimentares da população, sob a supervisão de técnicos competentes.

O hábito alimentar e estilo de vida poderão contribuir com o surgimento de doenças, a alteração dos mesmos torna-se difícil se ocorrida individualmente (MOREIRA; BRAGA COSTA, 2013; VIANA, 2009; ZUCOLOTO, 2013). Considera-se a mudança de comportamento alimentar um desafio para os profissionais de saúde (FELDENS; VITOLO, 2008), e por esta razão, ressalta-se a complexidade da formação do comportamento alimentar e a importância do mesmo para a construção de uma vida saudável.

1.1.2. Alimentação *versus* escolha alimentar.

Uma alimentação balanceada e saudável pode ser definida pela prática alimentar apropriada aos aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, vinculado ao uso sustentável do meio ambiente (BRASIL, 2012). Conforme a necessidade de cada fase do curso da vida, baseada na cultura alimentar e pelas dimensões de gênero, raça e etnia; acessível do ponto de vista físico e financeiro; harmônica em quantidade e qualidade; fundamentada em práticas produtivas adequadas e sustentáveis com quantidades mínimas de contaminantes físicos, químicos e biológicos (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2012; HAMILTON; McLLVEENIL; STRUGNELL, 2000; MOURA, 2012; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2008).

Segundo Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2008), são vários os modelos a serem desenvolvidos na tentativa de contribuir para uma maior compreensão do comportamento alimentar e da escolha de alimentos. De acordo com Hamilton, McIlVeenil e Strugnell (2000), o modelo criado por Khan em 1981, para estudo das escolhas alimentares, demonstra as influências sobre o indivíduo e seus hábitos, aceitação e preferências alimentares.

O modelo de Klan valoriza, enquanto determinantes do comportamento alimentar, fatores intrínsecos, como o método de preparação, características organolépticas, textura, temperatura, cor, odor, sabor, qualidade; fatores pessoais incluindo o nível de expectativa, prioridade, influência dos outros, personalidade, humor, apetite, emoções, família, educação; fatores culturais e religiosos como restrições religiosas, tradições, influências culturais; fatores biológicos; fisiológicos (mudanças, doenças) e psicológicos; fatores extrínsecos: fatores ambientais, fatores situacionais, publicidade, variações sazonais; fatores socioeconômicos, segurança, hábitos passados, convencionalidade e prestígio (HAMILTON; McLLVEENIL; STRUGNELL, 2000; SILVA; PAIS-RIBEIRO; CARDOSO, 2008).

Estudos demonstram que a ingestão de alimentos, assim como o seu metabolismo, podem ser controlados ou modulados por estruturas neurais e por sistemas neuroquímicos e neuroendócrinos específicos. Alterações neste sistema poderiam estar interligadas às mudanças no comportamento alimentar (CAMBRAIA, 2004). Pesquisadores afirmam que a alimentação possui um profundo efeito no cérebro e no sistema nervoso e, assim, nas condições mentais e emocionais (CAMBRAIA, 2004).

Em condições normais, o alimento é ingerido após a percepção da fome e a ingestão termina quando a sensação de saciedade é obtida. Sistemas distintos são responsáveis pelo início e término do consumo de alimento; cada um é regulado por sinais de respostas oriundos do sistema central e periférico, incluindo trato gastrointestinal, fígado, cérebro e sistemas sensoriais periféricos (CAMBRAIA, 2004).

Segundo Moura (2012), a identificação de condicionantes do comportamento alimentar é de grande valia para a promoção da saúde nas populações. O delineamento dos determinantes socioeconômicos e culturais da alimentação contribui para o acesso a uma boa alimentação, o que implica diretamente na saúde e na qualidade de vida da comunidade onde se vive. A criação de um modelo integrado, que contemple estes aspectos mentais, cognitivos, sociais, ambientais e psicofisiológicos contribuirá para um entendimento mais profundo deste tão complexo domínio (SILVA; PAIS – RIBEIRO; CARDOSO, 2008).

1.1.3 Alimentação *versus* Guia Alimentar da População Brasileira.

Hipócrates, há aproximadamente 2.500 anos atrás, trazia o conceito do alimento sendo representado como remédio, demonstrando a importância da alimentação, refletindo o seu papel para a saúde de cada indivíduo e, conseqüentemente, para a sociedade (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta a criação de um guia nacional e/ou regional que contém as recomendações baseadas em alimentos e não em nutrientes, considerando-se os parâmetros nutricionais, sendo os alimentos organizados em grupos de acordo com seus nutrientes principais (FIORE *et al.*, 2012).

A partir do objetivo de orientar uma alimentação saudável e escolhas alimentares mais corretas, o Ministério da Saúde organizou um instrumento informativo que define as diretrizes do país sobre alimentação saudável visando à promoção da saúde, norteadas no cenário epidemiológico nutricional, no contexto socioeconômico e cultural brasileiro: o Guia Alimentar. Este Guia traz um conjunto de recomendações destinadas à população em geral e

traduz os conhecimentos científicos referentes à alimentação e nutrição em uma linguagem prática, facilitando a seleção dos alimentos e orientando sobre a forma e a quantidade em que devem ser ingeridos. Além disso, em sua versão de bolso no formato de “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”, que contém um teste auto aplicativo, permite uma auto avaliação do perfil alimentar do indivíduo através da pontuação obtida pelo questionário contido no guia, seu estado nutricional atual e classificação de atividade física regular promovendo um diagnóstico que orienta hábitos alimentares e de vida saudável (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2008; BRASIL, 2010).

1.1.4 Transição Nutricional

A transição nutricional é um processo complexo, produtor e produto do comportamento humano, ou seja, é um processo formador de escolhas, que sofre influências diversas, que colaboram para o delineamento do comportamento humano (OLIVEIRA, 2013).

Uma alteração no perfil nutricional, decorrente de uma transição correlacionada com mudanças epidemiológicas, demográficas, sociais, econômicas e dietéticas está sendo observada desde as últimas décadas. Esta transição é evidenciada pela redução da prevalência de desnutrição e o aumento de sobrepeso e obesidade em diversas faixas etárias (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013).

Pesquisas mostram que o excesso de peso e a obesidade têm crescido no Brasil (BRASIL, 2013b). De acordo com a pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizada em 2011 pelo Ministério da Saúde, a proporção de pessoas acima do peso no Brasil avançou de 42,7%, em 2006, para 48,5%, em 2011. No mesmo período, o percentual de obesos subiu de 11,4% para 15,8%. Acredita-se que em 2015 o sobrepeso feminino atingirá um percentual maior, cerca de 73,6% e nos homens na ordem de 67,2%, enquanto que para o mesmo período, 39,7% e 21,6% de obesidade na população feminina e masculina, respectivamente (GIGANTE *et al.*,1997; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

A obesidade promove danos à saúde dos indivíduos, familiar e social pelo comprometimento da capacidade da força de trabalho e produção de renda; e se encontra associada às comorbidades, aumento da mortalidade e manifestações psicopatológicas (BRASIL, 2012; SICHIERI; SOUZA, 2006).

Os custos com o tratamento da obesidade grave atingem R\$ 116 milhões; para isto, foram analisados dados de internação e de atendimento de média e alta complexidade relacionados ao tratamento da obesidade e de outras 26 doenças relacionadas, entre elas isquemias do coração, cânceres e diabetes (BRASIL, 2013a).

A ingestão de uma alimentação inadequada é um dos fatores que pode influenciar na qualidade de vida e colaborar para as manifestações de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2006a). Por este motivo, a alimentação adequada é indiscutível em qualquer idade. Contudo, o processo de transição nutricional tem contribuído negativamente para uma vida mais saudável (MARTINS; WALDER; RUBIATTI, 2010).

De acordo com Oliveira (2013), embora existam sinais de busca para o enfrentamento da obesidade e sobrepeso, através do surgimento de políticas públicas, ainda não há linhas de cuidados eficientes para lidar com esta epidemia no Sistema Único de Saúde- SUS.

Segundo a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF), entre 2008-2009, foi observado um padrão de consumo alimentar, em todas as classes sociais do território nacional, com um teor excessivo de açúcar (16,36%), ingestão de fruta insuficiente (2,04%), e de verduras e legumes (0,80%) na alimentação. Em regiões como Sul, Sudeste e Centro-Oeste, em famílias de maior renda, foi observada a ingesta elevada de gorduras, principalmente saturadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

A alimentação habitual dos brasileiros é composta por diversas influências e atualmente é caracterizada por uma combinação de uma dieta “tradicional” (baseada no arroz com feijão) com alimentos classificados como ultra processados, com elevados teores de gorduras, sódio, açúcar, com baixo teor de micronutrientes e alto conteúdo calórico. A ingestão média de frutas e hortaliças ainda corresponde a 50% do valor recomendado pelo Guia Alimentar para a população brasileira e manteve-se estável na última década, enquanto alimentos ultra processados, como doces e refrigerantes, possuem ingestão aumentada anualmente (BRASIL, 2012).

As características negativas da qualidade da dieta brasileira, observadas ao final da primeira década do século XXI, necessitam de alta prioridade para políticas públicas de promoção da alimentação saudável (LEVY *et al.*, 2012).

O Brasil, em concordância com a tendência mundial, tem verificado processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, desde a década de 60, acentuados pela redução da fecundidade e aumento do número de idosos, cujas projeções apontam sua duplicação de 8% para 15% nos próximos 20 anos (BRASIL, 2013b).

Serão necessários investimentos governamentais e da sociedade, no sentido de que se estabeleçam novos paradigmas de interação ambiental, que promovam mudança de atitude e incorporação da mesma no modo de viver, de forma harmônica, prazerosa e comportamentos mais saudáveis (OLIVEIRA, 2013).

1.1.5 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

Segundo Brasil (2013b), dentre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, destacam-se principalmente as do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas, diabetes e musculoesqueléticas, sendo estas doenças multifatoriais e relacionadas a fatores de riscos não modificáveis, como idade, sexo e raça; e os modificáveis, destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (determinadas principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012).

Além da ingestão alimentar são ainda considerados determinantes sociais para essas doenças, as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade, renda e as desigualdades na acessibilidade à informação. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), as DCNT já são responsáveis por 58,5% de todas as mortes ocorridas no mundo e por 45,9% das comorbidades existentes, caracterizando um sério problema de saúde pública, tanto nos países ricos quanto nos de médias e baixas rendas, agravando as iniquidades e aumentando a sua pobreza (BRASIL, 2013b).

Os estudos realizados inferem que as DCNT constituem o problema de saúde de maior magnitude no Brasil, que afetam as camadas pobres e grupos vulneráveis e correspondem a 72% das causas de mortes e de 75% dos gastos com atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2013a; BRASIL, 2013b).

O crescimento da renda, industrialização e mecanização da produção, urbanização, maior acesso a alimentos em geral, incluindo os processados, e globalização de hábitos não saudáveis produziram rápida transição nutricional, expondo a população cada vez mais ao risco de doenças crônicas. Tem chamado atenção a elevação da prevalência de transtornos neuropsiquiátricos, alavancados pelos diagnósticos de depressão, psicoses e transtornos atribuíveis ao uso inadequado do álcool. Estas mudanças configuram novos desafios para os gestores de saúde, considerando que as DCNT têm um forte impacto na qualidade de vida dos

indivíduos afetados, causando morte prematura e gerando grandes e subestimados efeitos econômicos adversos para familiares, comunidades e sociedade em geral (BRASIL, 2013b).

As estimativas apontadas pelo Ministério da Saúde sobre as doenças cardiovasculares (DCV) corresponderam a 1/3 dos óbitos por causas conhecidas em 2002 (BRASIL, 2006a). A ocorrência de câncer de todos os tipos aumentou significativamente após a metade do século XX, possível consequência dos novos sistemas alimentares, padrões de trabalho e lazer (BRASIL, 2006a; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997).

Em relação à hipertensão arterial, está associada à origem de muitas DCNT, sendo portanto, uma das causas mais importantes de redução da qualidade de vida e da expectativa de vida. É ainda responsável por complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas (BRASIL 2006a, BRASIL, 2012).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) pode se manifestar em pacientes com obesidade, diabetes, circunferência abdominal aumentada, síndrome metabólica, aumentando o risco de doenças cardiovasculares (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). São fatores de risco para HAS: idade, gênero e etnia, sobrepeso e obesidade, ingestão elevada de sódio, ingestão elevada de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos, genéticos, tabagismo e estilo de vida (BRANDÃO *et al.*, 2010).

Nas últimas décadas tem se observado o crescimento exponencial de prevalência do Diabetes no Brasil e no mundo; é uma epidemia em curso, e sua ocorrência pode ser associada à transição nutricional e hábito alimentar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012). Estima-se que num total de 300 milhões de indivíduos adultos no mundo, em 2030, se tornarão diabéticos. No Brasil, há projeções de cinco milhões de casos de pessoas com Diabetes, sendo que 46,5% dos indivíduos adultos desconhecem o diagnóstico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012). Calcula-se que, em 2020, a ocorrência de 11 milhões de casos novos de *Diabetes Mellitus* tipo 2 (DM2), devido ao envelhecimento populacional, à obesidade, ao estilo de vida, ao sedentarismo e às modificações nos padrões dietéticos.

A prevalência de DM2 na faixa etária de 30 a 69 anos é de 7,6% da população urbana no Brasil, magnitude semelhante à de países desenvolvidos (COELHO; SILVA; PADILHA, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2012). Na cidade de Ribeirão Preto/SP, observou-se uma prevalência 15,02%, nos indivíduos avaliados do Projeto OBEDIARP, um estudo epidemiológico de base populacional (MORAES *et al.*, 2010), apresentando como resultados, a relevância do Diabetes como um problema de saúde pública, a identificação de um elenco de fatores associados,

entre os quais, alguns são passíveis de intervenção, contribuindo assim para uma construção racional de políticas públicas de promoção e prevenção em saúde do Município de Ribeirão Preto.

1.1.6 Utilização da sala de espera como local de prevenção e investigação da saúde.

A promoção da saúde por meio do desenvolvimento de ações educativas em saúde é uma prática desde 1986, quando ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, baseada na criação de novas metodologias assistenciais (RODRIGUES *et al.*, 2009). Desde a Constituição Federal de 1988, o governo estabelece uma reestruturação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), o qual preconiza que a saúde é um direito de todos e de responsabilidade do Estado, baseado nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), na universalidade e integralidade, além da participação da população na reestruturação do SNS (BRASIL, 2004; RODRIGUES *et al.*, 2009).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, em 1978, demonstrou a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, como um direito humano básico. Estabelece a saúde como pré-requisito da qualidade de vida, o que refere indivíduos informados sobre os cuidados para se ter saúde e com capacidade pessoal para melhorar as condições físicas e psicossociais na comunidade onde vive (RODRIGUES *et al.*, 2009).

O acolhimento, baseado na diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), é um norteador dos Princípios Básicos do SUS (BRASIL, 2004; GOMES; PINHEIRO, 2005). Atividades de acolhimento com a finalidade de promoção a saúde e resolutividade podem ser desenvolvidas durante a espera do usuário pelo atendimento médico (BRASIL, 2004).

A construção de espaços para que a educação em saúde possa ser desenvolvida com os pacientes, de maneira a contribuir para a formação de sujeitos conscientes e responsáveis, seria o ideal. Entretanto, o que se tem como local estratégico para a promoção à educação em saúde são as salas de espera que estão presentes na maioria dos locais prestadores de serviço em saúde. Mas pode não ser necessariamente uma sala, mas sim um corredor, *um hall*, um espaço ao ar livre (PAIXÃO; CASTRO, 2006; TEIXEIRA; VELOSO, 2006). Este espaço se caracteriza por um território dinâmico, onde os usuários aguardam ser chamados e onde ocorre mobilização de diferentes pessoas à espera de atendimento em saúde. Sendo um espaço de reflexão, ação fundamentada nos saberes tecno-científicos e populares, que podem auxiliar na formação de sujeitos conscientes e responsáveis pela sua qualidade de vida. Bem como a

construção de sujeitos que serão protagonistas de suas histórias, potencializando tomadas de decisões, em busca de uma nova realidade (ROSA; BARTH; GERMANI, 2011).

