

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS**



Dissertação

**Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física
em população adulta adscrita às Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS**

Samara Christ Teixeira

Pelotas, 2021

Samara Christ Teixeira

**Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física
em população adulta adscrita às Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS**

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Petrucci Gigante

Coorientadora: Prof^a Dr^a Greisse Viero da Silva Leal

Pelotas, 2021

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

T266e Teixeira, Samara Christ

Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta adscrita às unidades básicas de saúde de Pelotas, RS / Samara Christ Teixeira ; Denise Petrucci Gigante, orientadora ; Greisse Viero da Silva Leal, coorientadora. — Pelotas, 2021.

160 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas, 2021.

1. Modelo transteórico de mudança de comportamento.
2. Comportamento alimentar. 3. Atenção primária à saúde.
4. Adultos. I. Gigante, Denise Petrucci, orient. II. Leal, Greisse Viero da Silva, coorient. III. Título.

CDD : 641.1

Elaborada por Maria Inez Figueiredo Figas Machado CRB: 10/1612

Samara Christ Teixeira

Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta adscrita às Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS

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

Data da Defesa: 08/01/2021

Banca examinadora:

Profª Drª Denise Petrucci Gigante (Orientadora)

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas – UFPEL

Profª Drª Greisse Viero da Silva Leal (Coorientadora)

Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo - USP

Prof. Drª Renata Moraes Bielemann

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas - UFPEL

Prof. Drª Adriane Cervi Blümke

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Prof. Drª Ana Luisa Sant´Anna Alves

Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Dedicatória

"Filho, abrace sua mãe
Pai, perdoe seu filho
Paz, é reparação
Fruto de paz
Paz não se constrói com tiro
Mas eu miro, de frente
A minha fragilidade
Eu não tenho a bolha da proteção
Queria eu guardar tudo que amo
No castelo da minha imaginação
Mas eu vejo a vida passar num instante
Será tempo o bastante que tenho pra viver?
Eu não sei, eu não posso saber
Mas enquanto houver amor, eu mudarei o curso da vida
Farei um altar pra comunhão
Nele, eu serei um com o mundo até ver
O ponto da emancipação
Porque eu descobri o segredo que me faz humano
Já não está mais perdido o elo
O amor é o segredo de tudo
E eu pinto tudo em amar-elo"

(Emicida, 2020)

Dedico este trabalho à ciência brasileira e a todos àqueles trabalhadores/as que acreditam e constroem a soberania desse país e que de alguma forma fizeram parte deste trabalho.

&

Carinhosamente, dedico aos meus pais Sandra e Alfredo, que me ensinaram a importância do amor pela vida, pelo conhecimento, pelas pessoas, que sempre foram meus maiores incentivadores. Pelo apoio incondicional e por todo amor recebido, obrigada!

Agradecimentos

“Sonho que se sonha só é só um sonho, mas sonho que se sonha junto é realidade”

(Raul Seixas, 1974)

Em poucas palavras, deixo aqui minha eterna gratidão e reverência à todos aqueles que ousaram sonhar e construir a realização desse sonho comigo.

Agradeço imensamente à minha família de Caxias! Aos meus pais, Sandra e Alfredo, por serem os primeiros e insuperáveis educadores que tive. Que sempre disponibilizaram e possibilitaram diversas formas para que eu continuasse estudando, acredito que isso seja um grande privilégio, e por ele sou grata. À meu irmão gêmeo Augusto, que com certeza divide comigo os maiores e mais intensos sentimentos desde a placenta. Amo vocês profundamente!

Da mesma forma agradeço imensamente minha família de Pelotas! Lari e Diego, que sempre estiveram ao meu lado na ternura e no combate. Obrigada por acreditarem em mim, por muitas vezes, mais do que eu mesma. Por sempre me impulsionarem, por sonharem comigo, por serem todo o apoio e amparo que precisei e preciso. Por me darem amor, carinho, abraços, risadas e puxões de orelha. Amo-os por incontáveis motivos!

À minha orientadora Denise Gigante, é necessário fazer um agradecimento mais do que especial, pois é uma das melhores professoras/educadoras que tive na vida. Além de saber compartilhar de forma única seus conhecimentos, nos momentos mais difíceis e principalmente quando fraquejei, ela conversou comigo e me deu coragem para seguir em frente, acreditou em mim, e mais que isso fez eu acreditar! “Hay que endurecer pero sin perder la ternura, jamás!” - para mim esta frase define a grande educadora que és.

Agradeço também a minha coorientadora Greisse Leal, que sempre colaborou com muita informação de qualidade e, além disso, sempre disposta a me ajudar e tirar todas minhas dúvidas. Agradeço por todos os momentos de troca, aprendizado e dedicação a esta dissertação.

Agradeço à Universidade Federal de Pelotas, à todos os professores que lecionaram no mestrado, aos técnicos que nos auxiliaram, aos servidores das secretarias e a todos os funcionários que participaram, direta ou indiretamente, desse percurso.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq pelo incentivo e bolsa concedida ao longo do mestrado, possibilitando minha dedicação aos estudos, às pesquisas, além da participação nos eventos

Agradeço à todos trabalhadores/as, mulheres e homens de luta, de resistência e persistência, que abriram as portas de suas casas para a realização dessa pesquisa, a ciência brasileira os agradece.

Finalmente, gratidão a cada pessoa que passou pela minha vida, e mais gratidão ainda àquelas que prosseguem comigo nesta jornada!

Aos de perto que me ajudam e que a gente come junto da mesma panela, toma do mesmo vinho para celebrar a festa da vida!

Aos de longe porque me ensinam que o mundo é maior do que o lugar onde vivo.

E à Deus, por ser essa energia vibrante em meu coração, fazendo-me perseverar na vida e superar as adversidades. Obrigada!

Resumo

TEIXEIRA, Samara Christ. **Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta adscrita às Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas, 2020.

A elevada prevalência de obesidade e suas consequências demandam ações efetivas para seu controle, sobretudo na Atenção Primária à Saúde (APS). Durante o processo de modificação de comportamentos de saúde, os indivíduos passam por diferentes fases, denominadas *estágios de mudança do comportamento - EMC*. O desenvolvimento de intervenções nutricionais específicas para cada estágio pode contribuir para a mudança de hábitos e adoção de práticas alimentares saudáveis em nível individual ou populacional. O presente estudo teve como objetivo avaliar os EMC em população adulta adscrita em unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas, RS e investigar a relação desses estágios com o grau de afiliação com o serviço de atenção primária à saúde. Estudo descritivo transversal foi realizado em territórios de Estratégia Saúde da Família na cidade de Pelotas, RS. Um instrumento adaptado foi utilizado para investigar quatro comportamentos de saúde: tamanho e quantidade das porções, consumo de frutas e vegetais, quantidade de gordura e prática de atividade física. Os participantes foram classificados nos EMC (pré-contemplação, contemplação, decisão, ação e manutenção) por meio de algoritmo específico. Dados sociodemográficos, econômicos e antropométricos foram coletados para fins de análise de associação. A análise incluiu qui-quadrado e regressão de *Poisson*. Duzentos e trinta e dois indivíduos participaram do estudo. A maioria encontrava-se no estágio de manutenção para tamanho e quantidade das porções (54%), quantidade de gordura (61%) e prática de atividade física (70%), enquanto 43% estava em pré-contemplação para consumo de frutas e vegetais. A prevalência no estágio final para tamanho e quantidade das porções foi menor nos mais jovens e diabéticos. Mulheres e aqueles que referiram vínculo com o serviço de saúde e profissional de referência encontravam-se nos estágios finais para consumo de frutas e vegetais. Maior prevalência também foi observada em mulheres para quantidade de gordura e nos indivíduos com afiliação à APS para prática de atividade física. A importância da avaliação de EMC na atenção primária para melhor orientação e acompanhamento aos pacientes desse serviço foi evidenciada, com vistas a adoção de hábitos adequados e saudáveis.

Palavras Chave: Modelo transteórico de mudança de comportamento, Comportamento Alimentar, Atenção Primária à Saúde, Adultos.

Abstract

TEIXEIRA, Samara Christ. **Stages of change in eating behavior and practice of physical activity in an adult population assigned to Basic Health Units in Pelotas, RS.** Master's Degree Dissertation, Graduate Program in Nutrition and Food. Universidade Federal de Pelotas, 2020.

The high prevalence of obesity and its consequences demand effective actions for its control, especially in Primary Health Care (PHC). During the process of modifying health behaviors, individuals go through different phases, called *stages of changes* - SOC. The development of specific nutritional interventions for each stage can contribute to changing habits and adopting healthy eating practices at the individual or population level. The present study aimed to evaluate PHC in an adult population assigned in basic health units in the city of Pelotas, RS and investigate the relationship of these stages with the degree of affiliation with the primary health care service. The cross-sectional descriptive study was carried out in territories of *Estratégia de Saúde da Família* (Health Family Strategy, in Portuguese, is a local government health program) in the city of Pelotas, RS. An adapted instrument was used to investigate four health behaviors: size and quantity of portions, consumption of fruits and vegetables, amount of fat, and practice of physical activity. Participants were classified into SOC (pre-contemplation, contemplation, decision, action and maintenance) using a specific algorithm. Sociodemographic, economic, and anthropometric data were collected for the purposes of association analysis. The analysis included chi-square and *Poisson* regression. Two hundred and thirty-two individuals participated in the study. Most were in the maintenance stage for portion size and quantity (54%), amount of fat (61%) and practice of physical activity (70%), while 43% were in pre-contemplation for consumption of fruits and vegetables. The prevalence in the final stage for portion size and quantity was lower in younger and diabetic patients. Women and those who mentioned a link with the health service and a reference professional were in the final stages for the consumption of fruits and vegetables. Higher prevalence was also observed in women for the amount of fat and in individuals with PHC affiliation to practice physical activity. The importance of evaluating SOC in primary care for better guidance and monitoring of patients in this service was highlighted, with a view to adopting appropriate and healthy habits.

Keywords: Trans-theoretical model of behavior change, Eating Behavior, Primary Health Care, Adults.

Lista de Figuras

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos estudos sobre os Estágios de Mudança do Comportamento – EMC

27

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Estratégia de busca no PubMed	25
Tabela 2 – Estratégia de busca no Lilacs	25
Tabela 3 – Cálculo do tamanho da amostra	47

Lista de Quadros

Projeto de pesquisa

Quadro 1 –	Estudos relevantes sobre os Estágios de Mudança do Comportamento Alimentar e Prática de Atividade Física	28
Quadro 2 –	Fatores associados aos estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física conforme artigos incluídos na revisão de literatura deste projeto	38
Quadro 3 –	Estágios de mudança de comportamento alimentar	49
Quadro 4 –	Caracterização das variáveis independentes	50

Relatório do Trabalho de Campo

Quadro 1 –	Territórios selecionados e número de domicílios a serem entrevistados no estudo (n=700)	70
Quadro 2 –	Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Osório, Pelotas 2020	73
Quadro 3 –	Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Dunas, Pelotas 2020	73
Quadro 4 –	Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Areal Fundos, Pelotas 2020	73

Lista de Abreviaturas e Siglas

AF	Atividade Física
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPES	Coordenação de aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNPQ	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EF	Ensino Fundamental
EMC	Estágios de Mudança do Comportamento
EMCA	Estágios de Mudança do Comportamento Alimentar
ESF	Estratégia Saúde da Família
F&V	Frutas e Vegetais
MS	Ministério da Saúde
MTT	Modelo Transteórico
OMS	Organização Mundial da Saúde
POF	Pesquisas de Orçamentos Familiares
QFA	Questionário de Frequência Alimentar
R24h	Recordatório Alimentar 24 horas
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
WHO	World Health Organization

Sumário

Resumo.....	6
Abstract.....	7
PROJETO DE PESQUISA.....	15
Resumo.....	17
1 INTRODUÇÃO	18
1.2 Marco teórico.....	19
1.2.1 O Comportamento Alimentar e seus Determinantes.....	19
1.2.2 O Modelo Transteórico – MTT	21
2 REVISÃO DE LITERATURA	24
2.1 Estratégias de busca e seleção dos estudos	24
2.1.2 Estudos incluídos na revisão de literatura	25
2.3 Síntese dos estudos incluídos na revisão	28
2.4 Síntese dos fatores associados aos estudos de mudança de comportamento alimentar	38
3 JUSTIFICATIVA.....	44
4 OBJETIVOS.....	45
4.1 Objetivo geral	45
4.2 Objetivos específicos.....	45
5 HIPÓTESES.....	46
6 METODOLOGIA	46
6.1 Delineamento do estudo.....	47
6.2 População e local do estudo	47
6.3 Critérios de inclusão exclusão.....	47
6.4 Perdas, recusas e exclusões.....	47
6.5 Cálculo do tamanho da amostra	48
6.5.1 Processo de amostragem.....	49
6.6 Variáveis.....	49

6.6.1 Variáveis dependentes.....	49
6.6.2 Variáveis independentes	51
6.7 Instrumentos.....	51
6.7.1 Instrumento de avaliação dos estágios de mudança do comportamento alimentar	52
6.8 Aspectos Logísticos	52
6.8.1 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores	53
6.9 Processamento e análise dos dados.....	53
7 ASPECTOS ÉTICOS	53
8 FINANCIAMENTO	54
9 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS.....	54
10 CRONOGRAMA	55
REFERÊNCIAS.....	56
MODIFICAÇÕES NO PROJETO DE PESQUISA.....	62
RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....	64
ARTIGO	78
APÊNDICES	112
Apêndice A – Carta de apresentação do artigo	113
Apêndice B – Instrumento Aplicado para Avaliação dos Estágios de Mudança do Comportamento Alimentar e Atividade Física.....	115
Apêndice C – Questionário Domiciliar	124
Apêndice D – Manual de Instruções para a Pesquisa de Campo.....	133
ANEXOS	141
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	142
Anexo B – Instruções aos autores - Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)	144

Projeto de Pesquisa

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



Projeto de Dissertação

Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta adscrita às Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS

Samara Christ Teixeira

Pelotas, 2019

Samara Christ Teixeira

Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta adscrita às Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Denise Petrucci Gigante

Coorientadora: Prof^a Dr^a Greisse Viero da Silva Leal

Banca examinadora:

Prof.^a Dr.^a Renata Moraes Bielemann – UFPel

Prof.^a Dr.^a Gicele Costa Mintem - UFPel

Resumo

Projeto de dissertação – Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta adscrita às Unidades Básicas de Saúde de Pelotas, RS. Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos, Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

O estudo sobre o comportamento alimentar na população tem despertado interesse por estar relacionado com o planejamento e o sucesso de intervenções nutricionais, bem como, com o desfecho de saúde da população em geral. Assim, a avaliação dos hábitos alimentares apresenta-se cada vez mais em evidência devido sua estreita relação com a prevenção e o controle de doenças, e a promoção da saúde. Outros determinantes relacionados aos desfechos de saúde da população têm sido associados ao comportamento alimentar, os chamados fatores de risco têm contribuído para o desenvolvimento de uma série de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Portanto, avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar em adultos e identificar fatores associados possibilita criar estratégias de intervenção mais efetivas e, assim, reduzir o impacto que um comportamento alimentar não saudável pode trazer para saúde futura desses indivíduos, possibilitando a adoção de práticas alimentares saudáveis nesse estágio de vida. Dessa forma, o presente estudo tem como objetivo avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar em população adulta adscrita às unidades básicas de saúde do município de Pelotas, RS. Será realizado um estudo de delineamento transversal com a finalidade de investigar diversos aspectos que caracterizam o perfil de saúde da população adulta residente nos territórios adstritos a nove unidades básicas de saúde da área urbana do município de Pelotas/RS. As mudanças nos estágios do comportamento alimentar serão avaliadas por meio de um instrumento específico. As variáveis serão coletadas mediante questionário com predomínio de perguntas fechadas

Palavras Chave: Modelo transteórico de mudança de comportamento, Comportamento Alimentar, Atenção Primária à Saúde, Adultos.

1 Introdução

As necessidades de saúde da população brasileira na atualidade vêm alterando-se em função das mudanças demográficas e epidemiológicas observadas no país, as quais apontam para o envelhecimento de nossa população e o significativo aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade (LAVRAS, 2011). Esse aumento de condições crônicas, com o avanço da tecnologia no enfrentamento de algumas patologias e o conseqüente aumento da sobrevivência de indivíduos portadores dessas doenças, caracterizam um quadro epidemiológico bastante complexo, cujo enfrentamento exige mudanças no Sistema Único de Saúde - SUS (CARMO et al., 2003). A complexidade do perfil epidemiológico que se desenha no Brasil revela a importância de um modelo de atenção que incorpore definitivamente ações de promoção da saúde, prevenção e tratamento das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT (MÁSSIMO et al., 2015).

Os benefícios de sistemas de saúde sustentados pela atenção primária de qualidade, são reconhecidos internacionalmente, havendo certo consenso, entre formuladores de políticas, que essa atenção básica precisa ser fortalecida (GIOVANELLA, 2018). Essa atenção caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde de indivíduos e populações.

No Brasil, a atenção básica tem a saúde da família como estratégia prioritária para sua organização, sob forma de trabalho em equipe e populações adscritas à territórios adstritos, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006a). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (CONASS, 2004).

Dessa forma, a atenção primária à saúde é fundamental para enfrentar, de forma efetiva, o aumento expressivo das DCNT e melhorar a qualidade de saúde e nutrição da população. Para isso é necessário criar ações intersetoriais que influenciem sobre os determinantes sociais, culturais e econômicos das DCNT, bem como, elaborar políticas públicas que possibilitem a promoção da saúde e a melhoria nos indicadores nacionais de alimentação e estado nutricional de populações

(BRASIL, 2011).

Os programas voltados para o combate e a prevenção das doenças crônicas em diferentes populações têm como objetivo a mudança de comportamento (SCHMIDT MI et al., 2011), sendo a resistência à mudança do hábito alimentar uma das principais barreiras para a redução de DCNT no Brasil (BRASIL, 2006; TORAL et al., 2006; BRASIL, 2014). Essa situação epidemiológica motivou o surgimento de diversas ações dirigidas à modificação do padrão alimentar das pessoas (BATISTA FILHO; RISSIN AA, 2003). Assim, a proposta de identificação dos diferentes estágios do comportamento alimentar à luz do modelo transteórico associada à intervenção nutricional, surge como uma das ações efetivas que pretende orientar a prevenção das DCNT por meio do conhecimento prévio do grau de motivação do indivíduo frente à possibilidade de realizar mudanças comportamentais, como as dietéticas, possibilitando a adoção de práticas alimentares saudáveis ao proporcionar a reflexão sobre o comportamento, a atitude a ser tomada e o momento de agir.

1.2 Marco teórico

1.2.1 O Comportamento Alimentar e seus Determinantes

A busca crescente por uma maior compreensão sobre o comportamento alimentar é observada na literatura a partir da década de 90. Tal comportamento corresponde com atitudes relacionadas às práticas alimentares em associação às características socioculturais, como aspectos próprios do indivíduo ou de uma coletividade, que estejam envolvidos com o ato de se alimentar ou com o alimento em si (TORAL, 2006).

A alimentação cumpre funções socioculturais e psicológicas como identidade, interação social, satisfação de desejos, além da função de proporcionar prazer para o paladar e para os sentidos de forma geral (MOREIRA, 2010). O confronto entre a qualidade da dieta e o comportamento alimentar possibilita conhecer o significado simbólico dos alimentos para os sujeitos, visando construir novos sentidos para o ato de comer (MOREIRA; SANTOS; LOPES 2012). Acredita-se que na medida em que se conhecem melhor os determinantes do comportamento alimentar, seja de um indivíduo ou de um grupo populacional, aumentam-se as chances de sucesso e o impacto de uma ação de promoção de práticas alimentares saudáveis (TORAL, 2006).

Além disso, se os indivíduos adquirirem maior autonomia para realizar suas próprias escolhas alimentares, passam a ser influenciados em maior proporção por outros fatores como amigos, ambientes, mídia e a fazer refeições fora de casa, onde podem aumentar o consumo de alimentos rápidos e nutricionalmente inadequados, provocando um forte impacto em sua dieta (COSTA, DUARTE e KUSCHNIR, 2010).

Na comparação entre as Pesquisas de Orçamentos Familiares (POF) de 2002/2003 e 2008/2009 verificou-se aumento do percentual de lipídeos (27,8% para 28,7%) e do aporte proteico (11,6% para 12,1%) no consumo alimentar total, sendo os alimentos de origem animal os principais responsáveis por esse aumento (IBGE, 2010). Corroborando com esses dados, a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) observou que a população adulta brasileira apresenta baixo consumo regular de frutas e hortaliças – mesmo que tenha aumentado de 20% para 23%, no período de 2008 a 2018, a proporção de pessoas que consumia o número de porções recomendadas (cinco porções por dia) (BRASIL, 2019) – além de ter reduzido a ingestão regular de feijão (cinco dias da semana) de para 67,6% em 2011 para 59,5% em 2017 (BRASIL, 2018). Quanto à ingestão de alimentos que constituem fator de risco à saúde, constatou-se que 32,0% ingeriam carne com excesso de gordura e 56,8% tomavam leite integral, em 2016 (BRASIL, 2017). Em relação ao consumo de refrigerantes, 14% da população adulta das capitais brasileiras ainda consome pelo menos cinco vezes por semana, mesmo que tenha havido uma diminuição de mais da metade desse percentual no período de 2008 (quando 31% consumia refrigerante regularmente) para 2018 (BRASIL, 2019).

Sabe-se que características demográficas, sociais, ambientais, econômicas, culturais e psicológicas têm sido diretamente associadas ao comportamento alimentar dos indivíduos (TORAL; SLATER, 2007). Em relação aos determinantes sociais do comportamento alimentar, constata-se que o ambiente tem sido considerado como uma grande influência do comportamento alimentar, principalmente em estudos epidemiológicos sobre a obesidade, empregando o termo “obesogênico” na descrição do ambiente promotor da obesidade, isto é, aquele que apresenta acesso amplo e facilitado a alimentos de alta densidade energética, pobres em micronutrientes, normalmente consumidos em estabelecimentos fora do âmbito familiar (TORAL, 2006). Por outro lado, o ambiente domiciliar representa um fator de proteção à adesão de dietas saudáveis e controle de peso, por envolver a maior participação dos

familiares no controle das escolhas, compra e preparo dos alimentos (PRADO, 2011).

Atualmente, a publicidade é outra importante influência do comportamento alimentar. Segundo a OMS duas horas por dia em frente às telas já é um tempo considerado excessivo, e está diretamente relacionado ao consumo de alimentos não saudáveis ao longo do dia, além de ser um comportamento sedentário, podendo levar ao excesso de peso (WHO, 2010; FRIEDRICH et al, 2013). Dessa forma, acredita-se que a propaganda normalmente veiculada na televisão pode ter consequências negativas nas escolhas alimentares da população (OLIVEIRA et al, 2016).

Sendo a alimentação um ato biológico e cultural, as intervenções educativas precisam basear-se no conhecimento do consumo, mas também nos significados e percepções que as pessoas atribuem a suas práticas alimentares. Constitui-se, dessa forma, um grande desafio transformar o conhecimento científico em mudanças efetivas no comportamento alimentar dos indivíduos (MENEZES, 2012).

Portanto, o interesse na investigação sobre o comportamento alimentar baseia-se na possibilidade de, em estudos futuros, aumentar a efetividade das intervenções nutricionais (CUNHA et al, 2015), onde as mudanças de comportamento requerem uma série de estratégias que dependem da crença do indivíduo, de seu nível de confiança, do suporte social, do grau de motivação, de fatores do ambiente, dentre outros (TORAL, 2006).

O uso de modelos teóricos pode auxiliar na compreensão do comportamento de um indivíduo, sugerindo maneiras de alcançar mudanças por meio de programas de intervenção adaptados e específicos, contribuindo para mudanças efetivas no comportamento. Dentre essas teorias, destaca-se a utilização do *Modelo Transteórico* (MTT), como um instrumento promissor de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde.

1.2.2 O Modelo Transteórico – MTT

O MTT é considerado um instrumento de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde. Esse modelo descreve como as pessoas podem modificar um comportamento problemático ou adquirir um comportamento positivo, sugerindo que quando os indivíduos realizam mudanças em seu comportamento, eles as fazem a partir de uma série de estágios, ao invés de realizarem uma mudança considerável e abrupta, possibilitando a reflexão sobre o

comportamento, a atitude a tomar e o momento de agir (MOREIRA; SANTOS; LOPES, 2012).

Este instrumento foi desenvolvido por dois pesquisadores norte-americanos, James Prochaska e Carlo Di Clemente, na década de 80, mediante estudos com tabagistas. Na época, foi observado que muitos tabagistas conseguiram abandonar o vício tanto por iniciativa própria, quanto quando assistidos por profissionais (PROCHASKA; CLEMENTE; NORCROSS, 1992). Constatou-se que todos esses indivíduos apresentavam uma sequência de estágios comuns de mudanças, através dos quais se movimentavam nas suas tentativas de parar de fumar (BERNARDES, 2009).

Desde que o MTT foi desenvolvido, o mesmo tem sido aplicado a outros comportamentos na área da saúde, como alcoolismo, uso de drogas, manifestação de distúrbios de ansiedade e pânico, entre outras situações (MADUREIRA, 2009). Representa um avanço teórico fundamental na compreensão de quando, como e porque as pessoas mudam os seus comportamentos relacionados com a saúde. O pressuposto básico desse sucesso reside no fato de considerar a mudança comportamental um processo e não um acontecimento, pois indivíduos têm diferentes níveis de motivação ou disposição para a mudança (NATALI, 2010).

Considerando a complexidade do comportamento alimentar, é necessário que os estágios de mudança sejam realizados com o foco em determinado grupo alimentar ou nutriente, focalizando diferentes aspectos: consumo de gordura, frutas, verduras, legumes, fibras e cálcio, além de estratégias dietéticas para o controle do peso e do diabetes (TORAL, 2010).

De acordo com esse modelo, as alterações no comportamento relacionado à saúde ocorrem por meio de cinco estágios distintos: pré-contemplação, contemplação, preparação ou decisão, ação e manutenção (GREENE et al, 1999).

No estágio de pré-contemplação, a mudança comportamental ainda não foi considerada pelo indivíduo ou não foram realizadas alterações no comportamento e não há intenção de adotá-las num futuro próximo (considerando-se, geralmente, seis meses) (TORAL et al, 2006). Um dos motivos pode ser decorrente da falta de informações corretas sobre as consequências de seu comportamento, correspondendo àqueles que não reconhecem suas práticas alimentares inadequadas ou não dispõem da motivação necessária para alterá-las. Ou seja, os indivíduos nesse estágio reconhecem a solução, mas não reconhecem o problema (MOREIRA, 2010).

No estágio de contemplação, há consciência do problema e início da consideração da possibilidade de mudança, embora ainda não se estabeleça um prazo. É uma fase em que a pessoa admite ter um problema e conhece os benefícios da mudança, mas diversas barreiras impedem a ação desejada (BERNARDES, 2009). O indivíduo, portanto, reconhece que o problema existe, está decidido a superá-lo, mas ainda não apresenta um comprometimento decisivo. Refere-se, por exemplo, ao indivíduo que reconhece que tem um padrão alimentar pouco saudável, mas acredita que a falta de tempo, o preço ou o sabor desagradável de alimentos tidos como saudáveis não possibilitam a adoção de uma dieta adequada (NATALI, 2010).

