

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA**

**MAIARA COSTA LOUREIRO**

**MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR ENTRE USUÁRIOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ITAQUI/RS**

**Itaqui  
2015**

**MAIARA COSTA LOUREIRO**

**MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR ENTRE USUÁRIOS DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM ITAQUI/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
ao Curso de Nutrição da Universidade Federal  
do Pampa como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Nutrição.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Roberta de V. Zanini

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lana C. Almeida

**Itaqui  
2015**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos  
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do  
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais) .

L111m Loureiro, Maiara Costa  
Marcadores de consumo alimentar entre usuários da  
Estratégia Saúde da Família em Itaqui/RS. / Maiara Costa  
Loureiro.  
44 p.

Trabalho de Conclusão de Curso(Graduação)--  
Universidade Federal do Pampa, BACHARELADO EM NUTRIÇÃO,  
2015.

"Orientação: Roberta de Vargas Zanini".

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Atenção Primária.  
3. Consumo Alimentar. I. Título.

“Dedico este trabalho para as duas estrelas mais brilhantes em minha vida, minhas duas Martinas, uma que hoje brilha no céu e outra que torna meu caminho repleto de luz.”

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me concedido a vida e por ter me proporcionado sabedoria e força para que eu sempre me mantenha forte diante as dificuldades. Agradeço aos meus pais, Marcos e Fátima, e irmãos Marquinhos e Marciele pelo amor e confiança a mim depositados, assim como todo apoio financeiro e emocional, e também pelas palavras de ajuda, motivação e fortalecimento.

Agradeço ao meu marido Jadir, pela paciência, companheirismo, pelo amor e por todos os tipos de amparo nestes últimos meses. A minha filha Martina por tornar meus dias mais doces e felizes. Às minhas grandes amigas Taynara e Renata pela ajuda, amizade, confiança e por todos os bons momentos nestes últimos anos.

Agradeço à professora Roberta, pela grandiosa orientação, paciência e dedicação, também pelas cobranças e por sua competência para que conseguíssemos elaborar este trabalho de conclusão de curso. À professora Lana pelas orientações e por sua energia positiva durante a pesquisa.

Por último, porém não com menor importância, meu muito obrigada ao Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva em Nutrição desta instituição, pela determinação e pela força de vontade durante o trabalho de campo e a todas as outras pessoas que de alguma forma colaboraram para que esta pesquisa fosse realizada.

**Marcadores de consumo alimentar entre usuários da Estratégia Saúde da Família em Itaqui/RS.**

**Labels of food consumption among users of the Family Health Strategy in Itaqui/RS.**

**Las etiquetas de consumo de alimentos entre los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia en Itaqui/RS.**

Marcadores alimentares entre usuários da ESF.

### **Autores**

Maiara Costa Loureiro<sup>1</sup> (Loureiro, M. C.) [maiara.loureiro@hotmail.com](mailto:maiara.loureiro@hotmail.com)

Roberta de Vargas Zanini<sup>1</sup> (Zanini, R. V.) [robe.nutri@gmail.com](mailto:robe.nutri@gmail.com)

Lana Carneiro Almeida<sup>1</sup> (Almeida, L. C.) [lanausp@gmail.com](mailto:lanausp@gmail.com)

<sup>1</sup> Curso de Nutrição, Universidade Federal do Pampa, Campus Itaqui, Brasil.

### **Agradecimentos**

Nossos agradecimentos a todos os integrantes da equipe do Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva em Nutrição da Universidade Federal do Pampa, pelo excelente trabalho voluntário desenvolvido em todas as etapas da pesquisa.

### **Contribuição dos autores**

M. C. Loureiro, R. V. Zanini e L. C. Almeida planejaram e desenharam o estudo. R.V. Zanini e L.C. Almeida coordenaram o trabalho de campo. M.C. Loureiro executou o trabalho de campo e redigiu o manuscrito. R.V. Zanini realizou a análise dos dados e orientou todas as etapas do trabalho. Todos os autores revisaram e aprovaram a versão final do manuscrito.

### **Conflito de interesses**

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

## **RESUMO**

Estudo observacional do tipo transversal, em que foram incluídos indivíduos cadastrados na Estratégia Saúde da Família de Itaqui/RS com idade  $\geq 20$  anos. O consumo de alimentos saudáveis ou pouco recomendados foi avaliado pelo questionário proposto pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional e a classificação da ingestão alimentar foi baseada nas recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira. A amostra (parcial) deste estudo incluiu 351 indivíduos. O consumo adequado de salada crua foi de 22,2% enquanto o consumo adequado de frituras foi 82,6%. Em relação às características demográficas, socioeconômicas e de saúde, todos os desfechos apresentaram associação estatisticamente significativa com alguma destas variáveis, exceto salada crua. Sendo assim, a frequência de consumo adequado dos alimentos considerados saudáveis foi menor do que a frequência adequada dos alimentos pouco recomendados, sugerindo que há necessidade de orientações alimentares direcionadas para o incentivo da alimentação saudável nesta população.

**Palavras-Chave:** Consumo alimentar; Atenção primária, Estratégia Saúde da Família.

## **ABSTRACT**

Observational cross-sectional study, in which were included individuals registered in the Health Strategy Family Itaqui/RS aged  $\geq 20$  years. Consumption of healthy little or recommended foods was assessed by questionnaire proposed by the Food and Nutrition Surveillance System and the classification of food intake was based on the recommendations of the Food Guide for the Brazilian population. The sample (partial) of this study included 351 individuals. The adequate intake of raw salad was 22.2% while the adequate intake of fried foods was 82.6%. With regard to demographic, socioeconomic and health, all outcomes were significantly associated with any of these variables, except raw salad. Thus, the frequency considered appropriate healthy food consumption was lower than the proper frequency bit of recommended food, suggesting that there is need for dietary guidelines directed to the promotion of a healthy diet in this population.