As atividades educacionais em sala de espera requerem do profissional de saúde conhecimentos e habilidades para lidar com diferentes grupos e capacidade em discutir estes aspectos numa perspectiva sócio-cultural de complexidade na saúde. As pluralidades emergem através do processo interativo decorrente da linguagem de comunicação (TEIXEIRA; VELOSO, 2006). A sala de espera torna-se, assim, um espaço para cuidar de si, criar, interagir, refletir sobre o serviço e expressar-se. A sensação do tempo perdido e de ociosidade dá lugar à produtividade, ao protagonismo, à formação de novos sujeitos. Atividades educacionais e terapêuticas poderá assim proporcionar uma escuta qualificada, uma integração igualitária entre os profissionais e usuários, além de promover uma aproximação e valorização destes atores, construindo uma rede de conversação (PIMENTEL; BARBOSA; CHAGAS, 2011).

Pesquisadores referem à observação de resultados satisfatórios durante a prática de projetos educacionais em sala de espera. A educação nutricional direcionada à Doença Crônica Não Transmissível, como exemplo o Diabete, em adultos, apresentou resultados positivos, avaliados pós-atividades realizadas, em comparação às avaliações de conhecimentos sobre o Diabete antes da intervenção educacional (SCHINCAGLIA; MARQUES, 2012).

O Ministério da Saúde prevê uma série de iniciativas no Plano de Ação para Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, por meio de parcerias com o setor privado e outras pastas do governo. Lançado em agosto de 2011, o plano tem por meta reduzir em 2% ao ano a taxa de mortalidade prematura causada por DCNT até 2022; dentre estas ações encontra-se a promoção da orientação da alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2013a). A redução da obesidade e o sedentarismo (fatores de risco para doenças crônicas), e a promoção de hábitos de vida mais saudáveis são atividades que podem ser inseridas na sala de espera como meio de otimizar o atendimento em saúde (BRASIL, 2013a).

1.2 JUSTIFICATIVA

O impacto dos estudos sobre o hábito alimentar na saúde humana é extenso e produz resultados consistentes, tanto internacionalmente como em âmbito nacional. A educação alimentar junto à população, apesar de auxiliar na prevenção de futuras doenças e melhorar sua qualidade de vida, é dificultada por dois fatores - acessibilidade e ambiente. Entretanto pouco se sabe sobre a influência da utilização de ambientes educativos alternativos, como um local para a promoção da educação em saúde e a orientação sobre uma alimentação saudável, nas Unidades de Saúde prestadoras do atendimento SUS.

Quando se analisa espacialmente essas Unidades verifica-se que o que se tem como local estratégico para a promoção à educação são as salas de espera que estão presentes na maioria dos locais prestadores de serviço; nem sempre uma sala, mas um local onde ocorre a mobilização de diferentes pessoas em um território dinâmico e neutro que aguardam a espera de atendimento. Este espaço poderá servir como um local de trocas entre os saberes técnicos e populares, auxiliando assim na formação de sujeitos conscientes e responsáveis pela sua qualidade de vida.

Considerando esta possibilidade de uso da sala de espera como um local viável para o profissional nutricionista desenvolver suas atividades educacionais, a escolha de um instrumento simples e acessível se faz necessário. Assim, utilizando instrumento criado pelo Ministério da Saúde, distribuído gratuitamente em Unidades Básicas e Distritais de Saúde, o Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, analisou-se características alimentares dos frequentadores do ambulatório bem como a aplicabilidade do teste contido neste instrumento, podendo no futuro os dados contribuir para novos programas de saúde pública.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar o perfil da alimentação dos usuários da sala de espera do Sistema Único de Saúde- SUS atendidos no ambulatório de Endocrinologia do Hospital Electro Bonini.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o hábito alimentar do usuário de acordo com o Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira do Ministério da Saúde;
- Constatar a percepção em relação à adequação da alimentação praticada habitualmente, por meio da Escala de Likert adaptada;
- Efetuar o cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e estabelecer o diagnóstico do estado nutricional por meio do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.

3. CASUÍSTICA E MÉTODO

3.1 Característica do estudo

Baseia-se em um estudo observacional, transversal e quantitativo. Desenvolvido na sala de espera do Hospital Electro Bonini.

3.2. Participantes

O serviço de saúde, na cidade de Ribeirão Preto está organizado em cinco regiões, denominados Distritos de Saúde. Estes estão localizados nas Regiões: Norte, Sul, Leste, Oeste e Região Central. Os Distritos de Saúde são regiões com áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais. Apresentando o pior desenvolvimento social e econômico à região norte e melhor desenvolvimento a região sul.

Os distritos possuem Unidades Básicas de Saúde, postos de atendimentos destinados à atenção primária, de baixa complexidade que encaminham os usuários de acordo com a necessidade de atenção a saúde via guia de referência e contra referência gerenciada pela central de regulação e agendamento da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto, para o atendimento secundário com média complexidade, podendo o atendimento ser desenvolvido a nível ambulatorial por especialidades de atenção e ou internação, nos casos mais graves são encaminhados para o nível terciário devido à alta complexidade.

Além das UBS em cada bairro, existem cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde, uma para cada distrito, que funcionam vinte e quatro horas, que são referências de apoio para as Unidades Básicas, atendem emergências e também tria o usuário para o atendimento secundário e terciário através da comunicação com a central de agendamento e regulação de vagas da saúde na cidade.

O Hospital Electro Bonini (HEB) está inserido no Distrito Leste, caracterizado por frequentadores de classe média, porém devido ao fluxo de agendamento pelo processo de regulação da Secretaria Municipal de Saúde, por se tratar de atendimento secundário (especialidades em saúde), poderá atender usuários dos cinco distritos e de diferentes níveis econômicos.

Foram escolhidos como participantes, para esta pesquisa, os usuários do SUS de ambos os sexos, encaminhados para o ambulatório de especialidade de nível secundário de

Endocrinologia do HEB, moradores do distrito leste, com faixa etária de 20 a 60 anos de idade, portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis, agendados pelo sistema de agendamento da Secretaria Municipal da Saúde em parceria com a prestadora de serviços Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP.

O tamanho amostral foi definido a partir do número de usuários, frequentadores da sala de espera do ambulatório do referido do Hospital, no período de seis meses (dezembro de 2012 a maio de 2013). O número amostral inicial (n= 267) foi obtido através do cálculo da população, baseado em 36 (trinta e seis) casos semanais, com uma média de quatro semanas/mês, multiplicado por seis meses, totalizando 864 atendimentos neste período, após a aplicação de um projeto piloto. Não sendo considerados para este cálculo, os números de atendimentos por motivo de encaixe, que não estavam agendados previamente no sistema de agendamento. Durante os seis meses da execução da pesquisa, 207 indivíduos pertenciam aos critérios de inclusão, porém o número final amostral obtido foi de 200 participantes. Sete indivíduos foram excluídos por preenchimento incompleto do instrumento.

Foram adotados como critérios:

Inclusão:

- estar previamente agendado no sistema de agendamento da Secretaria de Saúde de Ribeirão Preto;
- pertencer à faixa etária (em estudo) de 20 a 60 anos de idade;
- ser usuário do Sistema Único de Saúde.

Exclusão:

- o usuário não aceitar assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e/ou não compreendê-lo, mesmo com auxílio do pesquisador;
- apresentar os instrumentos aplicados na pesquisa não preenchidos por completo, ou já tenha preenchido os mesmos anteriormente.

Os usuários foram convidados a participarem voluntariamente da pesquisa e não foi dado qualquer tipo de incentivo material e/ou financeiro.

3.3 Aspectos Éticos

A pesquisa teve início após a autorização para execução do trabalho pela diretoria do Hospital Electro Bonini (ANEXOS A1 e A2) e aprovação do presente trabalho pelo Comitê

de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, parecer n.º 145821/2012 e C. A. E. n.º 08509812.5.0000.5498 (ANEXO B).

3.4 Material

3.4.1 Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira

A versão do Guia Alimentar de Bolso foi criada por Brasil (2006b), baseado no Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006a) e avalia as escolhas alimentares do indivíduo norteado pelas orientações contidas nos “Dez Passos para uma Alimentação Saudável”. Este Guia Alimentar de Bolso contém um teste sobre hábito alimentar e estilo de vida, com dezoito questões. Para a execução deste trabalho, o questionário foi aplicado na íntegra e acrescentando campos para o preenchimento de dados para a caracterização da amostra como idade, sexo, escolaridade, peso e altura (ANEXO C).

O Guia Alimentar de Bolso apresenta também parâmetros (ANEXO D) para a classificação do estado nutricional do pesquisado através do cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), baseado nos dados antropométricos referidos.

3.4.2 Escala de Likert

Desenvolvida e validada por Likert (1932), esta escala avalia níveis de aceitação conforme vivências sociais do indivíduo. Para cada questão, o pesquisado deve informar seu grau de concordância ou discordância (discordo totalmente = 1 a concordo totalmente = 5) com as declarações relativas à atitude que está sendo avaliada (BAKER; WARDLE, 2003; BRANDALISE, 2005).

No presente trabalho, a escala foi adaptada para a investigação da opinião do pesquisado referente à sua percepção quanto à adequação de sua alimentação habitual, associando-se os ícones com expressões faciais usados por Kloetzel *et al.* (1998), com a escala de valores de 1 a 5 preconizada por Likert :



(1) totalmente inadequada, com expressão de insatisfação plena; (2) pouco adequada, com expressão de insatisfação; (3) não sei, com expressão neutra; (4) pouco adequada, com

expressão de parcialmente satisfeito e (5) totalmente adequada, com expressão de plenamente satisfeito, para melhor entendimento do pesquisado (APÊNDICE A).

3.5. Procedimentos

Primeiramente foi efetuado um estudo piloto com seis usuários, que não fizeram parte da amostra total do estudo, com o objetivo de ajustes nas adaptações efetuadas nos instrumentos. Critérios como tempo utilizado na aplicabilidade instrumental e o entendimento do questionário foram previamente avaliados.

A coleta de dados foi realizada na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Hospital Electro Bonini, localizada no segundo andar. Os dias de aplicação dos instrumentos foram de segundas, quartas e sextas - feiras no período da tarde.

Os usuários foram convidados pela pesquisadora a participar do estudo, posteriormente ao atendimento da equipe de enfermagem em pré consulta no térreo, onde tiveram peso e altura aferidos.

Desta forma, não foram aferidos os dados antropométricos pela pesquisadora devido ao tipo de atendimento do serviço. Foram observados os critérios de inclusão dos usuários para a participação do estudo. Em seguida, após o aceite, os usuários foram conduzidos à sala. Todos os participantes foram orientados sobre o caráter confidencial das respostas e a necessidade das questões serem respondidas de acordo com o que se aproximasse mais com a sua realidade. Antes do início da pesquisa, foi entregue e lido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

O procedimento teve a seguinte sequência: primeiramente o preenchimento dos dados pessoais tais como idade, sexo, escolaridade, peso e altura referida, e a resposta do questionário pelo usuário após orientação. A atribuição de pontos de acordo com a resposta foi efetuada posteriormente pela pesquisadora, de acordo com as orientações contidas no Guia Alimentar de Bolso.

Foi solicitado para o participante escolher uma resposta a cada questão, que aborda desde a ingestão hídrica, consumo de bebida alcoólica, grupos de alimentos, sódio, lipídios, periodicidade das refeições, prática de atividade física e hábito de leitura dos rótulos de alimentos. A cada resposta atribuiu-se uma determinada pontuação relativa à frequência de consumo ou prática de hábito, com os valores correspondentes à frequência, podendo variar de 0, 1, 2, 3 e 4 pontos (ANEXOS E e F).

Após o término da aplicação do questionário contido no Guia Alimentar de Bolso, os participantes respondiam a questão pertinente à sua opinião em relação à adequação da alimentação praticada com o auxílio da Escala de Likert adaptada, escolhendo, também, apenas uma resposta como opção. Sendo aplicada a seguinte pergunta ao participante:

Sua alimentação está adequada para você? Com as opções de respostas:

1- Totalmente inadequada, 2- pouco adequada, 3 - não sei, 4 - adequada, 5 – totalmente adequada.

O procedimento foi realizado entre o intervalo da pré consulta de enfermagem com a consulta médica, durante o período de espera. A pesquisa foi encerrada após seis meses do seu início.

3.6 Análise dos dados

Os usuários que somaram até 28 pontos de acordo com o questionário contido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira foram classificados com a necessidade de tornar a alimentação e hábitos de vida mais saudáveis (Grupo 1), e aqueles que obtiveram a somatória da pontuação entre 29 e 42 pontos, foram classificados com a necessidade de cuidados com alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos (Grupo 2). Os que somaram de 43 a mais pontos, foram classificados com a alimentação e estilo de vida adequados (Grupo 3) (ANEXO G). A somatória destes pontos foi efetuada pela pesquisadora.

A classificação do estado nutricional do pesquisado foi obtida através do cálculo do Índice de Massa Corporal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), com a finalidade de se observar a adequação do peso em relação à altura (kg/m^2). De acordo com o IMC, o estado nutricional foi discriminado como baixo peso $< 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$; peso adequado de $18,5$ a $24,99 \text{ kg}/\text{m}^2$; sobrepeso de 25 a $29,99 \text{ kg}/\text{m}^2$; e obesidade maior que $30 \text{ kg}/\text{m}^2$, conforme descrito no Guia Alimentar de Bolso (BRASIL, 2006b).

A interpretação da opinião da adequação alimentar foi efetuada através das respostas à Escala de Likert adaptada de forma direta

3.6.1 Análise Estatística

A análise estatística dos dados foi realizada através do *software* SPSS versão 17.0. Realizou-se, primeiramente, as análises descritivas, calculando-se, para as variáveis categóricas a frequência e o percentual de cada categoria; para as variáveis numéricas,

apresentam-se os valores expressos em média, desvio padrão, faixa de variação e porcentagem. As variáveis foram: IMC, grau de escolaridade, idade, nota e respostas do questionário, opinião da adequação alimentar e sexo.

Na análise das variáveis numéricas entre si utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson; entre as variáveis numéricas e as variáveis categóricas utilizamos o método da Análise de Variância (ANOVA) e na análise das variáveis categóricas entre si utilizou-se o χ^2 (Qui-quadrado) ou o teste exato do χ^2 . Para as análises, estabeleceu-se um nível de significância igual a 5%.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Estudo do perfil alimentar e diagnóstico nutricional dos usuários em sala de espera.

4.1.1 Caracterização da amostra

Dos 200 indivíduos que participaram deste estudo, 79,5% (n=159) eram mulheres e 20,5%, homens (n=41). A faixa etária estudada foi de indivíduos adultos entre 20 e 60 anos, distribuídos em quatro intervalos de idade, conforme os critérios de inclusão amostral (Tabela 1).

Tabela 1- Frequência e porcentagem da amostra de usuários (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde de acordo com sexo e idade, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	159	79,50
Masculino	41	20,50
Intervalos de Idade (anos)		
≥ 20 a < 30	17	8,50
≥ 30 a < 40	34	17,00
≥ 40 a < 50	45	22,50
≥ 50 a ≤ 60	104	52,00

Fonte: o próprio autor.

O número maior de participantes se concentra na faixa etária pertencente ao intervalo de ≥ 50 a ≤ 60 anos de idade (n = 104, 52%), seguido da faixa etária ≥ 40 a < 50 anos de idade (n=45, 22, 5%). Em relação ao sexo dos entrevistados, ocorreu uma participação superior do feminino (n= 159) decorrente do menor número do sexo masculino agendo para as consultas.