O indivíduo em decisão, estágio também denominado de preparação, pretende alterar seu comportamento num futuro próximo, como no próximo mês. Geralmente, após ter superado tentativas anteriores frustradas, são realizadas pequenas mudanças e um plano de ação é adotado, ainda sem assumir um compromisso sério com o mesmo (PROCHASKA et al, 1996). Considerando-se a mudança no comportamento alimentar, tem sido sugerida que uma expressão característica desse estágio de decisão ou preparação seria manifestar o seguinte desejo: “na próxima segunda-feira, começarei a dieta” (TORAL; STALER, 2007).

Já os indivíduos em ação correspondem àqueles que alteraram de fato seu comportamento, suas experiências ou seu ambiente de modo a superar as barreiras antes percebidas. Tais mudanças são visíveis e ocorreram recentemente, como nos últimos seis meses. Trata-se de um estágio que exige grande dedicação e disposição para evitar recaídas (MOREIRA, 2010).

No estágio de manutenção, o indivíduo já modificou seu comportamento e o manteve por mais de seis meses (TORAL et al., 2006). O foco daqueles assim classificados é prevenir recaídas e consolidar os ganhos obtidos durante a ação. Em relação à alimentação, poderia corresponder a um adulto que passou por uma reeducação alimentar e adotou uma dieta saudável há mais de um ano (TORAL; STALER, 2007).

Ainda uma categoria, denominada pseudo-manutenção, foi proposta com o objetivo de reclassificar indivíduos que, ao serem questionados sobre os estágios de mudança de comportamento, foram classificados em ação ou manutenção. Essa reclassificação foi necessária uma vez que durante a avaliação do consumo alimentar foi observado que o mesmo estava inadequado, pelas recomendações propostas, representando um falso estado nos estágios finais de mudança (STEPTOE et al.

1996).

Para a classificação dos indivíduos nos estágios de mudança de comportamento, utiliza-se um algoritmo, que compreende um questionário ou instrumento, composto por um número limitado de perguntas reciprocamente exclusivas. Os algoritmos são geralmente específicos para um ou mais itens alimentares (como consumo de óleos e gorduras, de frutas, verduras e legumes, e tamanho da porção alimentar) e são baseados na percepção alimentar e/ou na avaliação do consumo de alimentos (BERNARDES, 2009).

2 Revisão de Literatura

2.1 Estratégias de busca e seleção dos estudos

Para revisar a literatura sobre os estágios de mudança do comportamento, foi realizada uma busca em bases de dados eletrônicos, tais como: PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) e Lilacs (<http://lilacs.bvsalud.org/>). As seguintes expressões foram utilizadas na busca no PubMed: ("Transtheoretical model" or "stage of behavior change" or "theoretical model") AND ("food" or "eating" or "diet" or "feeding behavior" or "eating behavior" or "food choice"). Na base de dados Lilacs, esses termos foram empregados em português: (tw:(modelo transteórico)) OR (tw:(modelos teóricos)) OR (tw:(estágios de mudança do comportamento)) AND (tw:(aliment*)) OR (tw:(comportamento alimentar)). O resumo da estratégia de busca encontra-se detalhado nas Tabelas 1 e 2, respectivamente para as bases PubMed e Lilacs.

A seleção dos artigos limitou-se aos estudos conduzidos com seres humanos e publicados nos idiomas espanhol, inglês e português. Com base no título dos artigos selecionou-se os resumos que pudessem ser relevantes para essa revisão da literatura. Após a leitura dos resumos foram identificados os artigos originais para serem lidos na íntegra. Dentre os artigos selecionados, procedeu-se ao exame de suas referências, a fim de detectar mais algum trabalho relevante para este projeto, que não tivesse sido identificado em nenhuma das bases de dados pesquisadas.

Para teses ou dissertações identificadas na base de dados Lilacs ou nas referências bibliográficas dos artigos selecionados, as mesmas foram obtidas na íntegra na base de teses e dissertações da CAPES, a fim de identificar contribuições

para o método a ser empregado no presente estudo, além de revisar os resultados referentes às prevalências dos estágios de mudança de comportamento e dos fatores associados. O resultado de todo o processo encontra-se resumido na Figura 1.

Tabela 1. Estratégia de busca no PubMed

Nº	Chave de busca	Referências
1#	((("Transtheoretical model" or "stage of behavior change" or "theoretical model "))	19.037
2#	((("food" or "eating or "diet" or "feeding behavior" or "eating behavior" or "food choice"))))	1.232.316
3#	#1 AND #2	1.256

Tabela 2. Estratégia de busca no Lilacs

Nº	Chave de busca	Referências
1#	(tw:(modelo transteórico)) OR (tw:(modelos teóricos)) OR (tw:(estágios de mudança do comportamento))	149.116
2#	(tw:(aliment*)) OR (tw:(comportamento alimentar))	1.026.745
3#	#1 AND #2	5.980

2.1.2 Estudos incluídos na revisão de literatura

A busca nas duas bases de dados (PubMed e Lilacs) localizou 7.236 títulos, sendo 1.256 na base Lilacs e 5.980 no PubMed, dentre estes 265 eram estudos repetidos e foram excluídos. Após a leitura desses títulos, foram selecionados 151 para a leitura dos resumos (Figura 1), uma vez que a maioria dos títulos não continha nenhuma das expressões relacionadas com os estágios de mudança de comportamento ou o modelo transteórico para avaliação de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física. Assim, após a leitura dos 151 resumos, restaram 56 trabalhos para serem lidos na íntegra, sendo 54 artigos e duas dissertações. Os motivos de exclusão para as 95 publicações foram: estudos de revisão (n=10), não ter incluído informações com as prevalências nos estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de AF (n=79) e tratar apenas de

estudos de validação dos questionários para avaliar os estágios de mudança do comportamento (n=6). Após a leitura na íntegra dos 56 trabalhos, mais três estudos foram identificados nas referências bibliográficas dos mesmos, sendo dois artigos e uma tese. Ao final do processo de elegibilidade, dezesseis estudos foram selecionados para serem incluídos nessa revisão pelas bases de dados PubMed e Lilacs (14 artigos e 2 dissertações). Dos 41 trabalhos excluídos nessa etapa, seis se tratavam de estudos de revisão, 30 não incluíram informações com prevalências nos estágios de mudança do comportamento alimentar e prática de atividade física e cinco se tratavam de estudos de validação.

A tese identificada pelas referências foi buscada no Banco de Teses e Dissertações CAPES e os dois artigos também identificados nas referências foram obtidos na íntegra, completando 19 estudos incluídos nessa revisão. Um resumo das principais características e resultados desses 19 estudos está apresentado nos Quadros 1 e 2, a seguir.

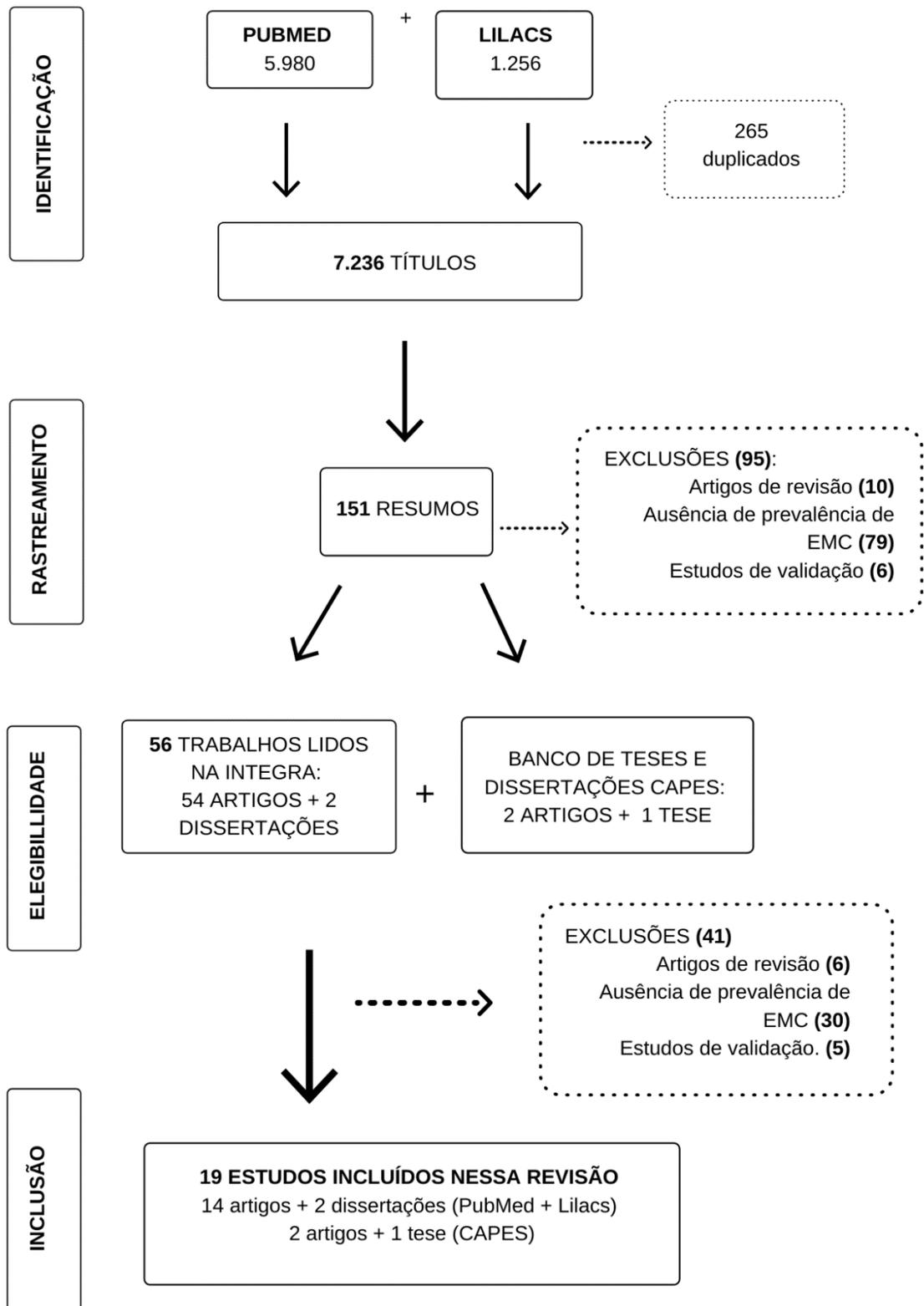


Figura 1. Fluxograma do processo de seleção dos estudos sobre os Estágios de Mudança do Comportamento – EMC.

2.3 Síntese dos estudos incluídos na revisão

Quadro 1. Estudos relevantes sobre os Estágios de Mudança do Comportamento Alimentar e Prática de Atividade Física

(continua)

Autor Ano País	Amostra (N)	Tipo de estudo	Como foram coletadas	Principais resultados
Davoodi et al. 2017 Irã	384 escolares, 14 e 18 anos, 8 escolas de ensino médio no município de Bandar (Irã) Perdas: 39 (10%)	Transversal	- 4 questões sim/não para o consumo de duas porções de frutas e outro para o consumo de 200 g ou mais de vegetais por dia. De acordo com a resposta o participante era classificado nos EMCA.	Frutas e vegetais Pré-contemplação: 18,1%; 39,1% Contemplação: 7,2%; 8,1% Preparação, 13,3%; 11,6% Ação: 16,5%; 12,2% Manutenção: 44,9%; 29,9%
Bedesch et al. 2016 Brasil	103 pessoas de ambos os sexos com idade ≥ 20 anos e IMC ≥ 30 kg/m ² , Usuários do SUS, em Belo Horizonte/ MG.	Transversal	- Consumo de gordura (11 afirmativas) - Ingestão de frutas e vegetais (9 afirmativas). - De acordo com a resposta o participante era classificado nos EMCA Pré-contemplação: pretende consumir daqui a seis meses Contemplação: pretende consumir entre 1 e 6 meses Preparação: pretende consumir a quantidade recomendada no próximo mês Ação: consome frutas e vegetais na quantidade recomendada nos últimos 6 meses Manutenção: consome há mais de 6 meses	Gorduras e F&V: Pré-contemplação: 1% e 14,6% Contemplação: 4,9% e 6,8% Preparação: 3,9% e 9,7% Ação: 7,8% e 6,8% Manutenção: 82,4% e 62,1%
Sader et al. 2016 Brasil	57 pacientes de uma clínica-escola de nutrição de uma instituição de ensino superior no município de São Paulo, idade entre 19 e 59 anos.	Transversal	- Para definição dos estágios foi investigado a intenção de aumentar o consumo de frutas e vegetais. Pré-contemplação: pretende consumir daqui a cinco meses Contemplação: pretende consumir entre 1 e 5 meses Preparação: pretende consumir a quantidade recomendada nos próximos meses Ação: consome frutas e vegetais na quantidade recomendada Manutenção: consome há mais de 6 meses	Frutas & Vegetais Pré-contemplação: 1,8% e 1,8% Contemplação: 22,8% e 22,8% Decisão: 38,6% e 28,1% Ação: 12,3% e 22,8% Manutenção: 14 24,6% e 24,6%

(continuação)

Autor Ano País	Amostra (N)	Tipo de estudo	Como foram coletadas	Principais resultados
Freitas 2015 Belo Horizonte	86 mulheres com excesso de peso, de 20 anos ou mais, usuárias de um polo do Programa Academia da Saúde	Ensaio clínico controlado, randomizado	<p>- 38 afirmativas distribuídas em quatro domínios: tamanho e quantidade das porções (9 questões); quantidade de gordura na dieta (11 questões); consumo de frutas e vegetais (9 questões); e prática de AF (9 questões).</p> <p>- Verificou-se a opção com maior número de respostas dentro de cada domínio, em caso de empate foi considerado o estágio menos avançado. A partir da classificação dos indivíduos, foram formados dois grandes grupos: pré-ação (pré-contemplação, contemplação e preparação) e grupo ação (ação e manutenção).</p>	<p>Tamanho e quantidade de porções: Grupo Controle e Intervenção Pré-ação: 28,6% e 27,5%; Ação: 71,4% e 72,5%</p> <p>Quantidade de gordura na dieta: Grupo Controle e Intervenção Pré-ação: 11,4% e 7,8%; Ação: 88,6% e 92,2%</p> <p>Consumo de frutas e hortaliças: Grupo Controle e Intervenção Pré-ação: 31,4% e 27,5%; Ação: 68,6% e 72,5%</p> <p>Prática de atividade física: Grupo Controle e Intervenção Pré-ação: 40,0% e 15,7%; Ação: 60,0% e 84,2%</p>
Leão et al. 2015 Brasil	48 indivíduos com excesso de peso, 20 a 72 anos - Ambulatório de Nutrição da Uni. Fed. de Juiz de Fora (HU/UFJF)	Transversal	<p>- Instrumento autoaplicável - 4 estágios de mudança para o comportamento de comer compulsivo (pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção). Versão adaptada e validada para o comportamento do comer compulsivo (BITTENCOURT, 2009).</p>	<p>Pré-contemplação: 29,2% Contemplação: 41,7%, Ação: 29,2%,</p>
Moreira et al. 2014 Brasil	131 mulheres adultas – uma academia da cidade em BH/MG	Transversal	<p>- Pergunta sim/não quanto ao consumo de óleo e alimentos ricos em gordura e classifica em um dos cinco estágios.</p> <p>- Indivíduos que referiram baixo consumo gordura (estágios de ação e manutenção) foram aplicados 3 R24h. Se a média do percentual de gordura foi igual ou inferior a 30% eles eram mantidos nesse estágios. - Para aqueles que a média dos 3 R24h foi superior a 30%, foram reclassificados para os estágio de pré-contemplação, contemplação e decisão mediante 4 perguntas relativas ao consumo de alimentos ricos em gorduras e uma relacionada ao consumo de F&V em lanches com alimentos gordurosos.</p>	<p>Pré-contemplação: 4,6% Contemplação: 19,8% Decisão: 26,0% Ação: 28,2% Manutenção: 21,4%</p>

(continuação)

Autor Ano País	Amostra (N)	Tipo de estudo	Como foram coletadas	Principais resultados
Moreira et al. 2012 Brasil	145 indivíduos de ambos os sexos, com ≥20 anos, usuários da academia da cidade em BH/MG.	Transversal	<p>- Pergunta sim/não quanto ao consumo de óleo e alimentos ricos em gordura e classifica em um dos cinco estágios.</p> <p>- Indivíduos que referiram baixo consumo gordura (estágios de ação e manutenção) foram aplicados 3 R24h. Se a média do percentual de gordura foi igual ou inferior a 30% eles eram mantidos nesse estágios. Para aqueles que a média dos 3 R24h foi superior a 30%, foram reclassificados para os estagio de pré-contemplação, contemplação e decisão mediante 4 perguntas relativas ao consumo de alimentos ricos em gorduras e uma relacionada ao consumo de F&V em lanches com alimentos gordurosos.</p>	<p>Pré-contemplação: 5,5%</p> <p>Contemplação: 20,0%</p> <p>Decisão: 24,1%</p> <p>Ação: 29,0%</p> <p>Manutenção: 21,4%</p>
Hintze et al. 2012 Brasil	145 adolescentes obesos de dez a 18 anos interessados em ingressar em um PMTO Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade.	Transversal	<p>- 38 afirmações distribuídas em quatro domínios: tamanho e quantidade das porções (9); quantidade de gordura na dieta (11); consumo de frutas e vegetais (9); e prática de AF (9).</p> <p>- Respostas para cada afirmação variando de 1 a 5, sendo 1 a pré-contemplação, 2 a contemplação, 3 a preparação, 4 a ação e 5 a manutenção. Para definição dos estágios em cada um dos quatro domínios, foi utilizada a seguinte classificação: 1 a 1,4 – pré-contemplação; 1,5 a 2,4 – contemplação; 2,5 a 3,4 – preparação; 3,5 a 4,4 – ação; 4,5 a 5 – manutenção.</p>	<p>Tamanho e quantidade das porções e AF:</p> <p>Pré-contemplação: 2,1% e 3,4%</p> <p>Contemplação: 28% e 34,5%</p> <p>Preparação: 45,5% e 45,5%</p> <p>Ação: 23% e 16,5%</p> <p>Manutenção: 0,7% e 0%</p> <p>Quantidade de gordura na dieta e F&V:</p> <p>Pré-contemplação: 6,2% e 2,1%</p> <p>Contemplação: 21,4% e 35,2%</p> <p>Preparação: 38,6% e 48,3%</p> <p>Ação: 31% e 14,5%</p> <p>Manutenção: 2,8% e 0%</p>
Bittencourt 2009 Brasil	175 indivíduos, 18 a 65 anos, escolaridade mínima 5ª série EF, em tratamento para compulsão alimentar	Transversal	<p>Instrumento URICA: escala autoaplicável com 24 itens. Dividido em quatro subescalas e cada uma delas com 6 itens</p> <p>- Pontuação obtida pela soma de pontos de cada subescala (1 - discordo totalmente, 2 - discordo, 3 - indeciso, 4 - concordo, 5 - concordo totalmente)</p>	<p>Pré contemplação: 13,67%</p> <p>Contemplação: 21,98%</p> <p>Ação: 23,15%</p> <p>Manutenção: %22,28</p> <p>Prontidão para a mudança de comportamento: 8,95%</p>

(continuação)

Autor Ano País	Amostra (N)	Tipo de estudo	Como foram coletadas	Principais resultados
Torral et al. 2006 Brasil	234 adolescentes estudantes de duas escolas do SENAI do município de São Paulo/SP.	Transversal	<p>- Participantes foram questionados através de perguntas de sim/não a respeito da ingestão ou intenção de consumir frutas e vegetais.</p> <p>- De acordo com a resposta o participante era classificado nos EMCA</p> <p>Pré-contemplação: pretende consumir daqui a seis meses</p> <p>Contemplação: pretende consumir entre 1 e 6 meses</p> <p>Preparação: pretende consumir a quantidade recomendada no próximo mês</p> <p>Ação: consome frutas e vegetais na quantidade recomendada nos últimos 6 meses</p> <p>Manutenção: consome há mais de 6 meses</p>	<p>Frutas e Vegetais:</p> <p>Pré-contemplação: 35% e 32,1%</p> <p>Contemplação: 13,2% e 11,1%</p> <p>Decisão: 17,9% e 12,4%</p> <p>Ação: 4,3% e 5,6%</p> <p>Manutenção: 29,5% e 38,9%</p>
Torral 2006 São Paulo	390 adolescentes de ambos os sexos, matriculados em escolas públicas, Piracicaba – São Paulo	Transversal	<p>- Participantes foram questionados através de perguntas de sim/não a respeito da ingestão de frutas, hortaliças, doces e gorduras</p> <p>- De acordo com a resposta o participante era classificado nos EMCA</p> <p>Pré-contemplação: pretende consumir daqui a seis meses</p> <p>Contemplação: pretende consumir entre 1 e 6 meses</p> <p>Preparação: pretende consumir a quantidade recomendada no próximo mês</p> <p>Ação: consome frutas e vegetais na quantidade recomendada nos últimos 6 meses</p> <p>Manutenção: consome há mais de 6 meses</p>	<p>Frutas e hortaliças:</p> <p>Pré-contemplação: 3,6% e 4%</p> <p>Contemplação: 4,6% e 4,4%</p> <p>Decisão: 26,7% e 22,3%</p> <p>Ação: 21,5% e 16,7%</p> <p>Manutenção: 43,6% e 43,1%</p> <p>Doces e gorduras</p> <p>Pré-contemplação: 10,8% e 6,4%</p> <p>Contemplação: 7,2% e 4,9%</p> <p>Decisão: 34,3% e 15,9%</p> <p>Ação: 21,5% e 31,5%</p> <p>Manutenção: 26% e 41,3%</p>

(continuação)

Autor Ano País	Amostra (N)	Tipo de estudo	Como foram coletadas	Principais resultados
Robson et al. 2017 EUA	134 adultos, >18 anos, moradores de duas cidades (comunidades) do estado de Delaware, EUA.	Transversal	<p>O constructo de frutas e vegetais foi avaliado pelo MTT por meio de perguntas de sim/não.</p> <p>- De acordo com a resposta o participante era classificado nos EMCA</p> <p>Pré-contemplação: pretende consumir daqui a seis meses</p> <p>Contemplação: pretende consumir entre 1 e 6 meses</p> <p>Preparação: pretende consumir a quantidade recomendada no próximo mês</p> <p>Ação: consome frutas e vegetais na quantidade recomendada nos últimos 6 meses</p> <p>Manutenção: consome há mais de 6 meses</p>	<p>Comunidade hispânica e afro-americana:</p> <p>Pré-contemplação: 3,3% e 2,9%</p> <p>Contemplação: 51,7% e 28,6%</p> <p>Preparação: 35,0% e 60,0%</p> <p>Ação: 3,3% e 0</p> <p>Manutenção: 6,7% e 8,6%</p>
Jun Ma et al. 2001 EUA	1545 adultos jovens de 18 a 24 anos de 10 estados dos EUA.	Transversal	<p>Item 1 avaliou quantas porções de frutas / legumes geralmente consome por dia. O item 2 se o entrevistado consome duas ou mais porções por dia de fruta ou três ou mais de vegetais e se têm a intenção de comer dois ou mais porções diárias de frutas ou três ou mais porções de legumes por dia nos próximos 6 meses ou 30 dias. O Item 3 avaliou a duração do comportamento</p> <p>- consumir < de duas porções diárias de frutas ou menos de três porções de vegetais foi classificado em um dos três estágios de pré-ação, dependendo da intenção de mudar: pré-contemplação, contemplação e preparação,</p> <p>- O respondente estava em ação se ele consumia duas ou mais porções por dia de frutas ou três ou mais porções por dia de vegetais por menos de 6 meses e em manutenção se por mais de 6 meses.</p>	<p>Estágios de mudança para frutas e legumes, respectivamente:</p> <p>Pré-contemplação (14,4%, 22,8%),</p> <p>Contemplação (13,1%, 20,9%),</p> <p>Preparação (16,2%, 27,1%),</p> <p>Ação (10,0%, 2,9%)</p> <p>Manutenção (46,3%, 26,2%).</p>

(continuação)

Autor Ano País	Amostra (N)	Tipo de estudo	Como foram coletadas	Principais resultados
Dumith et al. 2007 Brasil	3136 indivíduos de ambos os sexos, moradores da cidade de Pelotas/RS -Brasil	Transversal	Instrumento investiga e sobre atividades físicas, como caminhadas, exercícios e esportes, regularmente, e se isso aumenta sua respiração ou frequência cardíaca e classifica os indivíduos segundo MTT (Pochaska, 1992) Os três primeiros estágios podem ser nomeados adoção e as duas últimas etapas pós-adoção. O critério para definir AF regular foi realizar moderada AF ou vigorosa em três ou mais dias por semana, por pelo menos pelo menos 20 minutos consecutivos por dia. Somente atividades físicas intencionais, como recreação, esportes e fitness foram consideradas.	Pré-contemplação 38,3%, Contemplação, 13,0% Preparação, 19,5% Ação 5,2% Manutenção 24,0%
Häfele et al. 2016 Brasil	525 indivíduos com 18 anos ou mais usuários de 35 unidades básicas de saúde da zona urbana da cidade de Pelotas/RS.	Transversal	Utilizou-se o questionário proposto por Dumith e colaboradores (DUMITH et al., 2007). Os três primeiros estágios podem ser nomeados adoção e as duas últimas etapas pós-adoção. O critério para definir AF regular foi realizar moderada AF ou vigorosa em três ou mais dias por semana, por pelo menos pelo menos 20 minutos consecutivos por dia. Somente atividades físicas intencionais, como recreação, esportes e fitness foram consideradas.	Antes do aconselhamento: Pré-contemplação 38,3%, contemplação 6,3%, Preparação 24,0%, Ação 6,3% e Manutenção 25,1% Após aconselhamento: 20,1%, 8,2%, 30,4%, 8,7% e 32,6%, respectivamente
Quintino et al. 2014 Brasil	591 universitários de ambos os sexos, da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.	Transversal	Questionário proposto por Marcus e colaboradores (MARCUS et al., 1992). Os alunos foram classificados em um estado de comportamento "inativo", correspondente aos estágios de pré contemplação, contemplação e preparação; e comportamento "ativo", estágios de ação e manutenção. Considerou-se como AF regular a prática de atividades moderadas por, no mínimo, 30 minutos em cinco ou mais dias por semana ou ainda, a prática de atividade física vigorosa por, no mínimo, 20 minutos em três ou mais dias na semana.	18,6% inativo fisicamente (0,4% pré-contemplação; 2,5% contemplação; 15,7% preparação) 81,4% ativo fisicamente (18,2% ação; 63,2% manutenção)

(continuação)

Autor Ano País	Amostra (N)	Tipo de estudo	Como foram coletadas	Principais resultados
Cabrera et al. 2004 Colômbia	3000 residentes urbanos, ambos os sexos, de 18 a 65 anos, da cidade de Bogotá, Colômbia.	Transversal	Pré - contemplação: pessoas que não fazem atividade física no tempo livre nem pretendem praticar de uma maneira no período de seis meses. Contemplação: pessoas que não fazem atividade física no tempo livre mas pretendem fazê-lo nos próximos seis meses. Preparação: pessoas que não fazem atividade física no tempo livre mas pretendem fazê-lo nos próximos 30 dias. Ação: pessoas que realizam atividades vida física regular em tempo livre por menos de seis meses. Manutenção: pessoas que eles estão envolvidas em atividade física regular tempo livre por mais de seis meses. Recaída: pessoas que já realizaram atividade física regularmente em tempo livre, mas abandonaram recentemente.	Pré-contemplação:13% Contemplação: 24% Preparação: 18% Ação: 7% Manutenção: 34% Recaída: 4% abandonaram recentemente esse tipo de atividade.
Al-Otaibi et al. 2013 Arabia Saudita	242 indivíduos de oito centros de saúde da cidade de Al-Ahsa, Arábia Saudita	Transversal	Exercícios físicos moderados cinco ou mais vezes por semana ou exercício vigorosos de três a cinco vezes por semana com mais de seis meses consecutivos foram categorizados em Manutenção ou se fosse menos de seis meses para o estágio de Ação. O estágio de preparação foi para sujeitos que estavam pensando em iniciar num futuro próximo (1 mês). O estágio de contemplação àqueles que estavam pensando em começar o exercício ou andar nos próximos seis meses. Sujeitos que não estavam pensando sobre iniciar qualquer atividade física em um futuro próximo foram categorizados como estágio de pré-contemplação.	Pré-contemplação: homens (28,8%); mulheres (35,5%). Contemplação: (11,9%) homens; (21%) mulheres. Preparação: homens e mulheres (20,3%, 22,6% respectivamente). Altas proporções de homens estavam em ação (18,6%) e estágios de manutenção (20,3%) comparáveis às do sexo feminino.