## **RESUMEN**

Estudio transversal observacional, en el que se incluyeron las personas registradas en el Estrategia Salud Familia de Itaqui/RS edad  $\geq 20$  años. El consumo de alimentos poco saludables o recomendados se evaluó mediante un cuestionario propuesto por el Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional y la clasificación de la ingesta de alimentos se basa en las recomendaciones de la Guía de Alimentos para la población brasileña. La muestra (parcial) de este estudio incluyó a 351 individuos. La ingesta adecuada de ensalada cruda fue de 22,2%, mientras que el consumo adecuado de alimentos fritos era 82,6%. Con respecto a la demográfica, socioeconómica y de salud, todos los resultados se asociaron significativamente con cualquiera de estas variables, excepto la ensalada cruda. Por lo tanto, la frecuencia considerado el consumo adecuado de alimentos sanos fue menor que el bit de frecuencia adecuada de los alimentos recomendados, lo que sugiere que existe la necesidad de directrices dietéticas dirigidas a la promoción de una dieta saludable en esta población.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) mostram que o excesso de peso e a obesidade aumentaram continuamente nas últimas quatro décadas em indivíduos com idade igual ou superior a 20 anos <sup>1</sup>. Resultados do estudo “Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico” (VIGITEL) também apontam aumento dessas prevalências no período de 2006 a 2012. Em seis anos, a frequência de excesso de peso passou de 47,8% para 54,5% entre os homens e de 38,8% para 48,1%, entre as mulheres <sup>2</sup>.

Um fator que pode estar contribuindo para esse aumento do excesso de peso na população brasileira é o consumo alimentar inadequado, seja em quantidade ou qualidade do alimento consumido <sup>3</sup>. Recentemente, uma avaliação temporal (1987 a 2009) dos dados da POF mostrou aumento expressivo da contribuição calórica dos alimentos prontos para consumo na alimentação do brasileiro, bem como declínios significativos de alimentos *in natura* ou minimamente processados <sup>4</sup>. Estudo realizado por Vinholes, em 2009, investigou a frequência dos “10 passos para alimentação saudável” em indivíduos adultos da cidade de Pelotas/RS e observou que apenas 1,1% da população estudada realizavam todos os passos preconizados pelo Ministério da Saúde <sup>5</sup>.

O atual padrão alimentar brasileiro tem contribuído para o aumento das taxas de doenças crônicas não transmissíveis como obesidade, câncer, hipertensão arterial e diabetes mellitus <sup>4</sup>. Ressalta-se que, assim como o tabagismo e a inatividade física, a alimentação inadequada constitui-se como fator de risco modificável para essas doenças, reforçando que a promoção de hábitos alimentares saudáveis deve ser estimulada.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no país, convertendo o modelo tradicional de assistência à saúde, com enfoque curativo, em um modelo mais abrangente, centrado na família, predominantemente voltado à promoção da saúde e prevenção de agravos <sup>6</sup>. Essa nova conformação do Sistema Único de Saúde (SUS) é considerada mais adequada para enfrentar o atual quadro epidemiológico do país.

Nesse sentido, visando a monitorar práticas consideradas de risco à saúde entre indivíduos brasileiros a partir de cinco anos de idade, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) desenvolveu um instrumento que avalia a frequência de consumo de alimentos marcadores de uma alimentação saudável ou pouco recomendada <sup>6</sup>. A aplicação desse instrumento entre usuários da ESF permite conhecer aspectos alimentares que precisam ser melhorados na população para que, posteriormente, a promoção da alimentação saudável no município possa ser direcionada para os problemas nutricionais observados. Este estudo

teve o objetivo de avaliar a frequência dos marcadores de consumo alimentar entre usuários da ESF, residentes na zona urbana do município de Itaqui/RS.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

No período de 16 de março a 30 de abril de 2015, foi realizada em Itaqui, a primeira etapa de um estudo observacional do tipo transversal, para avaliar o consumo de alimentos marcadores de uma alimentação saudável ou pouco recomendada em usuários da ESF. Este trabalho está integrado a outro estudo maior intitulado: “Estratégia Saúde da Família: qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário”. A segunda etapa do estudo está em andamento desde 01 de maio de 2015 e a previsão para o término da coleta de dados é 31 de julho do mesmo ano. Dessa forma, este manuscrito apresentará resultados parciais do estudo, referentes à primeira etapa da coleta de dados.

Esta pesquisa incluiu indivíduos cadastrados na ESF do município de Itaqui/RS, com idade igual ou superior a 20 anos, residentes na zona urbana e que utilizaram qualquer serviço prestado pelos profissionais da ESF ou do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nos doze meses anteriores à entrevista. Gestantes, mulheres que tiveram filhos há, no máximo, seis meses e indivíduos que, por algum motivo de saúde, modificaram a dieta nos sete dias anteriores à entrevista, que estavam em alimentação por via enteral ou que apresentavam incapacidades que os impossibilitavam de responder ao questionário, foram excluídos do estudo.

O processo de amostragem foi realizado nas quatro Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Itaqui/RS, considerando as famílias cadastradas até dezembro de 2014. Cada USF possui uma área de abrangência, dividida em microáreas: USF-1 “Promorar” (1001 famílias distribuídas em sete microáreas), USF-2 “Vila Nova” (908 famílias distribuídas em cinco microáreas), USF-3 “José da Luz” (1233 famílias distribuídas em cinco microáreas) e USF-4 “Rio Uruguai” (745 famílias distribuídas em cinco microáreas), totalizando 3887 famílias cadastradas na ESF em Itaqui/RS.

O cálculo de tamanho de amostra foi realizado no programa OpenEpi 3.03, utilizando-se os seguintes parâmetros: tamanho da população de 3887 indivíduos (considerando a inclusão de apenas um indivíduo por família); frequência hipotética do fator de resultado na população estimada em 50% (tendo em vista o desconhecimento da prevalência de alguns desfechos na população); erro aceitável de 3 pontos percentuais e intervalo de confiança de 95% (IC95%). A partir desse cálculo, o tamanho de amostra resultante foi 838; no entanto, após o acréscimo de 15% para possíveis perdas e/ou recusas, a amostra final necessária para

atender aos objetivos da pesquisa foi de 964 indivíduos. Em seguida, a amostra foi selecionada a partir de um sorteio aleatório de 25% das famílias cadastradas em cada microárea para contemplar o número necessário de indivíduos, sendo: 250 famílias na ESF-1, 227 famílias na ESF-2, 309 famílias na ESF-3 e 187 famílias na ESF-4, totalizando 973 famílias.