Estes resultados são similares com os estudos de transição atual da pirâmide populacional brasileira e dados demográficos, sendo demonstrado o envelhecimento da população e prevalência do sexo feminino em relação ao masculino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010b). O que era esperado, considerando que o

ambulatório de endócrino atende em sua maioria mulheres e na faixa etária acima dos 60 anos.

Tabela 2 - Caracterização descritiva dos usuários (n = 200), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida através o Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira e da Escala de Likert adaptada, Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

	n		Média	Mediana	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
	Informado	Não informado					
Pontuação do questionário do Guia	200	0	36,39	36,50	6,78	14,00	50,00
Pontuação da Escala de Likert	200	0	2,87	3,00	1,10	1,00	5,00
Caracterização							
Idade	200	0	47,16	50,50	10,91	20,00	60,00
Peso Referido	198	2	77,63	74,00	18,56	45,00	144,00
Altura referida	176	24	1,63	1,63	00,08	1,42	1,89
IMC	176	24	29,32	28,75	6,34	17,63	48,70

Fonte: o próprio autor.

Na Tabela 2, verifica-se que 12% (n=24) dos usuários não informam sua estatura (altura), apesar de ter sido aferido no momento da pré consulta nos casos novos e pelo menos uma vez anteriormente nos retornos, porém, quando se questionava a respeito do peso, que foi também aferido em cada pré consulta, 99% dos pesquisados responderam instantaneamente. Para os pesquisados, o peso tem um valor maior do que a saúde, visto que este tem uma relação direta e diária com a aceitação social. Isto fica evidente ao analisar a opinião da adequação da alimentação praticada através da Escala de Likert adaptada.

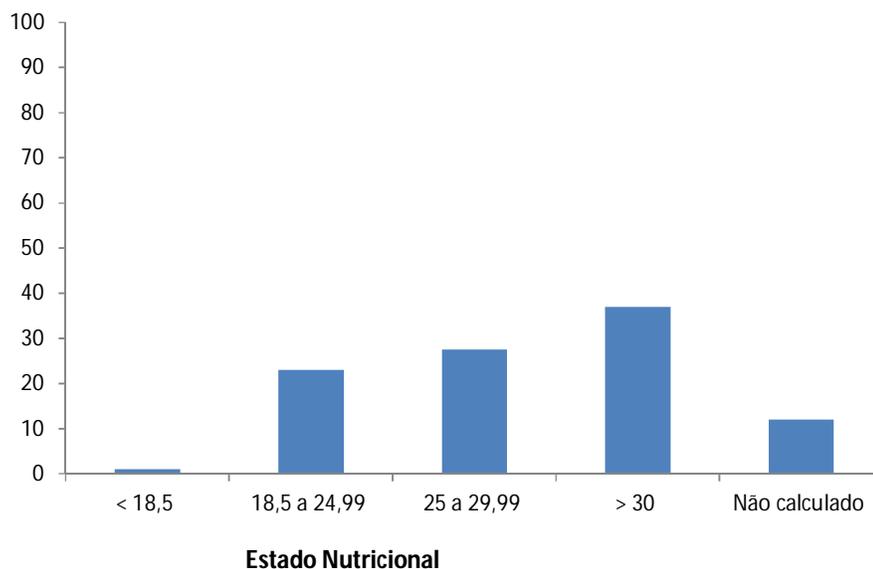
A resposta *não sei*, representada pela mediana 3 e média de 2,87 da pontuação da Escala de Likert (Tabela 2) indica que os usuários em estudo não possuem percepção sobre a adequação da alimentação praticada habitualmente. Entretanto, esses pacientes já haviam tido contato com orientação nutricional em algum momento no atendimento clínico, atrás de consultas prévias com clínico geral, endocrinologista e ou nutricionista, que foi confirmado pela revisão de prontuários. Porém a informação pode não ter sido de importância a ponto de levar a um processo de auto avaliação significativo, que o levasse a relacionar o peso com a alimentação utilizada.

O IMC médio para ambos os sexos dos usuários foi de 29, 32 Kg/m²(Tabela 2), segundo os critérios descritos no Guia, este índice é classificado como sobrepeso e a pontuação média tabulada pelo pesquisador obtida através das respostas do questionário

contido também no Guia foi de 36,39 pontos, o que indica a necessidade de atenção com a alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos além da revisão dos 10 passos para uma Alimentação Saudável.

Ao se avaliar os dados antropométricos, de acordo com o peso e altura referidos, verifica-se a média de 77,63 kg e 1,63 m na amostra estudada (Tabela 2).

Figura 1 – Porcentagem da classificação do Estado Nutricional de usuários (n=200), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, segundo o IMC (kg/m^2), obtido através Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira (BRASIL, 2006 b). Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.



Fonte: o próprio autor.

Observa-se maior número de participantes com obesidade (IMC maior que $30 \text{ kg}/\text{m}^2$), 37% (n=74) e sobrepeso (IMC de 25 a $29,99 \text{ kg}/\text{m}^2$), 27,5% (n = 55), totalizando 64,5% do número amostral conforme a classificação do Guia. (Fig. 1)

Com relação à eutrofia ou peso adequado (IMC de 18,5 a $24,99 \text{ kg}/\text{m}^2$), 23% (n= 46) dos usuários apresentam este estado nutricional; por outro lado (IMC $< 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$), 1% (n= 2) encontra-se com baixo peso, e 12% (n=24) não souberam relatar peso ou altura, mesmo após a aferição pela enfermagem (Fig. 1).

Os resultados das pesquisas recentes vêm de encontro com os obtidos neste estudo, através da constatação de que apenas 23% dos usuários são diagnosticados pelo IMC, como eutróficos e 1% apresentam baixo peso (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997).

Não houve diferença significativa entre os sexos para esta variável ($p > 0,05$), de acordo com o teste t ($t = 1,61$, $p = 0,11$), sexo feminino ($M = 28,92 \text{ kg/m}^2$; $DP = 6,26$; $n = 138$) e sexo masculino ($M = 30,79 \text{ kg/m}^2$; $DP = 6,49$; $n = 38$).

A prevalência do aumento do excesso de peso e obesidade da população brasileira cresce continuamente ao longo dos anos nos dois sexos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

O processo de transição nutricional brasileiro é multifatorial e caracterizado por modificações sequenciais do padrão da dieta e da composição corporal dos indivíduos, que afetaram diretamente o estilo de vida e o perfil de saúde da população (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2012; BRASIL, 2013b, COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; LAUS *et al.*, 2011; LAUS, 2012; SANTOS *et al.*, 2013).

Caracterizar o perfil alimentar é um desafio neste estudo, devido à falta de instrumentos que estabeleçam uma avaliação exata, uma vez que no Brasil, não existe um método de avaliação que seja classificado como padrão-ouro. A determinação do instrumento é norteada pelos objetivos do estudo e da população estudada (SALVO; GIMENO, 2002; RIBEIRO; CARDOSO, 2002; SANTOS *et al.*, 2013; SLATER *et al.*, 2003).

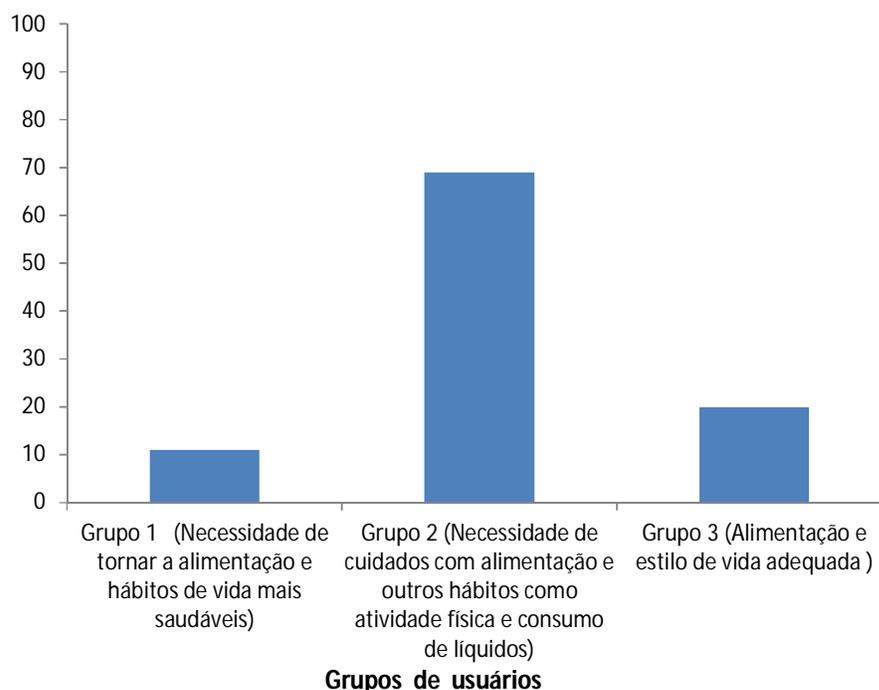
A escolha do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira para avaliar o perfil alimentar, e mais especificamente a ingestão hídrica, o consumo de bebida alcoólica, grupos de alimentos, sódio, lipídios, periodicidade das refeições, prática de atividade física e hábito de leitura dos rótulos de alimentos, foi bem sucedida pela rapidez e a facilidade com que este pode ser aplicado, apesar de serem observadas algumas dificuldades pelo pesquisado em converter a ingestão alimentar habitual em porções de alimentos em algumas questões.

Este guia contém as recomendações baseadas em alimentos, considerando-se os parâmetros nutricionais, sendo os alimentos organizados em grupos de acordo com seus nutrientes principais de acordo com as orientações da Organização Mundial da Saúde (FIORE *et al.*, 2012).

Nesta pesquisa, os usuários que obtiveram até 28 pontos foram classificados como apresentando necessidade de tornar a alimentação e hábitos de vida mais saudáveis (Grupo 1). Os classificados como Grupo 2, com a somatória entre 29 e 42 pontos, foram identificados com a necessidade de cuidados com alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos, e os que obtiveram de 43 a mais pontos, foram classificados com a alimentação e estilo de vida adequados (Grupo 3).

Para a identificação do perfil alimentar, segundo os critérios contidos no Guia , baseado na somatória de pontos do questionário, os resultados foram distribuídos em três grupos (Fig.2).

Figura 2 - Porcentagem da classificação do perfil alimentar de usuários (n=200), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, de acordo com o total de pontos obtidos no questionário contido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira (BRASIL, 2006b), Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.



Fonte: o próprio autor.

Dos usuários investigados, 11% (n=22) estão no Grupo 1; 69% (n=138) pertencem ao Grupo 2. e 20% (n= 40) ao Grupo 3 (Fig. 2).

Conforme o Guia, os indivíduos classificados no primeiro e segundo grupos necessitam rever os 10 Passos para uma Alimentação Saudável e adotá-los no dia a dia, sendo indicada a observação da baixa ingestão hídrica e falta da prática de atividade física regular. O consumo inadequado de carboidrato simples, gorduras e sódio, bem como a falta de hábitos de leitura dos rótulos de alimentos. O primeiro grupo obteve pior pontuação seguido pelo segundo. Já no terceiro grupo, é evidenciada a prática de uma alimentação saudável, apresentando melhor pontuação do questionário (BRASIL, 2006b).

Tabela 3 - Nível de escolaridade em porcentagem, dos usuários (n=200), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, do Hospital ElectroBonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Característica	n	%	% acumulado
Ensino Fundamental Completo	29	14,5	14,5
Ensino Fundamental Incompleto	43	21,5	36
Ensino Médio Completo	71	35,5	71,5
Ensino Médio Incompleto	5	2,5	74
Ensino Técnico Completo	3	1,5	75,5
Ensino Técnico Incompleto	1	0,5	76
Ensino Superior Completo	30	15	91
Ensino Superior Incompleto	9	4,5	95,5
<i>Stricto Sensu</i> Completo	2	1	96,5
Não referido	7	3,5	100
Total	200	100	

Fonte: o próprio autor.

Em relação ao grau de escolaridade dos usuários estudados, os dados demonstram que estes, em sua maioria, 74% (n=148), cursaram até o Ensino Médio, 2% (n=4) até Ensino Técnico e 16% (n=32) possuem o Ensino de Nível Superior e/ou *Stricto Sensu* Completo, 4,5% (n= 9), Ensino de Nível Superior incompleto e 3,5% (n=7) não referiram grau de escolaridade (Tabela 3).

As escolhas alimentares versus melhor nível de instrução educacional podem estar relacionadas com diversos fatores, entre eles, a busca pela qualidade de vida e hábitos alimentares saudáveis; porém, não é uma regra, podendo todas as classes sociais, independentemente do nível educacional, ter hábitos alimentares inadequados (BRASIL, 2012; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

4.1.2 Correlações entre perfil alimentar, diagnóstico nutricional e escolaridade.

Os resultados apresentados na Tabela 4, mostram que quanto maior o nível de escolaridade, melhor é o resultado através dos grupos pela classificação de acordo com a pontuação do questionário, indicando que a prática de uma alimentação e hábito de vida saudáveis, podem estar relacionada com o grau de instrução.

Tabela 4 – Nível de escolaridade em porcentagem dos usuários (n=193), de ambos os sexos, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, versus a classificação da resposta do questionário do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira por grupos classificados, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Classificação de acordo com o total de número de pontos obtidos	Grupo 1. (Necessidade de tornar a alimentação e hábitos de vida mais saudáveis)	n	Nível de escolaridade			Total
			Fundamental	Médio	Superior	
			11	9	0	20
		%	55,0	45,0	0*	100,0
	Grupo 2 (Necessidade de cuidados com alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos)	n	47	59	28	134
		%	35,1	44,0	20,9*	100,0
	Grupo 3 (Alimentação e estilo de vida adequados)	n	14	12	13	39
		%	35,9	30,8	33,3*	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *correlação significativa $p = 0,04$.

Quando se avalia a classificação dos grupos com o nível de escolaridade, 55% (n=11), do primeiro grupo (Grupo 1) cursaram até o Ensino Fundamental. No segundo grupo (Grupo 2), 44% (n=59) efetuaram até o Ensino Médio, e o terceiro grupo com Ensino Superior (Grupo 3) completo 33,3% (n=13) do número amostral (Tabela 4).

De acordo com o teste exato de χ^2 ($p = 0,04$) há uma diferença significativa em relação ao nível de escolaridade, a porcentagem do Ensino Superior é significativamente maior nos grupos 3, 2 e 1, respectivamente (33,3% e 20,9% > 0,0%) (Tabela 4) .

Indivíduos com escolaridade de nível superior possuem escolhas alimentares e hábitos de vida mais adequados em relação ao Grupo 1 do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira (Tabela 4).

O Grupo 2, representa a maior parcela de indivíduos do estudo 69,43% (n = 134), sendo evidenciado a necessidade de cuidados com a alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos (Tabela 4).

Ao comparar, o nível de escolaridade com a classificação do questionário por sexo, verifica-se que, as mulheres com escolaridade de nível superior, 34,4%, (n=11) possuem escolhas alimentares e hábitos de vida mais adequados (Grupo 3) e não ocorre a presença do sexo feminino com escolaridade a nível superior no Grupo 1, 0,0% (n=0) . Havendo uma diferença significativa, para o percentual do 3º. Grau (nível superior) é significativamente superior no Grupo 3 (34,4% > 0,0%).

Norteados por estes dados, o nível de escolaridade, poderá influenciar no total de pontuação e melhor classificação questionário de acordo com o Guia de Bolso da População Brasileira.

No trabalho de Berria, Petroski e Minatto (2013), observou-se para o sexo feminino, uma correlação com o excesso de peso e o grau de escolaridade.

Em uma região urbana do município de Triunfo, em Pernambuco, caracterizada por baixa escolaridade, em mulheres, foi identificado o IMC superior a 25 kg/m², de forma significativa (LYRA *et al.*, 2010).

Para o sexo masculino não foi efetuada esta análise. O mesmo ocorreu com a análise do perfil alimentar por se tratar de uma amostra pequena para análise estatística.

