

## **AUTOPERCEPÇÃO DA ALIMENTAÇÃO ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E FATORES ASSOCIADOS**

Ivana Loraine Lindemann<sup>a</sup>

Karoline Sampaio Barros<sup>b</sup>

Raúl Andrés Mendoza-Sassi<sup>c</sup>

### **Resumo**

A autopercepção da alimentação influencia o comportamento alimentar e, por consequência, o consumo, o qual está associado ao estado de saúde das pessoas. Este estudo tem por objetivo descrever a autopercepção da alimentação e identificar fatores associados. Estudo transversal com uma amostra de 1.246 adultos e idosos usuários da Atenção Básica de Saúde, entrevistados entre maio e outubro de 2013. A prevalência da autopercepção negativa da alimentação foi de 36,8% (IC95 34,2-39,5) e apresentou associação com sexo feminino (RP=1,28; IC95 1,02-1,61), idade, sendo a probabilidade 23% menor entre os idosos (RP=0,77; IC95 0,64-0,93), autopercepção negativa da saúde (RP=2,10; IC95 1,79-2,47), segurança alimentar (RP=0,64; IC95 0,56-0,74), acesso a informações sobre nutrição (RP=0,79; IC95 0,66-0,95), recebimento de orientação para alimentação saudável (RP=1,54; IC95 1,28-1,85) e não ter o hábito de ler rótulos de alimentos (RP=1,49; IC95 1,20-1,86). Concluiu-se que a maioria dos participantes referiu uma autopercepção positiva da alimentação sugerindo que esta tenha sido baseada em critérios de quantidade e não de qualidade.

**Palavras-chave:** Hábitos alimentares. Comportamento alimentar. Nutrição em saúde pública. Atenção Primária à Saúde.

<sup>a</sup> Nutricionista. Doutora em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Medicina na Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>b</sup> Nutricionista. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>c</sup> Médico. Doutor em Epidemiologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil.

**Endereço para correspondência:** Rua Capitão Araújo, número 20, Centro. Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil. CEP: 99010-200. E-mail: ivana.lindemann@uffs.edu.br

FEEDING SELF-PERCEPTION AMONG USERS OF PRIMARY HEALTH CARE  
AND ASSOCIATED FACTORS

**Abstract**

Feeding self-perception influences eating behavior and therefore the consumption, feeding self-perception influences eating behavior and therefore the consumption, which is associated with the health status of people. This study aims to describe feeding self-perception and to identify associated factors. Cross-sectional study with a sample of 1,246 adults and elderly users of primary health care, interviewed between May and October 2013. The prevalence of negative feeding self-perception was 36.8% (95%CI 34.2-39.5) and was associated with female gender (PR=1.28; 95%CI 1.02-1.61), age, with 23% lower probability among the elderly (PR=0.77; 95%CI 0.64-0.93), negative health self-perception (PR=2.10; 95%CI 1.79-2.47), food security (PR=0.64; 95%CI 0.56-0.74), access to information about nutrition (PR=0.79; 95%CI 0.66-0.95), receiving guidance for healthy eating (PR=1.54; 95%CI 1.28-1.85) and the habit of not reading food labels (PR=1.49; 95%CI 1.20-1.86). In conclusion, the majority of the participants reported a positive self-perception of feeding, suggesting that this has been based on quantity criteria rather than quality.

**Keywords:** Food habits. Feeding behavior. Nutrition public health. Primary Health Care.

AUTOPERCEPCIÓN DE LA ALIMENTACIÓN ENTRE USUARIOS DE SERVICIOS BÁSICOS DE  
SALUD Y LOS FACTORES ASOCIADOS

**Resumen**

La autopercepción de la alimentación influye en el comportamiento alimentar y, por consecuencia, el consumo, que se asocia con el estado de salud de las personas. Este estudio tiene por objetivo describir la autopercepción de la alimentación e identificar los factores asociados. Encuesta con una muestra de 1.246 adultos y ancianos usuarios de la atención primaria de salud, entrevistados entre mayo y octubre de 2013. La prevalencia de la percepción negativa de la alimentación fue del 36,8% (IC95 34,2-39,5) y asocióse con el sexo femenino (RP=1,28; IC95 1,02-1,61), la edad, siendo la probabilidad 23% menor entre los ancianos (RP=0,77; IC95 0,64-0,93), la percepción negativa de la salud (RP=2,10; IC95 1,79-2,47), la seguridad alimentaria (RP=0,64; IC95 0,56-0,74), el acceso a la información sobre nutrición (RP=0,79; IC95 0,66-0,95), el recibimiento de orientación para una alimentación

saludable (RP=1,54; IC95 1,28-1,85) y no tener el hábito de leer las etiquetas de los alimentos (RP=1,49; IC95 1,20-1,86). Concluyóse que la mayoría de los participantes informó una percepción positiva de la alimentación, lo que sugiere que esto se ha basado en criterios de cantidad y no de calidad.