O instrumento utilizado no presente estudo (Apêndice I) foi composto pelo questionário “Marcadores de consumo alimentar” proposto pelo SISVAN<sup>7</sup> e por perguntas sobre características demográficas, socioeconômicas e de saúde da população. O questionário do SISVAN avalia a frequência de consumo de dez tipos de alimentos marcadores de uma alimentação saudável ou pouco recomendada. Cada pergunta foi realizada considerando o período recordatório de sete dias anteriores à entrevista. Os alimentos considerados marcadores de uma alimentação saudável foram: “salada crua” (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.); “legumes e verduras cozidos” (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc. – menos batata e mandioca); “frutas” (frutas frescas ou salada de frutas); “feijão”; e “lácteos” (leite ou iogurte). Por outro lado, “frituras” (batata frita, batata de pacote e salgados fritos, como coxinha, quibe, pastel, etc.); “embutidos” (hambúrguer e embutidos, como salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.); “salgados” (bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote); “doces” (bolachas/biscoitos doces ou recheados; doces, balas e chocolates em barra ou bombom); e “refrigerante” (versão normal apenas), foram considerados alimentos pouco recomendados ao consumo.

A classificação da ingestão alimentar foi realizada por meio da frequência de consumo de cada alimento, baseada em recomendações preconizadas pelo Guia Alimentar para a População Brasileira de 2006. Para tanto, considerou-se como “consumo adequado” as seguintes frequências:  $\leq 1x/semana$  para os alimentos pouco recomendados,  $\geq 5x/semana$  para feijão e  $7x/semana$  para os demais alimentos considerados marcadores de alimentação saudável<sup>8</sup>.

Como variáveis demográficas foram investigadas: sexo, idade em anos completos (obtida pela diferença entre a data da entrevista e a data de nascimento) e cor da pele observada (branca / preta / parda / amarela / indígena), posteriormente reclassificada em não branca e branca; variáveis socioeconômicas: situação conjugal (com companheiro ou sem companheiro), escolaridade em anos completos de estudo (obtida a partir da informação sobre a última série e grau cursados com aprovação) e classe econômica (A / B / C / D+E – definida a partir do Critério de Classificação Econômica Brasil que leva em conta a posse de alguns itens, o grau de instrução do chefe da família e o acesso a serviços públicos)<sup>9</sup>; e variáveis

sobre saúde: hipertensão arterial referida (não ou sim), diabetes mellitus referido (não ou sim) e orientação alimentar de algum profissional da USF (não ou sim / qual profissional).

A equipe de pesquisa foi composta por 22 estudantes do curso de Nutrição da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA). Os entrevistadores participaram de um treinamento teórico-prático, que incluiu leitura e discussão dos instrumentos. Ao final do treinamento, foi realizado um estudo-piloto sob a supervisão das coordenadoras do estudo. Esta etapa consistiu na aplicação dos instrumentos em usuários de uma unidade básica de saúde não incluída na pesquisa e teve por objetivo fazer uma avaliação do desempenho dos entrevistadores, assim como um último teste para adequação das perguntas, caso houvesse alguma dificuldade de entendimento por parte do entrevistado, testando também se a ordem das perguntas estava adequada.

Durante todo o trabalho de campo, foram realizadas reuniões semanais com os entrevistadores na UNIPAMPA para: recebimento de questionários preenchidos, entrega de novos questionários e material de campo, esclarecimento de dúvidas sobre o andamento da pesquisa e controle da produtividade (número de entrevistas, perdas e recusas). Além disso, as coordenadoras do estudo estiveram disponíveis diariamente para prestar esclarecimentos ou ajuda aos entrevistadores.

Na coleta de dados, a abordagem da família no domicílio foi realizada pelo entrevistador devidamente uniformizado, portando crachá de identificação, carta de apresentação e todo o material necessário para a realização da entrevista. Após a apresentação, o entrevistador conferia a elegibilidade de cada integrante da família para verificar quem seria convidado para participar da pesquisa. Porém, nas famílias com mais de um indivíduo elegível, foi necessária a realização de um sorteio (o entrevistador enumerava aleatoriamente todos os moradores elegíveis e solicitava a um integrante que escolhesse um número). Nos casos em que nenhum morador da família sorteada atendia aos critérios de elegibilidade, foi realizada a substituição da família por outra da mesma microárea. No término das entrevistas, os participantes receberam um material informativo (Apêndice II) contendo os “10 passos para alimentação saudável” propostos pelo Ministério da Saúde<sup>8</sup>.

Os dados coletados foram revisados e duplamente digitados no programa EpiData 3.1. Após o processo de validação da digitação, os dados foram exportados para o programa Stata 12.1 onde foram conduzidas as análises estatísticas. Inicialmente foram obtidas frequências simples de cada variável de exposição e dos desfechos. Posteriormente, análises bivariadas foram realizadas, utilizando-se os testes qui-quadrado de heterogeneidade e/ou de tendência linear para avaliar possíveis diferenças entre as categorias. Para cada estimativa, foram

calculados IC95% e o nível de significância considerado foi de 5%. O controle de qualidade está sendo realizado por telefone, através da aplicação de um questionário reduzido em aproximadamente 10% da população entrevistada, sorteados aleatoriamente em cada microárea. Esta etapa está sendo realizada concomitantemente à coleta de dados a fim de garantir proximidade entre a data da entrevista e do controle de qualidade.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPAMPA de acordo com parecer número 954.173. Aos entrevistados foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice III) previamente à entrevista e em todas as etapas do estudo foi garantido o cumprimento das exigências que constam na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta o desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

Das 973 famílias sorteadas, 370 indivíduos (aproximadamente 38% da amostra final) que atendiam aos critérios de inclusão foram entrevistados na primeira etapa de desenvolvimento do projeto e quatro recusaram-se a participar do estudo. Destes, dezenove foram excluídos: nove eram gestantes, outras nove mulheres tiveram filho nos últimos seis meses e um indivíduo referiu modificação na alimentação nos sete dias anteriores à entrevista. Dessa forma, a amostra parcial deste estudo compreende 351 entrevistados.

A **Tabela 1** apresenta a descrição da população estudada, de acordo com variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Dos 351 entrevistados, quase 80% eram do sexo feminino, 29,0% eram idosos e mais da metade (51,6%) tinham cor da pele parda. No que se refere à parte socioeconômica, 64,7% dos indivíduos informaram que moravam com companheiro(a), 37,3% pertenciam às classes econômicas D+E e aproximadamente 15% dos entrevistados não completaram a primeira série do ensino fundamental. Em relação à hipertensão arterial e diabetes mellitus referidos, a frequência na população estudada foi de 46,0% e 14,4%, respectivamente. Quando questionados sobre o recebimento de orientação alimentar por parte de algum profissional da USF em que estão cadastrados, a maioria dos entrevistados (70,9%) relatou não ter recebido. Entre os que receberam, aproximadamente 65% referiram o recebimento de orientação alimentar pelo profissional nutricionista.