(conclusão)

Autor Ano País	Amostra (N)	Tipo de estudo	Como foram coletadas	Principais resultados
Kearney 1999 Europa	14905 adultos de 15 cidades da União Europeia	Transversal	<p>Os estágios da mudança para atividade física foram avaliadas por uma questão destinada a atribuir pessoas a um desses estágios adaptados de Godine Shephard.</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Não sou muito ativo fisicamente e não pretendo se tornar mais ativo nos próximos 6 meses” (pré-contemplação). - “mas estou pensando em aumentar minha atividade nos próximos 6 meses” (contemplação). - “mas estou determinado a aumentar minha atividade no próximo mês” (decisão). - “atualmente estou fisicamente ativo, mas comecei a ser assim nos últimos 6 meses” (ação). - “sou bastante ativo fisicamente há mais de 6 meses” (manutenção) - “eu costumava ser fisicamente ativo há um ano, mas nos últimos meses tenho estado menos ativo” (recaída). 	<p>Mulheres:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pré-contemplação: 26% Contemplação: 11% Decisão: 7% Ação: 4% Manutenção: 36% Recaída: 11% <p>Homens: %</p> <ul style="list-style-type: none"> Pré-contemplação: 32% Contemplação: 14% Decisão: 9% Ação: 6% Manutenção: 25% Recaída: 10%

Os estudos incluídos na revisão foram publicados entre os anos de 1999 e 2017 e investigaram o comportamento alimentar e a prática de atividade física a partir do MTT. Desses, dezoito apresentaram um delineamento transversal (DAVOODI et al., 2017; LEÃO et al., 2015; SADER et al., 2016; HINTZE et al., 2012; MOREIRA et al., 2012; MOREIRA et al., 2014; TORAL et al., 2006; BEDESCH et al., 2016; BITTENCOURT, 2009; TORAL, 2006; ROBSON et al., 2017; JUN MA et al., 2001; DUMITH et al., 2007; HÄFELE et al., 2016; QUINTINO et al., 2014; CABRERA et al., 2004; AL-OTAIBI et al., 2013; KEARNEY et al., 1999), e um estudo de intervenção (FREITAS, 2015).

As amostras incluídas nesses estudos variaram de 48 (LEÃO et al., 2015) a 14905 (KEARNEY, 1999) indivíduos. Seis estudos foram realizados fora do Brasil (DAVOODI et al., 2017; ROBSON et al., 2017; JUN MA et al., 2001; CABRERA et al., 2004; AL-OTAIBI et al., 2013; KEARNEY et al., 1999). Quatorze trabalhos tiveram os adultos e idosos como população em estudo (LEÃO et al., 2015; SADER et al., 2016; MOREIRA et al., 2012; MOREIRA et al., 2014; BEDESCH et al., 2016; BITTENCOURT, 2009; FREITAS, 2015; ROBSON et al., 2017; JUN MA et al., 2001; DUMITH et al., 2007; HÄFELE et al., 2016; CABRERA et al., 2004; AL-OTAIBI et al., 2013; KEARNEY et al., 1999), enquanto os outros cinco incluíram somente adolescentes (DAVOODI et al., 2017; HINTZE et al., 2012; TORAL et al., 2006; TORAL, 2006; QUINTINO et al., 2014). Dois estudos foram conduzidos apenas com mulheres (MOREIRA et al., 2014; FREITAS, 2015), enquanto nos demais (n=17) a população em estudo incluiu ambos os sexos. Do total, quatro deles (LEÃO, et al., 2015, HINTZE et al., 2012; BEDESCH et al., 2016; FREITAS, 2015) captaram somente indivíduos obesos, enquanto os outros (n=15) não consideraram o estado nutricional como critério para a seleção da população alvo.

Todos os estudos encontrados utilizaram o termo 'estágios' para designar o comportamento dos indivíduos com o objetivo de avaliar a prontidão dos mesmos para mudanças de hábitos alimentares. No entanto, foram utilizados diferentes critérios e instrumentos para definir os estágios de mudança do comportamento alimentar. Doze estudos utilizaram um instrumento dicotômico com perguntas e opções de resposta do tipo sim/não para avaliar os estágios de prontidão para o consumo de frutas e vegetais (DAVOODI et al., 2017; SADER et al., 2016; TORAL et al., 2006, TORAL, 2006; ROBSON et al., 2017; JUN MA et al., 2001; DUMITH et al., 2007; HÄFELE et al., 2016; QUINTINO et al., 2014; CABRERA et al., 2004; AL-OTAIBI et al., 2013;

KEARNEY et al, 1999), investigando a frequência desses alimentos na dieta ou a prática de atividade física através de questionário de frequência alimentar (QFA) e intensidade da atividade física (leve, moderada ou rigorosa) . Três estudos aplicaram o questionário proposto por Sutton (SUTTON et al., 2003) adaptado por Cattai (CATTAI et al., 2009) para determinar o tamanho/quantidade de porções, o consumo de gordura, a ingestão de frutas e vegetais e o nível de atividade física (HINTZE et al., 2012; BEDESCH et al., 2016; FREITAS, 2015). Dentre eles, um estudo investigou consumo alimentar através da aplicação do recordatório alimentar de 24 horas (R24) em duplicata (BEDESCH et al., 2016) enquanto outro, além de utilizar o R24 em duplicata, também empregou QFA (FREITAS, 2015) e ainda, um destes estudos não investigou consumo (HINTZE et al., 2012). Outros três estudos aplicaram o instrumento URICA (*University of Rhode Island Change Assessment*), desenvolvido por McConaughy e colaboradores (MCCONNAUGHY et al., 1983) e adaptado por Bittencourt (BITTENCOURT, 2009) para medir a motivação em apenas quatro etapas da mudança: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (LEÃO et al., 2015; BITTENCOURT, 2009) e os instrumentos propostos por Greene & Rossi (GREENE & ROSSI, 1998) foram utilizados para avaliar os estágios de mudança nos dois estudos de Moreira (MOREIRA et al., 2012; MOREIRA et al., 2014), sendo avaliado o consumo de gordura através do registro de três R24.

Para a definição de cada um dos cinco estágios de mudança de comportamento (pré-contemplação, contemplação, decisão/preparação, ação e manutenção) houve variação entre os estudos. Enquanto seis autores definiram o terceiro estágio de mudança de comportamento como *decisão* (SADER et al., 2016; TORAL et al., 2006; MOREIRA et al., 2012; MOREIRA et al., 2014; TORAL, 2006; KEARNEY et al, 1999), outros dez definem como *preparação* (DAVOODI et al., 2017; HINTZE, et al., 2012; BEDESCH et al., 2016; ROBSON et al., 2017; JUN MA et al., 2001; DUMITH et al., 2007; HÄFELE et al., 2016; QUINTINO et al., 2014; CABRERA et al., 2004; AL-OTAIBI et al, 2013) e dois deles consideraram apenas quatro estágios de mudança de comportamento (LEÃO et al., 2015; BITTENCOURT, 2009). Ainda, no estudo de intervenção os participantes foram agrupados em pré-ação e ação para classificar os participantes nos estágios iniciais e finais, após a intervenção (FREITAS, 2015). A categoria pseudo-manutenção foi utilizada em apenas um desses estudo (BEDESCH et al., 2016).

2.4 Síntese dos fatores associados aos estudos de mudança de comportamento alimentar

Quadro 2. Fatores associados aos estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física conforme artigos incluídos na revisão de literatura deste projeto

(continua)

Autor principal	Ano	País	Amostra (N)	Principais Resultados
Davoodi et al.	2017	Irã	384	Aumento no equilíbrio de decisão e na auto eficácia estiveram associados positivamente e de forma linear com os estágios de mudança de comportamento para o consumo de frutas e vegetais, com menor equilíbrio de decisão e auto eficácia no estágio de pré-contemplação e maior no estágio de manutenção.
Bedesch et al.	2016	Brasil	103	Os fatores associados à percepção equivocada do teor de gordura na dieta foram o consumo excessivo de ácidos graxos saturados e idade, havendo maior resistência a mudança de comportamento alimentar em indivíduos de idade mais avançada. Em relação ao comportamento do consumo de frutas e vegetais a renda per capita foi associada ao estágio de pseudo-manutenção, indicando que a renda favorece a percepção equivocada de uma possível ingestão adequada de frutas e legumes.
Sader et al.	2016	Brasil	57	Não foi possível identificar uma relação significativa entre o estágio que os pacientes foram classificados e a adesão ao tratamento proposto.
Freitas	2015	Brasil	86	Houve diferença estatisticamente significativa na classificação dos grupos em relação aos estágios de mudança e a prática de atividade física, sendo as mulheres do grupo intervenção as mais avançadas nos estágios. Após seis meses de acompanhamento, as mulheres do grupo intervenção estiveram mais frequentemente nos estágios finais (ação e manutenção) somente para domínio de porções do que as mulheres do grupo controle.
Leão et al.	2015	Brasil	48	Não houve diferença estatística entre as médias de escore de prontidão segundo o sexo. A presença de compulsão alimentar periódica não alterou significativamente a média do escore de prontidão, porém foi associada ao estágio motivacional de contemplação quando comparada a pré-contemplação e a ação. Entretanto, aqueles que já receberam alguma orientação profissional tiveram um escore de prontidão maior que aqueles que nunca receberam ($p = 0,005$).
Moreira et al.	2014	Brasil	131	As mulheres classificadas nos estágios de ação e manutenção apresentaram menor consumo de alimentos ricos em gordura do que aquelas que estavam nos outros estágios.

(continuação)

Autor principal	Ano	País	Amostra (N)	Principais Resultados
Moreira et al.	2012	Brasil	145	As ingestões de calorias, lipídeos, ácidos graxos saturados e colesterol foram superiores nos indivíduos em pré-ação, enquanto o consumo de carboidratos foi inferior nesse mesmo grupo. O consumo diário de frutas, leite e derivados foi menor entre aqueles em pré-ação, sendo que usuários em ação relataram maior consumo de leite com baixo teor de gordura. Ao avaliar a ingestão de óleos e gorduras, verificou-se que os usuários classificados em pré-ação relataram maior consumo <i>per capita</i> mensal de óleo, ingestão diária de frituras, salgadinhos, carnes salgadas, hambúrgueres, presuntos e embutidos.
Hintze et al.	2012	Brasil	145	Para os EPMC em relação à quantidade de gordura na dieta não houve associação com as demais variáveis do estudo (classificação do IMC, faixa etária e gênero). Adolescentes mais velhos foram classificados nos estágios mais avançados em relação ao consumo de frutas e vegetais e prática habitual de AF, quando comparados aos adolescentes mais jovens.
Bittencourt	2009	Brasil	175	Indivíduos apresentaram maior ou menor motivação para a mudança de comportamento compulsivo alimentar de acordo com a gravidade de sua compulsão. A régua de prontidão apresentou correlação positiva com os resultados obtidos na URICA no estágio da ação e na prontidão para a mudança, sendo os indivíduos classificados neste estágio os mais motivados para mudança de comer compulsivo, e uma correlação inversa foi observada no estágio de pré-contemplação, sendo esses indivíduos os menos motivados para a mudança de seu comportamento e os que apresentaram índices mais graves de compulsão alimentar.
Toral et al.	2006	Brasil	234	Não houve associação entre os estágios de mudança com sexo ou estado nutricional dos participantes. Por outro lado, constatou-se a associação de tais estágios e o consumo de frutas e vegetais, evidenciando que os adolescentes em estágios mais avançados mostram maior consumo de frutas e vegetais e representam comportamentos alimentares distintos em relação aos estágios iniciais.
Toral	2006	Brasil	390	Não se verificou associação entre a classificação do estado nutricional, o consumo energético e o sexo. Diferenças significativas no consumo de frutas, hortaliças e doces foram observadas entre os participantes classificados nos estágios mais avançados de mudança de comportamento, sendo o consumo de doces inversamente associado a esses estágios. Aqueles indivíduos em contemplação tiveram menores médias de consumo para frutas e hortaliças e maiores para doces e o contrário foi observado no estágio manutenção.
Robson et al.	2017	EUA	134	A classificação nos estágios de mudança para FV foi significativamente diferente entre as duas comunidades. Apesar de o afro-americano estar em um estágio mais avançado de classificação (preparação), seu consumo não foi significativamente maior que Hispânico principalmente classificada na pré-contemplação /contemplação.
Jun Ma et al.	2001	EUA	1545	Aumento no equilíbrio de decisão e na auto eficácia estiveram associados positivamente e de forma linear com os estágios de mudança de comportamento para o consumo de frutas e vegetais, com menor equilíbrio de decisão e auto eficácia no estágio de pré-contemplação e maior no estágio de manutenção.

(conclusão)

Autor principal	Ano	País	Amostra (N)	Principais Resultados
Dumith et al.	2007	Brasil	3136	Os idosos, casados, fumantes e aqueles com status socioeconômico mais baixo eram menos propensos a adotar, iniciar e manter AF regular. A probabilidade de estar no estágio de pré-contemplação não diferia por sexo, e era maior para indivíduos não brancos e naqueles que vivem com um parceiro, essa probabilidade aumentou com a idade, diminuiu com o nível de educação, renda, IMC e estado de saúde autorreferido. Na manutenção, homens e não fumantes ou ex-fumantes eram mais frequentes do que mulheres e fumantes atuais, respectivamente. Cor da pele, estado civil e IMC não foram associados com os estágios de pós-adoção.
Häfele et al.	2016	Brasil	525	Na análise bruta, o aconselhamento esteve associado com o aumento da idade, com o diagnóstico médico referido de hipertensão arterial e diabetes mellitus, com os indivíduos com obesidade, com quem referiu o uso de algum medicamento de maneira contínua e com os sujeitos que estiveram mais vezes na UBS durante o último ano.
Quintino et al.	2014	Brasil	591	O sexo feminino foi o subgrupo populacional com maiores chances de apresentar comportamento inativo. Na análise bruta, a variável que se associou com um comportamento inativo fisicamente foi o sexo. Na análise ajustada por todas as variáveis, os resultados indicaram que universitários do sexo feminino foram os acadêmicos com maiores chances de apresentar um comportamento inativo fisicamente. As demais variáveis sociodemográficas não se associaram com o comportamento para AF.
Cabrera et al.	2004	Colômbia	3000	O sexo masculino foi o subgrupo que esteve prevalente no estágio de manutenção para a prática de AF, enquanto as mulheres estiveram majoritariamente classificadas nos estágios iniciais. Aumento da idade e menor nível de escolaridade foram associados aos primeiros estágios, enquanto ser solteiro associou-se a estar nos estágios finais.
Al-Otaibi et al.	2013	Arabia Saudita	242	A principal barreira entre as mulheres era a falta de tempo e nos homens, falta de motivação. As mulheres apresentaram menos barreiras internas em comparação com os homens. Ambos os sexos tiveram uma relação significativa entre os estágios de mudanças da atividade física e barreiras percebidas (interno e externo), mas nas mulheres nenhuma diferença significativa entre os estágios foi observada para a auto eficácia, ao contrário dos homens que tiveram uma diferença significativa nas categorias de auto eficácia.
Kearney et al.	1999	Europa	14905	Homens e sujeitos mais jovens com um nível de educação superior eram mais propensos a estar fase de manutenção. Indivíduos com sobrepeso e obesos eram mais propensos ao estágio de pré-contemplação do que os indivíduos com peso normal, assim como indivíduos mais velhos. Em termos de barreiras para participar de atividade física "não ser do tipo esportivo" era mais importante para aqueles em estágios de pré-contemplação, enquanto 'compromissos de trabalho / estudo' era mais importante para as pessoas na fase de manutenção.

Na análise dos fatores associados com os estágios de mudança do comportamento alimentar e prática de atividade física foi possível encontrar diferença significativa entre os sexos em 6 estudos (FREITAS et al., 2015; MOREIRA et al., 2012; DUMITH et al., 2007; HÄFELE et al., 2016; QUINTINO et al., 2014; CABRERA et al., 2004; AL-OTAIBI et al., 2013; KEARNEY et al., 1999). Cabe destacar que dois estudos foram realizados somente com mulheres e, entre os demais, as mulheres constituíam a maioria do público alvo desses estudos e, portanto, não foram representativos da população em geral dos locais onde foram realizados (LEÃO et al., 2015; SADER et al., 2016; MOREIRA et al., 2012; MOREIRA et al., 2014; HINTZE et al., 2012; BEDESCH et al., 2016; BITTENCOURT, 2009; TORAL, 2006; FREITAS, 2015; DUMITH et al., 2007; HÄFELE et al., 2016; CABRERA et al., 2004; AL-OTAIBI et al., 2013; KEARNEY et al., 1999). Além disso, um estudo conduzido apenas com adolescentes, encontrou diferença estatisticamente significativa no consumo de frutas e vegetais e prática habitual de AF ao comparar dois grupos etários, sendo os adolescentes mais velhos classificados em estágios mais avançados de mudança do comportamento alimentar, quando comparados aos adolescentes mais jovens (HINTZE et al., 2012). Em contrapartida, três estudos apontaram diferença na prática de atividade física entre indivíduos adultos e idosos, sendo a faixa etária mais velha o grupo prevalente em pré-contemplação (DUMITH et al., 2007; CABRERA et al., 2004; KEARNEY et al., 1999).

A maioria dos estudos revisados coletou informações sobre as condições socioeconômicas da população em estudo, porém somente sete investigaram associação entre os estágios de mudança de comportamento e os aspectos socioeconômicos (BEDESCH et al., 2016; HINTZE et al., 2012; DUMITH et al., 2007; HÄFELE et al., 2016; QUINTINO et al., 2014; CABRERA et al., 2004; KEARNEY et al., 1999).

Por outro lado, num dos estudos, a menor renda per capita esteve associada com a ingestão de frutas e vegetais entre aqueles indivíduos que foram classificados no estágio de pseudo-manutenção, sugerindo que a renda favorece a percepção equivocada de uma possível ingestão adequada de frutas e vegetais (BEDESCH et al., 2016).

Dos 19 estudos incluídos, cinco tiveram suas amostras constituídas por indivíduos com excesso de peso ou obesidade (LEÃO, et al., 2015; HINTZE, et al., 2012; BEDESCH et al., 2016; BITTENCOURT, 2009; FREITAS, 2015) e, em três

desses, os indivíduos estavam inseridos em programas de tratamento para controle da obesidade. Assim, essa população poderia apresentar maior preocupação em relação ao comportamento alimentar e, conseqüentemente, estar mais frequentemente classificada em estágios mais avançados de mudança do comportamento (LEÃO et al., 2015; HINTZE et al., 2012; FREITAS, 2015). Em contrapartida, um desses estudos (BEDESCH et al., 2016) mostrou que 20% dos indivíduos que acreditaram estar em estágios de ação e manutenção para o consumo de frutas, vegetais e gorduras, eles não haviam consumido a quantidade recomendada, quando questionados por meio de dois R24h, sendo considerada como percepção equivocada de comportamento alimentar, característica do estágio de pseudo-manutenção (STEPTOE et al. 1996).

Para o estudo de intervenção incluído nessa revisão, notou-se mudança na classificação dos indivíduos com sobrepeso e obesidade em direção à eutrofia que foi acompanhada pelo alcance de estágios mais avançados no comportamento alimentar (FREITAS, 2015).

Além dos fatores supracitados, alguns aspectos comportamentais como a compulsão alimentar e a ingestão aumentada de calorias, com aumento no consumo de gorduras e doces, foram identificadas em indivíduos classificados nos primeiros estágios de mudança, ou seja, pré-contemplação e contemplação (LEÃO et al., 2015; MOREIRA, et al., 2012; MOREIRA, et al., 2014; BEDESCH et al., 2016; BITTENCOURT, 2009; TORAL, 2006).

Na maioria dos estudos revisados também foi observado que quanto menos avançado o indivíduo estivesse nos estágios de prontidão para mudança do comportamento alimentar, pior a qualidade da dieta (LEÃO ET AL., 2015; BEDESCH ET AL., 2016) e maior relação foi observada com excesso de peso e obesidade (MOREIRA et al., 2012; MOREIRA et al., 2014; TORAL et al., 2006; BITTENCOURT, 2009; FREITAS, 2015). Esses achados evidenciam o construto de validade do modelo dos estágios de prontidão para a mudança do comportamento alimentar e criam um alerta para a relação dos fatores associados com as doenças crônicas não transmissíveis, correlacionando hábitos alimentares e estilo de vida.

3 Justificativas

O estudo sobre o comportamento alimentar na população tem despertado o interesse por estar relacionado com o planejamento e o sucesso de intervenções nutricionais, bem como, com o desfecho de saúde da população em geral. Assim, a avaliação dos hábitos alimentares apresenta-se cada vez mais em evidência devido sua estreita relação com a prevenção e o controle de doenças, e a promoção da saúde.

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

Observa-se que os fatores associados ao comportamento alimentar também têm sido alvo de diversos estudos, pela sua relação o desenvolvimento de uma série de DCNT, consideradas como um problema de saúde global (MCCRACKEN et al., 2007; SCHMIDT MI et al., 2011). A falta de atividade física, e os hábitos alimentares inadequados podem ser responsáveis pelo aumento das dislipidemias e outras alterações metabólicas, estando associados a uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas (Batista Filho M; Rissin A, 2003; Mccracken M et al., 2007). Portanto, avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar em adultos e associá-lo a fatores demográficos e socioeconômicos possibilita criar estratégias de intervenção mais efetivas e, assim, reduzir o impacto que um comportamento alimentar não saudável pode trazer para a saúde futura desses indivíduos, em direção a adoção de práticas alimentares saudáveis.

Sua importância também se traduz por permitir a identificação de indivíduos e grupos em risco nutricional; facilitar o planejamento, monitoramento e avaliação de programas de intervenção e subsidiar políticas nacionais de saúde e nutrição. Destaca-se que não foi identificado nenhum estudo publicado com o MTT para avaliar o comportamento alimentar em população adscrita às unidades básicas de saúde, de

forma que o planejamento das ações possa ser feito com base nos diferentes estágios de mudança do comportamento alimentar e, ainda, tendo em vista o aporte teórico que essa informação poderá oferecer para a implantação de programas de enfrentamento do excesso de peso e obesidade em adultos atendidos pelo SUS.

4 Objetivos

4.1 Objetivo geral

Avaliar os estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta adscrita às unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas, RS.

4.2 Objetivos específicos

- ✓ Determinar os estágios de mudança de comportamento alimentar em relação ao tamanho/quantidade das porções, consumo de frutas e vegetais, consumo de gordura e prática de atividade física e classificar os indivíduos de acordo com o modelo transteórico.
- ✓ Descrever os estágios de mudança de comportamento de acordo com as características demográficas (sexo, idade, cor da pele), socioeconômicas (renda, escolaridade, situação conjugal) da população estudada.
- ✓ Descrever os estágios de mudança de comportamento de acordo com as morbidades referidas (obesidade, hipertensão arterial sistêmica, diabetes *melittus*) e de acesso/utilização dos serviços de saúde da população estudada.
- ✓ Investigar a associação entre os fatores socioeconômicos (renda, escolaridade, situação conjugal, fatores demográficos (sexo, idade, cor da pele), e antropométricos (baixo peso, eutrófico, excesso de peso e obesidade), morbidade referida (obesidade, hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus*) e características de acesso/utilização dos serviços de saúde com os estágios de mudança de comportamento.

5 Hipóteses

As maiores prevalências nos estágios de mudança do comportamento serão identificadas nos seguintes domínios:

- ✓ tamanho e quantidade das porções: Ação (45%)
- ✓ consumo de frutas e vegetais: Manutenção (40%)
- ✓ quantidade de gordura na dieta: Ação (30%)
- ✓ prática de atividade física: Preparação (42%)

O predomínio de indivíduos em estágios mais avançados de mudança de comportamento (ação e manutenção) estará associado a:

- ✓ ser do sexo feminino;
- ✓ ser casado/a ou morar com companheiro/a;
- ✓ ser de cor da pele branca;
- ✓ apresentar maior nível de escolaridade;
- ✓ pertencer a família de maior renda
- ✓ referir ser hipertenso ou diabético;
- ✓ utilizar serviços de atenção primária à saúde

6 Metodologia

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

6.1 Delineamento do estudo

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

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

6.2 População e local do estudo

A população-alvo será compreendida pela população adscrita em territórios adstritos às unidades básicas de saúde do município de Pelotas, RS.

6.3 Critérios de inclusão exclusão

Serão incluídos indivíduos com 20 anos ou mais residentes das áreas de abrangência dos territórios adstritos às unidades básicas de saúde da zona urbana do município de Pelotas.

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

6.4 Perdas, recusas e exclusões

PERDA: considerado perda quando o indivíduo não foi encontrado.

RECUSA: Quando o indivíduo não aceitou participar da pesquisa. Porém, neste caso as entrevistadoras foram orientadas a não desistir antes de pelo menos três tentativas em dias e horários diferentes, lembrando sempre que muitas recusas são temporárias, ou seja, é uma questão de momento. Possivelmente, em outro dia a pessoa poderia aceitar responder ao questionário.

EXCLUSÃO: Quando o indivíduo não se encaixa nos critérios de inclusão da pesquisa.