**Palabras clave:** Hábitos alimenticios. Conducta alimentaria. Nutrición en salud pública. Atención Primaria de Salud.

## INTRODUÇÃO

As elevadas taxas de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), atualmente observadas na população, são fruto de uma rede complexa de fatores<sup>1-2</sup>, rede esta que inclui o padrão alimentar<sup>3-4</sup>. O padrão alimentar, por sua vez, é resultante do comportamento alimentar, entendido como o conjunto de práticas e habilidades, de conhecimentos, informações, significados, representações e valores, e de percepções e opiniões, em torno do comer e da comida<sup>5</sup>.

Muitos estudos têm sido feitos com o objetivo de identificar os padrões alimentares da população e os fatores associados e, tanto no Brasil como em outros países, tem sido observado um consumo crescente de produtos industrializados, na sua maioria ricos em sal, gordura e açúcar, em detrimento, por exemplo, das frutas e das hortaliças<sup>1,6-7</sup>. As evidências científicas apontam que entre os fatores que influenciam a alimentação figuram: idade e sexo<sup>8-9</sup>, cor da pele<sup>8</sup>, situação conjugal<sup>10</sup>, escolaridade<sup>8,11</sup>, ocupação<sup>12</sup>, renda<sup>10,13</sup>, diagnóstico de DCNT<sup>14</sup>, insegurança alimentar<sup>15</sup>, prática de exercício físico<sup>14</sup>, tabagismo<sup>12,16</sup> e conhecimento sobre nutrição<sup>17-18</sup>.

Entretanto, poucos são os estudos que avaliam a percepção da alimentação, mesmo sendo ela um dos componentes do comportamento alimentar. Uma das maiores barreiras para a adoção de hábitos alimentares saudáveis é a crença de que não há necessidade de mudar, decorrente, na maioria das vezes, de uma interpretação errada do próprio consumo<sup>19</sup>. Estudo americano<sup>20</sup>, de base populacional, apontou que 1/3 dos indivíduos percebia sua alimentação como muito boa ou excelente e, pesquisa<sup>21</sup> realizada no Brasil, com usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), demonstrou que 43,2% consideraram sua alimentação como não saudável.

Assim, considerando o atual perfil alimentar e a morbidade da população brasileira, a responsabilidade dos profissionais de saúde, principalmente os vinculados à Atenção Básica de Saúde (ABS), para promover a alimentação adequada e saudável<sup>22-24</sup> e as evidências de que intervenções nutricionais são mais efetivas quando pautadas no comportamento,

nas necessidades e nas crenças da população-alvo<sup>19</sup>, o objetivo deste estudo foi avaliar a autopercepção da alimentação e fatores associados, entre adultos e idosos usuários da ABS.

### MATERIAL E MÉTODOS

De maio a outubro de 2013 foi realizado um estudo transversal, entre usuários das UBS de Pelotas, sul do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com o objetivo de avaliar a promoção da alimentação saudável, do qual faz parte a análise aqui apresentada. No período, a rede urbana de ABS constituía-se de 36 UBS e a cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) era de 38,9%.

Foram elegíveis usuários de ambos os sexos e maiores de 20 anos de idade. Mulheres em período de gestação e/ou lactação e portadores de incapacidade física e déficit cognitivo foram excluídos devido a mudanças na dieta, avaliação nutricional diferenciada e dificuldade em responder às perguntas durante a entrevista.

Foi usado o Programa Epi Info 6.04 (*Centers for Disease Control and Prevention*, Atlanta, Estados Unidos) para o cálculo do tamanho da amostra, levando-se em consideração diferentes exposições, risco relativo de 2,0, nível de confiança de 95%, poder de 80%, relação de não expostos para expostos de até 1:9, e prevalência esperada do desfecho em não expostos de pelo menos 13%. Assim, a amostra necessária de 936 usuários e com o acréscimo de 10% para possíveis perdas e 25% para fatores de confusão, 1.264 indivíduos. Foram incluídas todas as UBS da zona urbana com amostragem em duplo estágio. Inicialmente, na amostragem aleatória proporcional, como critério para definir o número de entrevistados, utilizou-se a média de procedimentos realizados em cada UBS no mês anterior ao início da coleta de dados. Posteriormente, foi utilizada a amostragem de conveniência, em que se entrevistavam de forma consecutiva os usuários presentes na UBS para consulta. Em não atingindo o n definido para o local, retornavam no dia seguinte, e assim consecutivamente, até realizarem-se todas as entrevistas necessárias, sem repetição de usuários.

O desfecho deste estudo, autopercepção negativa da alimentação, foi aferido por meio da pergunta: *Como o(a) Sr(a) considera a sua alimentação?* Foram lidas para os respondentes as opções de resposta: *excelente, boa, regular e ruim*, as quais para fins de análise foram agrupadas em autopercepção positiva e negativa.