A **Tabela 2** apresenta as frequências de consumo dos marcadores alimentares, referentes à semana anterior à entrevista. Entre os alimentos que apresentam recomendação de consumo diário (7x/semana), a frequência de consumo adequado foi maior para lácteos (39,6%) e menor para salada crua (22,2%). Legumes cozidos e frutas apresentaram

frequências de consumo adequado de 7,7% e 27,7%, respectivamente. Além disso, aproximadamente 60% da população estudada consumiu a frequência adequada de feijão ( $\geq 5x/semana$ ) na semana anterior à entrevista. Observou-se que as frequências de consumo adequado dos alimentos pouco recomendados ( $\leq 1x/semana$ ) foram maiores em relação aos alimentos considerados saudáveis. Mais de 80% dos entrevistados referiram ter consumido frituras em, no máximo, um dia da semana anterior à entrevista. Embutidos, salgados, doces e refrigerantes, tiveram frequências de consumo adequado de 68,3%, 65,2%, 63,5% e 55,2%, respectivamente.

Na **Tabela 3** estão expostas as prevalências e IC95% de consumo adequado dos alimentos marcadores de alimentação saudável, de acordo com características da população. O consumo adequado de salada crua não apresentou associação estatisticamente significativa com as variáveis estudadas. No entanto, a prevalência de consumo adequado de legumes cozidos, apresentou associação com a idade ( $p=0,028$ ), sendo cinco vezes maior entre indivíduos de 35 a 59 anos em relação à categoria mais jovem. Observou-se também que o consumo adequado de frutas na semana anterior à entrevista foi maior entre indivíduos que receberam orientação alimentar de algum profissional da USF ( $p=0,002$ ). Sobre os lácteos, percebe-se um aumento da prevalência de consumo adequado conforme aumenta a idade, sendo aproximadamente o dobro entre os idosos quando comparada ao grupo de 20 a 34 anos ( $p<0,0001$ ). A prevalência de consumo adequado de feijão foi menor entre indivíduos que possuem pelo menos nove anos completos de estudo ( $p=0,018$ ).

As prevalências e IC95% de consumo adequado dos marcadores de alimentação pouco recomendada, de acordo com variáveis socioeconômicas, demográficas e de saúde da população estão expostas na **Tabela 4**. Observou-se que o consumo adequado de frituras foi maior entre as mulheres (84,8% IC95% 80,5 – 89,0 *versus* 74,3% IC95% 64,3 – 84,4) e em relação à idade, as prevalências mostraram associação direta e estatisticamente significativa ( $p=0,018$ ), sendo menor entre os mais jovens. Em relação às características socioeconômicas, foi observada maior prevalência de consumo adequado de frituras entre indivíduos pertencentes às classes econômicas D+E ( $p=0,0001$ ) e para a escolaridade, foi possível observar uma associação indireta, mostrando uma redução do consumo adequado de frituras conforme aumenta a escolaridade ( $p=0,001$ ). Além disso, a prevalência de consumo adequado de frituras foi maior entre indivíduos hipertensos (88,8% IC95% 83,8 – 93,7) quando comparados àqueles sem a doença (81,5% IC95% 77,0 – 85,9). No que se refere ao consumo adequado de embutidos, verificou-se menor prevalência entre os indivíduos mais jovens ( $p=0,001$ ). Classe econômica e escolaridade apresentaram associações indiretas e

estatisticamente significativas com o consumo adequado de embutidos, sendo que as prevalências foram maiores entre indivíduos das classes D+E ( $p=0,015$ ) e 0-4 anos de estudo ( $p=0,001$ ). Curiosamente, os entrevistados que referiram ter recebido orientação alimentar de algum profissional da USF foram os que apresentaram menor prevalência de consumo adequado de alimentos salgados ( $p=0,035$ ). Sobre os doces, observou-se menor prevalência de consumo adequado entre indivíduos de 20 a 34 anos ( $p=0,045$ ) e naqueles de cor da pele não branca ( $p=0,042$ ). O consumo adequado de refrigerantes mostrou tendência de aumento de acordo com a idade, sendo a prevalência 1,6 vezes maior ( $p=0,001$ ) entre os idosos, em comparação à categoria mais jovem. Por outro lado, a associação do consumo adequado de refrigerantes com escolaridade foi inversa, sendo observada menor prevalência entre indivíduos com maior escolaridade ( $p=0,015$ ). Ademais, portadores de diabetes mellitus apresentaram prevalência de consumo adequado de refrigerantes 1,4 vezes maior ( $p=0,004$ ), quando comparados àqueles sem a doença (52,4% IC95% 46,6 – 58,0 *versus* 74,0% IC95% 61,7 – 86,3).

## DISCUSSÃO

O consumo alimentar inadequado, como a substituição dos alimentos *in natura* por alimentos ricos em açúcares e gorduras, juntamente com a inatividade física, são fatores que contribuem para o aumento da obesidade no Brasil<sup>3</sup>. Estudos sobre consumo alimentar em usuários da ESF são escassos na literatura científica e os trabalhos envolvendo essa população são realizados geralmente em apenas uma unidade de saúde, utilizam população específica e muitas vezes, incluem um pequeno tamanho de amostra<sup>10,11</sup>. Com o objetivo de preencher essa lacuna, o presente estudo investigou aspectos alimentares entre usuários da ESF com idade igual ou superior a 20 anos, nas quatro USF da cidade de Itaquí/RS e verificou a situação nutricional da população atendida no município. Além disso, um ponto forte deste estudo foi a cuidadosa metodologia utilizada, que incluiu treinamento dos entrevistadores, estudo piloto, revisão de questionários, dupla digitação dos dados e controle de qualidade.

A investigação sobre o consumo alimentar de uma população fornece uma série de informações que podem refletir sua organização social, econômica e cultural, uma vez que a alimentação constitui necessidade prioritária em qualquer sociedade<sup>12</sup>. Através do instrumento proposto pelo SISVAN<sup>7</sup> é possível conhecer a situação alimentar de um indivíduo, obtendo uma estimativa aproximada da alimentação desses usuários em um período recordatório de sete dias. Assim, para minimizar possíveis vieses relacionados ao curto período recordatório, foi previamente investigado se na semana anterior à entrevista, o



participante havia se alimentado como sempre ou se houve alguma alteração em seu consumo alimentar habitual.