6.5 Cálculo do tamanho da amostra

Primeiramente, estimou-se a amostra necessária para estudar a prevalência dos desfechos, utilizando o nível de confiança de 95% e acrescentando 10% para possíveis perdas. Diversas prevalências e erros percentuais foram admitidos para esses cálculos que são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Cálculo do tamanho da amostra

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

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

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

6.5.1 Processo de amostragem

Para a seleção dos indivíduos a serem entrevistados será utilizado um processo amostral em múltiplos estágios. No primeiro estágio será realizado um sorteio aleatório das nove unidades básicas de saúde pela relação das 37 unidades da zona urbana do município de Pelotas, obtidas na Secretaria Municipal de Saúde. Definidos os territórios das nove unidades, serão identificados os mapas para a seleção sistemática de 60 domicílios em cada território. Nesses domicílios serão entrevistados todos os residentes com 20 anos e mais para constituírem a população em estudo. Espera-se encontrar em torno de duas pessoas por domicílio de forma que devem constituir a população alvo desse estudo cerca de 1080 pessoas com 20 anos ou mais de idade.

6.6 Variáveis

6.6.1 Variáveis dependentes

Como variáveis dependentes serão considerados os estágios de mudança de comportamento em quatro domínios, como proposto por Sutton (SUTTON et al., 2003) e adaptado por Cattai (CATTAI et al., 2009). Esses domínios consideram tanto a alimentação como a prática de atividade física. Enquanto são utilizados três domínios para avaliar a alimentação, o quarto avalia atividades domésticas e rotinas mais ativas do cotidiano. Os itens considerados em cada um desses domínios são apresentados a seguir.

Primeiro domínio: tamanho e quantidade das porções

Neste domínio é avaliado se o indivíduo consegue controlar a quantidade e o tamanho, medindo porções, controlando a ingestão excessiva de alimentos durante ou nos intervalos das refeições, aumentando a ingestão de água, evitando repetições, o consumo de alimentos quando está satisfeito, triste ou deprimido.

Segundo domínio: gordura na dieta

Para avaliação da quantidade de gordura o entrevistado é questionado com respeito a escolha de alimentos com menor teor de gordura, como por exemplo o leite desnatado, e para a diminuição do consumo de carne, frituras e alimentos ultraprocessados.

Terceiro domínio: consumo de frutas e vegetais

Para avaliar esse domínio são consideradas os números das porções de frutas e vegetais consumidas ao longo do dia, além de avaliar o consumo deste grupo em lanches ou em substituição a outros alimentos, como os doces.

Quarto domínio: prática de atividade física

Este domínio avalia se o indivíduo executa atividades domésticas ou no trabalho consideradas pesadas, se evita a realização de atividades sedentárias ao longo do dia, busca utilizar modos de deslocamento e no lazer mais ativos.

Para cada um dos domínios serão aplicadas entre 9 e 11 questões para as quais o entrevistado deverá indicar, de acordo com cinco opções de resposta aquela que descreve melhor o seu comportamento, sendo que cada uma se refere a um estágio de mudança conforme o Quadro 3.

Quadro 3. Estágios de mudança do comportamento

Estágios de Mudança	Frases de identificação
Pré – contemplação	“Eu não faço isso, e não tenho planos para fazê-lo”
Contemplação	“Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer nos próximos 6 meses”
Preparação	“Eu não faço isso agora, mas estou pensando em fazer neste mês”
Ação	“Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses”
Manutenção	“Eu faço isso há mais de 6 meses”

Para identificar o estágio de mudança do/a participante para cada um dos quatro domínios, verifica-se a opção com maior número de respostas dentro das questões incluídas na avaliação, sendo em caso de empate considerado o estágio menos avançado de comportamento.

6.6.2 Variáveis independentes

O instrumento está planejado para obter, além das variáveis que compõem o desfecho, as informações sobre características demográficas, socioeconômicas, antropométricas, morbidades referidas e acesso e utilização dos serviços de saúde. As variáveis selecionadas para o estudo estão disponibilizadas no Quadro 4 e serão aplicadas aos indivíduos da amostra selecionada sob forma de entrevista domiciliar. A variável sexo será observada pelos entrevistadores. As demais variáveis serão coletadas durante a entrevista por meio de questionário.

Quadro 4. Caracterização das variáveis independentes

Variáveis	Tipo de variável	Definição operacional
Demográficas		
Sexo	Categórica Dicotômica	Masculino/feminino
Idade	Numérica discreta	Anos completos
Cor da pele	Categórica nominal	Branca/Preta/Amarela/Parda/indígena
Socioeconômicas		
Escolaridade	Categórica ordinal	Anos completos de estudo
Renda familiar no último mês	Numérica contínua	Em reais
Situação conjugal	Categórica nominal	Casado(a) ou mora com companheiro(a)/solteiro(a) ou sem companheiro(a)/ separado(a)/viúvo(a)
Antropométricas		
Peso	Numérica contínua	Autorreferido (em kg)
Altura	Numérica contínua	Autorreferido (em cm)
Morbidades Referidas		
Obesidade	Categórica dicotômica	Não/Sim
Hipertensão Arterial Sistêmica	Categórica dicotômica	Não/Sim
Diabetes <i>mellitus</i>	Categórica dicotômica	Não/Sim
Serviços de Saúde		
Profissional/serviço de saúde de referência	Categórica dicotômica	Não/Sim
Vínculo	Categórica nominal	Não tem/ Tem, sempre o mesmo/ Tem, profissional/serviço diferente
Afiliação	Categórica dicotômica	Atenção primária à saúde/ Outros serviços

6.7 Instrumentos

As variáveis demográficas, socioeconômicas, antropométricas, de morbidade referida e de acesso e utilização dos serviços de saúde serão coletadas mediante um

questionário comum para todas as demais pesquisas do projeto e com predomínio de perguntas fechadas.

6.7.1 Instrumento de avaliação dos estágios de mudança do comportamento alimentar e prática de atividade física

O questionário referente a este instrumento encontra-se no apêndice B.

6.8 Aspectos Logísticos

A pesquisa será conduzida em nove territórios adstritos às unidades básicas de saúde da área urbana do município de Pelotas/RS. Após definição dos domicílios selecionados para o estudo, os mesmos serão visitados pelos supervisores da pesquisa antes da coleta de dados, com o intuito de verificar se o domicílio é residencial, o número, o sexo e a idade dos moradores, e para informar sobre o estudo, apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e agendar possíveis horários disponíveis para a entrevista.

A equipe de coleta de dados será composta por, aproximadamente, quatro entrevistadoras previamente treinadas que aplicarão os questionários com todas as pessoas do domicílio com 20 ou mais anos de idade.

Planeja-se que cada entrevistadora realize uma média de seis entrevistas por dia e, considerando que trabalhem em cinco dias da semana, isso resultará em 30 entrevistas por semana para cada entrevistadora. Assim, espera-se que cada território possa ser concluído em uma semana de trabalho, com quatro entrevistadores trabalhando no mesmo território. Dessa forma, serão necessárias nove semanas para a conclusão da coleta de dados nos territórios das nove unidades básicas de saúde. Acrescenta-se a esse prazo mais três semanas para entrevistar indivíduos não localizados na primeira visita e tentativa de reversão de possíveis recusas pelos supervisores do estudo, totalizando três meses para o trabalho de campo. Salienta-se que será considerado como perda o indivíduo que não for encontrado em pelo menos três visitas ao domicílio, em dias e horários diferentes. Ainda para diminuir o número de perdas, visitas para aplicação do questionário no local de trabalho ou ainda por telefone serão propostas àqueles entrevistados com dificuldade para encontrar no domicílio.

6.8.1 Seleção e Treinamento dos Entrevistadores

Serão recrutadas para a coleta de dados quatro entrevistadoras do sexo feminino, com ensino superior completo, que serão supervisionadas por dois pesquisadores, estudantes de pós-graduação que também serão responsáveis pelas tentativas de reversão de recusas e pelo controle de qualidade. Essas entrevistadoras serão treinadas durante pelo menos uma semana para realizar o trabalho de campo, com orientações sobre a abordagem com os entrevistados, bem como para a aplicação dos instrumentos. Haverá reuniões semanais com a equipe de campo a fim de esclarecer eventuais dúvidas e acompanhar a coleta de dados para armazenamento das informações.

6.9 Processamento e análise dos dados

As análises estatísticas serão realizadas no *software* Stata versão 12. Primeiramente, a amostra do estudo será descrita conforme as características demográficas, socioeconômicas, antropométricas e acesso a serviços de saúde. Para as variáveis categóricas serão apresentadas as frequências absolutas e relativas e, para as variáveis contínuas, média e desvio padrão. A análise inicial será descritiva e incluirá cálculos de proporções e intervalos de confiança de 95% para as variáveis categóricas; média, mediana, desvio padrão e intervalo interquartil para as variáveis contínuas. Após, serão realizadas análises bi e multivariáveis para investigar as associações entre as variáveis independentes e os desfechos deste estudo. A comparação de proporções será pelo teste do qui-quadrado, utilizando um nível de significância de 5% para testes bicaudais. Regressão de *Poisson* deverá ser utilizada nas análises multivariáveis para controlar os possíveis fatores de confusão e estimar as razões de prevalências para desfechos frequentes.

7 Aspectos Éticos

A pesquisa intitulada “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS” foi submetida à apreciação e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, conforme os preceitos da resolução 466/12. A participação dos indivíduos no estudo é voluntária, mediante assinatura do TCLE. Os princípios éticos serão resguardados para os entrevistados através dos seguintes itens: obtenção de consentimento informado por escrito, garantia do direito de não participação na pesquisa e sigilo acerca da identificação dos respondentes. O TCLE encontra-se no Anexo A.

8 Financiamento

Este estudo está inserido na pesquisa “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS”, e faz parte do estudo nacional: ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO DO SUS, que está sendo realizado em 22 estados do país, através de financiamento do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

9 Divulgação dos Resultados

O artigo resultante do presente projeto será publicado em uma revista científica nacional ou internacional e relatório técnico será apresentado nas secretarias municipais de saúde dos municípios envolvidos, na secretaria estadual de saúde do Rio Grande do Sul, na Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde e no (CNPq). Os resultados também serão apresentados nas unidades básicas de saúde quando será convidada a população desses territórios.

10 Cronograma

Atividades	2019												2020						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
Revisão bibliográfica																			
Elaboração do projeto																			
Qualificação do projeto																			
Coleta de dados																			
Análise dos dados																			
Escrita do artigo																			
Defesa da dissertação																			

Referências

- AL-OTAIBI, H.H. Measuring Stages of Change, Perceived Barriers and Self efficacy for Physical Activity in Saudi Arabia. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Vol 14, 2013.
- AZEREDO, C.M et al. Dietary intake of Brazilian adolescents. **Public Health Nutr.** 18: 1215-24. 2014.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(Sup. 1):S181-S191, 2003.
- BEDESCHI, L.B. et al. Stages of change and factors associated with misperceived eating behavior in obese individuals. **Rev. Nutr.** Campinas. 29(1):33-42, jan./fev. 2016.
- BERNARDES, Simone. **Estágios de mudança de comportamento alimentar relacionados ao consumo de frutas e vegetais em pacientes com doença aterosclerótica**. 2009. Dissertação de mestrado (Ciências da Saúde. Cardiologia e ciências cardiovasculares) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.
- BITTENCOURT, Simone Armentano. **Motivação para a mudança: adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo**. 2009. 81f. Tese de doutorado (Programa de Pós-Graduação em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, 156 p. 2014
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e**

distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Percepção do estado de Saúde, estilos de vida e doenças crônicas.** Brasília. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2014.

CARMO, E. et al. Mudanças nos padrões de morbimortalidade da população brasileira: os desafios para um novo século. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** 12(2): 63 – 75. 2003.

CABRERA, G.F.; GÓMEZ, L.M.D.; MATEUS, J.C. Actividad física y etapas de cambio comportamental en Bogotá. **Colomb Med**, v.35, n.2, 82-86, 2004.

CATTAL, G.B., HINTZE, L.J.; NARDO JUNIOR, N. Internal validation of the stage of change questionnaire for alimentary and physical activity behaviors. **Rev Paul Pediatr**, 28,194-9, 2010

CONCEIÇÃO, Sueli Ismael Oliveira da et al. Consumo alimentar de escolares das redes pública e privada de ensino em São Luís, Maranhão. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 23, n. 6, p. 993-1004, Dec. 2010

COSTA, A.L.F.; DUARTE, D.E.; KUSCHNIR, M.C.C. A família e o comportamento alimentar na adolescência. **Adolesc. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3, p. 52-58, jul./set., 2010.

DAVOODI, S. et al. Fruit and Vegetable Consumption in High School Students in Bandar Abbas, Iran: An Application of the Trans-theoretical Model. **Archives of Iranian Medicine**, Volume 20, Number 6, June 2017.

DUMITH, S.C.; GIGANTE, D.P.; DOMINGUES, M.R. Stages of change for physical activity in adults from Southern Brazil: a population-based survey **International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity** 2007, 4:25.

FREITAS, Patrícia Pinheiro. **Impacto da intervenção nutricional, pautada no modelo transteórico para controle do peso, na Atenção Primária: ensaio clínico randomizado.** 2015. 187f. Dissertação de mestrado (Escola de Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2015

FRIEDRICH, R.R. et al. Effect of intervention programs in schools to reduce screen time: a meta-analysis. **J. de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 3, p. 232–241, 2014.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública**; 34(8):e00029818. 2018

GORDIS L. **Epidemiology**. 4th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2009.

GREENE, G.W. et al. Dietary applications of the Stages of Change Model. **J Am Diet Assoc**, 99 (6):673–678. 1999

GREGORY, C.; SMITH, T.; WENDT, M. How Americans rate their diet quality: an increasingly realistic perspective. **Economic Research Service**. Washington, DC, n. 83, p. 1-18, 2011.

HÄFELE, V.; SIQUEIRA, F.V. Aconselhamento para atividade física e mudança de comportamento em Unidades Básicas de Saúde. **Rev Bras Ativ Fís Saúde** 2016;21(6):581-592.

HINTZE, L. Estágio de prontidão para mudança de comportamento de adolescentes interessados em ingressar no Programa Multiprofissional de Tratamento da Obesidade. **Rev Paul Pediatr**.30(2):237-43. 2012

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil** / IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 150 p. 2011.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009: aquisição alimentar domiciliar per capita, Brasil e grandes Regiões**. Brasília: IBGE; 2010.

JUN, M.A. et al. The Importance of Decisional Balance and Selfefficacy in Relation to Stages of Change for Fruit and Vegetable Intakes by Young Adults. **American Journal of Health Promotion**, v.16, n.3, January/February 2002.

KEARNEY, M.J.et al. Stages of change towards physical activity in a nationally representative sample in the European Union. **Public Health Nutrition**: 2(1a), 115–124, 1999.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LEÃO, J. et al. Estágios motivacionais para mudança de comportamento em indivíduos que iniciam tratamento para perda de peso. **J Bras Psiquiatr**, 64(2):107-14. 2015.

LEVY, R.B. et al. Consumo e comportamento alimentar entre adolescentes brasileiros: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), 2009. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3085-3097, Oct. 2010.

MADUREIRA A. et al. Associação entre estágios de mudança de comportamento relacionados à atividade física e estado nutricional em universitários. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(10):2139-2146, out, 2009

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

MARTINS A. P. et al. Increased contribution of ultra processed food products in the Brazilian diet (1987–2009). *Rev Saude Publica*, n. 47, p. 656–665, 2013.

MÁSSIMO, E.; SOUZA, H.; FREITAS, M. Doenças crônicas não transmissíveis, risco e promoção de saúde: construções sociais de participantes do Vigitel. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(3):679-688, 2015.

MCCONNAUGHY, E. et al. Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375. 1983

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

MONTEIRO, C. A. et al. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. **Cad Saude Publica, Brazil**, v. 26, n. 11, p. 2039-49, 2010.

MOREIRA, R. A. M. **Aplicação do Modelo Transteórico para consumo de óleos e gorduras e sua relação com consumo alimentar e estado nutricional em um Serviço de Promoção da Saúde**. 2010. 190 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2010.

MOREIRA, R.A.M. et al. Eating behavior toward oil and fat consumption versus dietary fat intake¹. **Rev. Nutr.**, 27(4):447-457, jul./ago. 2014.

MOREIRA, R. A. M.; SANTOS, L.C.; LOPES, A, C, S. A qualidade da dieta de usuários de serviço de promoção da saúde difere segundo o comportamento alimentar obtido pelo modelo transteórico. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n.6, p.719-730, nov./dez., 2012.

NATALI, Celeste Maria. **Mudança nos comportamentos alimentar e de atividade física em portadores de diabetes mellitus tipo 2, com base no modelo transteórico**. 2010. 122f. Dissertação (mestrado em ciência da nutrição). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa. 2010

OLIVEIRA, J, S. et al. ERICA: uso de telas e consumo de refeições e petiscos por adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, v. 50, supl. 1, 7s, p. 1s-9s, 2016.
PRADO, B. **Consumo alimentar de escolares antes e após ações de educação nutricional, em Cuiabá-MT**. 2011. 122 f. Dissertação (Mestrado saúde Coletiva)

Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2011.

PROCHASKA, J.O.; REDDING, C.A., EVERS, K.E. The Transtheoretical Model and stages of change. In: GLANZ, K.; LEWIS, F.M.; RIMER. B.K.(editors). **Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice**. 2nd ed. California: Jossey-Bass; 1996.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C.; NORCROSS, J.C. In search of how people change. **American Psychologist**, 47(9), 1102-1114. 1992.

QUINTINO, P.L.; SILVA, D.A.S; PETROSKI, E.L. Estágios de mudança de comportamento para atividade física em universitários e fatores sociodemográficos associados. **Rev Bras Educ Fís Esporte**, (São Paulo) 2014 Abr-Jun; 28(2):305-14 • 305

SHANNON, M. et al. The Association Between Fruit and Vegetable Consumption and Fruit and Vegetable Stage of Change in Underserved Communities Engaging With Cooperative Extension Services. **Journal of Nutrition Education and Behavior** _ Volume -, Number -, 2017

SADER, J.T. Utilização do modelo transteórico no processo de mudança de hábitos alimentares **Revista de Iniciação Científica, Tecnológica e Artística Edição Temática em Saúde e Bem estar**, v.5, n.6, 2016.

SCHMIDT, M.I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, 2011

SUTTON, K. et al. Assessing dietary and exercise stage of change to optimize weight loss interventions. **Obes Res**. 2003; 11(5):641-52.

STEPTOE, A. et al. Stages of changes for dietary fat reduction: associations with food intake, decisional balance and motives for food choice. **Helth Educ J** 1996; 55: 108-122.

TANAKA, O. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.927-934, 2011

TAVARES, L. et al. Relationship between ultra-processed foods and metabolic syndrome in adolescents from a Brazilian Family Doctor Program. **Public health nutrition**, v. 15, n. 1, p. 82-87, 2012.

TORAL, N. et al. Comportamento alimentar de adolescentes em relação ao consumo de frutas e verduras. Campinas, 2006. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 19, n. 3, p. 331-340, maio/jun., 2006.

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. **Ciênc. Saúde Colet.**, São Paulo, v. 12, n.6, p.1641-1650, 2007.

TORAL, Natacha M. **Alimentação saudável na ótica dos adolescentes e o impacto de uma intervenção nutricional com materiais educativos baseados no Modelo transteórico entre escolares em Brasília-DF.** 2010. 153 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

TORAL, Natacha M. **Estágios de mudança de comportamento e sua relação com o consumo alimentar de adolescentes.** 2006. 142 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

VIGITEL. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal em 2011. **Ministério da Saúde.** Brasília-DF. 2011

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global recommendations on physical activity for health.** Geneva: WHO; 2010.

Modificações no Projeto de Pesquisa

1 Modificações no Projeto de Pesquisa

Após a qualificação, durante o planejamento e execução do trabalho de campo e análises estatísticas, algumas modificações foram efetuadas no projeto de pesquisa.

A respeito dos critérios de inclusão, após revisão da literatura sobre os temas da pesquisa, decidiu-se delimitar o estudo em indivíduos adultos entre 20 e 59 anos, delineando o público alvo dessa faixa-etária como população da pesquisa.

A coleta de dados do estudo estava planejada para ser finalizada até o mês de abril de 2020, porém devido ao atraso no início do trabalho, que ocorreu por motivos orçamentários e recursos logísticos, o tempo de coleta de dados foi alterado. O novo prazo estipulado foi julho de 2020.

A amostra calculada para o estudo foi de 700 domicílios, porém, o trabalho de campo teve que ser interrompido devido a pandemia do novo corona vírus que atingiu todo o país no decorrer do ano de 2020, em razão disso essa dissertação compreende os dados coletados até o mês de março de 2020.

Relatório do Trabalho de Campo

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS**



Relatório do Trabalho de Campo

**ESTÁGIOS DE MUDANÇA DE COMPORTAMENTO ALIMENTAR E PRÁTICA DE
ATIVIDADE FÍSICA EM POPULAÇÃO ADULTA ADSCRITA ÀS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DE PELOTAS, RS**

Samara Christ Teixeira

Pelotas, 2020

1 Introdução

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

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

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

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

O presente relatório visa descrever todas as atividades desenvolvidas durante o trabalho de campo realizado em Pelotas, uma vez que os acompanhamentos a serem conduzidos nos outros municípios que fazem parte do estudo “Conhecimento

sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS” não são objeto de interesse dessa dissertação. Cumpre ainda esclarecer que este relatório refere-se ao período de dezembro de 2019 a março de 2020, quando foi necessário suspender o trabalho de campo em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus.

2 Instrumento de pesquisa

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

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

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

As questões e instrumentos utilizados nessa pesquisa foram agrupados em blocos e então, aplicadas ao adulto que aceitou, mediante assinatura do TCLE, a participar do estudo. Para aplicação das perguntas contidas nos blocos foi utilizado o

dispositivo móvel e uma versão impressa foi preparada e disponibilizada para as entrevistadoras no caso de problemas técnicos com os dispositivos móveis. Alguns blocos do questionário foram aplicados com o auxílio de um caderno de réguas que ajudava nas respostas dos entrevistados.

Composição questionário individual:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

http://www.epidemiologia-ufpel.org.br/site/content/coorte_1982/questionarios.php.

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

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

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

O questionário domiciliar encontra-se no apêndice C.

3 Manual de instruções

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

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

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

4 Seleção e treinamento de entrevistadoras

Inicialmente foram recrutadas três entrevistadoras para o trabalho de campo e após três meses de trabalho foram selecionadas mais três entrevistadoras com a intenção de otimizar e agilizar a coleta de dados. Os pré-requisitos para a seleção das entrevistadoras foram: ser do sexo feminino, ter ensino superior completo e disponibilidade de tempo integral.

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

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

Durante o período de aplicação da pesquisa foram realizados dois treinamentos com o auxílio do manual de instruções, o processo de aplicação dos instrumentos e feitos testes do *software* RedCap nos dispositivos móveis das entrevistadoras.

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

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

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

5 Logística Do Trabalho De Campo

Foram selecionados de forma aleatória, através de sorteio, nove territórios adstritos à Unidade de Saúde da Família da zona urbana do município de Pelotas-RS para comporem o estudo (Quadro 1).

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

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

Quadro 1. Territórios selecionados e número de domicílios a serem entrevistados no estudo (n=700)

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

5.1 Identificação dos domicílios

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

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

O mapeamento foi realizado pelas próprias entrevistadoras do estudo e a metodologia adotada foi, posicionadas de costas para a porta da UBS, a contagem tinha início à esquerda da mesma, considerando sempre a contagem inicial da primeira casa a ser identificada, anotava-se o endereço, o número da casa e entrevistadora responsável pela visita. Quando a mesmo não existia ou era uma área comercial pegava-se o próximo domicílio a esquerda e caso fosse um prédio ou condomínio era pego o primeiro apartamento do primeiro bloco, caso não tivesse morador era seguido a mesma orientação referente ao domicílio. As entrevistadoras quando chegavam ao domicílio informavam acerca do estudo, entregando uma carta de apresentação da pesquisa aos moradores, convidando-os para participar e após aceite era perguntado e registrado o nome, idade e telefone dos moradores da casa sendo agendado possíveis horários disponíveis para a entrevista.

5.2 Coleta de dados

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

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

Uma conversa entre a coordenação do estudo, entrevistadoras do campo e equipe de profissionais das UBS foi realizada a cada território que se iniciava o trabalho, de forma a combinar possíveis parcerias para o trabalho de mapeamento, e até mesmo para ajudar na marcação das entrevistas quando necessário. Ao final de cada dia de trabalho as entrevistadoras deveriam preencher o relatório das atividades (planilha em Excel) para o acompanhamento do andamento das entrevistas por parte da supervisão do trabalho de campo, bem como enviar as entrevistas realizadas para o gerenciador de dados do estudo.

Os Quadros 2, 3 e 4 apresentam os números e porcentagens de domicílios mapeados e pessoas de 20 a 59 anos nestes domicílios, entrevistas individuais e domiciliares finalizadas número de domicílios excluídos e percentuais de perdas. A porcentagem de entrevistas finalizadas em cada território foi calculada com base no número inicial de entrevistas a serem realizadas naquele território com uma estimativa de 10% de perdas e recusas.

Quadro 2. Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Osório, Pelotas 2020.

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

Quadro 3. Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Dunas, Pelotas 2020.

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

Quadro 4. Descrição dos números relativos ao estudo - Loteamento Areal Fundos, Pelotas 2020.

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

6 Resultados

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

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

7 Gerenciamento de Dados

A utilização do dispositivo móvel para coleta dos dados exigiu a criação de uma rotina de recuperação das informações das entrevistas para um único computador onde todos os dados eram armazenados. Desta forma, diariamente, após a realização das entrevistas, os entrevistadores sincronizavam os dados com o servidor do Redcap, os quais eram verificados pelo pesquisador responsável pelo banco de dados.

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

7.1 Análise de consistência

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

7.2 Controle de Qualidade

O controle de qualidade foi realizado pela supervisora do trabalho de campo por meio de acompanhamento no mapeamento dos territórios, realização de algumas entrevistas e através de um relatório de atividades de campo preenchido diariamente pelas entrevistadoras. A análise de consistência no banco de dados do Redcap também é considerada como controle de qualidade no armazenamento das informações.

REFERÊNCIAS

- BASTIN, A.; ROMAIN, A. J.; MARLEAU, J.; BAILLOT, A. Health behaviours, intentions and barriers to change among obesity classes I, II and III. **Clinical Obesity**. 9, e12287, February 2019.
- BORGES, C.A. et al. **Manual de aplicação de instrumento de auditoria do ambiente alimentar baseado na nova classificação de alimentos do Guia Alimentar (NOVA)**. [recurso eletrônico]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2018. DOI:10.11606/9788588848306
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- CATTAI, G.B.; HINTZE, L.J.; NARDO JUNIOR, N. Internal validation of the stage of change questionnaire for alimentary and physical activity behaviors. **Rev Paul Pediatr**, 28, 194-9, 2010.
- GABE, K. T.; JAIME, P. C. Development and testing of a scale to evaluate diet according to the recommendations of the Dietary Guidelines for the Brazilian Population. **Public Health Nutrition**. 2018.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011.
- MORAES, J. M. M.; ALVARENGA, M. S. Adaptação transcultural e validade aparente e de conteúdo da versão reduzida da *The Eating Motivation Survey* (TEMS) para o Português do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol. 33 nº 10. Rio de Janeiro 2017.
- OLIVEIRA, M.M.C.; HARZHEIM, E.; RIBOLDI, J.; DUNCAN, B.B. PCATool-ADULTO-RASIL: uma versão reduzida. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, 8(29):256-63, 2013. [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)
- REIS, C.R; JAIME, P.C. Conhecimento e percepção da autoeficácia e eficácia coletiva de profissionais de saúde para a implementação do Guia Alimentar na Atenção Básica. **DEMETRA**, v. 14, 1-20, agosto 2019.
- STUNKARD, A. J., SORENSEN, T.; SCHULSINGER, F. Use of the Danish Adoption Register for the study of obesity and thinness. In: KETY, S.S.; ROWLAND, L.P.; SIDMAN, R.L.; MATTHYSSE, S.W. The genetics of neurological and psychiatric disorders. New York: **Raven Press**, p.115-20, 1983.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. **Questionários e instrumentos utilizados na Coorte 1982**. Disponível em: http://www.epidemiologia.ufpel.br/site/content/coorte_1982/questionarios.php.