De acordo com Lins *et al* (2013), um maior nível de escolaridade tem impacto positivo na prevenção do excesso de peso e nas escolhas alimentares.

Ao se estudar a relação do IMC com o grau de escolaridade, é observado que os usuários com até o Ensino Fundamental possuem o IMC médio classificado como obesidade (M=30,10 kg/m²*; DP= 6,27), com até o Ensino Superior o IMC médio é de sobrepeso para o diagnóstico do estado nutricional (M=27,15 kg/m²*; DP = 5,93) ocorrendo diferença significativa (p=0,05*) entre estes dois níveis

Quando se compara a classificação do perfil alimentar obtida pelo questionário por sexo não houve diferença estatística entre eles (Tabela 5)

Tabela 5 -- Classificação do perfil alimentar de usuários por sexo, feminino (n=159) e masculino (n=41) em porcentagem, na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, segundo a classificação do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Classificação de Grupo 1. de acordo com o total (Necessidade de tornar a % de número de alimentação e hábitos de vida pontos obtidos mais saudáveis)	n	16	6	22
	%	10,1	14,6	11,0
Grupo 2 (Necessidade de cuidados com % alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos)	n	110	28	138
	%	69,2	68,3	69,0
Grupo 3 (Alimentação e estilo de vida % adequados)	n	33	7	40
	%	20,8	17,1	20,0
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

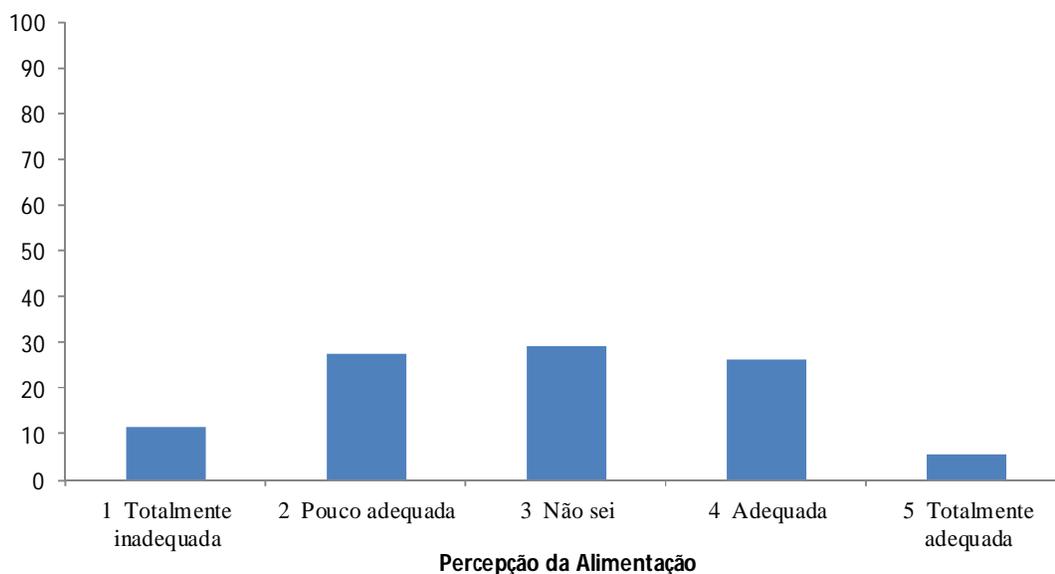
Nota: * p = 0,66 Não há diferença significativa.

4.1.3 Opinião do usuário em relação à prática alimentar usual baseada em sua percepção de uma alimentação adequada.

Os usuários de ambos os sexos, atribuíram o resultado 1 (totalmente inadequada), em 11,5 % (n=23) dos participantes, 2 (pouco adequada) em 27,5 % (n=55), expressaram a opinião 3 (não sei) em; 29% (n=58), 4 (adequada) 26,5% (n=53) e 5 (Totalmente adequada); 5,5% (n=11) (Fig. 3).

Dos indivíduos pesquisados, 68% (n=136) apresentaram a opinião entre as opções de totalmente incorreta (1), pouco adequada (2) e não sabe opinar (3). Os que referiram uma alimentação adequada (4) e totalmente adequada (5) correspondem a 32% (n=64) do número amostral. Sendo evidenciada a necessidade de orientação nutricional mediante a porcentagem de indivíduos afirmarem a prática de alimentação inadequada e não souberam opinar se esta adequada ou não.

Figura 3- Porcentagem da opinião do usuário na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, de ambos os sexos (n=200) em relação à prática alimentar usual baseada em sua percepção de uma alimentação adequada, segundo Escala de Likert adaptada (1998), do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.



Fonte: o próprio autor.

Ações promotoras de saúde efetivas são necessárias (BRASIL, 2012; LINS *et al.*, 2013; LYRA *et al.*, 2010). Uma abordagem que leve em conta a subjetividade do conhecimento, como na avaliação da percepção de si mesmo e de seus hábitos é recomendável para um planejamento de estratégias educacionais (BRASIL, 2012). Por este motivo o resultado deste trabalho é significativo

4.1.4 Correlação da percepção do usuário em relação à sua alimentação praticada com o resultado da classificação do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.

Ao investigar o nível de percepção do usuário do Sistema Único de Saúde na sala de espera, pode-se afirmar que o mesmo possui a percepção de limitação para referenciar se sua alimentação está adequada ou não.

Através da comparação da somatória de pontos do questionário contido no Guia Alimentar Bolso da População Brasileira, quando correlacionado o resultado do questionário com a resposta obtida na Escala de Likert adaptada, os resultados são equivalentes. Como exemplo, se o pesquisado foi classificado com a necessidade de cuidados com alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos, geralmente o mesmo atribuiu a pontuação de 2 a 3 na Escala de Likert. E os indivíduos classificados pelo questionário com alimentação e estilo de vida adequados, atribuíram a pontuação de 4 a 5 (Tabela 6).

De acordo com o Teste exato do χ^2 ($p < 0,001$) foi identificada uma diferença significativa, podendo ser relacionada à melhora da classificação, com a maior pontuação do questionário contido no Guia Alimentar de Bolso, com o aumento dos valores da resposta da Escala de Likert adaptada. Quando a resposta à Escala é igual a 1, o percentual do Grupo 1 é significativamente superior ao Grupo 2 e Grupo 3 (36,4%; $n=8 > 9,4\%$; $n=13$, 5,0%; $n=2$), respectivamente. Para a resposta 2, o percentual do Grupo 2 é significativamente superior ao Grupo 3 (31,2%; $n=43 > 12,5\%$; $n=5$). Para o valor 4, o percentual do Grupo 3 é significativamente superior ao Grupo 2 e Grupo 1 (47,5%; $n=19 > 23,9\%$; $n=33$ e 4,5%; $n=1$) e o percentual do Grupo 2 é significativamente superior ao do Grupo 1 (23,9% $> 4,5\%$) (Tabela 6).

Baseado nestes resultados pode-se afirmar que conforme ocorre uma melhora da classificação do teste do Guia, aumentam os valores atribuídos à percepção sobre a adequação da alimentação habitual (Tabela 6).

Tabela 6 - Percepção da adequação alimentar de usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida pela Escala de Likert em relação à alimentação praticada com o resultado da classificação do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, de um Hospital Electo Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Classificação de acordo com o número de pontos obtidos	Grupo 1. (Necessidade de tornar a alimentação e hábitos de vida mais saudáveis)	Percepção da adequação da alimentação					Total	
		1	2	3	4	5		
	n	8	7	5	1	1	22	
	%	36,4*	31,8	22,7	4,5*	4,5	100,0	
	Grupo 2 (Necessidade de cuidados com alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos)	n	13	43	42	33	7	138
	%	9,4*	31,2*	30,4	23,9*	5,1	100,0	
	Grupo 3 (Alimentação e estilo de vida adequados)	n	2	5	11	19	3	40
	%	5,0*	12,5*	27,5	47,5*	7,5	100,0	
Total	n	23	55	58	53	11	200	
	%	11,5	27,5	29,0	26,5	5,5	100,0	

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação significativa ao nível de $p < 0,001$.

Indivíduos classificados com uma alimentação e estilo de vida adequados, Grupo 3, apresentam um percentual superior de percepção de uma alimentação adequada, enquanto que os usuários classificados com a necessidade de tornar a alimentação e hábitos de vida mais saudáveis (Grupo 1), apresentam um número a mais de relatos de alimentação totalmente inadequada (Tabela 6).

Ao se avaliar esta percepção por sexo se mantém o mesmo resultado, entre os grupos e as respostas para o sexo feminino. O Teste exato do χ^2 estabelece que há diferença significativa a nível de $p < 0,001$. Para respostas com valor 1, o percentual do Grupo 1 é significativamente superior aos dos Grupos 2 e 3 (37,5% > 11,8% e 0,0%) respectivamente o percentual do Grupo 2 é significativamente superior ao do Grupo 3 (11,8% > 0,0%). Nas respostas com o valor 2, o percentual dos Grupos 1 e 2 é significativamente superior ao Grupo 3 (37,5% e 33,6 > 6,1%). E para o valor 4 o percentual do Grupo 3 é significativamente superior aos dos Grupos 2 e 1 (51,5% > 21,8% e 0,0%) e o percentual do Grupo 2 significativamente superior ao do Grupo 1 (21,8% > 0,0%). Para o sexo masculino não foi possível efetuar esta análise devido ao número da amostra.

Quando se efetua análise através de correlações entre o diagnóstico nutricional obtido pelo IMC com a opinião da adequação alimentar com idade e nota do questionário contido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, através do Coeficiente de correlação de Pearson (r) pode-se afirmar:

- IMC referido versus resposta da adequação alimentar: $r = -0,22$, $p = 0,004^*$.

Correlação significativa negativa fraca, conforme aumentam os valores da resposta diminuem

os valores do IMC. Inferências realizadas devem ser interpretadas com bastante cautela ao se afirmar que respostas como alimentação adequada e totalmente adequada (valores de 4 e 5) estão vinculadas a IMC menores;

- IMC referido versus Idade: $r = 0,09$, $p = 0,26$. Correlação não significativa, não há correlação;

- IMC referido versus Nota do teste do questionário: $r = -0,16$, $p = 0,03^*$. Correlação significativa negativa fraca, conforme aumenta nota do teste diminuem os valores do IMC. Inferências realizadas devem ser interpretadas com bastante cautela ao se afirmar que melhor valor obtido no teste está vinculado com menor valor do IMC.

4.1.5 Avaliação individual das questões contidas no questionário do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.

A avaliação individual das questões presentes no questionário do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira se faz necessária para melhor identificar os grupos alimentares ingeridos pelos usuários, bem como suas práticas saudáveis.

Tabela 7 - Ingestão de fruta e ou suco diária em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Medida caseira	Sexo			Total
	Feminino	Masculino		
Não Consome	n	28	6	34
	%	17,6	14,6	17,0
≥ 3 ou mais unidades/dia	n	43	10	53
	%	27,0	24,4	26,5
2 unidades/dia	n	47	13	60
	%	29,6	31,7	30,0
1 unidade/dia	n	41	12	53
	%	25,8	29,3	26,5
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

O sexo feminino ingere a recomendação adequada de fruta diária em 27% (n= 43) e o sexo masculino atende a recomendação diária de três ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural por dia em 24,4% (n = 10) dos usuários pesquisados (Tabela 7).

Quando se avalia o consumo em média de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) ingeridos diariamente, se obtêm 17% (n = 34) dos participantes informam a não ingestão de frutas e ou suco de frutas natural todos os dias. Outros 26,5% (n= 53) afirmam consumir de três ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural por dia. Duas unidades de frutas ou sucos representam 30% (n= 60) da amostra. E 26,5 % (n= 53) consomem apenas uma porção de fruta ou unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural por dia (Tabela 7). Não há diferença estatística entre os sexos para esta variável ($p \leq 0,05$), conforme o resultado do Teste do $\chi^2 = 0,46$, $p = 0,93$.

Os dados revelam que 73,5% dos pesquisados ingerem frutas abaixo da recomendação diária, que é de três porções ou mais (BRASIL, 2006b).

Considerando que uma porção representa uma oferta calórica de 70 calorias, que pode ser obtida através do consumo de uma fatia de abacaxi; ½ xícara de salada de fruta; ½ copo de suco de laranja puro; uma unidade de banana prata; ½ unidade de mamão papaia ou vinte e dois gomos de uva comum (BRASIL, 2006b), esta recomendação não seria difícil de ser atingida.

Tabela 8 - Consumo de legumes e verdura diários em porcentagem, pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Medida Caseira		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Não Consome	n	25	7	32
	%	15,7	17,1	16,0
≤ 3 colheres de sopa/dia	n	51	18	69
	%	32,1	43,9	34,5
4 a 5 colheres de sopa	n	49	9	58
	%	30,8	22,0	29,0
6 a 7 colheres de sopa	n	17	5	22
	%	10,7	12,2	11,0
8 ou mais colheres de sopa	n	17	2	19
	%	10,7	4,9	9,5
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa $p = 0,48$.

Conforme observado na Tabela 8, não atingem a recomendação diária para o consumo de verdura e leguminosas 32,1 % (n=51) do sexo feminino e 43,9% (n=18) do sexo masculino. Sendo evidenciado o não consumo diário deste grupo alimentar em 15,7% (n=25) do sexo feminino e 17,1 % (n=7) do sexo masculino.

Desta população, 16% (n=32) não consomem legumes e verduras todos os dias. A ingestão de três ou menos colheres de sopa/ dia foi representada por 34,5% (n=69) da amostra estudada. Outro grupo representado por 29% (n=58), ingeria de quatro a cinco colheres de sopa/dia. E dois grupos menores, de 11% (n=22) e 9,5% (n=19) ingerem respectivamente de seis a sete colheres de sopa/dia, e de oito ou mais colheres de sopa (Tabela 8).

Em relação ao consumo de legumes e verdura, com exclusão do grupo dos tubérculos e as raízes, o Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira recomenda como uma porção, o consumo, por exemplo, de: abóbora cozida (1 ½ a 2 colheres de sopa), brócolis cozido (4 ½ colheres de sopa), pepino (4 colheres de sopa), rúcula (15 folhas), tomate comum (4 fatias), com a oferta calórica por porção de 15 cal. (BRASIL, 2006b),

Observa-se, portanto, o baixo consumo dos vegetais por 50,5% dos pesquisados, estimando para análise a porção de abóbora em média de seis a quatro e meia colheres de sopa/ dia, de acordo com a recomendação do Guia de Alimentar de Bolso (BRASIL, 2006b), que corresponde a três ou mais porções diárias. Porém, ao se correlacionar o consumo por sexo, não houve diferença significativa para nível de $p \leq 0,05$ (Teste do $\chi^2 = 3,47$, $p = 0,48$), podendo ser inferido que ambos possuem o mesmo perfil alimentar com relação ao grupo de alimentos avaliado.

O consumo do grupo das leguminosas e oleaginosas também foi verificado neste questionário.

Ao se pesquisar: Qual é, em média, a quantidade ingerida diariamente de feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas, os resultados foram: 7% (n=14), dos participantes referiram não consumir; 60,5% (n= 121) informaram a ingestão de duas ou mais colheres de sopa/dia outros 17% (n=34) consomem menos de cinco vezes semana, e 15,5% (n= 31) relataram a ingestão de uma colher de sopa ou menos por dia (Tabela 9).

Em relação ao sexo, somando –se o não consumo diário, menos de cinco vezes semana e uma colher de sopa ou menos por dia, 39,6 % (n=63) do sexo feminino e 39 % (n=16), não ingerem a recomendação diária deste grupo alimentar.

Tabela 9 - Consumo diário de leguminosas, sementes e castanhas em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Medida caseira		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Não consome	n	9	5	14
	%	5,6	12,2	7
2 ou mais colheres de sopa/dia	n	96	25	121
	%	60,4	61,0	60,5
Consumo < 5 vezes na semana	n	26	8	34
	%	16,4	19,5	17,0
≤ 1 colher de sopa/dia	n	28	3	31
	%	17,6	7,3	15,5
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa $p = 0,29$.