Observou-se que entre os alimentos considerados saudáveis, as frequências de consumo adequado foram maiores para feijão e lácteos, sendo 59,5% e 39,6%, respectivamente. Dados da pesquisa VIGITEL <sup>2</sup>, realizada em 2013, mostraram uma variação no consumo de feijão pelo país, variando de 39,3% no Macapá/AP a 83,4% em Belo Horizonte/MG. Em Porto Alegre/RS, a frequência de consumo de feijão em pelo menos cinco vezes na semana foi de 48,7%, resultado inferior ao verificado no presente estudo. Essa diferença pode ter sido observada devido a variações culturais entre as populações ou diferenças metodológicas como, diferentes períodos recordatórios (sete dias *versus* um ano) e forma de coleta (entrevista presencial *versus* telefônica).

Por outro lado, estudo realizado por Vinholes <sup>5</sup>, em 2009, avaliou a frequência dos 10 passos para uma alimentação saudável em 3136 adultos na cidade de Pelotas/RS e observou que a prevalência de consumo de feijão em pelo menos quatro dias na semana foi de 71,1%, superior a verificada neste estudo. Neste caso, além da diferença no período recordatório (sete dias *versus* um ano), outro motivo que poderia explicar essa diferença é o ponto de corte utilizado em cada trabalho, sendo que a frequência de consumo no estudo de Pelotas/RS incluiu um dia a mais ( $\geq 5$  dias na semana *versus*  $\geq 4$  dias na semana).

No presente estudo, aproximadamente 60% dos entrevistados referiram ingestão diária de lácteos nos sete dias anteriores à entrevista, resultado superior ao encontrado na pesquisa VIGITEL <sup>2</sup> (40,3%) e no estudo realizado por Muniz <sup>13</sup>, em Pelotas/RS, no ano de 2010 (45,9%). A diferença observada entre os resultados de Itaqui/RS e Porto Alegre/RS pode estar relacionada ao período recordatório e a características específicas do grupo alimentar investigado, como neste caso o teor de gordura presente no leite. A pesquisa VIGITEL avaliou o consumo diário de leite integral no último ano, enquanto este estudo verificou o consumo diário de leite ou iogurte, independente do teor de gordura, nos sete dias anteriores à entrevista. No mesmo sentido, os resultados observados em Pelotas/RS também foram menores que os verificados no presente estudo, apesar de apresentarem o mesmo período recordatório e o estudo de Muniz ter considerado a ingestão de leite ou qualquer tipo de derivados. Essas diferenças podem ser atribuídas a características populacionais, pois se sabe que a frequência de consumo alimentar está associada a diversos fatores demográficos, socioeconômicos e culturais <sup>14</sup>.

A redução na compra de alimentos tradicionais, como frutas e hortaliças destaca-se por estar entre os principais fatores de risco associados às doenças crônicas não transmissíveis

(DCNT) <sup>3</sup>. Em 2009, Neutzling <sup>15</sup> avaliou a frequência de consumo regular ( $\geq 5x/semana$ ) de frutas, legumes e verduras em 972 adultos e idosos residentes em Pelotas/RS e verificou que a frequência de consumo desses alimentos aumentou conforme a idade, sendo consumido por 13,9% dos indivíduos mais jovens. Este resultado concorda com o observado no presente estudo, que verificou ainda uma menor frequência de consumo diário de legumes cozidos em 2,0% dos indivíduos de 20-34 anos.

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs estratégias pautadas em mudanças de estilo de vida, visando prevenir e minimizar as prevalências de DCNT, sendo que uma de suas principais recomendações foi a ingestão diária de frutas e hortaliças <sup>16</sup>. No presente estudo, foi observado que a frequência de consumo diário de frutas foi maior entre indivíduos que referiram ter recebido orientação alimentar de algum profissional da USF. Esse resultado reforça a importância da atuação do nutricionista e demais profissionais da área da saúde na orientação de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis.

O leite e seus derivados constituem um grupo de alimentos de grande valor nutricional e o consumo habitual destes alimentos é recomendado em todas as fases da vida, principalmente, para atingir a adequação diária de cálcio, um nutriente fundamental para a formação e a manutenção da estrutura óssea, entre outras funções no organismo <sup>8</sup>. O presente estudo encontrou maior frequência de consumo diário de lácteos entre indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (51,0%), resultado que concorda com os achados de Muniz <sup>13</sup>, que também observou maior frequência de consumo de leite e derivados entre os idosos (64,4%). Por outro lado, os dados da pesquisa VIGITEL <sup>2</sup> mostraram um resultado inverso, sendo observada maior frequência de consumo diário de leite no grupo mais jovem (59,8%). Essa diferença pode estar relacionada ao fato de a pesquisa VIGITEL ter investigado apenas o consumo de leite integral, sendo que há evidências de que o consumo deste tipo de leite é maior entre indivíduos mais jovens <sup>13</sup>.

O feijão com arroz é uma combinação alimentar típica do Brasil e o feijão, especialmente, representa a maior fonte de fibras no prato do brasileiro <sup>17</sup>. No entanto, estudos nacionais apontam uma redução deste alimento na participação total de calorias ao longo dos anos <sup>18</sup>. Além disso, observa-se que o consumo de feijão varia de acordo com características socioeconômicas da população <sup>17</sup>. No presente estudo, os indivíduos com maior escolaridade apresentaram menor frequência de consumo adequado de feijão, sendo de 46,5%. O estudo de Vinholes <sup>5</sup> mostrou resultados no mesmo sentido, observando menor frequência de consumo adequado de feijão entre indivíduos mais escolarizados (52,3%). Uma possível explicação para este resultado é que a escolaridade apresenta uma relação próxima com a renda,

sugerindo que indivíduos mais escolarizados tenham oportunidade de adquirir maior variedade de alimentos. Assim como, o feijão pode estar sendo substituído pelos demais componentes do grupo das leguminosas, proporcionando maiores condições de modificação no cardápio.