Artigo

Estágios de mudança do comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta

**Samara Christ Teixeira¹, Juceli Soares Sallaberry¹, Larissa Padilha de Brito²,
Greisse Viero da Silva Leal³, Denise Petrucci Gigante⁴,**

¹Discente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

²Discente do Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos. Universidade Católica de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

³Docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia e do Departamento de Alimentos e Nutrição da Universidade Federal de Santa Maria – Palmeira das Missões (RS), Brasil.

⁴Docente do Programa de Pós-Graduação em Nutrição e Alimentos. Universidade Federal de Pelotas – Pelotas (RS), Brasil.

Correspondência: Samara Christ Teixeira. Programa de Pós Graduação em Nutrição e Alimentos da Universidade Federal de Pelotas. Rua: Gomes Carneiro, 01, Centro, Pelotas - RS, Brasil - 96010-610. E-mail: samaramtd@gmail.com

Resumo

Objetivo: avaliar estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em adultos e investigar os fatores associados. Métodos: estudo transversal em territórios de Estratégia de Saúde da Família. Estágios foram investigados em quatro domínios (tamanho e quantidade das porções, consumo de frutas e vegetais, quantidade de gordura e prática de atividade física). Avaliou-se associação entre os estágios pelos testes do Qui-quadrado de Pearson e regressão de *Poisson* ajustado para amostra complexa. Resultados: 232 indivíduos participaram do estudo. Maior prevalência no estágio final para tamanho e quantidade das

porções foi identificada em indivíduos mais velhos e pessoas pretas ou pardas. Para a mudança no consumo de frutas e vegetais, maiores prevalências nos estágios finais foram naqueles que referiram ter um profissional de referência e vínculo com esse profissional ou serviço. No domínio de quantidade de gordura na dieta, indivíduos sem companheiro/a ou diabéticos apresentaram menores prevalências nos estágios finais. Para mudança na prática de atividade física aqueles afiliados aos serviços de atenção primária mostraram maiores prevalências nos estágios finais. Conclusão: Fatores demográficos, socioeconômicos e grau de afiliação aos serviços de atenção primária à saúde estiveram relacionados com os estágios de mudança do comportamento para os quatro domínios estudados.

Descritores: Modelo Transteórico; Estágios de Mudança de Comportamento; Comportamento Alimentar; Atenção Primária à Saúde; Adultos.

Descriptors: Trans-theoretical model of behavior change, Eating Behavior, Primary Health Care, Adults.

Descriptores: Modelo Transteórico; Etapas de Cambio de Comportamiento; Comportamiento Alimentario; Atencion Primaria a la Salud; Adultos.

Introdução

A obesidade é uma condição crônica de longo prazo que está associada com múltiplas comorbidades⁽¹⁾. Sabidamente, fatores genéticos e metabólicos influenciam de maneira direta no ganho de peso, porém outros fatores como inatividade física, dieta pouco saudável e estresse psicossocial aumentam o risco do desenvolvimento da obesidade⁽²⁾.

Em todo o mundo há quase 2 bilhões de pessoas acima de 18 anos com excesso de peso, das quais 650 milhões são obesas⁽³⁾ o que tem ampliado o debate sobre o estigma da obesidade⁽⁴⁾. Esse estigma pode desencadear mudanças comportamentais, mas também

fisiológicas que podem contribuir para alterações metabólicas e, conseqüentemente, para o ganho de peso.⁽⁵⁻⁶⁾ Nesse sentido, o debate sobre a estigmatização da obesidade também torna-se um desafio para os profissionais da saúde como parte do processo terapêutico. Estudos têm mostrado que profissionais relatam conhecimento insuficiente e falta treinamento específico para abordagem clínica desse público e, embora conheçam as diretrizes, relutam em utilizá-las por considerarem gerais e inespecíficas⁽⁷⁻⁸⁾.

Avaliar as condições em que o sujeito está inserido, como ele se sente frente a essa situação e identificar o seu estágio de prontidão para a mudança de comportamento é fundamental para motivá-lo a querer mudar aspectos do seu estilo de vida, a partir de intervenções orientadas com base nesses fatores, pensadas como forma de prevenir ou reverter o quadro da obesidade no âmbito individual e populacional⁽⁹⁾.

Deste modo, o modelo de Estágios de Prontidão para Mudança de Comportamento (EPMC), ou modelo transteórico (MT), é considerado um instrumento de auxílio à compreensão da mudança comportamental relacionada à saúde⁽¹⁰⁾ e vem sendo utilizado para avaliar comportamentos relacionados à prática de atividade física e alimentação e propor estratégias de intervenções necessárias⁽¹¹⁾. Ele permite classificar os indivíduos em seus respectivos estágios de mudança, fazendo a distinção entre os sujeitos que estão realmente dispostos a mudar seu estilo de vida e os que não têm a intenção de fazê-lo⁽¹²⁾. A partir da classificação dos indivíduos, é possível identificar quais estratégias podem ser adotadas para cada um dos estágios, de forma a estimular a modificação do comportamento e propiciar a perda de peso e a adoção de hábitos de vida mais saudáveis⁽¹³⁾.

Nesse sentido, garantir o acesso da população com obesidade aos serviços de saúde de forma que sua condição não seja estigmatizada, com profissionais preparados para receber e aconselhar as pessoas que vivem nessa condição é fundamental para o sucesso de qualquer intervenção⁽¹⁴⁾. Assim como, conhecer a situação em que se encontram essas pessoas em relação

ao seu estágio de prontidão para a mudança de comportamento é fundamental para o aconselhamento em nível individual ou populacional⁽¹⁵⁾.

Acredita-se que na medida em que se conhecem melhor os determinantes do comportamento alimentar e os fatores a eles associados, seja de um indivíduo ou de um grupo populacional, aumentam-se as chances de sucesso e o impacto de uma ação de promoção de práticas alimentares saudáveis⁽¹⁶⁾. Assim, a avaliação do comportamento alimentar apresenta-se cada vez mais em evidência devido sua estreita relação com a prevenção e o controle de doenças, e a promoção da saúde⁽¹⁷⁾.

O presente estudo tem o objetivo de avaliar estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física e investigar os fatores a eles associados em população adulta adscrita em unidades básicas de saúde da cidade de Pelotas, RS.

Método

Realizou-se um estudo epidemiológico de delineamento transversal com dados coletados entre dezembro de 2019 e março de 2020. A população do estudo foi composta por indivíduos adultos com idade entre 20 a 59 anos, residentes em territórios adstritos à Unidades de Estratégia de Saúde da Família - ESF da área urbana de Pelotas, maior cidade na região sul do Rio Grande do Sul, Brasil.

O processo de amostragem ocorreu em múltiplos estágios. A seleção dos territórios foi feita através de sorteio dentre as 29 ESF da zona urbana de Pelotas, de forma que foram escolhidos nove territórios para compor o estudo (Osório, Dunas, Areal, Bom Jesus, Arco-íris, Cohab Guabiroba, Dom Pedro I, Py Crespo e União de Bairros). Porém, em consequência à chegada da pandemia do novo coronavírus o trabalho de campo foi interrompido e os dados

apresentados neste estudo representam os três primeiros territórios visitados (Osório, Dunas e Areal).

Inicialmente, utilizando os relatórios do e-SUS obteve-se a informação populacional adscrita a ESF no território e o número de domicílios naquele bairro. Após, a amostra foi selecionada sendo o número de domicílios escolhidos proporcionalmente ao total do território. Com essa definição foi escolhido por sorteio o primeiro domicílio e, a partir deste, com um intervalo de 27, todos os demais, de forma a incluir moradores próximos à ESF, como também aqueles que viviam em domicílios mais distantes. O mapeamento no território foi realizado pelas entrevistadoras que, ao chegarem no domicílio escolhido, informavam acerca do estudo, entregando uma carta de apresentação da pesquisa aos moradores convidando-os para participar do estudo e aqueles que aceitavam, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O protocolo do estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas sob número 3.166.109.

A coleta de dados foi realizada nos domicílios por meio de entrevistas face a face, utilizando instrumento padronizado. Aqueles que se recusaram a responder ao questionário ou que não foram encontrados após, pelo menos três visitas domiciliares em dias e horários diferentes, foram considerados como não respondentes. Em casos de recusa, o supervisor do estudo foi comunicado para fazer, pelo menos, uma tentativa de reversão. Na impossibilidade de encontrar o indivíduo eleito para participar da pesquisa na data agendada, o entrevistador realizou novas tentativas, até concluir a entrevista. As entrevistadoras eram mulheres, com 18 anos ou mais e ensino superior completo e foram treinadas por meio de entrevistas simuladas, discussão de técnicas de abordagem, leitura e explicação do manual de instruções e exercícios de dramatização.

O desfecho deste estudo: “estágios de mudança do comportamento alimentar e prática de atividade física” foi investigado por meio de instrumento proposto por Sutton⁽¹⁸⁾ e adaptado

por Cattai e colaboradores⁽¹⁹⁾. Com 38 questões distribuídas em quatro domínios: tamanho e quantidade das porções (9 questões); quantidade de gordura na dieta (11 questões); consumo de frutas e vegetais (9 questões); e prática de atividade física (9 questões). A primeira pergunta de cada domínio questionava o participante sobre o aspecto saudável de sua dieta ou da sua prática de atividade física. Por exemplo, no caso das frutas e vegetais foi perguntado ao entrevistado(a) se ele(a) consumia, pelo menos, cinco porções de frutas e vegetais por dia. Em caso afirmativo a essa primeira questão, era investigado o período no qual esse comportamento vinha sendo mantido. Se esse período fosse igual ou superior a seis meses, o(a) participante era classificado no estágio de manutenção ou no estágio de ação para um período menor de seis meses. Por outro lado, se a resposta a primeira questão fosse negativa em relação ao comportamento, era questionada a intenção de modificar essa situação. Caso o(a) entrevistado(a) pensasse em mudar o comportamento nos próximos seis meses, ele(a) seria classificado(a) no estágio de contemplação ou no estágio de decisão, caso a mudança fosse acontecer no próximo mês. Por fim, se o(a) entrevistado(a) não estivesse pensando em aderir ao comportamento saudável seria classificado(a) em pré-contemplação. Para a definição do estágio de mudança de comportamento de cada domínio foi considerada a opção com maior número de respostas nas questões referentes àquele domínio. Embora o total de questões para cada domínio ser um número ímpar, poderia haver empate no caso de entrevistados que não responderam alguma das questões e, nessa situação deveria ser considerado o estágio menos avançado de comportamento. Além das cinco categorias para cada domínio, também foram definidas variáveis dicotômicas que consideraram os estágios iniciais (pré-contemplação, contemplação e decisão) ou finais (ação e manutenção) para a mudança de comportamento.

Para avaliar o grau de afiliação com o serviço ou profissional de saúde, que visa identificar o serviço ou profissional de saúde que servia como referência para os cuidados do adulto entrevistado, foi utilizado um conjunto de questões propostas no PCAtool-Brasil Versão

Adulto⁽²⁰⁾, adaptada por Oliveira⁽²¹⁾. A primeira variável definida como afiliação considerou as respostas do entrevistado referentes ao Bloco A do instrumento, que trata do principal serviço ou profissional da atenção à saúde utilizado pelo usuário. Assim, essa variável afiliação foi categorizada em duas opções: serviços de atenção primária à saúde (APS) que incluem as unidades básicas de saúde (UBS) sejam elas ESF ou não e outros serviços, em que foram incluídos os atendimentos em consultório, ambulatório, pronto atendimento, pronto socorro e hospitais, sejam públicos, privados ou por convênio. Uma variável dicotômica do tipo não/sim também foi definida quando o entrevistado referiu que um profissional ou serviço de saúde o conhecia melhor como pessoa, nomeada como profissional de referência e uma terceira variável definida como vínculo foi construída a partir da questão se havia um profissional ou serviço de saúde mais responsável pelo atendimento do usuário, apresentada em três categorias desde não ter vínculo, ter vínculo com o serviço ou profissional diferente ou igual àquele que o usuário geralmente vai quando fica doente e cujo profissional ou serviço o conhece mais como pessoa.

Para avaliar o efeito dos fatores associados sobre os estágios finais de mudança do comportamento foram consideradas as seguintes variáveis como possíveis fatores de confusão: sexo (masculino/feminino); idade em anos completos (categorizada em décadas 20-29 30-39, 40-49, 50-59 anos); cor da pele autorreferida (branca/ pretos e pardos); escolaridade (0 a 5 anos/ 6 a 9 anos/ 10 anos ou mais); renda familiar (obtida pela soma dos salários ou outras fontes de renda de todos os moradores do domicílio e dividida em tercís); situação conjugal (com/sem companheiro/a). As variáveis antropométricas foram coletadas de forma autorrelatada (peso/altura), e tais dados foram utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC), definido como a relação entre o peso em quilogramas e a altura em metros elevada ao quadrado (kg/m^2), possibilitando a classificação de adultos com obesidade ($>30 \text{ kg/m}^2$). A hipertensão arterial sistêmica e diabetes foram identificadas através da seguinte pergunta: “Algum médico ou profissional de saúde já disse que o senhor(a) tem...” e dicotomizadas em (sim/não).

As análises foram conduzidas utilizando o programa estatístico Stata versão 12.0® (Stata Corp. College Station, Estados Unidos). Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva mediante o cálculo das proporções para as variáveis categóricas e médias e desvios padrão (DP) para as variáveis contínuas. Para a definição dos estágios avançados de mudança do comportamento, foram considerados aqueles em que o maior número de respostas em cada domínio correspondia aos estágios de ação e manutenção. Assim foram calculadas as prevalências e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95) para os estágios finais de mudança do comportamento. Foram analisadas as associações de cada um dos desfechos em relação às variáveis independentes por meio do teste de qui-quadrado, ajustado com comando *svy* para amostragem complexa.

Para avaliar o efeito das características sociodemográficas, socioeconômicas, morbidades autorrelatadas e o grau de afiliação sobre os desfechos foi utilizada a regressão de *Poisson* também com ajuste para amostra complexa, levando em consideração os possíveis fatores de confusão nessas associações. Assim, obtiveram-se as razões de prevalência (RP) e seus respectivos IC95%. Na análise ajustada, as variáveis foram incluídas no modelo por níveis hierárquicos. O primeiro nível foi composto pelas categorias de variáveis demográficas (sexo, idade, cor da pele e situação conjugal) e no segundo nível as socioeconômicas (escolaridade e renda familiar). No terceiro nível foram incluídas as morbidades autorrelatadas (obesidade, hipertensão e diabetes) e no último nível foram incluídas as variáveis referentes ao grau de afiliação aos serviços de saúde. As variáveis foram controladas para aquelas dos níveis anteriores, sendo estabelecido o valor de $p \leq 0,20$ para exclusão da variável do modelo de análise. O teste estatístico utilizado foi o de *Wald*. No caso de variáveis ordinais politômicas foi aplicado o teste de tendência linear e para variáveis nominais utilizou-se o teste de heterogeneidade. Em todas as análises estatísticas foi utilizado um nível de significância de 5% para testes bicaudais.

Resultados

Nos 247 domicílios selecionados nos três territórios (136 domicílios no Loteamento Dunas, 84 no Areal Fundos e 27 no Loteamento Osório), foram identificadas 372 pessoas na faixa etária do estudo. Dessas, 232 ou 62,4% foram entrevistadas, enquanto 16 pessoas (ou 11,4% do total de perdidas) recusaram-se a responder ao questionário e uma pessoa, embora tenha aceitado participar do estudo, não concluiu o questionário e não pode ser incluída no presente estudo. Cento e vinte e três pessoas já identificadas não puderam ser entrevistadas devido a suspensão no estudo pela pandemia do novo Coronavírus.

A maioria da amostra entrevistada foi composta por mulheres (62,0%), brancos/as (55,0%) e viviam com companheiro/a (67,7%). A idade variou de 19 a 59 anos, com média de 39 anos (DP 11,8). A maior parte da amostra (40,0%) tinha cursado mais de dez anos de estudo e uma parcela expressiva (60,0%) dos entrevistados tinham renda familiar entre 1,1 e 3 salários mínimos no último mês. A renda mensal foi informada por 223 (96,1%) participantes, variou de R\$42,00 a R\$17.300,00, com média de 2.946,22 reais (DP 2.124,35 reais). No tercil de renda mais baixa o limite de renda superior foi de R\$1.996,00, no segundo de R\$2994,00, enquanto no tercil mais rico a renda chegou a R\$17.300,00 (Tabela 1).

Foram identificados 68,0% dos participantes com algum grau de excesso de peso e cerca de um terço com obesidade (34,2%). Entre as morbidades autorrelatadas, a prevalência de hipertensão foi cinco vezes mais elevada do que a prevalência de diabetes (30,0% e 6,0%, respectivamente). Quarenta e três por cento dos entrevistados relataram possuir algum profissional ou serviço de saúde de referência, porém, 17,7% declararam possuir vínculo

sempre com o mesmo profissional/serviço. A maioria dos entrevistados (57,0%) indicou a APS como o serviço de saúde mais utilizado (Tabela 1).

Tabela 1. Características da amostra. Pelotas/RS, 2020 (n=232)

Características		
Variáveis	N	%
Demográficas		
Sexo		
Feminino	144	62,1
Masculino	88	37,9
Idade		
20 a 29 anos	65	28,0
30 a 39 anos	51	22,0
40 a 49 anos	63	27,2
50 a 59 anos	53	22,8
Cor da pele		
Branca	128	56,0
Pretos ou pardos	101	44,0
Situação Conjugal		
Com companheiro	157	67,7
Sem companheiro	75	32,3
Socioeconômicas		
Escolaridade		
0 a 5 anos	55	23,7
6 a 9 anos	84	36,2
10 ou mais anos	93	40,1
Renda tercil		
1º tercil	74	33,2
2º tercil	73	32,7

3° tercil	76	34,1
Morbidades autorrelatadas		
Obesidade		
Não	150	65,8
Sim	78	34,2
Hipertensão		
Não	163	70,3
Sim	69	29,7
Diabetes		
Não	218	94,0
Sim	14	6,0
Serviços de saúde		
Profissional/		
Serviço de referência		
Não	132	56,9
Sim	100	43,1
Vínculo		
Não	134	57,8
Tem, serviço ou profissional diferente	41	24,6
Tem, sempre o mesmo	57	17,7
Afiliação		
Atenção Primária à Saúde	121	57,1
Outros serviços	91	42,9

A distribuição dos indivíduos nos EMC para tamanho e quantidade das porções mostra que a maioria dos entrevistados estava no estágio de manutenção (53,9%) e um pouco mais de um quarto da amostra (28,5%) em pré-contemplação. Para o consumo de frutas e vegetais, os

estágios de pré-contemplação e manutenção apresentaram prevalências semelhantes, sendo 43,1% dos participantes em pré-contemplação e 41,0% em manutenção. Para quantidade de gordura na dieta, a maior proporção dos entrevistados encontrava-se no estágio de manutenção (60,8%) e quase 30% estava em pré-contemplação. Para a prática de atividade física, quase 70% referiram a manutenção dessa prática há mais de seis meses, enquanto um quarto (25,1%) se encontrava em pré-contemplação. Os estágios de contemplação, decisão e ação não pontuaram acima de 10% para nenhum domínio estudado (Figura 1).

Para fins de análise, uma variável dicotômica para os EMC foi considerada, sendo identificados cerca de dois terços dos participantes nos estágios finais para o domínio quantidade e tamanho das porções. Para frutas e vegetais 44,0% da amostra foi identificada nos estágios finais. Sessenta e cinco por cento dos entrevistados encontravam-se nos estágios finais para mudança de comportamento em relação à quantidade de gordura utilizada na alimentação. E para a prática de atividade física, 72,0% dos entrevistados encontrava-se nos estágios finais (Figura 1).

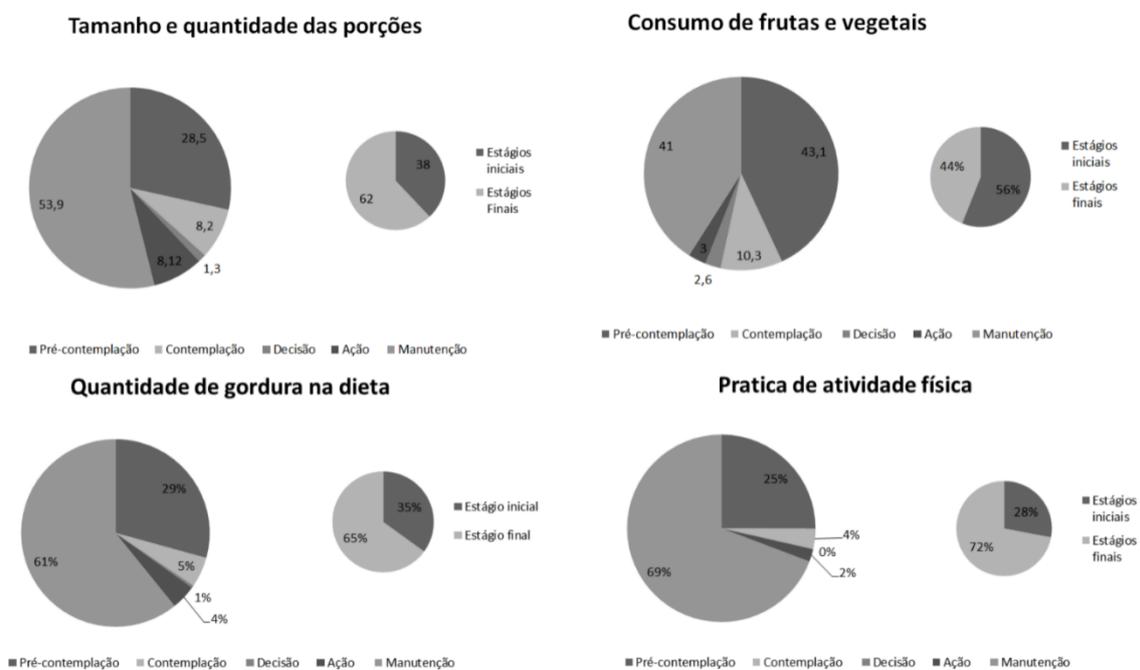


Figura 1. Descrição e estratificação dos estágios de mudança de comportamento e para cada domínio estudado. Pelotas/RS, 2020 (n=232).

A probabilidade de estar nos estágios finais para tamanho e quantidade das porções não diferiu segundo sexo, idade ou situação conjugal. Porém indivíduos pretos ou pardos (64,4%) mostraram maior prevalência para mudança de comportamento em relação ao tamanho e quantidade das porções ($p=0,014$). Não houve diferença em relação às variáveis demográficas, socioeconômicas e morbidades autorrelatadas para as prevalências nos estágios finais no consumo de frutas e vegetais. Observa-se que entre aqueles entrevistados que referiram ter um serviço de saúde ou profissional de referência e vínculo sempre com o mesmo serviço ou profissional a prevalência para estar nos estágios finais foi mais elevada (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalências nos estágios finais de mudança do comportamento alimentar e prática de atividade física e fatores associados em adultos. Pelotas/RS, 2020. (n=232)

Variáveis	N	Prevalências Estágios Finais (%)			
		Tamanho e quantidade das porções	Consumo de frutas e vegetais	Quantidade de gordura na dieta	Prática de atividade física
Sexo		<i>p=0,594</i>	<i>p= 0,157</i>	<i>p=0,025</i>	<i>p=0,072</i>
Feminino	144	63,2	50,7	73,6	74,3
Masculino	88	60,2	33,0	51,1	66,7
Idade década		<i>p=0,060</i>	<i>p= 0,404</i>	<i>p=0,102</i>	<i>p=0,221</i>
20 a 29 anos	65	44,6	36,9	53,9	60,0
30 a 39 anos	51	58,8	41,2	64,7	72,0
40 a 49 anos	63	77,8	49,2	74,6	81,0
50 a 59 anos	53	68,0	49,1	67,9	73,6
Cor da pele		<i>p=0,014</i>	<i>p= 0,073</i>	<i>p=0,303</i>	<i>p=0,770</i>
Branca	128	59,4	45,3	68,8	71,7
Pretos ou pardos	101	64,4	41,6	60,4	70,3
Situação conjugal		<i>p=0,669</i>	<i>p=0,216</i>	<i>p= 0,053</i>	<i>p= 0,330</i>
Com companheiro	157	61,2	46,5	68,8	73,3
Sem companheiro	75	64,0	38,7	57,3	67,6
Escolaridade		<i>p= 0,333</i>	<i>p=0,214</i>	<i>p= 0,265</i>	<i>p=0,438</i>
0 a 5 anos	55	65,5	43,6	69,1	74,1
6 a 9 anos	84	66,7	39,3	57,1	76,2

10 ou mais anos	93	56,0	48,4	69,9	65,6
Renda tercil		<i>p=0,417</i>	<i>p=0,524</i>	<i>p=0,296</i>	<i>p=0,030</i>
1° tercil	74	60,8	40,5	62,2	78,4
2° tercil	73	64,4	45,2	63,0	75,0
3° tercil	76	61,8	50,0	69,7	63,2
Obesidade		<i>p=0,878</i>	<i>p= 0,971</i>	<i>p= 0,802</i>	<i>p=0,742</i>
Não	150	62,0	44,0	64,7	73,2
Sim	78	62,8	43,6	66,7	70,5
Hipertensão		<i>p=0,287</i>	<i>p=0,131</i>	<i>p=0,285</i>	<i>p= 0,428</i>
Não	163	59,5	39,9	63,2	68,5
Sim	69	68,1	53,6	69,6	78,3
Diabetes		<i>p= 0,124</i>	<i>p=0,400</i>	<i>p=0,057</i>	<i>p=0,110</i>
Não	217	61,3	43,8	64,5	71,8
Sim	14	78,6	50,0	78,6	71,4
Profissional/ Serviço de referência		<i>p=0,087</i>	<i>p=0,031</i>	<i>p=0,247</i>	<i>p=0,790</i>
Não	132	56,1	32,6	62,9	70,5
Sim	100	70,0	59,0	68,0	72,7
Vínculo		<i>p=0,151</i>	<i>p=0,005</i>	<i>p=0,060</i>	<i>p=0,788</i>
Não tem vínculo	134	56,7	32,8	60,5	72,4
Tem, serviço ou profissional diferente	41	68,3	53,7	73,2	68,3
Tem, sempre o mesmo	57	70,2	63,2	70,2	71,4
Afiliação		<i>p=0,918</i>	<i>p=0,365</i>	<i>p=0,514</i>	<i>p=0,001</i>
Atenção Primária a Saúde	121	62,0	43,9	62,8	80,0
Outros serviços	91	62,6	38,5	69,2	62,6

Ainda na Tabela 2, observa-se que para a quantidade de gordura na dieta as mulheres estiveram mais frequentemente nos estágios finais (73,6%; $p=0,025$) quando comparadas aos homens, bem como entre indivíduos que relataram viver com companheiro/a, porém esse resultado foi no limiar da significância ($p=0,053$). Para prática de atividade física, aqueles entrevistados pertencentes ao primeiro tercil de renda e aqueles que referiram afiliação aos

serviços de APS estiveram mais prevalentes nos estágios finais ($p=0,030$ e $p=0,001$, respectivamente).