Os dados revelam que 39,5% dos participantes ingerem este grupo de alimentos diariamente, porém, abaixo do recomendado. No entanto, 60,5% atendem o consumo diário recomendado pela diretriz. Ao se correlacionar o consumo por sexo não houve diferença para nível de significância $p \leq 0,05$, sendo indicado que a ingestão deste grupo de alimento é a mesma para ambos os sexos.

Baseado na quarta diretriz do Guia Alimentar da População Brasileira (BRASIL, 2006a) é recomendada a ingestão de pelo menos uma porção ao dia.

Uma porção equivale à oferta de 55 kcal e em medidas caseira uma porção corresponde ao consumo de; 2 colheres de sopa de lentilha e ou grão de feijão cozido, assim como a 1 concha com 50% de caldo de feijão cozido (BRASIL,2006b).

Ao se investigar a ingestão de porções diárias do grupo de alimentos energético, avaliou-se a somatória das porções equivalentes aos alimentos como arroz, milho e outros cereais, mandioca, cará, inhame, massas, batatas, pães, bolos diversos e biscoitos ou bolachas sem recheios, medidos em unidades, fatias e ou colheres de sopa, conforme o entendimento do pesquisado. Sendo os resultados classificados de acordo com a somatória obtida e agrupados em cinco grupos por consumo: zero porção, < três porções; três a quatro, quatro porções; quatro e meia a sete e meia porções, e > seis porções/ dia. Devido à limitação do instrumento empregado não foi possível mensurar o número de indivíduos que ingerem seis porções ao dia que é recomendado pela diretriz, uma vez que o intervalo de porções corresponde de quatro e meia a sete e meia porções/dia (Tabela 10).

Tabela 10 - Consumo diário de alimentos energéticos em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

N.º de porções		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
0	n	9	1	10
	%	5,6	2,4	5,0
< 3	n	35	10	45
	%	22,2	24,4	22,5
3 – 4,4	n	64	10	74
	%	40,5	24,4	37,0
4,5 – 7,5	n	35	14	49
	%	22,2	34,1	24,5
> 7,5	n	16	6	22
	%	10,1	14,6	11,0
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa $p = 0,25$.

Durante a aplicação do questionário, foi observado pelo pesquisador que o instrumento possui limitações para ser autoaplicável, como a dificuldade de entendimento dos pesquisados em relação aos termos empregados na elaboração das perguntas, considerando como exemplo: *tubérculos, porção, Qual é, em média, a quantidade...*, sendo o consumo de carboidratos o que apresentou maior nível de dificuldade para o preenchimento, necessitando do esclarecimento do pesquisador ao público em estudo.

Mediante o instrumento não foi possível estabelecer o consumo exato da porção recomenda pelas diretrizes de acordo com O Guia de Alimentar de Bolso (BRASIL,2006b), pode-se inferir que cerca de 64,8% dos pesquisados ingerem menos de 4,5 porções dias e 11,0% consomem acima de seis porções/ dia (>7,5). Mas deve existir uma porcentagem de indivíduos que ingerem seis porções dos alimentos energéticos diariamente, no intervalo de 4,5 porções a sete porções dias, 24,5 % (n= 49) que não foi possível identificar devido ao instrumento.

Ao se correlacionar o consumo por sexo não houve diferença para nível de significância $p \leq 0,05$ (Teste do $\chi^2 = 5,34$, $p = 0,25$), sendo indicado que a ingestão deste grupo de alimento é igual para ambos os sexos.

A recomendação do consumo do grupo de alimentos energéticos corresponde a seis porções ao dia como já foi citado anteriormente, uma porção equivalente a 150 kcal, o que é representada através das seguintes medidas caseiras: 4 colheres de arroz branco cozido; 4 unidades de torradas salgadas; 1 unidade de pão francês ou 1 xícara de cereal matinal (BRASIL, 2006 b).

A ingestão diária de carnes e ovos pelos usuários, também foi pesquisada, tendo sido o resultado de: 3,5 % (n=7) dos participantes que não consomem nenhum tipo de carne; 48,5% (n= 97) deles informam a ingestão de um pedaço/fatia/ colher de sopa ou um ovo, 32,5 % (n= 65) dos participantes referem o consumo de dois pedaços/fatias/colheres de sopa ou dois ovos. E 15,5% (n= 31) revelam a ingestão de mais de dois pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de dois ovos (Tabela 11).

Tabela 11 – Consumo de carne diário em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Medida Caseira	Sexo		Total	
	Feminino	Masculino		
Não consome	n	6	7	
	%	3,8	2,4	3,5
1 pedaço/ fatia/ colher de sopa ou 1 ovo	n	84	13	97
	%	52,8	31,7	48,5
2 pedaços/ fatias/colheres de sopa ou 2 ovos	n	46	19	65
	%	28,9	46,3	32,5
>2 pedaços/ fatias/colheres de sopa ou 2 ovos	n	23	8	31
	%	14,5	19,5	15,5
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor

Nota: *Correlação não significativa p = 0,08.

Pode-se verificar na Tabela 11 que, 3,5% dos indivíduos não consomem qualquer fonte de proteína em avaliação; 48,5% dos pesquisados atendem à quinta diretriz, ou seja uma porção dia e 48% ingerem este grupo de alimento acima da recomendação. Ao se correlacionar o consumo por sexo não houve diferença para nível de significância $p \leq 0,05$ (Teste do $\chi^2 = 6,74$, $p = 0,08$), sendo indicado que a ingestão deste grupo de alimento é a mesma para ambos os sexos (Tabela 11).

A quinta diretriz do Guia Alimentar da População Brasileira recomenda a ingestão de uma porção de carnes, peixes ou ovos por dia. Sendo uma porção representada pelo Guia

Alimentar de Bolso da População Brasileira (BRASIL, 2006b) através de uma unidade de bife grelhado, uma unidade de omelete simples ou uma unidade de filé de peixe cozido, com a oferta de 190 kcal por porção.

O Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira recomenda retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação para tornar o alimento mais saudável, caracterizando o hábito não recomendado o consumo desta gordura, o que ocorre em grande parte dos dados (BRASIL, 2006b).

Quando os pesquisados (n= 193), porque sete indivíduos não ingerem carnes, foram abordados sobre a retirada da gordura aparente das carnes e ou pele, 70,5% (n= 136) referiram que não a removem, e 29,5% (n=57) afirmaram que sim. Também não houve diferença para o nível de significância para $p \leq 0,05$ ($p = 0,56$), podendo inferir que este comportamento é o mesmo para ambos os sexos.

Um dos objetivos da Quinta Diretriz do Guia Alimentar (BRASIL, 2006a) é aumentar a disponibilidade interna de peixes por meio da produção sustentável e incentivar o seu consumo pela população brasileira.

Tabela 12- Consumo de peixe em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Periodicidade	Sexo			Total
		Feminino	Masculino	
Não consumo	n	15	4	19
	%	9,4	9,8	9,5
Somente algumas vezes no ano	n	64	12	76
	%	40,3	29,3	38,0
2 ou mais vezes por semana	n	31	6	37
	%	19,5	14,6	18,5
De 1 a 4 vezes por mês	n	49	19	68
	%	30,8	46,3	34,0
Total	n	159	41	200
	%	100,00	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa $p = 0,29$

Em relação à frequência específica de consumo de peixes em geral pelos usuários abordados na sala de espera do ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, os resultados são: 9,5% (n=19) dos usuários não consomem peixe, 38% (n=76) referem que consomem somente algumas vezes ao ano. Outros 18,5% (n= 37) relatam a ingestão de duas

ou mais vezes por semana, e 34% (n=68) dos participantes informam a frequência de consumo de uma a quatro vezes por semana (Tabela 12).

De acordo com os dados, observou-se uma pequena frequência de ingestão de peixe. Apenas 18,5% (n=37) dos usuários referiam o consumo de duas a mais vezes por semana deste tipo. Não apresentando nível de significância para $p \leq 0,05$, em relação ao consumo de peixe (Teste do $\chi^2 = 3,77$, $p = 0,29$) entre sexos (Tabela 12).

A avaliação do consumo de leite, bem como de seus derivados também foi efetuada. Recomenda-se a ingestão de três porções ao dia, sendo equivalente a uma porção: um pote de iogurte desnatado de frutas; um copo de requeijão de iogurte integral natural; um copo de requeijão de leite tipo C, um fatia grande de queijo tipo minas frescal ou três fatias de mussarela. Com a oferta de 120 kcal a porção (BRASIL, 2006b).

Os resultados observados foram: 17% (n=34) dos usuários não consomem leite nem derivados; 13% (n=26) referem a ingestão de três ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções por dia. Outros 26% (n=52) relatam o consumo de dois copos de leite ou pedaços/fatias/porções por dia, 44% (n= 88) dos participantes informam a ingestão de um ou menos copo de leite ou pedaço/fatias/porção por dia (Tabela 13).

Tabela 13 – Ingestão de leite e derivados diária em porcentagem, pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Medida Caseira	Sexo		Total	
	Feminino	Masculino		
Não Consumo	n	22	12	34
	%	13,8*	29,2*	17,0
3 ou mais copos de leite	n	17	9	26
	%	10,7	22,0	13,0
2 copos de leite	n	46	6	52
	%	28,9*	14,6*	26,0
≤ 1 copo de leite	n	74	14	88
	%	46,5	34,1	44,0
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação significativa entre os sexos, $p = 0,02$.

Observa-se, portanto, que 87% da população estudada ingerem leite ou derivados em porções abaixo do recomendado pelo Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.

A não ingestão de leite pelo sexo masculino é significativamente superior (Teste do $\chi^2 = 11,7$, $p = 0,02$) em relação à do sexo feminino (29,2% > 13,8%) e o consumo de duas porções ao dia de leite é significativamente superior no sexo feminino (28,9% > 14,6) em relação ao sexo masculino (Tabela 13).

Ao se questionar o tipo de leite e ou derivados consumidos em relação ao teor lipídico, dos pesquisados que consomem leite ($n=166$); 27% ($n=45$) referem ingerir leite com baixo teor de gordura (semi-desnatado, desnatado ou *light*) e 73% ($n= 121$) consomem integral. Não apresentando nível de significância para $p \leq 0,05$ ($p = 0,21$) entre os sexos para a ingestão de leite de acordo com o teor lipídico.

Ocorre no questionário contido no Guia Alimentar de Bolso a investigação sobre os tipos de óleos, gorduras, banha e margarina consumidos, assim como a frequência de frituras, salgadinhos, carnes salgadas, embutidos, entre outros.

Tabela 14 – Tipos de óleos e gorduras em porcentagem utilizados pelos usuários de ambos os sexos ($n=200$) da sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Tipos		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Banha animal ou manteiga	n	6	2	8
	%	3,8	4,9	4,0
Óleo vegetal	n	150	38	188
	%	94,3	92,7	94,0
Margarina ou gordura vegetal	n	3	1	4
	%	1,9	2,4	2,0
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa entre os sexos $p = 1,0$.

O óleo vegetal é o mais empregado no preparo das refeições domésticas, pois 94% ($n=188$) dos entrevistados o utilizam diariamente; 4,0% ($n=8$) fazem uso da banha animal e, 2% ($n=4$) o uso de margarina ou gordura vegetal (Tabela 14).

A recomendação diária por indivíduo é de uma porção de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina, sendo que uma porção corresponde a uma colher de sopa de azeite de oliva; meia colher de sopa de manteiga; uma e meia colher de sopa de margarina vegetal, uma colher de sopa de óleo vegetal. Com oferta de 73 kcal por porção (BRASIL, 2006a).

Apesar do percentual elevado de usuários que utilizam o óleo vegetal no preparo de suas refeições, há a ocorrência de 4% dos pesquisados referirem o uso de banha animal, o que indica o hábito da utilização de gorduras saturadas diariamente, e 2% com a informação de possível uso diário de gordura vegetal, sendo este emprego não mais recomendado. Ao se avaliar o consumo dos tipos de óleos e gorduras por sexo, não houve diferença entre os mesmos, no nível de significância $p \leq 0,05$ ($p = 1,00$).

De acordo com o Sexto passo, dos Dez passos para uma Alimentação Saudável, é recomendada à leitura dos rótulos dos alimentos e a escolha daqueles com menores quantidades de lipídio e de gorduras *trans* (BRASIL, 2006b). É indicada a redução do consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela, queijos amarelos, frituras e salgadinhos, para, no máximo, uma vez por semana (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Bem como o emprego de pequenas quantidades de óleo vegetal para cocção (canola, girassol, milho, algodão e soja). Também são indicados uso de azeite de oliva em preparações frias, como salada, e evitar coccionar com margarina, gordura vegetal ou manteiga.

Tabela 15 – Ingestão de frituras, salgadinhos, embutidos, hambúrguer e carne salgada em porcentagem pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Periodicidade	Sexo			
		Feminino	Masculino	Total
Raramente ou nunca	n	52	17	69
	%	32,7	41,5	34,5
Todos os dias	n	13	3	16
	%	8,2	7,3	8,0
De 2 a 3 vezes por semana	n	39	6	45
	%	24,5	14,6	22,5
De 4 a 5 vezes por semana	n	13	1	14
	%	8,2	2,4	7,0
< que 2 vezes por semana	n	42	14	56
	%	26,4	34,1	28,0
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor

Nota: *Correlação não significativa entre os sexos, $p = 0,35$

Em relação à frequência da ingestão dos alimentos, como frituras, salgadinhos, embutidos, hambúrgueres e carne salgada, observa-se em 34,5% (n= 69) dos usuários a referência de consumi-los raramente ou nunca, 8% (n=16), dos pesquisados informam a ingestão deste tipo de alimento todos os dias. Outros 22,5% (n=45), a frequência de duas a três vezes por semana. Dos participantes, 7% (n=14) referem ingestão de quatro a cinco vezes por semana, e 28,0% (56) relatam ingeri-los menos que duas vezes por semana (Tabela 15).

Cerca de 37,5% dos usuários afirmam ingerir estes alimentos acima do recomendado, e em 28% dos pesquisados (menos que duas vezes por semana), devido a formulação do questionário não foi possível identificar o percentual de indivíduos que consomem no máximo, uma vez por semana. Quando se avalia a ingestão deste grupo de alimento por sexo não é apresentada significância para $p \leq 0,05$ (Teste do $\chi^2 = 4,40$, $p = 0,35$), podendo ser considerado que ambos os sexos possuem a mesma característica de consumo para estes alimentos (Tabela 15).

Conforme a orientação do oitavo passo da alimentação saudável deve ocorrer a diminuição da quantidade de sal na comida e a retirada do saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas, molhos e temperos prontos. A quantidade de sal por dia deverá ser, no máximo, uma colher de chá rasa, por pessoa, distribuída em todas as refeições (BRASIL, 2006b).

Ao se questionar a respeito do sal de cozinha de adição à mesa, 91% (n =182) dos usuários afirmam não acrescentar sal durante a refeição e 9% (n=18) referem que sim. Também não houve diferença significativa em nível de $p \leq 0,05$ entre os sexos ($p=0,22$) para esta questão, podendo ser indicado o mesmo perfil de consumo para o sexo feminino e masculino.