Sabe-se que, nos últimos anos, tem ocorrido um aumento na participação de produtos ultraprocessados na aquisição domiciliar de alimentos no Brasil, especialmente para doces, refeições prontas, refrigerantes e embutidos <sup>19</sup>. Em relação ao consumo de frituras deste estudo, observou-se que a frequência de consumo adequado foi maior entre as mulheres, os idosos, entre os indivíduos que pertenciam às classes econômicas mais baixas e ainda, verificou-se que a frequência de consumo adequado das frituras diminui conforme aumentam os anos de estudo dos indivíduos. Resultados do estudo de Bielemann <sup>20</sup>, realizado em Pelotas/RS, que avaliou o consumo de alimentos ultraprocessados e o impacto da dieta em adultos jovens, não mostraram diferenças estatisticamente significativas na contribuição calórica de lanches e frituras na variável sexo. Além disso, o autor observou que o maior consumo dos ultraprocessados tem uma relação com renda, sendo que os lanches e frituras foram mais consumidos por indivíduos que nunca foram pobres. O estudo de Pelotas/RS <sup>20</sup> também mostrou maior frequência de consumo dos alimentos ultraprocessados entre os indivíduos mais escolarizados. As diferenças existentes entre os resultados podem ser atribuídas às variações nos grupos alimentares, onde no presente estudo a opção “frituras” era subdividida em algumas outras categorias (batata frita, batata de pacote e salgados fritos, como coxinha, quibe, pastel, etc.) enquanto no estudo de Pelotas/RS <sup>20</sup> a opção era apenas “lanches e frituras”.

Sobre a frequência de consumo adequado da categoria dos alimentos embutidos, foi observado que a frequência de consumo foi maior entre os indivíduos que pertencem às classes econômicas mais baixas. Além disso, essa frequência de consumo adequado tende a diminuir conforme aumenta a escolaridade dos indivíduos. Resultados da POF <sup>18</sup> mostraram que há um aumento da disponibilidade domiciliar de embutidos conforme aumenta a renda da população. Pode-se atribuir esses resultados não só ao fato de a população mais jovem ter menor preocupação com alimentação, mas também ao preço dos alimentos embutidos, que por se tratarem de alimentos cárneos podem apresentar preço mais elevado, sendo sinônimo de menor poder de compra para aqueles pertencentes às classes econômicas mais baixas.

Foi observada maior frequência de consumo adequado de salgados entre indivíduos que receberam orientação alimentar de algum profissional da USF. Pensando que este grupo alimentar faz parte dos alimentos poucos recomendados, esse resultado parece contraditório.

No entanto, o grupo “salgados” inclui o consumo de bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote, ou seja, mais de um tipo de alimento. Dessa forma, a frequência observada pode estar sendo representada pelo consumo de bolachas, por exemplo, um hábito alimentar característico da Fronteira Oeste. Além disso, o consumo de bolachas e biscoitos (integrais) pode estar sendo recomendado em substituição ao pão, porém o questionário não permite esse detalhamento.

Sobre o consumo de doces, foi observada menor frequência de consumo adequado entre indivíduos de 20 a 34 anos. Da mesma forma, na pesquisa realizada em Pelotas <sup>5</sup>, a categoria mais jovem (20 a 39 anos) foi a que apresentou maior frequência de consumo de doces em até uma vez na semana. Nesse mesmo sentido, mas investigando o consumo de doces em pelo menos cinco vezes na semana, a pesquisa VIGITEL <sup>2</sup> também encontrou maior prevalência entre os mais jovens (18 a 24 anos). A associação da idade com o consumo de alimentos açucarados pode ter relação com os cuidados em saúde, uma vez que indivíduos idosos apresentam mais enfermidades, frequentam mais os serviços de saúde e por isso podem cuidar mais da sua alimentação.

No Brasil, o consumo de alimentos doces, juntamente com o de refrigerantes, é responsável por grande parte do consumo de açúcar adicionado <sup>2</sup>. Dados da pesquisa VIGITEL <sup>2</sup> mostraram que, em 2013, o consumo de refrigerantes foi de 23,3% entre as capitais brasileiras, sendo que em Porto Alegre/RS a frequência foi de 29,1%. Esse consumo foi maior entre os mais jovens e entre os indivíduos que informaram ter nove anos ou mais de estudo. No presente estudo foi observado que a frequência de consumo adequado de refrigerantes aumenta de acordo a idade e diminui conforme a escolaridade. Estes resultados estão de acordo com os achados por Vinholes <sup>5</sup>, em que foram verificadas as mesmas tendências no consumo adequado de refrigerantes. Além disso, indivíduos com diabetes mellitus apresentaram maior consumo adequado de refrigerantes, quando comparados àqueles sem a doença. Este resultado pode ser explicado justamente pela presença da enfermidade, como uma tentativa de controlar o nível glicêmico e prevenir agravos.

## **CONCLUSÃO**

Este estudo mostrou que de maneira geral, as frequências de consumo adequado de alimentos considerados saudáveis foram menores que as frequências de consumo adequado dos alimentos pouco recomendados. Além disso, foram observadas associações estatisticamente significativas entre os desfechos e variáveis demográficas, socioeconômicas e de saúde. Dessa forma, estes resultados poderão contribuir para a elaboração e

direcionamento de estratégias para promoção de hábitos alimentares saudáveis entre os moradores do município.

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Ministério da Saúde 2014; 120p.
3. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM et al. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet, Série Saúde no Brasil* 2011; 61-74.
4. Martins APB, Levy RB, Claro RM, Moubarac JC, Monteiro CA. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987-2009). *Rev. Saúde Públ.* 2013; 47(4):656-665.
5. Vinholes DB, Assunção MCF, Neutzling MB. Frequência de hábitos saudáveis de alimentação medidos a partir dos 10 passos da Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. *Cad. Saúde Pública.* 2009; 25(4):791-799.
6. Brasil. Portal da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Departamento de Atenção Básica 2012. [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde). Brasília: Ministério da Saúde 2008; 61p.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde 2008; 210p.
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; 2015.
10. Gardone DS, Ribeiro SMR, Silva RR, Martino HSD. Impacto da intervenção nutricional no perfil antropométrico e consumo alimentar de participantes da Estratégia Saúde da Família. *Nutrire: São Paulo, SP.* 2012; 37(3): 245-258.
11. Garcia MT, Granado FS, Cardoso MA. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27( 2 ): 305-316.
12. Carvalho EO, Rocha EF. Consumo alimentar de população adulta residente em área rural da cidade de Ibatiba (ES, Brasil). *Ciênc. saúde colet.* 2011; 16(1):179-185.
13. Muniz LC, Madruga SW, Araújo CL. Consumo de leite e derivados entre adultos e idosos no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Ciênc. saúde colet.* 2013; 18(12): 3515-3522.