A associação entre o desfecho e as variáveis independentes foi analisada. As demográficas e socioeconômicas incluíram sexo, idade (medida em anos completos e categorizada em 20-39, 40-59 e 60 ou mais), cor da pele autorreferida (branca, preta e outras), situação conjugal (com cônjuge, sem cônjuge), alfabetização (sim, não), quintis de renda familiar

mensal *per capita* (sendo o 1º o menos favorecido economicamente), ocupação (trabalha, não trabalha) e número de pessoas no domicílio (1-3, 4 ou mais).

Na situação de saúde foram analisadas DCNT autorreferidas (referência ao diagnóstico médico de obesidade, diabetes *mellitus*, hipertensão arterial, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia ou doença cardíaca, categorizado em sim e não), a autopercepção da saúde (positiva, negativa), a insegurança alimentar<sup>25</sup> (sim, não) e o estado nutricional, avaliado pelo peso e altura autorreferidos e classificado pelo Índice de Massa Corporal (IMC). Para fins de análise, o estado nutricional foi categorizado em eutrofia e excesso de peso (os pontos de corte para eutrofia e excesso de peso para adultos e idosos foram respectivamente<sup>22</sup>:  $\geq 18,5$  -  $< 25$ ;  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup> e  $\geq 22$  -  $< 27$ ;  $\geq 27$  kg/m<sup>2</sup>).

Em relação ao conhecimento sobre saúde e nutrição e o acesso aos serviços de saúde foram considerados: acesso a informações sobre saúde (sim, não), acesso a informações sobre nutrição (sim, não), recebimento de orientação para alimentação saudável em consulta médica ou com outro profissional de saúde (sim, não), ter ouvido falar nos Dez Passos da Alimentação Saudável<sup>26</sup> (sim, não), e modelo de atenção à saúde da UBS em que o usuário estava sendo atendido (tradicional, Estratégia de Saúde da Família).

Nos hábitos de vida foram incluídos: leitura de rótulos de alimentos (sim - sempre, sim - às vezes, não - nunca), seguimento dos Dez Passos da Alimentação Saudável<sup>26</sup> (nenhum, segue 1, segue 2, segue 3, segue 4 passos ou mais), tabagismo (sim, não), prática de atividade física (sim, não), e consumo de bebida alcoólica (sim, não).

Nas entrevistas foi utilizado um questionário testado e pré-codificado, por 12 entrevistadores treinados, os quais, em duplas, apresentavam-se à recepção da UBS, identificavam e convidavam os usuários que atendiam aos critérios de inclusão. Nos casos de recusa, foram feitas duas novas tentativas, uma pelo outro entrevistador da dupla e outra pelo supervisor de campo e as perdas não foram computadas na amostra final. As entrevistas foram realizadas de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde, de acordo com os horários de funcionamento das unidades, na sala de espera, antes das consultas. Para o controle de qualidade foram refeitas 10% das entrevistas.

O EpiData 3.1 (EpiData Association, Dinamarca) foi utilizado para dupla digitação e limpeza do banco de dados e a análise estatística foi feita no Stata 11 (Stata Corp., College Station, Estados Unidos). A amostra foi descrita e foram calculadas a prevalência do desfecho e seu intervalo de confiança de 95% (IC95). As associações entre as variáveis independentes e o desfecho foram verificadas mediante análise bivariada, gerando as Razões de Prevalência (RP) brutas e seus IC95.

O ajuste para os fatores de confusão foi feito mediante análise multivariada, com Regressão de Poisson, variância robusta, considerando a opção para amostra por conglomerados do *Stata* (*cluster*). Esta análise, que gerou as RP ajustadas e seus IC95, foi do tipo *backward stepwise*, seguindo um modelo hierárquico pré-estabelecido<sup>27</sup>, em que as variáveis independentes foram inseridas em quatro níveis de determinação: 1º nível – variáveis demográficas e socioeconômicas; 2º nível – situação de saúde; 3º nível – conhecimento sobre saúde e nutrição; 4º nível – hábitos de vida. As variáveis de cada nível entravam no modelo e, as que tinham  $p > 0,20$  eram retiradas uma a uma, com o objetivo de evitar confusão negativa. A seguir eram introduzidas as variáveis do nível inferior, e assim sucessivamente até o nível mais proximal. Nas variáveis categóricas politômicas, quando ordenadas, foi aplicado o teste de *Wald* para tendência linear e, quando não ordenadas, o teste de heterogeneidade. Em todos os testes de significância foi considerado um valor de  $p < 0,05$  de um teste bicaudal.