A atual recomendação do uso de sal é de 6g diárias (BISI MOLINA *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Um estudo revelou que a mensuração da porção informada pelos pesquisados é inferior à que é aferida por método bioquímico. A quantidade de sal diária de adição relatada por indivíduos adultos foi de $6,8 \pm 4,5$ g, e o consumo de sal diário estimado a partir da excreção urinária de 12 horas entre os participantes de uma população urbana foi elevado, $12,6 \pm 5,8$ g (BISI MOLINA *et al.*, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

Tabela 16 – Consumo de açúcares diário em porcentagem, pelos usuários de ambos os sexos (n=200) na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Periodicidade	Sexo			Total
		Feminino	Masculino	
Raramente ou nunca	n	46	15	61
	%	28,9	36,6	30,5
< que 2 vezes por semana	n	48	13	61
	%	30,2	31,7	30,5
De 2 a 3 vezes por semana	n	30	4	34
	%	18,9	9,8	17,0
De 4 a 5 vezes por semana	n	11	2	13
	%	6,9	4,9	6,5
Todos os dias	n	24	7	31
	%	15,1	17,1	15,5
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa entre os sexos, $p = 0,64$

A frequência do consumo de doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados foram abordados na Tabela 16. Sendo os resultados encontrados: 30,5% (n=61) dos usuários informam a ingestão de raramente ou nunca; 30,5% (n=61) relatam o consumo de menos que duas vezes por semana, outros 17 % (n= 34) referem de duas a três vezes por semana. Dos participantes, 6,5% (n=13) consomem de quatro a cinco vezes por semana, e 15,5% (n=31) dos pesquisados ingerem todos os dias, Tabela 16.

Não houve diferença significativa $p \leq 0,05$ (Teste do $\chi^2 = 2,53$, $p = 0,64$) entre os sexos, sendo referida a mesma característica do consumo de açúcares para o sexo masculino e feminino.

O sétimo passo da alimentação saudável recomenda evitar refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas. É recomendado consumir no máximo uma porção do grupo dos açúcares e doces por dia (BRASIL, 2006b).

Uma porção de açúcares equivale a 110 kcal, o que corresponde a uma colher de sopa de açúcar cristal; uma colher de sopa de geleia de frutas ou duas e meia colheres de sopa de mel (BRASIL, 2006b).

A primeira orientação dos Dez passos de uma alimentação saudável é que se faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia e que não se pule as refeições (BRASIL, 2006b).

Foi observada a rotina de refeições efetuadas pelos pesquisados, em relação ao percentual dos usuários que efetuam o café da manhã, é significativamente superior no sexo feminino 91,8% (n=146) > 75,6% (n=31) no sexo masculino. Como resultado obteve-se uma diferença significativa para $p = 0,007$,

Pode-se sugerir que o homem efetua em menor porcentagem o café da manhã, em relação ao percentual dos indivíduos que efetuam lanche da tarde é significativamente superior no sexo feminino 66,0% (n=105) > 48,8% (n=20) que no sexo masculino. Foi observada também uma diferença significativa para $p=0,04$ entre os sexos.

O sexo masculino, também efetua em menor porcentagem o lanche complementar da tarde. Nas demais refeições do dia não foram encontradas diferenças significativas $p \leq 0,05$ entre os sexos.

Os resultados demonstram que o café da manhã não é efetuado por 11,5% (n= 23) dos participantes de ambos os sexos, 70,5% (n = 141) não fazem o lanche da manhã; 5,5% (n=11), não almoçam; 37,5% (n= 75) não fazem o lanche da tarde; 16,5% (n= 33) não jantam, e lanche noturno 67,5% (n= 135). (Tabela 17).

Tabela 17- Refeições diárias em porcentagem efetuadas pelos usuários de ambos os sexos (n=200), na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

		Efetuem	Não efetuam
Café da Manhã	n	177	23
	%	88,5	11,5
Lanche da manhã	n	59	141
	%	29,5	70,5
Almoço	n	189	11
	%	94,5	5,5
Lanche da tarde	n	125	75
	%	62,5	37,5
Jantar	n	165	33
	%	83,5	16,5
Lanche noturno	n	65	135
	%	32,5	67,7

Fonte: o próprio autor

Estes dados significam que a recomendação de serem efetuadas as três principais refeições do dia, café da manhã, almoço e jantar, não atendida em 33,5% (n= 67) dos entrevistados (Tabela 17).

Devido à inadequação do número de refeições efetuadas diariamente, é pertinente a promoção da educação nutricional para a adequação alimentar, baseada nas diretrizes dos Dez passos para uma alimentação saudável (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

A ingestão de água diária também foi pesquisada no questionário aplicado, com a inclusão de líquidos como suco natural e chá e com a exclusão de chá preto e chá mate (Tabela 18).

A quantidade foi estipulada em: menos de quatro copos, oito copos ou mais, quatro a cinco copos, seis a oito copos/dia. Dentre os usuários, 36,5 % (n=73), não ingerem a recomendação hídrica indicada e 63,5% (n= 127) consomem a quantidade recomendada que é a de pelo menos seis a oito copos de água por dia (BRASIL, 2006b) ou mais (Tabela 18).

Tabela 18 – Ingestão de água, suco natural ou chá diário em porcentagem efetuada pelos usuários de ambos os sexos (n=200), na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Medidas Caseiras		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
< de 4 copos	n	28	4	32
	%	17,6	9,8	16,0
8 copos a mais	n	60	18	78
	%	37,7	43,9	39,0
4 a 5 copos	n	34	7	41
	%	21,4	17,1	20,5
6 a 8 copos	n	37	12	49
	%	23,3	29,3	24,5
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa entre os sexos, $p = 0,50$.

Segundo o Guia, se faz necessário à ingestão de pelo menos dois litros de água por dia. Considerando-se o clima de Ribeirão Preto, com médias de temperaturas elevadas, é surpreendente a não adequação da recomendação. Porém, a ingestão deste líquido deverá ser melhor estudada, pois poderá estar sendo substituída por outras bebidas industrializadas (BRASIL, 2013a; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

Não houve diferença significativa $p \leq 0,05$ (Teste do $\chi^2 = 2,34$, $p = 0,50$) entre os sexos para o consumo de água.

O hábito de consumo de bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) foi avaliado através da frequência no questionário contido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.

Os resultados foram representados pelas respostas: 1,5% (n=3) dos pesquisados consomem bebida alcoólica diariamente, 9,8% (n=18) dos usuários a ingerem de uma a seis vezes na semana; e 26,5% (n=53) e 63,0% (n=126) consomem eventualmente ou raramente (menos de quatro vezes ao mês), e não ingerem, respectivamente. Dos pesquisados, 89,5% (n= 179) não possuem o hábito de beber ou raramente ingerem bebida alcoólica; no entanto, 11,3% (n= 21) ingerem bebidas regularmente.

Não houve diferença significativa $p \leq 0,05$ entre os sexos para o consumo de bebidas alcoólicas (Tabela 19).

Tabela 19 – Consumo de bebidas alcoólicas em porcentagem efetuado pelos usuários de ambos os sexos (n=200), na sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde, obtido através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Frequência	Sexo			Total
		Feminino	Masculino	
Diariamente	n	1	2	3
	%	0,6	4,9	1,5
1 a 6 vezes por semana	n	13	5	18
	%	8,2	12,2	9,0
Eventualmente ou raramente	n	43	10	53
	%	27,0	24,4	26,5
Não consumo	n	102	24	126
	%	64,2	58,5	63,0
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa entre os sexos, $p = 0,20$.

Os resultados relativos à prática de atividade física demonstram que 45% (n=90) dos pesquisados não praticam atividade física regular, pelo menos 30 minutos diariamente, e 66,5% (n=133) dos usuários não atendem à recomendação do Ministério da Saúde e o Guia Alimentar de Bolso para um estilo de vida saudável (BRASIL, 2006b). Não houve diferença significativa $p \leq 0,05$ entre os sexos para a prática de atividade física (Tabela 20).

A prática de atividade física regular foi averiguada, as respostas e os resultados constam na tabela a seguir.

Tabela 20 – Prática de atividade física regular em porcentagem efetuada pelos usuários ambos os sexos (n=200), da sala de espera de um ambulatório de Endocrinologia do Sistema Único de Saúde obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Frequência		Sexo		Total
		Feminino	Masculino	
Não	n	71	19	90
	%	44,7	46,3	45,0
Sim todos os dias	n	55	12	67
	%	34,6	29,3	33,5
2 a 4 vezes por semana	n	33	10	43
	%	20,8	24,4	21,5
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor.

Nota: *Correlação não significativa entre os sexos, $p = 0,89$.

O décimo e último passo de uma alimentação saudável orienta atitudes que podem contribuir para uma vida mais saudável. Indica a prática de pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e a evitar o consumo de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2006b), sendo observado um elevado percentual de usuários que não atendem as orientações das diretrizes de acordo o Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira e os Dez passos para uma Alimentação Saudável.

Os dados obtidos em relação a prática de leitura de rótulos alimentares, revelam que o hábito de leitura com frequência ocorre em apenas 20,5% (n=41) dos usuários, enquanto que 45,5% (n=91) dos pesquisados nunca ou quase nunca efetuam leitura dos rótulos de alimentos como rotina, conforme descrito na Tabela 21, não atendendo à recomendação contida no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, de permanecer atento aos rótulos dos alimentos (BRASIL, 2006a). Quando se avalia a diferença deste comportamento por sexo, ambos possuem o mesmo comportamento. Não houve diferença significativa entre o sexo $p \leq 0,05$ ($p = 0,93$).

Tabela 21 – Prática de leitura de informação nutricional nos rótulos de alimentos industrializados antes da aquisição pelos usuários para ambos os sexos (n=200), na sala de espera de um ambulatório Endocrinologia do Sistema Único de Saúde obtida através do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira, do Hospital Electro Bonini de Ribeirão Preto/São Paulo, 2013.

Frequência	Sexo			Total
		Feminino	Masculino	
Nunca	n	43	12	55
	%	27,0	29,3	27,5
Quase nunca	n	30	6	36
	%	18,9	14,6	18,0
Algumas vezes, para alguns produtos	n	54	14	68
	%	34,0	34,1	34,0
Sempre ou quase sempre, para todos os produtos	n	32	9	41
	%	20,1	22,0	20,5
Total	n	159	41	200
	%	100,0	100,0	100,0

Fonte: o próprio autor

Nota: *Correlação não significativa $p = 0,93$.

A Leitura dos rótulos de alimentos faz parte de uma ação do comportamento alimentar. É um instrumento mais eficiente do que as orientações restritivas; porém, não necessariamente a leitura indica o consumo de alimentos adequados nutricionalmente para os indivíduos (MONTEIRO; COUTINHO; RECINE, 2005).

Atualmente a ocorrência do excesso de peso e outras doenças crônicas não transmissíveis coexistindo nas mesmas comunidades e, muitas vezes, no mesmo domicílio caracteriza o cenário da transição nutricional. As principais mudanças ocorreram nas últimas duas décadas com a adoção de um padrão dietético com elevado teor de gordura saturada, de açúcar e sódio, além de alimentos com baixo teor de fibras. Soma-se ainda uma redução dos níveis de atividade física (BRASIL, 2012; COUTINHO; GENTIL; TORAL, 2008; SANTOS, *et al.*, 2013).

De acordo com Pesquisa de Orçamentos Familiares – POF 2008-2009, comparada à mesma pesquisa realizada em 2002- 2003, a evolução do consumo de alimentos no domicílio sinaliza o aumento na proporção de alimentos industrializados, como pães (de 5,7% para 6,4%), embutidos (de 1,78% para 2,2%), biscoitos (de 3,1% para 3,4%), refrigerantes (de 1,5% para 1,8%) e refeições prontas (de 3,3% para 4,6%). Em relação à distribuição de macronutrientes, o perfil atual mostra que 59% das calorias estão representadas por carboidratos; 12%, por proteínas; e 29%, por lipídeos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a). Nas regiões economicamente mais desenvolvidas (Sul, Sudeste e Centro- Oeste) e, de modo geral, no meio urbano e entre famílias com maior

renda, existe consumo elevado de gorduras, em especial as saturadas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

A mudança na composição nutricional associada à disponibilidade de alimentos evidencia a diminuição do consumo de carboidratos em detrimento do aumento do teor em gorduras e proteínas. A fração dos carboidratos que mais se reduz é a que exclui os açúcares livres, enquanto a participação das proteínas de origem animal aumentou (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a). Uma das características negativas dos padrões atuais de consumo alimentar em todo o país e em todas as classes sociais é a participação insuficiente de frutas no cardápio do brasileiro (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010a).

5. CONCLUSÕES

O objetivo deste trabalho foi identificar o perfil da alimentação dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS atendidos no ambulatório de Endocrinologia do HEB, em ambiente alternativo: a sala de espera. A utilização deste espaço se mostrou adequada para coletas de dados, abrindo possibilidades para ações educativas no âmbito primário e secundário na atenção da saúde.

A identificação do perfil da alimentação dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS através de questionário contido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira do Ministério da Saúde mostrou-se eficaz dentro da proposta estabelecida. Entretanto, algumas melhorias na ferramenta fariam dela um melhor instrumento. Ele é um questionário rápido e fácil de ser aplicado, quando supervisionado, e de baixo custo. Algumas conversões de porções em medidas caseiras utilizadas (colheres de sopa) principalmente nos alimentos energéticos, foram de difícil mensuração, quanto é uma representação de uma porção em colheres de mandioca frita? por exemplo. Para a população em geral, independente de seu grau de instrução, é de difícil compreensão.

Contudo, quando associado a outras ferramentas, como no caso a Escala de Likert mostrou-se bastante precisa na quantificação de uma informação qualitativa, como a percepção do usuário sobre seu próprio comportamento.

O estudo demonstrou que, independente do sexo e idade, mas não do grau de escolaridade, os usuários do Sistema apresentam erros alimentares como por exemplo na ingestão de gorduras saturadas e baixo consumo de frutas e legumes, baixa ingestão hídrica, além de não realização das três principais refeições, IMC médio de sobrepeso, relato da percepção sobre adequação alimentar praticada habitualmente com mediana de 3 pontos, representando a resposta *não sei* e a classificação de acordo com a pontuação questionário contido no Guia como Grupo 2, sinalizando a necessidade de uma educação nutricional continuada que pode ser realizada com baixo custo nas salas de espera, transformando este local como um dos campos de trabalho para o profissional nutricionista, com o objetivo de promover sinergia ao atendimento e contribuir para as Políticas de Saúde Pública.

Além de possibilitar o atendimento da população usuária da sala de espera de forma particular, pois o serviço obtendo um perfil nutricional de seus usuários, poderá desenvolver ações educacionais específicas, agregando sinergia ao atendimento.

REFERÊNCIAS

BAKER, A.H.; WARDLE, J. Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. *Appetite*, v.40, supl. 3, p. 269–275, June. 2003. Disponível em:

<<http://www.sciencedirect.com/science/journal/01956663/40/3>> Acesso:2 abr. 2013.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN. A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19. supl.1, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019>.

Acesso em: 7 maio 2013

BERRIA, J.; PETROSKI, E. L.; MINATTO, G. Overweight, obesity associated factors in technical and administrative staff at a Brazilian Federal University. *Rev. Bras. Cineantropom.*

Desempenho Hum, Florianópolis, v.15, n.5, out. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372013000500003&lng=pt&nrm=iso)

[00372013000500003&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-00372013000500003&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev.2014.

BISI MOLINA, M. D. C. *et al* . Hipertensão arterial e consumo de sal em população urbana. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.37, n.6, Dec. 2003. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600009&lng=en&nrm=iso)

[89102003000600009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000600009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRANDALISE, L.T. Modelos de medição de percepção e comportamento: uma revisão.

Laboratório de Gestão, Tecnologia e Informação. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Disponível em:< <http://www.lgti.ufsc.br/brandalise.pdf>>. Acesso em:

24 ago. 2012.