Os resultados das análises brutas e ajustadas por regressão de *Poisson* são apresentados na Tabela 3 avaliando as associações entre as variáveis demográficas, socioeconômicas, morbidades autorrelatadas e o grau de afiliação dos entrevistados aos serviços de atenção à saúde com os estágios finais de mudança de comportamento para os quatro domínios. Resultados das análises ajustadas mostram que os mais velhos e pessoas de cor de pele preta ou parda apresentaram maiores prevalências para os estágios finais para mudança de comportamento em relação ao tamanho e quantidade das porções. Para a mudança no consumo de frutas e vegetais observa-se que as prevalências nos estágios finais desse domínio foram menores nos entrevistados que viviam sem companheiro/a ou eram diabéticos e maiores naqueles que referiram ter um profissional de referência e ainda vínculo com esse profissional ou serviço. Para o domínio de quantidade de gordura na dieta, os resultados da análise ajustada mostram que as mulheres e as pessoas pertencentes ao menor tercil de renda familiar estavam mais frequentemente nos estágios finais de mudança, enquanto aqueles que viviam sem companheiro/a ou eram diabéticos apresentaram menores prevalências nos estágios finais de mudança nesse domínio. Ainda na Tabela 3 observa-se que as prevalências para os estágios finais de mudança na prática de atividade física permaneceram mais elevadas nas mulheres e entre aqueles pertencentes ao grupo com maior renda familiar, mesmo quando ajustadas para outras variáveis demográficas e socioeconômicas. Pessoas com relato de diabetes também estiveram menos frequentemente nos estágios finais para mudança na prática de atividade física e aqueles que utilizavam os serviços de atenção primária à saúde mostraram prevalência mais elevada nos estágios finais desse domínio.

Tabela 3. Análise bruta e ajustada de fatores associados aos estágios de mudança do comportamento alimentar e prática de atividade física em relação a morbididades referidas e grau de afiliação dos adultos aos serviços de atenção à saúde. Pelotas/RS, 2020 (n=232)

Variáveis	N	Tamanho e quantidade das porções		Consumo de frutas e vegetais		Quantidade de gordura na dieta		Prática de atividade física	
		Análise Bruta RP (IC95%)	Análise Ajustada RP (IC95%)	Análise Bruta RP (IC95%)	Análise Ajustada RP (IC95%)	Análise Bruta RP (IC95%)	Análise Ajustada RP (IC95%)	Análise Bruta RP (IC95%)	Análise Ajustada RP (IC95%)
Sexo		<i>p=0,600</i>	<i>p= 0,380</i>	<i>p= 0,153</i>	<i>p= 0,152</i>	<i>p= 0,035</i>	<i>p= 0,022</i>	<i>p= 0,071</i>	<i>p= 0,037</i>
Feminino	144	1,02 (0,90-1,16)	1,04 (0,90-1,20)	1,13 (0,89-1,44)	1,16 (0,88-1,53)	1,15 (1,02-1,29)	1,17 (1,05-1,29)	1,04 (0,99-1,10)	1,06 (1,00-1,12)
Masculino	88	1	1	1	1	1	1	1	1
Idade		<i>p= 0,025</i>	<i>p= 0,017</i>	<i>p= 0,041</i>	<i>p= 0,091</i>	<i>p= 0,085</i>	<i>p= 0,093</i>	<i>p= 0,132</i>	<i>p= 0,073</i>
20 a 29 anos	65	1	1	1	1	1	1	1	1
30 a 39 anos	51	1,10 (1,02-1,18)	1,12 (1,05-1,20)	1,03 (0,81-1,31)	1,05 (0,85-1,29)	1,07 (0,91-1,25)	1,08 (0,94-1,25)	1,07 (0,83-1,39)	1,08 (0,84-1,38)
40 a 49 anos	63	1,23 (1,03-1,46)	1,25 (1,03-1,53)	1,09 (0,87-1,37)	1,08 (0,86-1,36)	1,13 (1,05-1,22)	1,12 (1,02-1,23)	1,13 (0,88-1,44)	1,13 (0,88-1,44)
50 a 59 anos	53	1,16 (1,09-1,24)	1,20 (1,14-1,26)	1,09 (0,96-1,23)	1,11 (0,90-1,35)	1,09 (0,89-1,33)	1,10 (0,89-1,36)	1,08 (0,94-1,25)	1,09 (0,98-1,22)
Cor da pele		<i>p= 0,013</i>	<i>p= 0,025</i>	<i>p= 0,075</i>	<i>p= 0,915</i>	<i>p= 0,293</i>	<i>p= 0,592</i>	<i>p= 0,769</i>	<i>p= 0,651</i>
Branços	128	1	1	1	1	1	1	1	1
Pretos ou pardos	101	1,03 (1,02-1,05)	1,05 (1,02-1,09)	0,97 (0,94-1,01)	1,00 (0,94-1,05)	0,95 (0,81-1,11)	0,97 (0,82-1,15)	0,99 (0,90-1,10)	1,01 (0,92-1,11)
Situação conjugal		<i>p= 0,672</i>	<i>p= 0,214</i>	<i>p= 0,217</i>	<i>p= 0,031</i>	<i>p=0,058</i>	<i>p= 0,023</i>	<i>p= 0,322</i>	<i>p= 0,094</i>
Com companheiro	157	1	1	1	1	1	1	1	1
Sem companheiro	75	1,02 (0,87-1,19)	1,03 (0,97-1,09)	0,95 (0,83-1,08)	0,94 (0,90-0,99)	0,93 (0,86-1,01)	0,93 (0,89-0,98)	0,97 (0,87-1,08)	0,96 (0,92-1,01)

		Tamanho e quantidade das porções		Consumo de frutas e vegetais		Quantidade de gordura na dieta		Prática de atividade física	
Variáveis	N	Análise Bruta RP (IC95%)	Análise Ajustada RP (IC95%)	Análise Bruta RP (IC95%)	Análise Ajustada RP (IC95%)	Análise Bruta RP (IC95%)	Análise Ajustada RP (IC95%)	Análise Bruta RP (IC95%)	Análise Ajustada RP (IC95%)
Escolaridade		<i>p= 0,333</i>	<i>p= 0,833</i>	<i>p= 0,140</i>	<i>p= 0,110</i>	<i>p=0743</i>	<i>p= 0,382</i>	<i>= 0,307</i>	<i>p= 0,544</i>
0 a 5 anos	55	1	1	1	1	1	1	1	1
6 a 9 anos	84	1,01 (0,81-1,25)	1,04 (0,82-1,33)	0,99 (0,86-1,14)	0,98 (0,90-1,06)	0,93 (0,77-1,12)	0,93 (0,77-1,13)	1,01 (0,78-1,31)	1,02 (0,82-1,28)
10 ou mais anos	93	0,94 (0,75-1,19)	1,00 (0,78-1,27)	1,08 (1,01-1,16)	1,06 (0,97-1,17)	1,03 (0,82-1,29)	1,03 (0,84-1,27)	0,95 (0,79-1,14)	0,97 (0,82-1,16)
Renda		<i>p= 0,706</i>	<i>p= 0,467</i>	<i>p= 0,501</i>	<i>p= 0,347</i>	<i>p=0,087</i>	<i>p= 0,043</i>	<i>p= 0,037</i>	<i>p= 0,029</i>
1º tercil	74	1	1	1	1	1	1	1	1
2º tercil	73	1,02 (0,93-1,12)	1,02 (0,92-1,13)	1,03 (0,91-1,17)	1,04 (1,01-1,08)	1,00 (0,86-1,18)	1,02 (0,94-1,10)	0,98 (0,93-1,03)	0,98 (0,94-1,03)
3º tercil	76	1,01 (0,94-1,07)	1,01 (0,90-1,15)	1,07 (0,76-1,50)	1,08 (0,82-1,44)	1,05 (0,98-1,12)	1,07 (1,00-1,13)	0,91 (0,85-0,98)	0,91 (0,90-0,92)
Obesidade		<i>p=0,878</i>	<i>p=0,652</i>	<i>p=0,971</i>	<i>p=0,500</i>	<i>p=0,324</i>	<i>p=0,324</i>	<i>p=0,746</i>	<i>p= 0,583</i>
Não	150	1	1	1	1	1	1	1	1
Sim	78	1,00 (0,89-1,14)	0,98 (0,81-1,17)	1,00 (0,74-1,35)	0,95 (0,75-1,21)	1,01 (0,85-1,21)	0,96 (0,85-1,09)	0,98 (0,82-1,18)	0,98 (0,83-1,14)
Hipertensão		<i>p=0,280</i>	<i>p=0,956</i>	<i>p=0,123</i>	<i>p=0,204</i>	<i>p=0,275</i>	<i>p=0,655</i>	<i>p=0,384</i>	<i>p= 0,323</i>
Não	163	1	1	1	1	1	1	1	1
Sim	69	1,05 (0,90-1,23)	1,00 (0,88-1,13)	1,10 (0,94-1,28)	1,07 (0,92-1,24)	1,04 (0,93-1,16)	0,98 (0,81-1,18)	1,06 (0,85-1,32)	1,03 (0,92-1,16)
Diabetes		<i>p=0,215</i>	<i>p=0,093</i>	<i>p=0,270</i>	<i>p=0,049</i>	<i>p=0,059</i>	<i>p= 0,011</i>	<i>p=0,026</i>	<i>p=0,013</i>
Não	217	1	1	1	1	1	1	1	1
Sim	1	0,98 (0,92-1,03)	0,96 (0,92-1,01)	0,97 (0,91-1,05)	0,95 (0,91-1,00)	0,97 (0,94-1,00)	0,95 (0,93-0,97)	0,95 (0,92-0,99)	0,93 (0,90-0,96)

Discussão

Este estudo investigou os estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física e os fatores a eles associados em adultos. A utilização do modelo transteórico tem sido um importante instrumento de auxílio à compreensão quanto à motivação do indivíduo em direção à mudança⁽²²⁾ e, principalmente, tem servido de base para orientar e instigar os profissionais e serviços de saúde a repensar sua prática e reelaborar ações e intervenções que incentivem cada vez mais a mudança de comportamento para uma alimentação adequada e níveis satisfatórios de atividade física, tanto em nível individual quanto populacional⁽¹⁴⁾.

Ao analisar especificamente as questões que integram cada um dos domínios, observou-se que hábitos relacionados à adequação alimentar para o consumo de frutas e vegetais ainda são insuficientes, sendo o domínio com maior número de participantes identificados em pré-contemplação, estágio em que o indivíduo não reconhece a necessidade da mudança. Enquanto que para esse domínio 43,1% dos entrevistados não demonstraram nenhuma disposição para mudança, pouco mais de um quarto da população estudada estava nesse mesmo estágio nos outros três domínios. Cabe destacar que o reconhecimento do estágio de prontidão que o indivíduo se encontra é importante para estabelecer o tipo de estratégia a ser adotada durante o aconselhamento nutricional ou de atividade física⁽²³⁾. Assim, no estágio de pré-contemplação, por exemplo, deve ser incentivada uma maior conscientização sobre os riscos do comportamento atual com vistas a encorajar o indivíduo à mudança em direção aos estágios finais⁽²⁴⁾. Destaca-se ainda que após ajuste para todas as variáveis, a condição de ter vínculo com algum serviço ou profissional manteve a prevalência dos indivíduos nos estágios finais em 18% para o consumo de frutas e vegetais, o que reforça a importância dessa vinculação aos serviços de saúde para a adesão de hábitos adequados e saudáveis, especialmente no seu território adstrito.

Os resultados mostraram que o predomínio para estar nos estágios finais foi maior para as mulheres do que para os homens, embora diferenças significativas foram observadas somente para os domínios de quantidade de gordura na dieta e prática de atividade física. Esses dados estão de acordo com estudos anteriores mostrando maior ingestão de frutas e vegetais e menor consumo de gorduras entre as mulheres em comparação com os homens na mesma faixa etária⁽²⁵⁻²⁶⁾. Uma possível explicação pode estar relacionada ao maior conhecimento das mulheres sobre alimentação saudável e sua relação com a saúde⁽²⁷⁾. Igualmente, na sociedade brasileira, as mulheres estão frequentemente encarregadas de comprar e preparar as refeições, favorecendo a ingestão desses alimentos⁽²⁸⁾. Além disso, as evidências sugerem que, em comparação com as mulheres, os homens atribuem menor prioridade à saúde⁽²⁹⁻³⁰⁾.

Indivíduos mais velhos mostraram maior prevalência de estar nos estágios finais para o domínio de tamanho e quantidade das porções, o que demonstra uma maior compreensão e aceitação à mudança por parte desse público em direção a bons hábitos de saúde, também observado em alguns grupos de idade mais avançada para os domínios. Por outro lado, o resultado desperta a preocupação com comportamentos de saúde da nova geração, situação evidenciada em estudo recente, do último acompanhamento da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel, que aponta o consumo de frutas e hortaliças e de alimentos *in natura* ou minimamente processados maior nos indivíduos com mais idade e maior nível de escolaridade, enquanto o consumo de refrigerantes e alimentos ultraprocessados aumentou em indivíduos mais novos e no estrato intermediário de escolaridade⁽³¹⁾. Dados esses que colocam os profissionais da saúde e pesquisadores cada vez mais em situação de vigilância, uma vez que hábitos de alimentação e atividade física não saudáveis estão diretamente relacionados com o aumento dos casos de doenças crônicas, excesso de peso e obesidade entre os brasileiros, conforme mostra o Atlas da Situação Alimentar e Nutricional no Brasil⁽³²⁾.

A renda e a escolaridade foram as principais variáveis utilizadas no estudo para medir o nível socioeconômico dos indivíduos, entre elas a renda foi a que mais associou-se aos estágios finais para os domínios de quantidade de gordura na dieta e prática de atividade física. Em uma revisão sistemática sobre inquéritos nacionais de consumo alimentar no Brasil publicada por Canuto et al. 2019 foi evidenciado que os indivíduos pertencentes às famílias com maior renda apresentaram um padrão alimentar contraditório, composto por uma alimentação mais diversificada e rica em nutrientes, que inclui diversos alimentos in natura de maior valor monetário, mas também ao maior consumo de alimentos industrializados e refeições prontas, revelando que indivíduos com maior renda têm maior possibilidade de escolha e, por outro lado, os indivíduos com menor renda parecem estar condicionados à comportamentos baseados no acesso⁽¹⁶⁾.

O presente estudo identificou que cerca de um terço dos adultos conviviam com obesidade, mas nenhuma diferença foi observada em relação ao estágio de prontidão para mudança de comportamento em relação a qualquer um dos domínios avaliados. O debate sobre reconhecer a obesidade como uma DCNT é bastante atual, porém ainda muito estigmatizado socialmente e, inclusive, entre os profissionais da saúde⁽³³⁻³⁴⁾. Um consenso publicado recentemente reporta dificuldades por parte de profissionais da saúde no âmbito da abordagem e linguagem utilizada no atendimento ao paciente obeso⁽⁸⁾, o que faz do modelo transteórico uma alternativa para melhores resultados tanto para as pessoas que convivem com obesidade, quanto para o sistema de saúde.

Ao encontro disso, destaca-se ainda que, no presente estudo, indivíduos que viviam sem companheiro/a ou eram portadores de diabetes associaram-se a menores prevalências aos estágios finais para consumo de frutas e vegetais, ou seja, parece que comer sem companhia ou ser portador de diabetes reduziu a chance de aderir o consumo adequado desses alimentos, o que pode ter ocorrido em função de que comer em companhia aumenta as chances de comer

mais frutas e vegetais e ainda, ser portador de diabetes pode levar a um comportamento de negação da doença e portanto, não adesão ao tratamento, o que ocorre muitas vezes pela dificuldade de mudança do comportamento que se manteve por muito tempo e levou ao desenvolvimento da doença. Assim, é possível que as pessoas que se reconhecem como portadoras de diabetes poderiam ter dificuldade na aceitação do diagnóstico e, conseqüentemente, na adesão às recomendações⁽³⁵⁾, assim como indivíduos que vivem sem companheiro ter dificuldade em modificar tais comportamentos ⁽²⁵⁾.

Estudos já evidenciaram que indivíduos acompanhados por algum serviço ou profissional de saúde têm mais consciência sobre cuidados com a sua saúde⁽³⁶⁻³⁷⁾ e esses resultados foram também encontrados no presente estudo com predominância de pessoas que relataram algum grau de afiliação com profissional ou serviço de saúde nos estágios finais para prática de atividade física. Dessa forma, reforçando a importância sobre a relação do aconselhamento profissional e maior motivação à mudança de comportamento em indivíduos adultos.

Apesar de ter sido encontrada associação entre ter um profissional de referência e a existência de vínculo com o profissional aumentarem a prevalência de indivíduos nos estágios finais para frutas e vegetais, esse foi o comportamento que os indivíduos apresentaram maior dificuldade em modificar. A literatura aponta para associações entre a baixa ingestão de frutas e vegetais e o aumento do risco de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis – DCNT⁽³⁸⁻³⁹⁾. Os últimos dados do Vigitel indicaram que no conjunto da população adulta estudada, a frequência de consumo regular de frutas e hortaliças - cinco ou mais dias/semana - foi de 34,3%, sendo menor entre homens (27,9%) do que entre mulheres (39,8%)⁽²⁹⁾, o que reforça a necessidade da qualificação profissional para a orientação correta quanto ao consumo de frutas e vegetais. O Guia Alimentar para a População Brasileira é uma importante ferramenta a ser utilizada por profissionais da saúde em direção a superação desses obstáculos, pois aponta

alternativas viáveis, saudáveis e economicamente acessíveis para a população, como por exemplo realizar compras em feiras ao ar livre, fruteiras, incluir todos os membros da família na preparação e elaboração das refeições, além de indicar os dez passos em direção a uma alimentação adequada e saudável para a população brasileira⁽⁴⁰⁾.

Como limitação do presente estudo, destaca-se que o questionário utilizado para obtenção dos EMC foi validado no Brasil para ser preenchido pelo próprio entrevistado⁽¹⁷⁾ e foram necessárias algumas adaptações de linguagem e respostas no contexto da população entrevistada. No entanto, considerando a população alvo do presente estudo e, embora menores frequências tenham sido observadas nos estágios intermediários de mudança de comportamento, a utilização da variável dicotômica minimizou a presença de erros de classificação. Outra possível limitação refere-se a não ter sido utilizado o instrumento completo para acesso e utilização dos serviços de saúde. No entanto, as informações referentes ao grau de afiliação dos serviços de saúde constante no Bloco A do PCAtool⁽¹⁸⁾ permitiram avaliar uma possível vinculação dos entrevistados com os serviços de saúde, especialmente, da APS. E ainda, em relação ao tamanho da amostra destaca-se, que a mesma foi influenciada devido à interrupção precoce do estudo em razão das medidas de distanciamento social impostas pela pandemia do vírus SARS-CoV-2 (“novo corona vírus”) ao longo do ano de 2020. Porém, apesar dessa limitação, a amostra foi suficiente para encontrar algumas associações relevantes para uma melhor compreensão das relações entre os fatores associados com os estágios de mudança de comportamento avaliados em quatro domínios.

A pandemia de covid-19, infecção causada pelo novo coronavírus Sars-CoV-2, chegou oficialmente ao Brasil no dia 26 de fevereiro de 2020⁽⁴¹⁾. Em meados de março, diante do aumento geométrico no número de casos e da inexistência de vacina ou de tratamentos eficazes para a doença, autoridades de saúde dos estados e municípios brasileiros deram início a ações já implementadas em outros países, buscando a diminuição substancial de contatos

interpessoais⁽⁴²⁾. Essas ações incluíram a paralisação de todas as atividades econômicas não essenciais, o fechamento de escolas, suspensão das atividades presenciais nas universidades e recomendações expressas para que as pessoas ficassem em suas casas o maior tempo possível⁽⁴³⁾.

É razoável esperar que muitos comportamentos sejam modificados com a pandemia de covid-19, sendo a alimentação e a prática de atividade física exemplos dessas mudanças visto que a epidemia da obesidade já se revelava como uma preocupação mundial e, no pós-pandemia, pela covid-19, essa situação tende a agravar-se⁽⁴⁴⁾.

Apesar dessas limitações, este estudo apresenta contribuições para o avanço do conhecimento na área, na medida em que seus resultados sugerem diferenças na população estudada em relação aos EMC, principalmente para quem já estava nos estágios finais, ou seja, com adesão ao comportamento saudável. Além das diferenças nas proporções de pessoas que se encontravam nos diferentes estágios, algumas características como o tipo de comércio local, presença de praças ou parques com instalações da academia da saúde, ciclo faixas e afiliação aos serviços de APS podem estar relacionadas com a probabilidade de adesão às mudanças de comportamento, principalmente quanto ao consumo de frutas e vegetais e a prática de atividade física em adultos residentes em territórios adstritos às ESF de um município de porte médio no sul do Brasil⁽⁴⁵⁾.

Conclusão

Os achados do presente estudo mostram que a maioria dos participantes estiveram classificados nos estágios finais de mudança de comportamento, exceto para o consumo de frutas e vegetais em que a maioria dos indivíduos ainda demonstraram baixa motivação para mudança. Fatores demográficos, socioeconômicos e grau de afiliação aos serviços de atenção primária à saúde estiveram relacionados com os estágios de mudança do comportamento para os quatro domínios estudados. A importância da adoção de avaliação dos EMC para tratamento e prevenção da obesidade e doenças crônicas no âmbito do SUS, conforme orienta o caderno 38 de atenção básica⁽¹³⁾, pode ser constatada no presente estudo. A partir do estágio em que o usuário se encontra podem ser realizadas orientações específicas para adoção de comportamentos alimentares e de atividade física adequados e saudáveis e sugere-se a maior afiliação e formação de vínculo da população adscrita com os profissionais de saúde como fator que proporciona mais adesão a comportamentos saudáveis, bem como mais espaços de formação permanente para os profissionais que atuam junto à essa população com o desafio de formular estratégias e orientações que modifiquem comportamentos e estatísticas de saúde.

Financiamento

Este estudo está inserido na pesquisa “Conhecimento sobre alimentação saudável e adequação às recomendações alimentares e nutricionais brasileiras: indissociabilidade entre a pesquisa epidemiológica, ensino e extensão na atenção nutricional no âmbito do SUS”, e faz parte do estudo nacional: ENFRENTAMENTO E CONTROLE DA OBESIDADE NO ÂMBITO DO SUS, financiado pelo Ministério da Saúde e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Ferreira, APS, Szwarcwald, CLD, Giseli N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. 2019, v. 22. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>>. Epub 01 Abr 2019. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190024>.
2. Streb AR, Duca GFD, Silva RP, Benedet J, Malta DC. Simultaneidade de comportamentos de risco para a obesidade em adultos das capitais do Brasil. *Ciênc Saúde Colet*, 25(8):2999-3007, 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/141381232020258.27752018>
3. WHO, 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
4. Geissler ME, Korz V. Atitudes de enfermeiros de equipe da Saúde da Família em relação à obesidade. *Demetra (Rio J.)*; 15(1): e46085, jan.- mar.2020/*Demetra*. 2020. 46085. doi: <https://doi.org/10.12957/demetra.2020.46085>
5. Tomiyama AJ, Carr D, GranbergEM, et al. How and why weight stigma drives the obesity ‘epidemic’ and harms health. *BMC Med* 2018; 16: 123. doi: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1116-5>
6. O’Keeffe M, Flint SW, Watts K, Rubino F. Knowledge gaps and weight stigma shape attitudes toward obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol*. Published Online March 3, 2020. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30073-5](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30073-5)
7. Albury C., Strain W. D. The importance of language in engagement between health-care professionals and people living with obesity: a joint consensus statement. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2020; 8: 447–55. doi: [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(20\)30102-9](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(20)30102-9)
8. Rubino F, Puhl RM, Cummings DE, Eckel RH, Ryan DH, Mechanick JI, Nadglowski J

- et al. Joint international consensus statement for ending stigma of obesity. *Nat Med* ; 26(4): 485-497, 2020 04. doi:<https://doi.org/10.1038/s41591-020-0803-x>
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Sobrepeso e Obesidade em adultos. Brasília- DF. Outubro/2020. Acesso: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2020/20201113_Relatorio_PCDT_567_Sobrepeso_e_Obesidade_em_adultos.pdf
10. Lima GCBB, Guimarães AMDN, Silva JRS, Otero LM, Gois, CFL. Educação em saúde e dispositivos metodológicos aplicados na assistência ao Diabetes Mellitus. *Saúde em Debate* | Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 150-158, jan-mar 2019. doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912011>
11. Mahmoudi K, Taghipoor A, Tehrani H, ZomorodiNiat H, Vahedian-Shahroodi M. Stages of Behavior Change for Physical Activity in Airport Staff: a quasi-experimental study. *Invest. Educ. Enferm.*2020; 38(1):e02doi: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v38n1e02>.
12. González VB, Antún MC, Lava MP, Rossi ML, Ruggiero M, Mirri ME. Validez y fiabilidad de una herramienta para determinar la etapa de cambio de comportamiento en relación al consumo diario de 5 porciones de frutas y hortalizas en adultos. *Rev Chil Nutr* 2018; 45(4): 331-337. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182018000500331>
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 212 p. : il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 38). Acesso:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf

14. Campos, AD. Abordagem do sobrepeso e obesidade na Atenção Primária à Saúde [recurso eletrônico] / Dalvan Antônio de Campos, Francieli Cembranel, Ronaldo Zonta -- 1. ed. -- Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2019. 83 p. : il.; color. Modo de acesso:
https://unasuscp.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/189126/mod_resource/content/32/moodleface/livro.pdf
15. Soares Janaina, Vargas Divane de. Intervenção breve grupal: efetividade na motivação para a mudança do uso de álcool. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2020 [cited 2021 May 16] ; 73(1): e20180138. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020000100165&lng=en. Epub Feb 10, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0138>
16. . Canuto Raquel, Fanton Marcos, Lira Pedro Israel Cabral de. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2019 Sep [cited 2021 May 19] ; 24(9): 3193-3212. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903193&lng=en. Epub Sep 09, 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018249.26202017>
17. Steele, Eurídice Martínez et al. Dietary changes in the Nutri Net Brasil cohort during the covid-19 pandemic. Revista de Saúde Pública [online]. v. 54 [Acessado 19 Maio 2021] , 91. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002950>>. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002950>.
18. Sutton K, Logue E, Jarjoura D, Baughman K, Smucke W, Capers C. Assessing dietary