O protocolo de estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na Área da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil (CAAE 09931212.3.0000.5324), obedecendo à Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## RESULTADOS

A amostra foi constituída de 1.246 usuários (1,4% de perdas), dos quais a maioria era do sexo feminino (83,7%), alfabetizada (93,8%), não trabalhava (68,2%), tinha idade entre 40 e 59 anos (40%), cor da pele branca (63,3%), cônjuge (60,2%) e de 1 a 3 pessoas no domicílio (55,5%) (**Tabela 1**). A renda *per capita* dos usuários variou de R\$ 0,00 a R\$ 3.333,30 (Média  $496,9 \pm DP 344,1$ ).

**Tabela 1** – Caracterização de uma amostra de adultos e idosos usuários da rede urbana de Atenção Básica de Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil – 2015.  
(n=1.246)

(continua)

Variáveis	Média	DP	n	%
<b>Sexo</b>				
Masculino			203	16,3
Feminino			1.043	83,7
<b>Idade (anos completos)</b>				
20-39			471	37,8
40-59			498	40,0
60 ou mais			277	22,2

**Tabela 1** – Caracterização de uma amostra de adultos e idosos usuários da rede urbana de Atenção Básica de Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil – 2015.

(n=1.246)

(continuação)

Variáveis	Média	DP	n	%
<b>Cor da pele (n=1.244)</b>				
Preta e outras			457	36,7
Branca			787	63,3
<b>Situação conjugal</b>				
Sem cônjuge			496	39,8
Com cônjuge			750	60,2
<b>Alfabetização</b>				
Não			77	6,2
Sim			1.169	93,8
<b>Quintis de renda familiar mensal <i>per capita</i></b>				
1º	142,9	71,7		
2º	289,5	37,9		
3º	416,8	51,8		
4º	629,1	67,1		
5º	1.034,8	304,8		
<b>Ocupação</b>				
Não trabalha			850	68,2
Trabalha			396	31,8
<b>Número de pessoas no domicílio</b>				
4 ou mais			554	44,5
1-3			692	55,5
<b>Doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas</b>				
Não			576	46,2
Sim			670	53,8
<b>Autopercepção da saúde</b>				
Positiva			728	58,4
Negativa			518	41,6
<b>Estado nutricional (n=1.113)</b>				
Eutrofia			434	39,0
Excesso de peso			679	61,0
<b>Insegurança alimentar (n=982)</b>				
Sim			137	14,0
Não			845	86,0
<b>Acesso a informações sobre saúde</b>				
Não			466	37,4
Sim			780	62,6

**Tabela 1** – Caracterização de uma amostra de adultos e idosos usuários da rede urbana de Atenção Básica de Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil – 2015.  
(n=1.246)

(conclusão)

Variáveis	Média	DP	n	%
<b>Acesso a informações sobre nutrição</b>				
Não			778	62,4
Sim			468	37,6
<b>Recebimento de orientação para alimentação saudável</b>				
Não			524	42,0
Sim			722	58,0
<b>Ter ouvido falar nos Dez Passos da Alimentação Saudável</b>				
Não			1.091	87,6
Sim			155	12,4
<b>Modelo de atenção à saúde</b>				
Tradicional			577	46,3
Estratégia de Saúde da Família			669	53,7
<b>Hábito de ler rótulos de alimentos</b>				
Sim, sempre			343	29,3
Sim, às vezes			486	41,6
Não, nunca			340	29,1
<b>Seguimento dos Dez Passos da Alimentação Saudável</b>				
Nenhum			47	3,8
Segue 1 passo			255	20,5
Segue 2 passos			391	31,4
Segue 3 passos			337	27,0
Segue 4 passos ou mais			216	17,3
<b>Hábito de fumar</b>				
Não			954	76,6
Sim			292	23,4
<b>Prática de atividade física</b>				
Sim			318	25,5
Não			928	74,5
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>				
Não			1.061	85,1
Sim			185	14,9

Fonte: Elaboração própria.

Na Tabela 1 verifica-se que na situação de saúde houve predomínio de usuários com diagnóstico de doenças crônicas (53,8%), autopercepção positiva da saúde (58,4%),



excesso de peso (61%), e segurança alimentar (86%). No que se refere ao conhecimento sobre saúde e sobre nutrição e modelo de atenção à saúde, a maioria dos entrevistados tinha acesso à informação sobre saúde (62,6%), mas não sobre nutrição (62,4%), recebeu orientação para alimentação saudável (58%), mas nunca ouviu falar nos Dez Passos (87,6%), e era atendida pela ESF (53,7%). Quanto aos hábitos de vida, a maior parte referiu que às vezes lia rótulos de alimentos (41,6%), seguia pelo menos dois dos Dez Passos (31,4%), não fumava (76,6%), não praticava atividade física (74,5%) e não consumia bebida alcoólica (85,1%).