BRANDÃO, A. A. *et al*. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. São Paulo, v.32, supl.1, Sept. 2010. Disponível

em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500003&lng=en&nrm=iso)

[28002010000500003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002010000500003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 maio 2013.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1997. 126p. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro01.pdf> > Acesso em: 14 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Departamento de Alimentação e Nutrição. Pro-funcionário: Curso Técnico de Formação para os funcionários da Educação. Brasília: Ministério da Educação, 2007. 97 p. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13155 > Acesso em: 21 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Ministério da Saúde lança ações de prevenção e combate à obesidade Ministério da Saúde. Brasília: Portal da Saúde, maio 2013a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/>> Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças Crônicas Não Transmissíveis Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Portal da Saúde. Brasília, maio 2013b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/doencas_cronicas/index.php>. Acesso em: 12 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 210p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). <<http://nutricao.saude.gov.br/publicacoes.php>>. Acesso em: 14 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar: como ter uma alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Guia Alimentar de Bolso). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/guia_alimentar_bolso>. Acesso em 26 ago. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual das cantinas escolares saudáveis: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_cantinas_escolares_saudaveis.pdf> Acesso em: 27 out. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 84p. Disponível em: < <http://nutricao.saude.gov.br/politica.php> > Acesso em: 12 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf >. Acesso em: 14 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Glossário temático: alimentação e nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 60 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:

<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_alimenta.pdf>

Acesso em: 12 maio 2013.

CAMBRAIA, R. P. B. *Aspectos psicobiológicos do comportamento alimentar*. *Revista de Nutrição, Campinas*, v.17, n.2, apr./june 2004. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732004000200008&script=sci_arttext>.

Acesso em: 12 maio 2013.

CAMPOS, C.de M.F. Impacto da intervenção educativa no consumo de alimentos funcionais por usuários de restaurante self service. 2010. 147 p. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) – Universidade Federal do Piauí, Centro de Programas da Saúde, Programa de Mestrado em Ciências da Saúde, Teresina. 2010. Disponível em:

<<http://www.ufpi.br/subsiteFiles/mestsaudef/arquivos/files/C1%C3%A9lia%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2012.

CATANIA, A.C. Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999. 467 p.

COELHO, M. S.; SILVA, D. M. G. V. da; PADILHA, M.I. de S. Representações sociais do pé diabético para pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v.43, n.1, mar. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2013.

COUTINHO, J. G; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, supl. 2, p.332-340, 2008. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s2/18.pdf>>. Acesso em: 1 mar. 2013.

FELDENS, C.A; VITOLO, M. R. Hábitos Alimentares e Saúde Bucal na Infância. In: VITOLO, M.R. *Nutrição da Gestação ao Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. cap. 22, p.201-212.

FIORE, E. G. *et al* . Abordagem dos temas alimentação e nutrição no material didático do ensino fundamental: interface com segurança alimentar e nutricional e parâmetros curriculares nacionais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, n. 4, dez.2012 . Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2013.

GEDRICH, K. Determinants of nutritional behaviour: a multitude of levers for successful intervention? *Appetite*. v.41, n. 3, p. 231-238, dez. 2003. Disponível em:
< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14637320>> Acesso em: 30 jul. 2012.

GIGANTE, D.P *et. al*. Prevalência de obesidade em adultos e seus fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*, v.31, n.3, p. 236-246, jun. 1997. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n3/2254.pdf>> Acesso em: 01 mar. 2013.

GISKES, K. *et. al*. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? *Obesity Review*, v.12, n.5, p. 95-106, may 2011. Disponível em:
< <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-789X.2010.00769.x/pdf>> Acesso em: 26 ago.2012.

GOMES, M. C .P. A ; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n. 17, p. 287-301, mar./ago. 2005. Disponível em:

< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf> > Acesso em: 7 maio 2013.

HAMILTON, J.; McLLVEENIL, H.;STRUGNELL, C. Educating young consumers : A food choice model. *Journal of Consumer Studies Home Economics*, v 24, n.2, p.113-123, 2000.

Disponível em: < <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2737.2000.00151.x/abstract>>. Acesso em : 01 mar. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Pesquisa de Orçamento Familiar 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010a. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em: 4 abr.2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Tábua Completa de Mortalidade. Rio de Janeiro, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010b. Disponível em:

< http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/2010/notas_tecnicas.pdf. Acesso em: 1 out.2013

KLOETZEL, K *et. al.* Controle de qualidade em atenção primária à saúde I. A satisfação do usuário. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3, p. 263-268. jul./set., 1998. Disponível em : < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n3/0100.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2012.

LAUS, M. F. *et. al.* Determinantes ambientais do comportamento alimentar. In : DIEZ-GARCIA; R.S; CERVATO-MANCUSO, A.M. (Orgs.). *Mudanças alimentares e educação nutricional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p.118-138.

LAUS, M.F. *Influência do Padrão de Beleza veiculado pela mídia na satisfação corporal e escolha alimentar de adultos*. Ribeirão Preto, 2012. 121 f. Tese (Doutorado em Ciências) –

Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Ribeirão Preto, 2012.

LEVY, R. B. *et al.* Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n.1, p. 6 -15, fev.2012. Disponível em: <<http://www.rsp.fsp.usp.br/mensagem/pub/busca.tpl.php>> Acesso em: 12 maio 2013.

LIKERT, R. A Technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*,: v. 22, n. 140, p. 1-55, 1932.

LINS, A. P. M. *et al.* Alimentação saudável, escolaridade e excesso de peso entre mulheres de baixa renda. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro , v.18, n. 2, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2014.

LORENZATO, L. Avaliação de atitudes, crenças e práticas de mães em relação à alimentação e obesidade de seus filhos através do uso do Questionário de Alimentação da Criança (QAC). 2012. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicobiologia) Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia, Departamento de Psicologia e Educação, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

LYRA, R. *et al.* Prevalência de diabete melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia*, São Paulo, v. 54, n. 6, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302010000600009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 fev. 2014.

MARINS, B. R.; ARAUJO, I. S.de ; JACOB, S. do C. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo?. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n.9, set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001000023&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 1 fev. 2014.

MARTINS, D. ; WALDER, B.S.M.; RUBIATTI, A.M.M. Educação Nutricional: Atuando na formação de hábitos alimentares saudáveis de criança em idade escolar. Revista Simbio-Logias: Revista Eletrônica de Educação, Filosofia e Nutrição. v.3, n.4, jun. 2010. Disponível em: < http://www.ibb.unesp.br/Home/Departamentos/Educacao/Simbio-Logias/educacao_nutricional_atuando_formacao_habitos_alimentares.pdf> Acesso em: 12 maio 2013.

MIRANDA, D.E.G.A. Indicadores nutricionais e percepção de mães sobre a alimentação de seus filhos na estratégia de saúde da família como pressuposto para educação em saúde e nutrição. 2013. 101f. Tese (Doutorado em Ciências Nutricionais) Programa de Pós Graduação em Alimentação e Nutrição, Araraquara, 2013. Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

MONTEIRO, R.A.; COUTINHO, J.G.; RECINE, E. Consulta aos rótulos de alimentos e bebidas por freqüentadores de supermercados em Brasília, Brasil. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v.18, n.3, p .172-177, Sept. 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000800004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 maio 2013.

MORAES, S. A. *et. al.* Prevalência de *Diabetes Mellitus* e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil, 2006: Projeto OBEDIARP. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.5, p. 929-941, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/15.pdf>.> Acesso em: 24 maio 2013.

MOREIRA, R. de C.M.; BRAGA COSTA, T.M. A complexidade e as nuances do comportamento alimentar. In: ALMEIDA, S. de S. *et. al.* Psicobiologia do comportamento alimentar. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. p.33-44.

MOURA, C. S. de S. Comportamento alimentar de idosos residentes na área urbana do município de São Paulo e variáveis sociodemográfico e culturais. Estudo SABE: Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. 2012. 140 f. Programa de Pós-graduação em Nutrição em Saúde Pública, São Paulo, 2012. Faculdade de Saúde Pública - Dissertação (Mestrado Nutrição em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo.

OLIVEIRA, M. M. Transição Nutricional: Um processo complexo, produtor e produto de comportamento humano. In: ALMEIDA, S.S. *et al.* (Orgs.). *Psicobiologia do Comportamento Alimentar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. p.45-62.

PAIXÃO, N. R. D'A.; CASTRO, A. R.M. Grupo sala de espera: Trabalho multiprofissional em Unidade Básica de Saúde. *Boletim da Saúde*. Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-78, 2006. Disponível em: <http://www.escoladesaudepublica.rs.gov.br/img2/v20n2_10Grupo.pdf> Acesso em: 14 set. 2012.

PIMENTEL, A. de F.; BARBOSA, R.M.; CHAGAS, M. A musicoterapia na sala de espera de uma unidade básica de saúde: assistência, autonomia e protagonismo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.15, n.38, p.741-754, jul./set. 2011. Disponível em : < <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/10.pdf>> Acesso em : 6 maio 2013.

RAMALHO, A.A.; DALAMARIA, T.; SOUZA, O. F. de. Consumo regular de frutas e hortaliças por estudantes universitários em Rio Branco, Acre, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro ,v. 28, n.7, p.1405-1413, jul.2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em:3 abr. 2013.

RAMOS, M.; STEIN, L. M. Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, v.76, supl.3, p.229 – 237, 2000. Disponível em: < http://www.rebrae.com.br/artigo/comportamento_alimentar.pdf> Acesso em: 3. Abr. 2013.

RIBEIRO, A.B.; CARDOSO, M.A. Construção de um questionário de frequência alimentar como subsídio para programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 15, n. 2, p.239-245, ago. 2002 .Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v15n2/11840.pdf>> Acesso em: 19 set. 2012.

RODRIGUES, A. D. *et al.* Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da URI*, v.5, n.7, p.101-106, maio 2009. Disponível em: <http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf> Acesso em: 19 set.2012.

ROSA, J.; BRATH, P.O.; GERMANI, A.R.M. A sala de espera no agir em saúde: Espaço de educação e promoção à saúde. *Perspectiva Erechim*, v. 23, n. 129, p.121-130, mar. 2011.

Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/new/site/pdfs/perspectiva/129_160.pdf> . Acesso em : 12 jan. 2014.

ROSE, D. Economic determinants and dietary consequences of food insecurity in the United States. *Journal of Nutrition*, v.129. supl.2, p.517 – 520, feb.1999. Disponível em:

< <http://jn.nutrition.org/content/129/2/517S.full.pdf+html> > Acesso em: 5 out. 2012.

SALVO, V.L. M. A. de; GIMENO, S. G.A. Reprodutibilidade e validade do questionário de frequência de consumo de alimentos. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n.4, p. 505-512, ago. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000400018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2013.

SANTOS, R. D. *et al.* Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz sobre o consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, São Paulo, v.100, n.1, supl.3, p.1-40, jan. 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0066-782X20130009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 fev. 2013.

SCHINCAGLIA, R.M.; MARQUES, R.de M.B. Projeto Sala de Espera: uma intervenção nutricional com crianças, adolescentes e adultos atendidos pelo ambulatório de endocrinologia do Hospital das Clínicas, Goiânia, Goiás. In: V SEMINÁRIO DE EXTENSÃO

UNIVERSITÁRIA DA REGIÃO CENTRO OESTE. Anais eletrônicos.... Goiânia, 2012.

Disponível em:

<http://serex2012.proec.ufg.br/uploads/399/original_RAQUEL_MACHADO_SCHINCAGLIA.pdf> Acesso em: 9 maio 2013.

SICHERI, R. ; SOUZA, R.A.G. Epidemiologia da Obesidade. In: NUNES, M.A. *et al.* (Orgs.). *Transtornos Alimentares e Obesidade*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap.21, p.251-263.

SILVA, I.; PAIS-RIBEIRO, J.L.; CARDOSO, H. Porque comemos o que comemos: Determinantes psicossociais da seleção alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 9, n.2, 2008. Disponível em:

< http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 12 maio 2013.

SLATER, B. *et al* . Validação de Questionários de Frequência Alimentar - QFA: considerações metodológicas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.6, n.3, p. 200-208, Sept. 2003. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2003000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 out.2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, supl.1, p.1-51, 2010. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf> Acesso em: 2 jun. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Métodos e critérios para o diagnóstico do diabetes mellitus. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>> Acesso em: 4 jun. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. Métodos e critérios para o diagnóstico do *Diabetes Mellitus*. São Paulo, 2012. Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/images/stories/pdf/capitulo-3-diretrizes-da-sbd-metodos-e-criterios-para-o-diagnostico.pdf>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

TEIXEIRA, E.; R. VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto & contexto enfermagem*, Florianópolis, v.15, n.2, p. 320-325, apr./june 2006. Disponível em:

< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200017> Acesso em: 4 mar. 2013.

VALLE, J.M.N.; EUCLYDES, P.M. A formação dos hábitos alimentares na infância: Uma revisão de alguns aspectos abordados na literatura nos últimos dez anos. *Revista APS*, v.10, n.1, p. 56-65, jan./jun.2007. Disponível em:

<<http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Hinfancia.pdf>. > Acesso em: 10 abr. 2012.

VAN DER HORST, K. et al. A systematic review of environmental correlates of obesity-related dietary behaviors in youth. *Health Education Research*, Oxford University Press, v. 22, n. 2, p.203-226, 2007. Disponível em

< <http://her.oxfordjournals.org/content/22/2/203.full.pdf+html?sid=6b00ef50-2467-4774-b689-8e9f5b54c6b0>> Acesso em: 2 maio 2012.

VIANA, S. V. Indústria moderna e padrão alimentar: o espaço do trabalho, do consumo e da saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo ,v.18,n.4,p. 682-694, out./dez. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000400012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 maio 2012.

ZUCOLOTO, F. A. evolução do comportamento alimentar na espécie humana. In: ALMEIDA, S.S. *et al.* (Orgs.) *Psicobiologia do comportamento alimentar*. Rio de Janeiro: Rubio, 2013. cap.2, p.11 -31.

WORLD HEALTH ORGANIZATION . Obesity: Preventing and managing the Global Epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, WHO/NUT/NCD/98.1 , 2000. 252 p. (Technical Report Series, n.894). Disponível em:

< <https://apps.who.int/nut/publications.htm#obs>> Acesso em: 2 mar.2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity and overweight. Geneva: World Health Organization, Media Center, Fact sheet n.311, 2013. Disponível em:

< <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>> Acesso em: 2 mar. 2013.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. Washington: 1997. Disponível em:

< <http://www.dietandcancerreport.org/>> Acesso em: 2 mar. 2013.

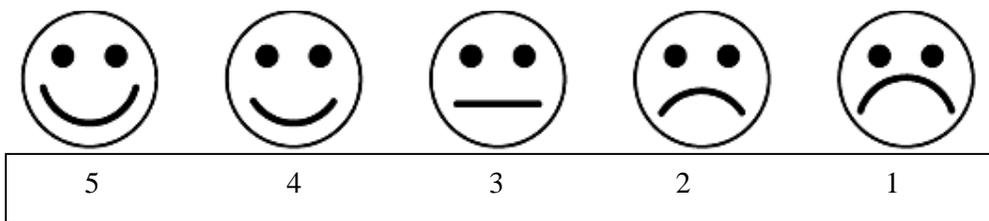
APÊNDICES

APÊNDICE A- Percepção da adequação da alimentação praticada habitualmente pelos usuários através da Escala Likert adaptada.

Escala de Likert adaptada

Sua alimentação está adequada para você?

Identifique sua opinião em relação à figura e o número que cada uma representa



Totalmente inadequada

Pouco adequada

Não sei

Adequada

Totalmente adequada

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, você poderá escolher participar ou não deste estudo. Para participar, assine ao final deste documento que está em duas vias, uma delas é sua e a outra deverá ser devolvida ao pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Será garantido o sigilo ao colaborador e os dados coletados serão utilizados em publicações em revistas especializadas e em congressos da área. Em caso de dúvida você pode consultar os pesquisadores responsáveis Prof.^a Dra. Telma Maria Braga Costa e Thereza Cristina Pereira Lunardi.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Perfil da alimentação dos usuários em sala de espera de um ambulatórios SUS de Ribeirão Preto.

Pesquisadores Responsáveis: Prof.^a. Dr.^a. Telma Maria Braga Costa - RG: 14608435-4 – CPF: 096299978-43 - Telefone: (16) 36036916 - Endereço: Av. Arnaldo Victaliano, 971, apto 134, Jardim Iguatemi, 14091-220, Ribeirão Preto.