- and exercise stage of change to optimize weight loss interventions. *Obes Res.* 2003; 11(5):641-52. doi: <https://doi.org/10.1038/oby.2003.92>
19. Cattai GB, Hintze IJ, Nardo Junior N. Internal validation of the stage of change questionnaire for alimentary and physical activity behaviors. *Rev Paul Pediatr.* 2010; 28:194. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000200011>
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primarycareassessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 80 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Acesso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatool_brasil.pdf
21. Oliveira MMC, Harzheim E, Riboldi J, Duncan BB. PCATool-ADULTO-BRASIL: uma versão reduzida. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2013; 8(29):256-63. doi: [https://doi.org/10.5712/rbmfc8\(29\)823](https://doi.org/10.5712/rbmfc8(29)823)
22. Guertin C, Pelletier L, Pope P The validation of the Healthy and Unhealthy Eating Behavior Scale (HUEBS): Examining the interplay between stages of change and motivation and their association with healthy and unhealthy eating behaviors and physical health, *Appetite* (2019). doi: <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104487>
23. Chang SC, Yeh HC, Kuo YL. Scale Development and Model Validation for the Process of Exercise Engagement for People with Prediabetes. *J Korean Acad Nurs* ; 50(2): 298-312, 2020 Apr. doi: <https://doi.org/10.4040/jkan.2020.50.2.298>
24. Molaison EF. Stages of Change in Clinical Nutrition Practice. *Nutr Clin Care*, Sept/Oct 2002–Vol 5, No.5. doi: <https://doi.org/10.1046/j.1523-5408.2002.05507.x>
25. Wardle J, Parmenter K, Waller J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite*. Volume 34, Issue 3, June 2000, Pages 269-275. doi:

<https://doi.org/10.1006/appe.1999.0311>

26. Davy S, Benes B, Driskell J. Sex Differences in Dieting Trends, Eating Habits, and Nutrition Beliefs of a Group of Midwestern College Students. *Journal of the American Dietetic Association*. 106(10):1673-7, 2006. doi:
<https://doi.org/10.1016/j.jada.2006.07.017>
27. Medina LPB, Barros MBA, Sousa NFS, Bastos TF, Lima MG, Szwarcwald CL. Social inequalities in the food consumption profile of the Brazilian population: National Health Survey, 2013. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2019; 22(Suppl 2): E190011.SUPL.2. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720190011.supl.2>
28. Assumpção D de, Domene SMÁ, Fisberg RM, Canesqui AM, Barros MB de A. Diferenças entre homens e mulheres na qualidade da dieta: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo. *Ciêns Saúde Colet* 2017; 22(2): 347-58. doi:
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.16962015>
29. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010. doi:
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500018>
30. Toneli MJF, Souza MGC, Müller RCF. Masculinidades e práticas de saúde: retratos da experiência de pesquisa em Florianópolis/SC. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 973-994, 2010. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300015>
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de*

risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. 137. : il. Acesso:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2019_vigilancia_fatores_risco.pdf

32. BRASIL. Ministério da saúde. Situação alimentar e nutricional no Brasil: excesso de peso e obesidade da população adulta na Atenção Primária à Saúde. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2020. Acesso:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atlas_situacao_alimentar_nutricional_populacao_adulta.pdf
33. Nolan C, Deehan A, Wylie A, Jones R. Practice nurses and obesity: professional and practice-based factors affecting role adequacy and role legitimacy. Prim Health Care Res Dev. 2012 Oct;13(4):353-63. Epub 2012 Apr 2. PMID: 22464138.doi:[10.1017/S1463423612000059](https://doi.org/10.1017/S1463423612000059)
34. Michie S. Talking to primary care patients about weight: a study of GPs and practice nurses in the UK. Psychol Health Med. 2007 Oct; 12(5):521-5. doi: [10.1080/13548500701203441](https://doi.org/10.1080/13548500701203441)
35. Golbert A, Vasques ACJ, Faria ACRA, Lottenberg AMP, Joaquim AG, Vianna AGD. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020. São Paulo: Clannad Editora Científica, 2019.
Acesso:<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/DIRETRIZES-COMPLETA-2019-2020.pdf>
36. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. CienSaudeColet 2011; 6(1):319-325. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413->

[81232011000100034](https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013)

37. Falkenberg MB, Mendes TPL, Moraes EP, Souza EM. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações na saúde coletiva. *Ciênc. saúdecoletiva* 19 (03) Mar 2014. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>
38. World Health Organization (WHO). GLOBAL STATUS REPORT on noncommunicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.
Acesso: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf
39. Souza, B.B. Cembranel, Hallal, A.L.C, d’Orsi, E. Consumption of fruits and vegetables and association with life habits and nutritional status: a prospective study in a cohort of the elderly. *Ciência&SaúdeColetiva*, 24(4):1463-1472, 2019. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018244.03782017>
40. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156 p. : il. ISBN 978-85-334-2176-9. Acesso: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf
41. Organização Mundial Da Saúde (OMS). Pandemia por COVID-19 (OMS/WHO) - 2020. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
42. SteeleEM, Rauber F, Costa C dos S, Leite MA, Gabe KT, Louzada ML da C, Levy RB, Monteiro CA. Mudanças alimentares na coorte NutriNet Brasil durante a pandemia de covid-19. *Rev. saúdepública* [Internet]. 2020Sep.17 [cited 2021May16];540:91. Available from:

<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/174857>

43. . Sá CSS, Pombo A, Luz C ,Rodrigues LP, Cordovil R. Distanciamento COVID-19 e rotina de crianças brasileiras. Rev Paul Pediatr. vol.39 São Paulo 2021Epub 11-Nov-2020. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020159>
44. . Karsburg E. Comportamento alimentar em tempos de pandemia. Análise de conjuntura do Observatório Socioeconômico da Covid-19, projeto realizado pelo Grupo de Estudos em Administração Pública, Econômica e Financeira (GEAPEF) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e que conta com financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERS) por meio do Edital Emergencial 06/2020 como resposta à crise provocada pela pandemia da Covid-19. Texto publicado em: 20/08/2020. Disponível em:
<https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/820/2020/08/Ana%CC%81lise-de-Conjuntura-12.pdf>
45. Costa BVL, Freitas PP, Menezes MC, Guimarães LMF, Ferreira LF, Alves MSC, et al. Food environment: validation of a method for measurement and characterization in the territory with the Health Academy Program. Cad. Saúde Pública 2018; 34(9):e00168817. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00168817>

Apêndices

Apêndice A – Carta de apresentação do artigo

Carta de Apresentação (*Cover Letter*)

Pelotas, 16, dezembro, 2020.

Prezado(a) Editor(a) da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)

O estudo apresenta contribuições para o avanço do conhecimento na área na medida em que colabora para ampliação do conhecimento sobre comportamento alimentar e apresenta resultados que podem contribuir para superar o desafio de transformar informações científicas de nutrição em mudanças reais das práticas alimentares.

O presente estudo traz inovações à ciência à medida que evidencia a importância da identificação dos diferentes estágios de mudança de comportamento por profissionais da saúde, especialmente os que atuam na APS, para a formulação e aplicação de programas de educação nutricional específicos, de modo a promover maior estímulo e motivação para a mudança de práticas alimentares inadequadas a indivíduos e grupos em risco nutricional, tendo em vista o aporte teórico que essa informação poderá oferecer para a implantação de programas de enfrentamento do excesso de peso e obesidade em adultos atendidos pelo SUS.

Assim, submetemos à sua apreciação o texto científico intitulado “Estágios de mudança de comportamento alimentar e prática de atividade física em população adulta.” o qual se adequa às áreas de interesse da RLAE. A revista foi escolhida pelos autores por entenderem que o acesso ao conhecimento científico é meio importante para informar e validar posições na formulação de políticas públicas, entendendo que a comunicação entre os campos da ciência e das políticas de saúde depende da divulgação do conhecimento produzido e das possibilidades de acesso, o que ao nosso ver a revista escolhida se propõe.

Todos os autores declaram ter ciência de que o estudo, após submetido, não poderá ter a ordem nem o número de autores alterados, sem informação e justificativa prévias à RLAE e, ainda, que contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa e em sua redação, bem como aprovaram o seu conteúdo antes de sua submissão.

Os autores certificam que o presente texto científico não se caracteriza como multipartes e/ou resultados parciais de um mesmo estudo e representa uma pesquisa original.

Os autores declaram, ainda, não haver conflitos de interesse em relação ao presente texto científico.

Samara Christ Teixeira

(Autora)

Apêndice B – Instrumento Aplicado para Avaliação dos Estágios de Mudança do Comportamento Alimentar e Atividade Física

Proposto por Sutton (SUTTON et al., 2003) e adaptado por Cattai (CATTAI et al., 2009).

USANDO AS AFIRMAÇÕES APRESENTADAS, INDIQUE A QUE MELHOR DESCREVE O SEU COMPORTAMENTO PARA CADA UM DOS ITENS LISTADOS.

A046) Em relação ao tamanho e a quantidade das porções o(a) sr(a)...

Limito a quantidade que como e não como mais do que preciso.

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Meço ou peso as porções de alimentos que consumo

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Como menos nas últimas refeições se eu exagerei nas anteriores

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Paro de comer antes de me sentir “cheio – estufado”

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Evito comer quando estou nervoso(a), triste ou deprimido(a)

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Bebo um copo de água \pm 15 minutos antes das refeições

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Resisto em comer mais que o necessário. (tudo que está no prato se eu não estiver mais com fome)

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

“Mantenho a linha” quando estou comendo ou beliscando

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Digo não as repetições

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

A047) Em relação à quantidade de gordura na dieta o(a) sr(a)...

Como uma dieta pobre em gorduras.

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Como frango ou peru sem pele

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Tomo leite, iogurte e queijo sem gordura

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Retiro toda a gordura das carnes

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Limito o tamanho das porções de carne nas refeições

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Evito frituras como batatas, frango, polenta

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Evito *fastfoods* , como hambúrgueres, batata frita, etc.)

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Evito salgadinhos industrializados

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Uso em pouca quantidade ou não passo manteiga ou margarina em pães, bolachas ou bolos

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Uso molhos e temperos com pouca gordura

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Evito bolos, biscoitos e tortas

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

A048) Em relação ao consumo de frutas e vegetais o(a) sr(a)...

Como, pelo menos, 5 porções de frutas e vegetais por dia

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Como, pelo menos, 3 porções de vegetais verdes (brócolis, espinafre, rúcula, alface, agrião...) por dia

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Quando vou a um bar/restaurante ou faço pedido de lanches, dispenso as batatas fritas e peço vegetais no lugar

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Como, pelo menos, 2 porções de frutas todos os dias

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Como salada verde e vegetais como rúcula, agrião, cenoura e tomate

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Incluo frutas aos meus pratos

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Como frutas como sobremesa

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Incluo vegetais como alface e tomate, nos meus pratos ou nos sanduíches

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Quando faço um lanche, prefiro frutas

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

A049) Em relação à prática de Atividade Física o(a) sr(a)...

Incluo uma variedade de atividade física na minha rotina diária, sejam atividades domésticas ou caminhar pequenas distâncias, subir escadas

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

- 0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer
 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

- 3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses
 4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Passo boa parte do meu tempo fora da mesa, sofá e/ou cadeira do computador fazendo tarefas mais ativas

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Ajudo ou faço o serviço de limpeza pesada como lavar as janelas, esfregar o chão, e paredes

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Faço serviço pesado no trabalho (por exemplo, levanto objetos ou uso maquinário pesado).

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Faço o serviço de jardinagem, limpo o quintal e a calçada

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Procuro formas de ser ativo em minha rotina diária, fazendo atividades em casa que me deixam menos tempo sentado.

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

- 1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses
- 2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Faço coisas ativas no final da tarde (conversar caminhando, visitar amigos ou passear)

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Uso escadas ao invés do elevador ou da escada rolante

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Estaciono o carro a uma certa distância do local onde tenho que ir, ou desço um ponto antes ou depois, para caminhar até o local que estou indo.

(1) SIM (2) NÃO (3) NSA

(1) (2) – NÃO

0 – Eu não faço isso e não pretendo fazer

1 – Eu não faço isso, mas pretendo fazer nos próximos 6 meses

2- Eu não faço isso, mas estou pensando em fazer neste mês

(3) (4) – SIM

3 – Eu faço isso e comecei a fazer nos últimos 6 meses

4 – Eu já faço isso há mais de 6 meses

Apêndice C – Questionário Domiciliar

Confidential

ECOSUS
Page 1 of 9

BLOCO B - DOMICILIAR

Record ID _____

BLOCO B - DOMICILIAR

COMPOSIÇÃO DE RENDA/BENS E DESPESAS

Este bloco deve ser aplicado preferencialmente ao chefe da família

Entrevistadora: 1
 2
 3
 4
 5
 6

Data da entrevista: _____

Horário de início da entrevista: _____

Número do município: Palmeira das Missões
 Passo Fundo
 Pelotas

Número do setor: __ __ _____

Número da família: __ __ __ _____

IDENTIFICAR O RESPONDENTE (NOME): _____

(BOM DIA/ BOA TARDE). MEU NOME É (ENTREVISTADORA). ESTOU TRABALHANDO EM UMA PESQUISA SOBRE SAÚDE, REALIZADA PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO E ALIMENTOS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. IREMOS ESTUDAR COMO ESTÁ A SAÚDE DOS ADULTOS MORADORES DE ALGUNS BAIROS DE PELOTAS. GOSTARIA DE CONVERSAR COM O(A) SR.(A) E É IMPORTANTE ESCLARECER QUE TODAS AS INFORMAÇÕES SÃO SIGILOSAS E SERÃO UTILIZADAS APENAS PARA ESSA PESQUISA. INICIALMENTE PRECISAMOS CONVERSAR COM O RESPONSÁVEL DA FAMÍLIA E DEPOIS PRECISAREMOS ENTREVISTAR OS MORADORES COM 18 ANOS DE IDADE OU MAIS.

Confidential

Page 2 of 9

B001) QUEM É O CHEFE DA SUA FAMÍLIA?

- Próprio entrevistado
 Pai
 Mãe
 Tio
 Tia
 Avô
 Avó
 Irmão
 Irmã
 Marido/Esposa
 Outro

"OUTRO" QUAL? _____ [grau
de parentesco com o entrevistado] _____

B002) ATÉ QUE ANO DE ESTUDO (O(A) SR(A)/ O CHEFE DA FAMÍLIA) COMPLETOU?

____ série/ano

00 = completou faculdade ou mais

88 = nunca estudou

99 = IGN

Grau:

- fundamental
 médio
 curso técnico ou médio integrado
 faculdade
 especialização/residência
 mestrado
 doutorado
 NSA - nunca estudou
 IGN

B003) QUANTAS PESSOAS MORAM NESTE DOMICÍLIO?

____ moradores

[99 = IGN]

B004) GOSTARIA QUE O(A) SR.(A) ME DISSESSE O PRIMEIRO NOME DAS PESSOAS QUE MORAM NESTA CASA, COMEÇANDO PELO(A) SR.(A). POR FAVOR, ME DIGA TAMBÉM A IDADE DELAS.

1) Nome Pessoa 1:

1) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa1]?

[00 = menores de 1 ano]

1) Anotar o sexo:

- Masculino
 Feminino

2) Nome Pessoa 2:

2) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa2]?

[00 = menores de 1 ano]

Confidential

Page 3 of 9

2) Anotar o sexo: Masculino
 Feminino

3) Nome Pessoa 3:

3) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa3]?

[00 = menores de 1 ano]

3) Anotar o sexo: Masculino
 Feminino

4) Nome Pessoa 4:

4) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa4]?

[00 = menores de 1 ano]

4) Anotar o sexo: Masculino
 Feminino

5) Nome Pessoa 5:

5) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa5]?

[00 = menores de 1 ano]

5) Anotar o sexo: Masculino
 Feminino

6) Nome Pessoa 6:

6) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa6]?

[00 = menores de 1 ano]

6) Anotar o sexo: Masculino
 Feminino

7) Nome Pessoa 7:

7) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa7]?

[00 = menores de 1 ano]

7) Anotar o sexo: Masculino
 Feminino

8) Nome Pessoa 8:

Confidential

Page 4 of 9

8) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa8]?

[00 = menores de 1 ano]

8) Anotar o sexo:

- Masculino
 Feminino

9) Nome Pessoa 9:

9) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa9]?

[00 = menores de 1 ano]

9) Anotar o sexo:

- Masculino
 Feminino

10) Nome Pessoa 10:

10) QUAL A IDADE DO(A) [pessoa10]?

[00 = menores de 1 ano]

10) Anotar o sexo:

- Masculino
 Feminino

AGORA VOU FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE ITENS QUE POSSAM TER NA SUA CASA. TODOS OS APARELHOS QUE VOU CITAR DEVEM ESTAR FUNCIONANDO, INCLUINDO OS QUE ESTÃO GUARDADOS. CASO NÃO ESTEJAM FUNCIONANDO, POR FAVOR, ME AVISE.

ME DIGA SE NA SUA CASA TEM E QUANTOS TÊM:

B005) MÁQUINA DE LAVAR ROUPA? NÃO CONSIDERAR TANQUINHO

- 0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B006) MÁQUINA DE SECAR ROUPA?

- 0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B007) MÁQUINA DE LAVAR LOUÇA?

- 0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

Confidential

Page 5 of 9

B008) DVD, INCLUINDO QUALQUER APARELHO QUE LEIA DVD,
MAS SEM CONTAR O DE AUTOMÓVEL?

0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B09) GELADEIRA?

0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B010) FREEZER OU GELADEIRA DUPLEX?

0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B011) FORNO DE MICROONDAS?

0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B012) COMPUTADOR DE MESA?

0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B013) COMPUTADOR PORTÁTIL (NOTEBOOK OU NETBOOK)?
Não contar tablets, palms ou celular

0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B014) AUTOMÓVEL DE PASSEIO? Uso particular

0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

B015) MOTOCICLETA? Somente uso particular

0
 1
 2
 3
 4+
 IGN

Confidential

Page 6 of 9

AGORA VOU FAZER UMAS PERGUNTAS SOBRE A CASA ONDE VOCÊS MORAM.

B16) QUANTOS BANHEIROS EXISTEM NA CASA? 0 (sem banheiro)
 1
 2
 3
 4+
 9 IGN

B17) O(A) SR.(A) TEM EMPREGADOS DOMÉSTICOS MENSALISTAS OU QUE TRABALHAM PELO MENOS CINCO DIAS POR SEMANA? SE SIM, QUANTOS? 0
 1
 2
 3
 4+
 9 IGN

B18) A ÁGUA UTILIZADA NESTE DOMICÍLIO É PROVENIENTE DE? Rede geral de distribuição
 Poço ou nascente
 Outro meio

B19) CONSIDERANDO O TRECHO DA RUA DO SEU DOMICÍLIO, VOCÊ DIRIA QUE A RUA É: Asfaltada/Pavimentada
 Terra/Cascalho

AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE A FONTE DE RENDA DOS MORADORES DESTA CASA.

B20) QUANTAS PESSOAS QUE MORAM NESTA CASA, TRABALHARAM E RECEBERAM SALÁRIO NESSE ÚLTIMO MÊS? _____

B201) NO MÊS PASSADO, QUANTO GANHARAM AS PESSOAS QUE TRABALHARAM?

a) Pessoa 1: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

f) Pessoa 6: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

g) Pessoa 7: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

Confidential

Page 7 of 9

h) Pessoa 8: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

i) Pessoa 9: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

j) Pessoa 10: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

B022) ALGUM MORADOR DESTA CASA RECEBE DINHEIRO DE APOSENTADORIA, AUXÍLIO DOENÇA, PENSÃO POR INVALIDEZ OU POR MORTE?

 Não
 Sim
 IGN

B023) QUANTO ESTAS PESSOAS GANHARAM COM ESTES BENEFÍCIOS NO MÊS PASSADO?

a) Pessoa 1: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

f) Pessoa 6: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

g) Pessoa 7: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

h) Pessoa 8: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

i) Pessoa 9: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

j) Pessoa 10: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

Confidential

Page 8 of 9

B024) ALGUM MORADOR DESTA CASA RECEBE DINHEIRO DE BOLSAS-FAMÍLIA, LOAS, AUXÍLIO-RECLUSÃO, AUXÍLIO-MATERNIDADE, SEGURO-DESEMPREGO (OU SEGURO-DEFESOS PARA PESCADORES)?

- Não
 Sim
 IGN

B025) SOMANDO TUDO, QUANTO GANHARAM COM ESTES BENEFÍCIOS NO MÊS PASSADO?

a) Pessoa 1: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

b) Pessoa 2: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

c) Pessoa 3: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

d) Pessoa 4: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

f) Pessoa 6: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

g) Pessoa 7: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

h) Pessoa 8: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

i) Pessoa 9: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

j) Pessoa 10: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN]

B026) VOCÊS TÊM OUTRA FONTE DE RENDA, COMO ALUGUEL OU ARRENDAMENTO DE PROPRIEDADE, MESADA, AJUDA DE FAMILIARES?

- Não
 Sim
 IGN

B027) NO MÊS PASSADO, QUANTO VOCÊS GANHARAM COM ESTAS OUTRAS FONTES DE RENDA?

Confidential

Page 9 of 9

a) Pessoa 1: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

b) Pessoa 2: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

c) Pessoa 3: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

d) Pessoa 4: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

e) Pessoa 5: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

f) Pessoa 6: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

g) Pessoa 7: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

h) Pessoa 8: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

i) Pessoa 9: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

j) Pessoa 10: R\$ _____

[000000 = Não recebeu / 888888 = NSA / 999999 = IGN] _____

Atenção: Marque como completo o questionário.

OBRIGADO PELAS RESPOSTAS!

Apêndice D – Manual de Instruções para a Pesquisa de Campo

Projeto:



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



Manual de Instruções – Trabalho de Campo

Apoio/financiamento:



1. INTRODUÇÃO

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

1.1 Enfrentamento à Obesidade no Âmbito do SUS

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

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

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

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

1.2 Equipe do Projeto

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

Universidade Federal de Pelotas

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

Rua Gomes Carneiro, 01 – 2º andar

Cep 96010-610 – Pelotas, RS

Fone: (53) 3284-3830

Nome	Telefone	Email
COORDENADORA E SUPERVISORES DE CAMPO		
DENISE GIGANTE	(53) 991434427	denisepgigante@gmail.com
SAMARA CHRIST	(53)984044986  (54)981235754	samaramtd@gmail.com
FELIPE DELPINO	(53)984173777	fmdsocial@outlook.com

2 Orientações Gerais

LEVE SEMPRE COM VOCÊ:

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

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

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

2.1 A Rotina de Trabalho

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

2.2 Apresentação pessoal e postura

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

- ✓ Sempre porte seu crachá de identificação e, se necessário, apresente sua carta de apresentação, ou ainda forneça o número do telefone do/a supervisor/a para

que a pessoa possa ligar e confirmar suas informações. Seja **PACIENTE** para que se tenha um mínimo de perdas e recusas.

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

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

2.3 Desenho do estudo

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

2.4 População e local do estudo

O público-alvo será compreendido pela população adscrita em territórios adstritos às unidades básicas de saúde. Para participar do estudo, os indivíduos deverão ter **de 20 a 59 anos** e estar residindo na área de abrangência dos territórios adstritos.

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

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

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

2.6 Perdas, recusas e exclusão

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

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

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

→ **IMPORTANTE:** Em caso de **recusa**, apresentar o TCLE para o indivíduo, marcar a caixa “ Não quero participar” e pedir para que ele assine. Ainda, o/a entrevistador/a deve abrir o “**filtro**” no REDCAP e preencher as informações iniciais (endereço, nome, nº de telefone...), clicar em “save record” e encerrar o questionário. Não esqueça de passar essa informação para seu supervisor. Porém, **NÃO desistir antes de PELO MENOS TRÊS tentativas em dias e horários diferentes.**

→ Diga que entende o quanto a pessoa é ocupada e o quanto responder a um questionário pode ser cansativo, mas insista em esclarecer a importância do trabalho

e de sua colaboração. Seja sempre educada e não perca a paciência com o participante.

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

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

2.7 O Consentimento Informado (TCLE)

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

3 Instruções gerais para o preenchimento dos questionários

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

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

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

- As instruções nos questionários que estão em **ITÁLICO** servem apenas para orientar a entrevistadora, não devendo ser lidas para a entrevistada.
- **As perguntas devem ser feitas exatamente como estão escritas.** Caso a entrevistada não entenda a pergunta, repita uma segunda vez exatamente como está escrita. Após, se necessário, explique a pergunta de uma segunda maneira (conforme instrução específica), com o cuidado de não induzir a resposta. Em último caso, enunciar todas as opções, tendo o cuidado de não induzir a resposta

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

11	A Sra. fez exames de sangue durante a gravidez? Se fez, quantos? (00=não fez; 99=IGN)	[Cxx]	<u>0</u> <u>2</u>
12	A Sra. fez exames de urina durante a gravidez? Se fez, quantos? (00=não fez; 99=IGN)	[Cxx]	<u>0</u> <u>0</u>
13	Qual era o seu peso no início da gravidez? (999=IGN)	[Cxx]	<u>9</u> <u>9</u> <u>9</u> Kg

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

3.1 Codificação dos questionários

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

3.2 Códigos especiais

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

- **IGNORADO (IGN) = 9; 99 ou 999.** Este código deve ser usado quando o informante não souber responder ou não lembrar. Antes de aceitar uma resposta como **ignorada** deve-se tentar obter uma resposta mesmo que aproximada. Se esta for vaga ou duvidosa, anotar por extenso e discutir com o supervisor. Use a resposta ignorado somente em último caso. Lembre-se que uma resposta não coletada é uma resposta perdida.
- **NÃO SE APLICA (NSA) = 8; 88 ou 888.** Usado pouco neste questionário, mas em situações específicas há uma instrução na questão.

- **MUITAS VEZES** ou **ATÉ O MOMENTO PRESENTE: 77**. Usado quando a frequência de um evento se deu tantas vezes que o/a entrevistado/a não sabe especificar o número ou quando o evento questionado ainda ocorre.

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

Anexos

Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Participação no estudo

A minha participação será voluntária e me disponho a responder o questionário que será aplicado em um tempo médio de 30 minutos. Também me disponho a participar das oficinas que estão sendo planejadas com respeito à promoção da alimentação saudável para o enfrentamento e controle do sobrepeso e obesidade.

Riscos

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

Benefícios

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

Sigilo e Privacidade

Estou ciente de que a minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar será mantido em

sigilo. Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e confidencialidade dos dados.

Autonomia

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

Remuneração

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

Dúvidas e Notificação

Em qualquer circunstância de acontecimentos não previstos poderei contatar as pesquisadoras responsáveis, Denise Petrucci Gigante, no telefone: (53) 991434427; Greisse Leal (55) 99994.1713 e Ivana L. Lindemann (54) 98163.1716

Uma via deste Termo de Consentimento será arquivada pelo pesquisador responsável, e outra será fornecida ao(à) senhor(a).