**Tabela 2** – Análise bruta e ajustada de fatores associados à autopercepção negativa da alimentação, referida por adultos e idosos usuários da rede urbana de Atenção Básica de Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil – 2015. (n=1.246)

(continua)

Variáveis	Bruta	p	Ajustada	p
	RP (IC95)		RP (IC95)	
<b>1º nível: variáveis demográficas e socioeconômicas</b>				
<b>Sexo</b>		0,023 <sup>a</sup>		0,037 <sup>a</sup>
Feminino	1,32 (1,04-1,67)		1,28 (1,02-1,61)	
<b>Idade (anos completos)</b>		0,002 <sup>b</sup>		0,004 <sup>b</sup>
40-59	0,90 (0,79-1,02)		0,92 (0,81-1,05)	
60 ou mais	0,77 (0,63-0,93)		0,77 (0,64-0,93)	
<b>Cor da pele (n=1.244)</b>		0,059 <sup>a</sup>		0,068 <sup>a</sup>
Branca	0,80 (0,64-1,01)		0,81 (0,65-1,02)	
<b>Situação conjugal</b>		0,568 <sup>a</sup>		0,495 <sup>a</sup>
Com cônjuge	1,05 (0,88-1,26)		1,06 (0,89-1,26)	
<b>Alfabetização</b>		0,566 <sup>a</sup>		0,480 <sup>a</sup>
Sim	0,91 (0,66-1,26)		0,89 (0,64-1,23)	
<b>Quintil de renda familiar mensal per capita</b>		0,341 <sup>c</sup>		0,402 <sup>c</sup>
2º	0,87 (0,73-1,05)		0,87 (0,72-1,06)	
3º	0,92 (0,73-1,17)		0,92 (0,71-1,18)	
4º	0,90 (0,65-1,27)		0,91 (0,65-1,28)	
5º	0,78 (0,62-0,99)		0,79 (0,61-1,02)	
<b>Ocupação</b>		0,261 <sup>a</sup>		0,458 <sup>a</sup>
Trabalha	1,11 (0,93-1,32)		1,07 (0,89-1,29)	
<b>Número de pessoas no domicílio</b>		0,433 <sup>a</sup>		0,089 <sup>a</sup>
1-3	1,06 (0,92-1,21)		1,13 (0,98-1,30)	
<b>2º nível: situação de saúde</b>				
<b>Doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas</b>		0,269 <sup>a</sup>		0,374 <sup>a</sup>
Sim	1,08 (0,94-1,25)		0,91 (0,74-1,12)	
<b>Autopercepção da saúde</b>		<0,001 <sup>a</sup>		<0,001 <sup>a</sup>
Negativa	2,06 (1,77-2,41)		2,10 (1,79-2,47)	
<b>Estado nutricional (n=1.113)</b>		0,313 <sup>a</sup>		0,313 <sup>a</sup>
Excesso de peso	1,09 (0,92-1,30)		1,09 (0,93-1,27)	

**Tabela 2** – Análise bruta e ajustada de fatores associados à autopercepção negativa da alimentação, referida por adultos e idosos usuários da rede urbana de Atenção Básica de Saúde. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil – 2015. (n=1.246)

(conclusão)

Variáveis	Bruta	P	Ajustada	P
	RP (IC95)		RP (IC95)	
<b>Insegurança alimentar (n=982)</b>		<0,001 <sup>a</sup>		<0,001 <sup>a</sup>
Não	0,54 (0,47-0,63)		0,64 (0,56-0,74)	
<b>3º nível: conhecimento sobre saúde e nutrição e modelo de atenção</b>				
<b>Acesso a informações sobre saúde</b>		0,025 <sup>a</sup>		0,219 <sup>a</sup>
Sim	0,87 (0,77-0,98)		0,91 (0,78-1,06)	
<b>Acesso a informações sobre nutrição</b>		0,001 <sup>a</sup>		0,013 <sup>a</sup>
Sim	0,78 (0,66-0,91)		0,79 (0,66-0,95)	
<b>Recebimento de orientação para alimentação saudável</b>		<0,001 <sup>a</sup>		<0,001 <sup>a</sup>
Sim	1,45 (1,24-1,70)		1,54 (1,28-1,85)	
<b>Ter ouvido falar nos Dez Passos da Alimentação Saudável</b>		0,612 <sup>a</sup>		0,749 <sup>a</sup>
Sim	0,94 (0,73-1,20)		0,97 (0,79-1,19)	
<b>Modelo de atenção</b>		0,956 <sup>a</sup>		0,443 <sup>a</sup>
Estratégia de Saúde da Família	1,00 (0,84-1,20)		0,94 (0,81-1,10)	
<b>4º nível: hábitos de vida</b>				
<b>Hábito de ler rótulos</b>		<0,001 <sup>b</sup>		<0,001 <sup>b</sup>
Sim, às vezes	1,39 (1,19-1,63)		1,33 (1,10-1,61)	
Não, nunca	1,55 (1,26-1,92)		1,49 (1,20-1,86)	
<b>Seguimento dos Dez Passos da Alimentação Saudável</b>		0,005 <sup>b</sup>		0,661 <sup>c</sup>
Segue 1 passo	0,85 (0,63-1,14)		1,02 (0,75-1,37)	
Segue 2 passos	0,82 (0,60-1,11)		0,94 (0,66-1,35)	
Segue 3 passos	0,76 (0,56-1,03)		0,96 (0,68-1,37)	
Segue 4 passos ou mais	0,65 (0,49-0,87)		0,85 (0,60-1,20)	
<b>Hábito de fumar</b>		0,376 <sup>a</sup>		0,663 <sup>a</sup>
Sim	1,08 (0,91-1,28)		0,96 (0,80-1,15)	
<b>Prática de atividade física</b>		0,035 <sup>a</sup>		0,865 <sup>a</sup>
Não	1,28 (1,02-1,61)		0,98 (0,79-1,22)	
<b>Consumo de bebida alcoólica</b>		0,981 <sup>a</sup>		0,783 <sup>a</sup>
Sim	1,00 (0,81-1,23)		1,03 (0,83-1,27)	