Pesquisador Participante: Thereza Cristina Pereira Lunardi - RG:32744766-7 – Telefone: (16) 36337986 / (16) 81527123.

- ◆ Os objetivos da pesquisa são: Identificar o perfil da alimentação dos usuários SUS atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Electro Bonini;
- Classificar o hábito alimentar do usuário de acordo com o Guia de Bolso da População Brasileira do Ministério da Saúde;
- Constatar a percepção em relação a adequação da alimentação praticada habitualmente;
- Avaliar a prática de atividade física regular pelo usuário;
- Efetuar o cálculo do índice de massa corpórea (IMC) e estabelecer o diagnóstico do estado nutricional.

As atividades de pesquisa serão desenvolvidas na própria sala de espera.

- ◆ A participação na pesquisa consiste no preenchimento de um questionários sobre os hábitos alimentares .
- ◆ Nenhum risco, prejuízos ou desconforto poderão ser provocados pela pesquisa.
- ◆ Os participantes poderão se retirar do estudo a qualquer momento.
- ◆ Os resultados desta pesquisa poderão ser de grande utilidade para o estabelecimento de Políticas Públicas de Saúde.

Assinatura do Responsável

Telma Maria Braga Costa

Prof.a. Dra. Telma Maria Braga Costa
Pesquisador(a) Responsável

Thereza Cristina Pereira Lunardi

Thereza Cristina Pereira Lunardi
Aluna Pesquisadora

ANEXOS

ANEXO A1- Autorização da Diretoria do Hospital Electro Bonini- UNAERP.

Ribeirão Preto, 21 de setembro 2012.

Autorização para a execução do trabalho de pesquisa

Eu, Leandra Marinelli Cardoso, na qualidade de Diretora Operacional do Hospital Electro Bonini, autorizo a senhora **Thereza Cristina Pereira Lunardi**, aluna/pesquisadora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* – Mestrado Profissional em Saúde e Educação – Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP a desenvolver o projeto “Perfil da alimentação dos usuários em sala de espera de um ambulatório SUS de Ribeirão Preto. Usuários de ambos os sexos, com patologias diversas entre, entre elas diabetes, obesidade, hipertensão arterial, agendados previamente pelo sistema de agendamentos da Secretaria Municipal da Saúde da cidade de Ribeirão Preto – SP”.

Podendo ser utilizada a sala de espera SUS do Hospital Electro Bonini, bem como a infraestrutura localizada no espaço referido.

Estando ciente e de acordo com a realização do mesmo.

Leandra Marinelli Cardoso
Diretora Operacional
Hospital Electro Bonini
Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP

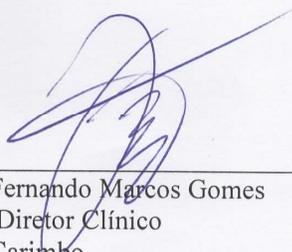
ANEXO A2 – Autorização da Diretoria do Hospital Electro Bonini-UNAERP.

Ribeirão Preto, 6 de setembro de 2012.

Autorização para a execução do trabalho de pesquisa

Eu, Fernando Marcos Gomes na qualidade de Diretor Clínico do Hospital Electro Bonini, autorizo à senhora **Thereza Cristina Pereira Lunardi**, na qualidade de aluna/pesquisadora do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* – Mestrado Profissional em Saúde e Educação - Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP a desenvolver o projeto “Perfil da alimentação dos usuários em sala de espera de um ambulatório SUS de Ribeirão Preto. Usuários de ambos os sexos, com patologias diversas entre elas diabetes, obesidade, hipertensão arterial, agendados previamente pelo sistema de agendamentos da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Ribeirão Preto-SP.

Estando ciente e de acordo com a realização do mesmo.



Fernando Marcos Gomes
Diretor Clínico
Carimbo
CRM

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Perfil da Alimentação dos Usuários em Sala de Espera de um Ambulatório SUS em Ribeirão Preto.

Pesquisador: Telma Maria Braga Costa

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 08509812.5.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 145.821

Data da Relatoria: 23/10/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto „Perfil da Alimentação dos Usuários em Sala de Espera de um Ambulatório SUS em Ribeirão Preto„ das pesquisadoras Telma Maria Braga Costa e Thereza Cristina Pereira Lunardi está bem fundamentado cientificamente, delimita seus objetivos, descreve a metodologia de estudo, contém os critérios de inclusão e de exclusão e informa os possíveis riscos e benefícios do seu desenvolvimento. De modo geral é adequado às normas.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar o perfil da alimentação dos usuários SUS atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital Electro Bonini.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tanto os riscos como os benefícios da pesquisa estão identificados, no projeto de pesquisa, de forma clara e adequados às normas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente e a metodologia proposta é adequada para aos objetivos propostos

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória, como orçamento, autorização da infraestrutura, cronograma e TCLE foram apresentados e estão adequados, não necessitando de correções.

Recomendações:

O projeto de pesquisa cumpre todas as exigências para sua aprovação.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 **Fax:** (16)3603-6817 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO
PRETO - UNAERP



Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto de pesquisa deve ser aprovado neste Comitê de Ética sem alterações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

RIBEIRAO PRETO, 13 de Novembro de 2012

Assinador por:

Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cetica@unaerp.br

ANEXO C – Questionário adaptado do Guia Alimentar de Bolso para a População Brasileira, no formato de “Dez Passos para uma Alimentação Saudável.”

Idade_____ Sexo_____ Escolaridade_____

Peso (kg) _____ Altura (m)_____ (referidos)

Responda conforme a sua alimentação

1 – Qual é, em média, a quantidade de frutas (unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural) que você come por dia?

- a. () Não como frutas, nem tomo suco de frutas natural todos os dias
- b. () 3 ou mais unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- c. () 2 unidades/fatias/pedaços/copos de suco natural
- d. () 1 unidade/fatia/pedaço/copo de suco natural

2 – Qual é, em média, a quantidade de legumes e verduras que você come por dia?

Atenção! Não considere nesse grupo os tubérculos e as raízes (veja pergunta 4).

- a() Não como legumes, nem verduras todos os dia
- b. () 3 ou menos colheres de sopa
- c. () 4 a 5 colheres de sopa
- d. () 6 a 7 colheres de sopa
- e. () 8 ou mais colheres de sopa

3 – Qual é, em média, a quantidade que você come dos seguintes alimentos: feijão de qualquer tipo ou cor, lentilha, ervilha, grão-de-bico, soja, fava, sementes ou castanhas?

- a. () Não consumo
- b. () 2 ou mais colheres de sopa por dia
- c. () Consumo menos de 5 vezes por semana
- d. () 1 colher de sopa ou menos por dia

4 – Qual a quantidade, em média, que você consome por dia dos alimentos listados abaixo?

- a. Arroz, milho e outros cereais (inclusive os matinais); mandioca/macaxeira/aipim, cará ou inhame; macarrão e outras massas; batata-inglesa, batata-doce, batata-baroa ou mandioquinha: colheres de sopa
- b. Pães: _____unidades/fatias _____
- c. Bolos sem cobertura e/ou recheio:_____ fatias
- d. Biscoito ou bolacha sem recheio:_____ unidades

5 – Qual é, em média, a quantidade de carnes (gado, porco, aves, peixes e outras) ou ovos que você come por dia?

- a. Não consumo nenhum tipo de carne
- b. 1 pedaço/fatia/colher de sopa ou 1 ovo
- c. 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou 2 ovos
- d. Mais de 2 pedaços/fatias/colheres de sopa ou mais de 2 ovos

6 – Você costuma tirar a gordura aparente das carnes, a pele do frango ou outro tipo de ave?

- a. Sim
- b. Não
- c. Não como carne vermelha ou frango

7 – Você costuma comer peixes com qual frequência?

- a. Não consumo
- b. Somente algumas vezes no ano
- c. 2 ou mais vezes por semana
- d. De 1 a 4 vezes por mês

8 – Qual é, em média, a quantidade de leite e seus derivados (iogurtes, bebidas lácteas, coalhada, requeijão, queijos e outros) que você come por dia?

Pense na quantidade usual que você consome: pedaço, fatia ou porções em colheres de sopa ou copo grande (tamanho do copo de requeijão) ou xícara grande, quando for o caso.

- a. Não consumo leite, nem derivados (vá para a questão 10)
- b. 3 ou mais copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- c. 2 copos de leite ou pedaços/fatias/porções
- d. 1 ou menos copos de leite ou pedaços/fatias/porções

9 – Que tipo de leite e seus derivados você habitualmente consome?

- a. Integral
- b. Com baixo teor de gorduras (semi-desnatado, desnatado ou *light*)

10 – Pense nos seguintes alimentos: frituras, salgadinhos fritos ou em pacotes, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos (salsicha, mortadela, salame, linguiça e outros). Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?

- a. Raramente ou nunca
- b. Todos os dias
- c. De 2 a 3 vezes por semana
- d. De 4 a 5 vezes por semana
- e. Menos que 2 vezes por semana

11 – *Pense nos seguintes alimentos: doces de qualquer tipo, bolos recheados com cobertura, biscoitos doces, refrigerantes e sucos industrializados. Você costuma comer qualquer um deles com que frequência?*

- a. Raramente ou nunca
- b. Menos que 2 vezes por semana
- c. De 2 a 3 vezes por semana
- d. De 4 a 5 vezes por semana
- e. Todos os dias

12 – *Qual tipo de gordura é mais usado na sua casa para cozinhar os alimentos?*

- a. Banha animal ou manteiga
- b. Óleo vegetal como: soja, girassol, milho, algodão ou canola
- c. Margarina ou gordura vegetal

13 – *Você costuma colocar mais sal nos alimentos quando já servidos em seu prato?*

- a. Sim
- b. Não

14 – *Pense na sua rotina semanal: quais as refeições você costuma fazer habitualmente no dia?*

Assinale as suas opções.	SIM	NÃO
Café da Manhã	_____	_____
Lanche da Manhã	_____	_____
Almoço	_____	_____
Lanche da Tarde	_____	_____
Jantar	_____	_____
Lanche Noturno	_____	_____

15 – *Quantos copos de água você bebe por dia? Inclua no seu cálculo sucos de frutas naturais ou chás (exceto café, chá preto e chá mate).*

- a. Menos de 4 copos
- b. 8 copos ou mais
- c. 4 a 5 copos
- d. 6 a 8 copos

16 – *Você costuma consumir bebidas alcoólicas (uísque, cachaça, vinho, cerveja, conhaque etc.) com qual frequência?*

- a. Diariamente
- b. 1 a 6 vezes na semana
- c. Eventualmente ou raramente (menos de 4 vezes ao mês)
- d. Não consumo

17 – *Você faz atividade física REGULAR, isto é, pelo menos 30 minutos por dia, todos os dias da semana, durante o seu tempo livre?*

Considere aqui as atividades da sua rotina diária como o deslocamento a pé ou de bicicleta para o trabalho, subir escadas, atividades domésticas, atividades de lazer ativo e atividades praticadas em academias e clubes. Os 30 minutos podem ser divididos em 3 etapas de 10 minutos.

- a. Não
- b. Sim
- c. 2 a 4 vezes por semana

18 – *Você costuma ler a informação nutricional que está presente no rótulo de alimentos industrializados antes de comprá-los?*

- a. Nunca
- b. Quase nunca
- c. Algumas vezes, para alguns produtos
- d. Sempre ou quase sempre, para todos os produtos

ANEXO D- Estado nutricional de acordo com apresentação do Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.

VEJA AQUI SE VOCÊ ESTÁ COM UM PESO SAUDÁVEL

Se você tem entre 20 e 60 anos, veja no quadro abaixo o seu IMC (Índice de Massa Corporal), que mostra se o peso está adequado para a altura. Para calcular, divida o seu peso, em quilogramas, pela sua altura, em metros, elevada ao quadrado.

$$\text{IMC} = \frac{\text{P (peso)}}{\text{A}^2 \text{ (altura x altura)}}$$

VALORES DO IMC (kg/m ²)	ESTADO NUTRICIONAL
Menor que 18,5	Baixo peso
18,5 a 24,99	Peso adequado
25 a 29,99	Sobrepeso
Maior que 30	Obesidade

ANEXO E- Pontuação atribuída a cada tipo de questão contida no questionário.

**Agora volte às suas respostas
e some sua pontuação:**

1 –	a) 0	b) 3	c) 2	d) 1	
2 –	a) 0	b) 1	c) 2	d) 3	e) 4
3 –	a) 0	b) 3	c) 1	d) 2	
4 –	Soma das porções			Pontuação final	
	0			0	
	< 3			1	
	3 – 4,4			2	
	4,5 – 7,5			3	
	> 7,5			4	
5 –	a) 1	b) 2	c) 3	d) 0	
6 –	a) 3	b) 0	c) 2		
7 –	a) 0	b) 1	c) 3	d) 2	
8 –	a) 0	b) 3	c) 2	d) 1	
9 –	a) 1	b) 3			
10 –	a) 4	b) 0	c) 2	d) 1	e) 3
11 –	a) 4	b) 3	c) 2	d) 1	e) 0
12 –	a) 0	b) 3	c) 0		
13 –	a) 0	b) 3			
14 –	Soma das porções			Pontuação final	
	< 3			0	
	3 – 4			2	
	5 – 6			3	
15 –	a) 0	b) 3	c) 1	d) 2	
16 –	a) 0	b) 1	c) 2	d) 3	
17 –	a) 0	b) 3	c) 2		
18 –	a) 0	b) 1	c) 2	d) 3	

SOMA TOTAL DOS PONTOS: _____

ANEXO F – Cálculo de porção para alimentos energéticos

Para saber o número de porções consumidas, divida essas quantidades pelo equivalente a 1 porção, conforme o exemplo:

$$\text{Cálculo: } \frac{\text{número de porções consumidas}}{\text{equivalente a 1 porção}} = \text{quantidade que voce consome}$$

	Quantidade que voce consome	Equivalente a 1 porção	Número de porções consumidas
a	9 colheres de sopa	3 colheres de sopa	9 : 3 = 3
b	4 fatias	1 unidade / 2 fatias	4 : 2 = 2
c	0 fatia	1 fatia	0 : 1 = 0
d	6 unidades	6 unidades	6 : 6 = 1

SOMA DAS PORÇÕES CONSUMIDAS = 3+2+0+1= 6 porções

Seu cálculo:

	Quantidade que voce consome	Equivalente a 1 porção	Numero de porções consumidas
a	colheres de sopa	3 colheres de sopa	
b	unidades/fatias	1 unidade/2 fatias	
c	fatias	1 fatia	
d	unidades	6 unidades	

SOMA DAS PORÇÕES CONSUMIDAS = a+b+c+d= ___ porções

ANEXO G- Pontuação e classificação de acordo com o total obtido no Guia Alimentar de Bolso da População Brasileira.

RESPOSTAS:

- Até 28 pontos:

Você precisa tornar sua alimentação e seus hábitos de vida mais saudáveis! Dê mais atenção à alimentação e atividade física. Verifique os 10 Passos para uma Alimentação Saudável e adote-os no seu dia-a-dia. Para iniciar, escolha aquele que lhe pareça mais fácil, interessante ou desafiador e procure segui-lo todos os dias.

- 29 a 42 pontos:

Fique atento com sua alimentação e outros hábitos como atividade física e consumo de líquidos. Verifique nos 10 Passos para uma Alimentação Saudável qual(is) deles não faz(em) parte do seu dia-a-dia, adote-o(s) na sua rotina!

- 43 pontos ou mais:

Parabéns! Você está no caminho para o modo de vida saudável. Mantenha um dia-a-dia ativo e verifique os 10 Passos para uma Alimentação Saudável. Se identificar algum que não faz parte da sua rotina, adote-o.

Fonte: Brasil (2006, p.14).