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

Não concordo em participar.

Pelotas, _____ de _____ de 202_.

Nome completo da(o)
entrevistada(o) _____

Assinatura _____ da(o)
entrevistada(o) _____

Assinatura da coordenadora do projeto

Anexo B - Instruções aos autores - Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)

Revista Latino-Americana de Enfermagem - RLAE

Instruções aos autores

Outubro de 2020

Sumário

1. Política editorial.....	3
2. Instruções gerais	4
2.1. Autoria.....	4
2.2. Fontes de financiamento.....	5
2.3. Cadastro do autor responsável.....	6
2.4. Direitos autorais.....	6
2.5. Categorias de artigos aceitos para publicação.....	6
2.6. Destaques (<i>Highlights</i>).....	7
2.7. Processo de submissão.....	7
2.8. Processo de julgamento.....	7
2.9. Taxa de processamento.....	8
2.10. Custos de publicação.....	8
2.11. Traduções.....	8
3. Preparação do texto científico (manuscrito).....	9
3.1. Guias para apresentação do texto.....	9
3.2. Estrutura.....	9
3.3. Formatação.....	10
3.4. Título.....	10
3.5. Resumo.....	10
3.6. Descritores.....	11
3.7. Introdução.....	11
3.8. Método.....	11
3.9. Resultados.....	11
3.10. Discussão.....	12
3.11. Conclusão.....	12
4. Tabelas e Figuras.....	12
4.1. Formatação das tabelas.....	12
4.2. Menção e inserção das tabelas no texto.....	12
4.3. Cabeçalho e fonte de informação das tabelas para dados secundários.....	13
4.4. Notas de rodapé das tabelas.....	13
4.5. Siglas.....	13
4.6. Valores monetários.....	13
4.7. Formatação não permitida.....	14
5. Figuras.....	14
5.1. Figuras: Quadros.....	14
5.2. Figuras: Gráficos.....	14
5.3. Figuras: Desenhos, esquemas e fluxogramas.....	14
5.4. Figuras: Fotos.....	15
5.5. Notas de rodapé das figuras.....	15
6. Depoimentos de participantes dos estudos.....	15
7. Notas de rodapé no texto.....	15
8. Formatação das citações.....	15
8.1. Citações de referências no texto.....	15
8.2. Citações de referências " <i>ipsis literes</i> ".....	16
9. Referências.....	16
10. Modelo de Carta de Apresentação (<i>Cover Letter</i>).....	17

1. Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da Enfermagem e de outras áreas da saúde, por meio da publicação de artigos de elevado mérito científico e de relevância social. Publica artigos inéditos nos idiomas inglês, português e espanhol, nas categorias Artigo Original, Revisão e Cartas ao Editor; publica textos científicos divulgados em repositórios *Preprints* nacionais e internacionais, reconhecidos pela comunidade acadêmica. A informação de que o texto é um Preprint deve vir na Carta de Apresentação ao Editor (Cover Letter), acompanhado do DOI e do nome do servidor em que se encontra depositado.

A RLAE também publica textos cujos conteúdos (dados, códigos de programa e outros materiais) estejam disponibilizados em repositórios reconhecidos pela comunidade acadêmica, estimulando fortemente tal depósito.

Artigos já publicados em outro periódico ou textos que estejam em avaliação em outro periódico, simultaneamente, não são aceitos para submissão pela RLAE.

O processo de avaliação de todos os textos científicos submetidos à RLAE é o de revisão por pares (*peer review*), preservado o anonimato dos autores e revisores. No artigo publicado é identificado o nome do Editor Associado condutor do processo avaliativo, que é iniciado pela pré-análise, realizada pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovado na pré-análise, o texto científico é enviado ao Editor Associado, que o envia para os consultores. O Editor Científico Chefe, com base nos pareceres emitidos, decide pela aprovação, reformulação ou recusa do texto.

A RLAE segue a política de acesso aberto, do tipo *Gold Open Access* e tem seus artigos disponibilizados para integral acesso, de forma gratuita e adota o sistema de publicação em fluxo contínuo (*rolling pass*). Ao critério do Conselho de Editores, chamadas temáticas podem ser publicadas.

A revista é normalizada seguindo os “Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos” (Estilo Vancouver) (<http://www.icmje.org/recommendations>) e adota as recomendações dos códigos de condutas ética em publicação do *Committee on Publication Ethics* (COPE) (<http://publicationethics.org>) e as condutas de Boas Práticas de Editoração – *Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors* (<http://publicationethics.org/resources/code-conduct>).

É obrigatório a todos os autores e coautores realizarem a vinculação do seu registro ORCID (*Open Researcher and Contributor ID*) à sua conta no sistema *ScholarOne-RLAE*. Além disso, é necessário aos autores informarem o registro ORCID nos seguintes documentos: “**Declaração de Responsabilidade, Transferência de Direitos Autorais e Contribuição dos Autores**” e “**Title Page**”. Não serão aceitos autores sem registro.

Declaração de conflito de interesse: os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, por ocasião da submissão do seu texto.

Os conceitos emitidos nos textos científicos submetidos à RLAE são de responsabilidade exclusiva dos autores, não refletindo, obrigatoriamente, a opinião do Conselho Editorial.

A revista recebe para apreciação apenas textos científicos cuja coleta de dados tenha sido realizada há menos de três anos. A RLAE não aceita a submissão de manuscritos multipartes e/ou resultados parciais de uma mesma pesquisa, o que deve ser declarado, pelos autores, na Carta de Apresentação (*Cover Letter*).

Ferramentas para a detecção de similaridade de textos são utilizadas no processo de editoração.

Prioridade de publicação: prioriza-se a publicação de artigos resultantes de pesquisa que:

- Mostre o avanço de conhecimento científico.
- Contribua para o avanço da prática clínica e/ou ensino e/ou desenvolvimento de políticas públicas de saúde e/ou futuras pesquisas.
- Tenha alta qualidade científica, com método e análise apropriada para responder à questão de pesquisa.
- Mostre rigor, originalidade e criatividade na apresentação dos resultados.
- Apresente relevância e interesse global.
- Siga os guias recomendáveis para reportar os diferentes tipos de estudos.

2. Instruções gerais

2.1. Autoria

Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo segundo os critérios de autoria das deliberações do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)*, determinando que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3) Aprovação final da versão a ser publicada; 4) Ser

responsável por todos os aspectos do texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas. A contribuição de cada um dos autores deve ser explicitada em Declaração ([download](#)), assinada individualmente pelos autores, para esta finalidade e enviada para a RLAE, no ato de submissão do texto.

O número de autores é limitado a seis e, excepcionalmente, será examinada a possibilidade de inclusão de outros autores, considerando as justificativas apresentadas por eles. A inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios mencionados não é justificativa, podendo, nesse caso, figurar na seção **Agradecimentos**, que inclui instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem autores.

Os textos científicos devem ser submetidos pelo sistema eletrônico *ScholarOne* (<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-scielo>), em português ou inglês ou espanhol.

Devem ser submetidos acompanhados de cópia de aprovação por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos ou de Animais de acordo com o tipo de pesquisa. Para estudo do tipo Ensaio Clínico, a RLAE segue as recomendações do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/ Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) de Registro de Ensaio Clínicos, do *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e exige a apresentação do número do Registro de Aprovação de Ensaio Clínicos, em etapa anterior à realização de coleta de dados do estudo, de uma das entidades descritas na sequência:

- *Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)*;
- *ClinicalTrials.gov*;
- *International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)*;
- *Netherlands Trial Register (NTR)*;
- *UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)*;
- *WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)*;
- *Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (ReBEC)*.

2.2. Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte institucional ou privado, para a realização do estudo. No caso de estudos realizados sem recursos

financeiros, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

Os autores devem inserir na Carta de Apresentação (*Cover Letter*, disponível [aqui](#)) a declaração de ciência de que o texto científico, após submetido, não poderá ter nem a ordem e nem o número de autores alterados, sem prévias justificativa e informação à RLAE.

2.3. Cadastro do autor responsável

Nome(s) e sobrenome(s): o autor deve seguir o formato pelo qual o seu nome já é indexado nas bases de dados e incluir o número de registro do ORCID.

Correspondência: deve constar o nome e endereço completo para correspondência.

Instituição: podem ser incluídas até três hierarquias institucionais de afiliação, por exemplo, “Universidade, Faculdade e Departamento”. Essa informação deverá constar de forma idêntica também na ***Title Page***. Exemplo: *Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil*.

2.4. Direitos autorais

Os autores devem ceder os direitos autorais do texto submetido à RLAE, por meio da Declaração de Responsabilidade e transferência de direitos autorais, assinada por todos os autores ([download](#)).

Para a utilização do artigo em acesso aberto, a RLAE adota a Licença *Creative Commons* – Licença CC BY (<http://creativecommons.org/licenses>). Essa licença permite a distribuição, remixagem, adaptação e criação a partir do seu artigo, inclusive para fins comerciais, desde que atribuído o devido crédito pela criação original ao autor e créditos de publicação à RLAE. A Licença *Creative Commons* é recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.

2.5. Categorias de artigos aceitos para publicação

Artigos originais: são contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados e as pesquisas de abordagem metodológica qualitativa. São também considerados artigos originais as análises de teorias ou métodos que fundamentam a Ciência da Enfermagem ou de áreas afins.

Artigos de revisão: estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos, incluem-se: metanálise, metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão sistemática, revisão integrativa, entre outros.

Cartas ao Editor: incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista (até os últimos três anos) ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

2.6. Destaques (*Highlights*)

São pontos que transmitem as principais conclusões do estudo; são obrigatórios para a publicação do artigo na RLAE e consistem em uma pequena coleção de aspectos que indicam as principais contribuições do texto submetido. Devem ser encaminhados em um arquivo editável e separado no sistema de submissão *on-line*. Use 'Destaques' (ou '*Highlights*') no nome do arquivo e inclua de 3 a 5 desses aspectos. Cada um deve ter, no máximo, 85 caracteres, incluindo os espaços.

2.7. Processo de submissão

O texto científico submetido à RLAE, após aprovação na pré-análise realizada pelo Editor Científico Chefe, será avaliado pela secretaria da revista, com base nas normas contidas nas instruções aos autores (<http://rlae.eerp.usp.br/section/6/instrucoes-aos-autores>). Nessa etapa, os ajustes ao texto solicitados pela secretaria para os autores serão encaminhados, no máximo, por três vezes. Superado esse limite, o processo de submissão será encerrado.

2.8. Processo de julgamento

Os estudos submetidos e encaminhados de acordo com as normas de publicação serão enviados à pré-análise pelo Editor Científico Chefe, que decidirá pela sua aprovação ou recusa. Uma vez aprovados na pré-análise, e em conformidade com as normas, os textos serão enviados ao Editor Associado, para a seleção de consultores. Após a avaliação dos

consultores, o Editor Associado realizará a recomendação para o Editor Científico Chefe, que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa dos textos, com base nas avaliações realizadas pelos consultores e pelo Editor Associado.

2.9. Taxa de processamento

A submissão do texto à RLAE não representa custo para os autores. Quando o texto é aprovado na fase de pré-análise, os autores deverão pagar a taxa de processamento, no valor de R\$ 300,00, para prosseguir no processo de avaliação por pares. O comprovante de pagamento deverá ser anexado e encaminhado via sistema *ScholarOne*, em formato **PDF**, com data de pagamento atual e informações legíveis. Se houver a aprovação do artigo para publicação, os autores deverão se responsabilizar pelos custos da revisão gramatical do artigo em seu idioma de submissão e das traduções para os demais idiomas de publicação indicados pela revista.

Forma de pagamento: depósito ou transferência bancária

Dados bancários: Banco: Banco do Brasil
Favorecido: Receita Própria EERP
CNPJ: 63.025.530/0027-43
Agência: 0028-0
Conta Corrente: 130.151-9

2.10. Custos de publicação

O custo de publicação para os autores é composto pelo pagamento da revisão gramatical do artigo em seu idioma de submissão e das traduções nos três idiomas de publicação da revista.

2.11. Traduções

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação final do texto científico, o qual deve ser traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, somente serão aceitas aquelas acompanhadas do(s) certificado(s) de tradução emitido(s) por uma das empresas credenciadas pela RLAE. A versão do artigo aprovado em

seu idioma de submissão (português, inglês ou espanhol) também deverá vir acompanhada da certificação de revisão gramatical por uma das empresas credenciadas pela RLAE.

Recomenda-se fortemente aos autores que confirmem cuidadosamente as versões de seu artigo antes de as encaminharem à RLAE para publicação.

3. Preparação do texto científico (manuscrito)

3.1. Guias para apresentação do texto

Para melhorar a qualidade e a transparência das investigações em saúde, os textos devem seguir as orientações dos guias da Rede *Equator* (<https://www.equator-network.org/>), conforme o tipo de estudo:

- Para todos os tipos de estudos de melhoria de qualidade, consultar o guia *Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence* (SQUIRE 2.0 - [checklist](#));
- Para ensaio clínico randomizado, utilizar o guia CONSORT ([checklist](#) e [fluxograma](#));
- Para as revisões sistemáticas e de metanálise, utilizar o guia PRISMA ([checklist](#) e [fluxograma](#));
- Para os demais tipos de revisão (metassíntese, *scoping review*, *mapping review*, *overview*, revisão integrativa, entre outros), utilizar as extensões do guia PRISMA, disponíveis em <http://www.prisma-statement.org/Extensions/>;
- Para estudos observacionais em epidemiologia, consultar o guia STROBE ([checklist](#));
- Para estudos qualitativos, recomenda-se o guia COREQ ([checklist](#)).

Observação: em relação ao Guia CONSORT, informa-se que é obrigatório o registro prospectivo dos ensaios clínicos em uma das entidades mencionadas no tópico 2.1.

3.2. Estrutura

O texto deve conter a seguinte estrutura: título, resumo, descritores em português, *descriptors* em inglês, *descriptores* em espanhol, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Os nomes das seções **Introdução**, **Método**, **Resultados**, **Discussão**, **Conclusão** e **Referências** deverão ser apresentados em negrito, com caixa alta somente na primeira letra (Exemplo: **Resultados**).

Os agradecimentos deverão constar apenas na *Title Page*.

3.3. Formatação

Os Artigos Originais e de Revisão deverão conter até 5000 palavras; as Cartas ao Editor até 500 palavras e no máximo cinco referências. Na contagem das palavras, não serão considerados o resumo, as tabelas, as figuras e as referências.

O texto científico deverá ser enviado de acordo com as seguintes instruções:

- Arquivo no formato .doc ou .docx (Microsoft Word).
- Tamanho A4 (21 cm x 29,7 cm ou 8,27" x 11,7"), com margens superiores, inferiores e laterais de 2,5 cm (1").
- Fonte *Times New Roman* tamanho 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas).
- Espaçamento duplo entre as linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas, que devem ter espaçamento simples.
- Para destacar termos no texto, utilizar itálico.

Não são permitidas no texto palavras em negrito, sublinhado, caixa alta ou marcadores do Microsoft Word.

3.4. Título

O título deve ser conciso e informativo, no idioma em que o texto científico for submetido, com até 15 palavras e em negrito. A utilização de caixa alta, siglas, abreviações e localização geográfica da pesquisa não será permitida.

3.5. Resumo

O resumo deve ser estruturado em: **Objetivo**, **Método**, **Resultados** e **Conclusão**. Deverá ser redigido em parágrafo único, com até 200 palavras, no idioma em que o texto for submetido, em espaçamento duplo entre as linhas e com a fonte *Times New Roman* tamanho 12. Citações de autores, local e ano da coleta de dados e siglas, não devem ser apresentadas. O **Objetivo** deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. O **Método** deve conter o tipo de estudo, amostra, variáveis, instrumentos utilizados na pesquisa e o tipo de análise. Os **Resultados** devem ser concisos, informativos e apresentar os principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos participantes e análise final dos dados. A **Conclusão** deve responder estritamente ao objetivo, expressar as considerações

sobre as implicações teóricas ou práticas do estudo e as suas principais contribuições para o avanço do conhecimento científico.

Os **Ensaio Clínicos** devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo. O número desse registro não será computado no número de palavras do resumo.

3.6. Descritores

Os descritores em português, inglês e espanhol deverão ser selecionados da lista do *Medical Subject Headings* ([MeSH](#)) ou vocabulário dos Descritores em Ciências da Saúde ([DeCS](#)). Devem ser incluídos **seis** descritores, separados entre si por ponto e vírgula. A primeira letra de cada palavra do descritor deve estar em caixa alta, exceto artigos e preposições.

3.7. Introdução

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, justificando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas (dos últimos três anos) e de abrangência nacional e internacional. Descrever as hipóteses do estudo, quando aplicável, e o objetivo no final dessa seção. O objetivo deve ser idêntico no resumo e ao final da introdução.

As siglas deverão ser descritas por extenso na primeira vez em que aparecerem no texto e acompanhadas de sua abreviatura.

3.8. Método

Subdividir a seção nos tópicos: Tipo ou delineamento do estudo; Local ou Cenário em que aconteceu a coleta de dados (cidade, sigla do estado e país); Período; População; Critérios de seleção; Definição da amostra, se for o caso, ou Participantes; Variáveis do estudo; Instrumentos utilizados para a coleta das informações; Coleta de dados; Tratamento e Análise dos dados e Aspectos éticos. Todos os subtítulos devem ser destacados em negrito. Para os estudos de abordagem qualitativa, deve estar explícito o referencial ou quadro conceitual no corpo do texto científico.

3.9. Resultados

Descrever os resultados encontrados, sem incluir interpretações, comentários ou comparações. O texto não deverá repetir o que está descrito nas tabelas e nas figuras.

3.10. Discussão

Deve se restringir aos resultados obtidos e alcançados. Enfatizar aspectos novos e importantes do estudo. Discutir as concordâncias e as divergências com outras pesquisas com evidências científicas atualizadas, publicadas em periódicos nacionais e internacionais. Apresentar, ao final deste tópico, as limitações do estudo e as implicações para o avanço do conhecimento científico para a área de saúde e enfermagem.

3.11. Conclusão

Responder aos objetivos do estudo, de forma clara, direta e objetiva, restringindo-se aos dados encontrados, sem a citação de referências.

4. Tabelas e Figuras

O texto científico deve conter, no máximo, cinco tabelas e/ou figuras.

As tabelas devem conter título informativo, claro e completo, localizado acima do seu conteúdo, indicando o que se pretende mostrar. O título deve conter as informações: participantes do estudo, variáveis, local (cidade, sigla do estado, país) e ano da coleta de dados. O ponto final após a descrição do título da tabela não deve ser incluído. O “n” deverá ser incluído logo após os participantes do estudo.

4.1. Formatação das tabelas

As tabelas deverão ser elaboradas com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, em fonte *Times New Roman* tamanho 12, com espaçamento simples entre as linhas. Os dados deverão ser separados por linhas e colunas, de forma que cada dado esteja em uma célula. As tabelas não devem conter células vazias e cada coluna deve ser identificada. Os traços internos deverão ser inseridos somente abaixo e acima do cabeçalho e na última linha das tabelas.

4.2. Menção e inserção das tabelas no texto

Todas as tabelas e figuras deverão ser mencionadas no texto científico e inseridas logo após a sua primeira menção. Exemplo: “...conforme a Tabela 1...”.

4.3. Cabeçalho e fonte de informação das tabelas para dados secundários

O cabeçalho deverá estar em negrito. A fonte de informação para dados secundários deverá ser mencionada em nota de rodapé, nas próprias tabelas.

4.4. Notas de rodapé das tabelas

As notas de rodapé das tabelas devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da tabela quanto em sua nota de rodapé.

4.5. Siglas

A utilização de siglas deve ser restrita ao mínimo necessário.

As siglas presentes nas tabelas e/ou figuras deverão ser apresentadas por extenso em nota de rodapé das, utilizando os símbolos sequenciais: *, †, ‡, §, || e ¶, sem a utilização de ponto final.

Exemplo: *GC = Grupo controle; †GI = Grupo intervenção

Os símbolos sequenciais devem ser reiniciados para cada tabela e/ou figura, sendo apresentados desde o título/cabeçalho, corpo da tabela/figura e nota de rodapé, em sistema de leitura zigzag (da esquerda para a direita, de cima para baixo).

Quando houver necessidade de utilizar mais de seis indicações na mesma tabela e/ou figura, símbolos sequenciais duplicados deverão ser utilizados após os seis símbolos iniciais. Se houver necessidade de utilizar mais símbolos, obedecer à mesma lógica, ou seja, utilizar símbolos triplicados, quadruplicados, etc., conforme exemplo a seguir: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡, §§, |||, ¶¶, ***, †††, ‡‡‡, §§§, ||||, ...

4.6. Valores monetários

Deverão ser apresentados em dólares dos Estados Unidos (USD) ou em salários mínimos no país da pesquisa na época da coleta de dados.

Se apresentados em dólares (USD), a cotação do dólar e a data da cotação devem ser informadas em nota de rodapé.

Exemplo: *Cotação do Dólar EUA = R\$ 4,6693, em 10/03/2020

Se apresentados em salários mínimos, o valor, ano e país da pesquisa referentes ao salário mínimo devem ser informados em nota de rodapé.

Exemplo: *Salário mínimo vigente = R\$ 1.045,00, Brasil, 2020

4.7. Formatação não permitida

Quebras de linhas utilizando a tecla *ENTER*, recuos utilizando a tecla *TAB*, espaços para separar os dados, caixa alta, sublinhado, marcadores do Microsoft Word, cores nas células e tabelas com mais de uma página não serão permitidos. As tabelas de apenas uma ou duas linhas deverão ser convertidas em texto.

5. Figuras

São consideradas figuras: quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos. Todos estes itens devem ser denominados apenas como “figura” no texto científico (Exemplo: Figura 1, Figura 2, etc.).

O título da figura deve estar localizado logo abaixo da mesma. Se houver nota de rodapé, o título virá imediatamente abaixo.

As figuras devem estar em alta resolução, com um mínimo de 900 DPI (Dots Per Inch ou Pontos por Polegada, em português), sendo, sempre que possível, editáveis.

5.1. Figuras: Quadros

Os quadros deverão conter dados textuais e não numéricos, serem fechados nas laterais e com linhas internas. Os quadros, quando construídos com a ferramenta de tabelas do Microsoft Word, poderão ter o tamanho máximo de uma página e não, somente, 16x10 cm como as demais figuras. A inserção de quadros, quando extraídos de outras publicações, exige a indicação da fonte em nota de rodapé.

5.2. Figuras: Gráficos

Os gráficos deverão estar legíveis e nítidos, com o tamanho máximo de 16x10 cm. Se optar por utilizar cores, elas devem ser de tons claros. Vários gráficos em uma única figura somente serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura.

5.3. Figuras: Desenhos, esquemas e fluxogramas

Os desenhos, esquemas e fluxogramas deverão ser construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas. Eles deverão ser de fácil compreensão, legíveis, nítidos e no tamanho máximo de 16x10 cm.

Desenhos, esquemas e fluxogramas inseridos, quando extraídos de outras publicações, exigem a indicação da fonte em nota de rodapé da figura.

5.4. Figuras: Fotos

As fotos deverão estar nítidas, em alta resolução e de tamanho máximo de 16x10 cm. Caso contenham imagens de pessoas deverão ser tratadas, para que não haja possibilidades de identificação das que foram retratadas.

5.5. Notas de rodapé das figuras

As notas de rodapé das figuras devem ser restritas ao mínimo necessário. Essas notas deverão ser indicadas pelos símbolos sequenciais *, †, ‡, §, || e ¶, os quais deverão ser apresentados tanto no interior da figura quanto na nota de rodapé.

6. Depoimentos de participantes dos estudos

Os depoimentos devem ser apresentados em itálico, na fonte *Times New Roman* tamanho 10, sem aspas e na sequência do texto. É obrigatória a identificação por código de cada depoimento citado no manuscrito, entre parênteses, sem itálico e ao final do depoimento.

7. Notas de rodapé no texto

As notas de rodapé deverão ser indicadas pelo sinal gráfico asterisco, iniciadas a cada página e restritas a um máximo de três por página.

Utilizar a sequência *, **, ***.

8. Formatação das citações

8.1. Citações de referências no texto

Enumeradas consecutivamente, em algarismos arábicos, sobrescritos e entre parênteses, sem menção do nome dos autores (exceto os que constituem referencial teórico ou de método). Quando forem sequenciais, indicar o primeiro e o último número, separados por hífen. Ex.: ⁽¹⁻⁴⁾, quando intercaladas, deverão ser separados por vírgula. Ex.: ^(1-2,4).

Entre a citação numérica e a palavra que a antecede, não deve existir espaço. Exemplo:Cândida albicans^(3-6,16,21).

A indicação da página consultada da referência citada no artigo não deve ser mencionada.

8.2. Citações de referências “*ipsis literis*”

Essas citações deverão ser apresentadas entre aspas, sem itálico, com fonte *Times New Roman* tamanho 12 e na sequência do texto.

9. Referências

A RLAE adota as referências em conformidade com o Estilo Vancouver (https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

Inexiste limite máximo do número de referências, desde que pertinentes ao texto e com *link* de acesso para sua averiguação. Os autores devem seguir a proporcionalidade de, no mínimo, 80% de artigos de periódicos indexados em bases de dados internacionais e dos últimos três anos. Os links para a averiguação devem estar com datas de acesso atualizadas.

As referências citadas deverão estar no idioma inglês sempre que disponível. O *Digital Object Identifier* (DOI) ou o *link* de acesso devem ser inseridos ao final de todas as referências citadas no artigo.

Para se ter exemplos de como citar artigos publicados na RLAE, recomenda-se a consulta ao site <http://rlae.eerp.usp.br/section/9/como-citar-artigos-publicados-na-rlae>.

10. Modelo de Carta de Apresentação (*Cover Letter*)

Carta de Apresentação (*Cover Letter*)

Cidade, dia, mês e ano.

Prezado(a) Editor(a) da Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)

[Informar como os achados e as conclusões do texto científico contribuem para o avanço do conhecimento para a área de saúde e enfermagem]

[Informar a(s) inovação(ões) do estudo]

Assim, submetemos à sua apreciação o texto científico intitulado “[título do texto]”, o qual se adequa às áreas de interesse da RLAE. A revista foi escolhida por [colocar justificativa da escolha da revista para a publicação do texto científico].

Somente se aplicável: O texto é um *Preprint*, encontra-se publicado no repositório (nome do repositório/servidor), com o DOI (número).

Todos os autores declaram ter ciência de que o estudo, após submetido, não poderá ter a ordem nem o número de autores alterados, sem informação e justificativa prévias à RLAE e, ainda, que contribuíram no desenvolvimento desta pesquisa e em sua redação, bem como aprovaram o seu conteúdo antes de sua submissão.

Os autores certificam que o presente texto científico não se caracteriza como multipartes e/ou resultados parciais de um mesmo estudo e representa uma pesquisa original.

Os autores declaram, ainda, não haver conflitos de interesse em relação ao presente texto científico (Se houver conflito, os mesmos devem especificar quais são).

Nome completo do autor 1 + assinatura + ORCID

Observação: seguir o procedimento anterior (inserir nome completo, assinatura e número do registro ORCID) para todos os autores do texto.