Fonte: Elaboração própria.

Testes: a: qui-quadrado; b: tendência linear; c: heterogeneidade. Categorias de referência: sexo masculino, 20-39 anos de idade; cor da pele preta e outras, sem cônjuge, não alfabetizado, 1º quintil de renda familiar mensal per capita, não trabalha, quatro ou mais pessoas no domicílio, não tem doenças crônicas não transmissíveis autorreferidas, autopercepção positiva da saúde, eutrofia, insegurança alimentar, não tem acesso a informações sobre saúde, não tem acesso a informações sobre nutrição, não recebeu orientação para alimentação saudável, não ouviu falar nos Dez Passos da Alimentação Saudável, modelo tradicional de atenção à saúde, hábito de sempre ler rótulos de alimentos, não seguir nenhum dos Dez Passos da Alimentação Saudável, não fumar, praticar atividade física e não consumir bebida alcoólica.

A autopercepção negativa da alimentação teve prevalência de 36,8% (IC95 34,2-39,5). Percebe-se na Tabela 2 que dentre as variáveis independentes do primeiro nível,

mantiveram associação com o desfecho, o sexo feminino (RP=1,28; IC95 1,02-1,61) e a idade, sendo a probabilidade 23% menor entre os idosos (RP=0,77; IC95 0,64-0,93). No segundo nível, permaneceu o efeito da autopercepção negativa da saúde (RP=2,10; IC95 1,79-2,47) e da segurança alimentar (RP=0,64; IC95 0,56-0,74). No terceiro nível observou-se associação significativa do desfecho com o acesso a informações sobre nutrição (RP=0,79; IC95 0,66-0,95) e com o recebimento de orientação para alimentação saudável (RP=1,54; IC95 1,28-1,85). Por fim, no quarto nível, foi observada uma tendência linear em relação ao hábito de ler rótulos de alimentos; e quanto menos frequente a leitura, maior a probabilidade do desfecho (RP=1,49; IC95 1,20-1,86). Observou-se ainda que as variáveis de acesso a informações sobre saúde, seguimento aos Dez Passos da Alimentação Saudável e prática de atividade física perderam a associação com o ajuste.

## DISCUSSÃO

Na literatura são raras as publicações de pesquisas que tenham avaliado a autopercepção da alimentação, quer seja na população geral, quer seja nos usuários de serviços de saúde. Neste estudo, verificou-se que 36,8% dos adultos e idosos, usuários da rede urbana de ABS, percebiam sua alimentação como negativa.

Os resultados são semelhantes aos encontrados em outro estudo<sup>21</sup> brasileiro, realizado em uma UBS de Belo Horizonte (MG), com usuários acima de 19 anos, no qual foi observado que 43,2% consideraram sua alimentação como não saudável. Esses achados são muito distintos do que foi verificado na população americana, pois, dentre indivíduos com 19 anos ou mais, 33% percebiam sua alimentação como boa ou excelente<sup>20</sup>, possivelmente em razão dos diferentes tipos de amostra e de aspectos culturais, geográficos e econômicos da população.

Verificou-se maior probabilidade de percepção negativa da alimentação entre as mulheres, entre aqueles com autopercepção negativa da saúde, que receberam orientação para alimentação saudável e, ainda, entre aqueles que não tinham o hábito de ler o rótulo de alimentos. Entre as mulheres, a maior probabilidade do desfecho pode ser decorrente da sua maior preocupação com questões de saúde e de alimentação<sup>8,28</sup> muitas vezes puramente ligadas à estética. Pode também ser devido a sua maior procura por serviços de saúde<sup>29</sup>, o que de forma semelhante àqueles que receberam orientação para alimentação saudável, faz com que sejam mais críticas em relação à própria alimentação. Pode ainda servir como mais um alerta para a necessidade de maior aproximação dos homens com os serviços de saúde, pois é possível, que entre eles, este desfecho seja menos frequente por terem menor conhecimento e serem menos preocupados com a alimentação e com a saúde.