14. Bonomo E, Caiaffa WT, César CC, Lopes ACS, Lima-Costa MF. Consumo alimentar da população adulta segundo perfil socioeconômico e demográfico: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(5): 1461-71.
15. Neutzling MB, Rombaldi AJ, Azevedo MR, Hallal PC. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(11): 2365-2374.
16. 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 Públ.* 2009; 43(5): 806-813.
17. Silva AS, Santos PNS, Moura EC. Associação entre excesso de peso e consumo de feijão em adultos. *Rev. Nutr.* 2010; 23(2):239-250.
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: Avaliação nutricional da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil. 2010.
19. Levy RB, Claro RM, Mondini L, Sichieri R, Monteiro CA. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. *Rev. Saúde Públ.* 2012; 46(1):06-15.
20. Bielemann RM, Motta JVS, Minten GC, Horta BL, Gigante DP. Consumo de alimentos ultraprocessados e impacto na dieta de adultos jovens. *Rev. Saúde Públ.* 2015; 49:28

**Tabela 1.** Descrição da amostra estudada, de acordo com características demográficas, socioeconômicas e de saúde. Itaqui, RS. 2015 (N=351\*)

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	74	21,1
Feminino	277	78,9
<b>Idade (anos)</b>		
20-29	51	14,5
30-39	48	13,7
40-49	69	19,7
50-59	81	23,1
60-69	50	14,2
70-79	42	12,0
≥ 80	10	2,8
<b>Cor da pele</b>		
Branca	137	39,0
Preta	33	9,4
Parda	181	51,6
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro(a)	227	64,7
Sem companheiro(a)	124	35,3
<b>Classe econômica</b>		
B	40	11,4
C	180	51,3
D + E	131	37,3
<b>Escolaridade (anos)</b>		
0	52	14,8
1-4	92	26,2
5-8	121	34,5
9-11	73	20,8
12 ou mais	13	3,7
<b>Hipertensão arterial</b>		
Não	188	54,0
Sim	160	46,0
<b>Diabetes mellitus</b>		
Não	298	85,6
Sim	50	14,4
<b>Orientação alimentar</b>		
Não recebeu	249	70,9
Médico	21	6,0
Nutricionista	66	18,8
Enfermeiro	03	0,9
Educador físico	01	0,3
Outro	11	3,1

\*O maior número de informações perdidas foi n=3 para as variáveis hipertensão arterial e diabetes mellitus.



**Tabela 2.** Frequência (%) de consumo dos marcadores alimentares, referente à semana anterior à entrevista. Itaqui, RS. 2015 (N=351)

<b>Marcadores</b>	<b>N</b>	<b>0</b>	<b>1x</b>	<b>2x</b>	<b>3x</b>	<b>4x</b>	<b>5x</b>	<b>6x</b>	<b>7x</b>
<b>Salada crua</b>	351	21,9	9,7	17,7	12,8	4,3	5,7	5,7	22,2
<b>Legumes cozidos</b>	349	38,7	11,2	15,8	15,2	6,0	3,7	1,7	7,7
<b>Frutas</b>	350	23,7	6,0	13,7	12,0	7,4	5,2	4,3	27,7
<b>Lácteos</b>	351	30,2	5,1	10,5	6,9	2,0	3,7	2,0	39,6
<b>Feijão</b>	351	7,1	6,3	12,0	9,4	5,7	12,0	23,6	23,9
<b>Frituras</b>	350	70,0	12,6	9,4	3,7	2,3	0,0	0,9	1,1
<b>Embutidos</b>	351	53,8	14,5	8,8	6,6	3,7	2,9	1,4	8,3
<b>Salgados</b>	351	60,1	5,1	10,0	6,8	1,7	2,9	2,0	11,4
<b>Doces</b>	351	45,3	18,2	8,6	8,8	4,3	2,0	1,4	11,4
<b>Refrigerante</b>	351	35,3	19,9	14,2	8,0	4,6	2,6	1,7	13,7

**Tabela 3.** Consumo adequado\* dos marcadores de alimentação saudável, de acordo com características demográficas, socioeconômicas e de saúde. Itaquí, RS. 2015 (N=351)