Maior probabilidade do desfecho entre aqueles que também percebiam sua saúde de forma negativa e ausência de associação com diagnóstico de DCNT, parece reforçar a importância de se conhecer as crenças, as percepções e as necessidades da população, tendo em vista que a população não percebe a saúde apenas como ausência de doença<sup>30</sup>. Assim, as intervenções, quando necessárias, poderão ser mais efetivas<sup>19</sup>.

A constatação de que a probabilidade do desfecho é maior entre aqueles que não leem rótulos de alimentos, sugere que os usuários que têm este hábito também possuem maior cuidado com a qualidade da alimentação, levando assim, a uma autopercepção positiva, pois, diversos estudos têm assinalado a importância dos rótulos alimentares, afirmando que eles se caracterizam como potencial instrumento para melhorar as escolhas alimentares<sup>31</sup>.

No mesmo sentido, embora neste estudo não tenha sido analisada a origem e a natureza da informação sobre nutrição a que os usuários referiram acesso, a menor probabilidade de autopercepção negativa da alimentação neste grupo é positiva, sugerindo que os indivíduos que demandam as informações têm maior cuidado com a alimentação e assim, avaliam-na de forma positiva.

Verificou-se ainda que a probabilidade da autopercepção negativa da alimentação foi menor conforme o aumento da idade e entre aqueles com segurança alimentar.

Entre os idosos, a qualidade da alimentação, de modo geral, melhor<sup>11,28</sup>, pode ter gerado diminuição da autopercepção negativa da alimentação. Já entre aqueles usuários que apresentaram segurança alimentar, a evidente redução na ocorrência do desfecho pode ser devido à insegurança ser caracterizada pela existência de dificuldades econômicas para aquisição de alimentos<sup>25</sup>.

A observação de que mais de 60% dos usuários da ABS referiu uma autopercepção positiva da alimentação, aliada à observação de que a maioria apresentava segurança alimentar, não tinha acesso a informações sobre nutrição e não tinha ouvido falar nos Dez Passos da Alimentação Saudável, sugere que a percepção foi baseada em critérios de quantidade e não de qualidade.

Além disso, a maioria seguia poucos dos Dez Passos, tinha excesso de peso, e apesar de ter pelo menos uma DCNT diagnosticada, percebia sua saúde como positiva. Tais características parecem sustentar a existência de uma crença de que não há necessidade de mudar<sup>19</sup>, possivelmente pela falta de conhecimento para avaliar o próprio consumo do ponto de vista do que é considerado adequado e saudável.

Desse modo, devido à importância e à urgência de melhorar o perfil alimentar da população brasileira, com o intuito de reduzir a ocorrência de DCNT, essas observações podem

ser úteis aos profissionais de saúde da ABS, para que as ações de promoção da alimentação adequada e saudável enfoquem, além das práticas alimentares e dos conhecimentos sobre nutrição, também as crenças e percepções dos usuários, as quais representam importante componente do comportamento alimentar.

Para finalizar, é necessário apontar as limitações metodológicas que podem ter influenciado os resultados do estudo. Em primeiro lugar, salienta-se o delineamento transversal, que faz com que os fatores identificados não possam ser entendidos como determinantes, e sim, como associados ao desfecho, além da possibilidade de causalidade reversa para algumas variáveis. Outro aspecto importante é que, por ser um estudo com usuários da ABS, além de ter havido maior proporção de mulheres na amostra, os resultados não são generalizáveis a adultos e idosos.

Há que se destacar ainda, que não foram definidos critérios para autoavaliação da alimentação, e que em função de as entrevistas terem sido realizadas nas salas de espera, pode ter havido sub ou superestimação de algumas variáveis.

Dentre os pontos fortes da pesquisa, cabe ressaltar o baixo percentual de perdas e o poder estatístico adequado para a maioria das comparações feitas, além de ser um estudo que traz novos e importantes conhecimentos sobre uma abordagem ainda pouco explorada acerca do tema da alimentação saudável.

## **CONCLUSÃO**

Concluiu-se que a maioria dos participantes referiu uma autopercepção positiva da alimentação sugerindo que esta tenha sido baseada em critérios de quantidade e não de qualidade. Tal observação pode ser útil para os profissionais de saúde, para que as ações para promover uma alimentação adequada e saudável, além de abordar práticas e conhecimentos sobre nutrição de alimentação, também abordem as crenças e percepções dos usuários, que representam um componente importante do comportamento alimentar.

## **COLABORADORES**

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Ivana Loraine Lindemann e Karoline Sampaio Barros.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Ivana Loraine Lindemann.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Raúl Andrés Mendoza-Sassi.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Ivana Loraine Lindemann.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global strategy on diet, physical activity and health. Resolution of the World Health Assembly. Fifty-seventh World Health Assembly. WHA57. Geneva; 2004 [cited 2010 July 27]. Available from: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R17-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf)
2. Santos RP, Horta PM, Souza CS, Santos CA, Oliveira HBS, Almeida LMR, et al. Aconselhamento sobre alimentação e atividade física: prática e adesão de usuários da atenção primária. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012;33(4):14-21.
3. Jaime PC, Silva ACF, Lima AMC, Bortolini GA. Ações de alimentação e nutrição na atenção básica: a experiência de organização no Governo Brasileiro. *Rev Nutr.* 2011;24(6):809-24.
4. Olinto MTA, Gigante DP, Horta B, Silveira V, Oliveira I, Willett W. Major dietary patterns and cardiovascular risk factors among young Brazilian adults. *Eur J Nutr.* 2012;51(3):281-91.
5. Boog MCF. Educação em Nutrição: integrando experiências. Campinas: Komedi; 2013.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009. Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro; 2010.
7. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva; 2002.
8. Beydoun MA, Wang Y. Do nutrition knowledge and beliefs modify the association of socio-economic factors and diet quality among US adults? *Prev Med.* 2008;46(2):145-53.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2011.
10. Friel S, Newell J, Kelleher C. Who eats four or more servings of fruit and vegetables per day? Multivariate classification tree analysis of data from the 1998 Survey of Lifestyle, Attitudes and Nutrition in the Republic of Ireland. *Public Health Nutr.* 2005;8(2):159-69.
11. Zart VB, Aerts D, Rosa C, Béria JU, Raymann BW, Gigante LP, et al. Cuidados alimentares e fatores associados em Canoas, RS, Brasil. *Epidemiol Serviços Saúde.* 2010;19(2):143-54.

12. Fisberg RM, Morimoto JM, Slater B, Barros MB, Carandina L, Goldbaum M, et al. Dietary quality and associated factors among adults living in the state of São Paulo, Brazil. *J Am Diet Assoc.* 2006;106(12):2067-72.
13. Viebig RF, Pastor-Valero M, Scazufca M, Menezes PR. Consumo de frutas e hortaliças por idosos de baixa renda na cidade de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):806-13.
14. Ree M, Riediger N, Moghadasian MH. Factors affecting food selection in Canadian population. *Eur J Clin Nutr.* 2008;62(11):1255-62.
15. Panigassi G, Segal-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Maranhã LK, Sampaio MFA. Insegurança alimentar intrafamiliar e perfil de consumo de alimentos. *Rev Nutr.* 2008;21(Suppl 0):135-44.
16. Estaquio C, Druesne-Pecollo N, Latino-Martel P, Dauchet L, Hercberg S, Bertrais S. Socioeconomic differences in fruit and vegetable consumption among middle-aged French adults: adherence to the 5 A Day recommendation. *J Am Diet Assoc.* 2008;108(12):2021-30.
17. Lin W, Hang CM, Yang HC, Hung MH. 2005-2008 Nutrition and health survey in Taiwan: the nutrition knowledge, attitude and behavior of 19-64 years old adults. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2011;20(2):309-18.
18. Spronk I, Kullen C, Burdon C, O'Connor H. Relationship between nutrition knowledge and dietary intake. *Br J Nutr.* 2014;111(10):1713-26.
19. Toral N, Slater B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. *Ciêns Saúde Colet.* 2007;12(16):1641-50.
20. Powel-Wiley TM, Miller PE, Agyemang P, Agurs-Collins T, Reedy J. Perceived and objective diet quality in US adults: a cross-sectional analysis of the National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). *Public Health Nutr.* 2014;17(12):2641-9.
21. Toledo MTT, Abreu MN, Lopes ACS. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(3):540-8.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Publicações. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília; 2008 [citado 2012 jan 23]. Disponível em: [http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/protocolo_sisvan.pdf)
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 7).

24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília; 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
25. Bickel G, Nord M, Price C, Hamilton W, Cook J. Measuring food security in the United States. Guide to measuring household food security. Revised 2000. Alexandria: United States Department of Agriculture; 2000.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição. Alimentação saudável. Ciclo da vida. Desenvolvimento de habilidades pessoais. Alimentação saudável para todos: siga os dez passos. Brasília; 2008. [citado 2012 jan 19]. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosAdultos.pdf>
27. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol*. 1997;26(1):224-7.
28. Vinholes DB, Assunção MCF, Neutzling MB. Frequency of healthy eating habits measured by the 10 Steps to Healthy Eating score proposed by the Ministry of Health: Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2009;25(4):791-9.
29. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1263-74.
30. Reichert FF, Loch MR, Capilheira MF. Autopercepção de saúde em adolescentes, adultos e idosos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3353-62.
31. Goodman S, Hammond D, Pillo-Blocka F, Glanville T, Jenkins R. Use of nutritional information in Canada: national trends between 2004 and 2008. *J Nutr Educ Behav*. 2011;43(5):356-65.

Recebido: 13.3.2016. Aprovado: 11.7.2017. Publicado: 17.4.2018.