Variáveis	Salada crua	Legumes cozidos	Frutas	Lácteos	Feijão
<b>Sexo</b>	<i>p</i> = 0,278	<i>p</i> = 0,722	<i>p</i> = 0,659	<i>p</i> = 0,156	<i>p</i> = 0,064
Masculino	17,6 (8,8 – 26,3)	6,8 (1,0 – 12,5)	25,7 (15,6 – 35,7)	32,4 (21,7 – 43,2)	68,9 (58,3 – 79,6)
Feminino	23,5 (18,4 – 28,5)	8,0 (4,8 – 11,2)	28,3 (22,9 – 33,6)	41,5 (35,7 – 47,3)	57,0 (51,2 – 62,9)
<b>Idade (anos)</b>	<i>p</i> = 0,127	<i>p</i> = 0,028	<i>p</i> = 0,390 **	<i>p</i> < 0,0001 **	<i>p</i> = 0,624
20-34	17,2 (9,7 – 24,7)	2,0 (0,0 – 4,9)	24,2 (15,7 – 32,8)	24,2 (15,7 – 32,8)	59,6 (49,8 – 69,3)
35-59	27,3 (20,2 – 34,5)	11,3 (6,2 – 16,4)	28,7 (21,4 – 36,0)	42,0 (34,0 – 50,0)	62,0 (54,2 – 69,8)
≥ 60	19,6 (11,8 – 27,4)	7,9 (2,6 – 13,2)	29,7 (20,7 – 38,7)	51,0 (41,2 – 60,8)	55,9 (46,2 – 65,6)
<b>Cor da pele</b>	<i>p</i> = 0,884	<i>p</i> = 0,806	<i>p</i> = 0,218	<i>p</i> = 0,614	<i>p</i> = 0,143
Não branca	22,6 (16,4 – 27,5)	8,0 (4,3 – 11,7)	25,4 (19,5 – 31,2)	40,7 (34,0 – 47,3)	62,6 (56,1 – 69,1)
Branca	22,0 (15,6 – 29,7)	7,3 (2,9 – 11,7)	31,4 (23,6 – 39,2)	38,0 (29,8 – 46,1)	54,7 (46,4 – 63,1)
<b>Situação conjugal</b>	<i>p</i> = 0,511	<i>p</i> = 0,306	<i>p</i> = 0,328	<i>p</i> = 0,071	<i>p</i> = 0,849
Com companheiro(a)	21,2 (15,8 – 26,5)	8,8 (5,1 – 12,5)	26,0 (20,3 – 31,7)	36,1 (29,8 – 42,4)	59,9 (53,5 – 66,3)
Sem companheiro(a)	24,2 (16,6 – 31,8)	5,7 (1,6 – 9,9)	30,9 (22,7 – 39,1)	46,0 (37,1 – 54,8)	58,9 (50,1 – 67,6)
<b>Classe econômica</b>	<i>p</i> = 0,957	<i>p</i> = 0,794	<i>p</i> = 0,274 **	<i>p</i> = 0,860	<i>p</i> = 0,064
B	22,5 (9,3 – 35,7)	5,1 (0,0 – 12,2)	37,5 (22,3 – 52,7)	42,5 (26,9 – 58,1)	42,5 (26,9 – 58,1)
C	22,8 (16,6 – 28,9)	8,3 (4,3 – 12,4)	26,7 (20,2 – 33,2)	38,3 (31,2 – 45,5)	62,2 (55,1 – 69,3)
D + E	21,4 (14,3 – 28,4)	7,7 (3,1 – 12,3)	26,2 (18,5 – 33,8)	40,5 (32,0 – 48,9)	61,1 (52,7 – 69,5)
<b>Escolaridade (anos)</b>	<i>p</i> = 0,199	<i>p</i> = 0,390 **	<i>p</i> = 0,763	<i>p</i> = 0,668	<i>p</i> = 0,018
0-4	18,1 (11,7 – 24,4)	6,3 (2,3 – 10,3)	28,0 (20,6 – 35,4)	42,4 (34,2 – 50,5)	63,2 (55,3 – 71,1)
5-8	27,3 (19,3 – 35,3)	8,3 (3,4 – 13,1)	25,6 (17,8 – 33,5)	37,2 (28,5 – 45,9)	64,5 (55,9 – 73,1)
≥ 9	22,1 (13,2 – 30,9)	9,3 (3,1 – 15,5)	30,2 (20,4 – 40,0)	38,4 (28,0 – 48,7)	46,5 (35,9 – 57,2)
<b>Hipertensão arterial</b>	<i>p</i> = 0,581	<i>p</i> = 0,571	<i>p</i> = 0,182	<i>p</i> = 0,181	<i>p</i> = 0,416
Não	21,3 (15,4 – 27,2)	8,6 (4,5 – 12,6)	25,0 (18,8 – 31,2)	36,7 (29,8 – 43,6)	61,2 (54,2 – 68,2)
Sim	23,8 (17,1 – 30,4)	6,9 (2,9 – 10,9)	31,5 (24,2 – 38,7)	43,8 (36,0 – 51,5)	56,9 (49,2 – 64,6)
<b>Diabetes mellitus</b>	<i>p</i> = 0,658	<i>p</i> = 0,919	<i>p</i> = 0,087	<i>p</i> = 0,497	<i>p</i> = 0,369
Não	22,8 (18,0 – 27,6)	7,7 (4,7 – 10,8)	26,3 (21,2 – 31,3)	38,9 (33,4 – 44,5)	60,7 (55,2 – 66,3)
Sim	20,0 (8,8 – 31,2)	8,2 (0,4 – 15,9)	38,0 (24,4 – 51,6)	44,0 (30,1 – 57,9)	54,0 (40,0 – 68,0)
<b>Orientação alimentar</b>	<i>p</i> = 0,132	<i>p</i> = 0,159	<i>p</i> = 0,002	<i>p</i> = 0,268	<i>p</i> = 0,512
Não	20,1 (15,7 – 25,1)	6,5 (3,4 – 9,5)	23,0 (17,7 – 28,2)	37,8 (31,7 – 43,8)	60,6 (54,5 – 66,7)
Sim	27,5 (18,7 – 36,2)	10,9 (4,8 – 17,0)	39,2 (29,7 – 48,8)	44,1 (34,4 – 53,8)	56,9 (47,2 – 66,6)

\* Consumo adequado: consumo ≥ 5 dias na semana para feijão e 7x/semana para os demais; .Prevalências e Intervalos de Confiança de 95%; Valor-p: Teste qui-quadrado de heterogeneidade; \*\* Teste de tendência linear.

**Tabela 4.** Consumo adequado\* dos marcadores de alimentação pouco recomendada, de acordo com características demográficas, socioeconômicas e de saúde. Itaqui, RS. 2015 (N=351)

Variáveis	Frituras	Embutidos	Salgados	Doces	Refrigerante
<b>Sexo</b>	<i>p</i> = 0,035	<i>p</i> = 0,693	<i>p</i> = 0,065	<i>p</i> = 0,584	<i>p</i> = 0,813
Masculino	74,3 (64,3 – 84,4)	70,3 (59,7 – 80,8)	74,3 (64,3 – 84,4)	60,8 (49,6 – 72,0)	54,1 (42,6 – 65,5)
Feminino	84,8 (80,5 – 89,0)	67,9 (62,3 – 73,4)	62,8 (57,1 – 68,5)	64,3 (58,6 – 69,9)	55,6 (49,7 – 61,5)
<b>Idade (anos)</b>	<i>p</i> = 0,018 **	<i>p</i> = 0,001	<i>p</i> = 0,141 **	<i>p</i> = 0,045	<i>p</i> = 0,001 **
20-34	73,5 (64,7 – 82,3)	53,5 (43,6 – 63,4)	68,7 (59,5 – 77,9)	54,6 (44,7 – 64,4)	41,4 (31,6 – 51,2)
35-59	86,0 (80,4 – 91,6)	74,7 (67,7 – 81,7)	67,3 (59,8 – 74,9)	70,0 (62,6 – 77,4)	58,0 (50,0 – 66,0)
≥ 60	86,3 (79,5 – 93,0)	73,5 (64,9 – 82,2)	58,8 (49,2 – 68,5)	62,8 (53,3 – 72,2)	64,7 (55,4 – 74,1)
<b>Cor da pele</b>	<i>p</i> = 0,540	<i>p</i> = 0,939	<i>p</i> = 0,584	<i>p</i> = 0,042	<i>p</i> = 0,616
Não branca	83,6 (78,6 – 88,6)	68,2 (61,9 – 74,5)	66,4 (60,0 – 72,7)	59,4 (52,7 – 66,0)	54,2 (47,5 – 60,9)
Branca	81,0 (74,4 – 87,6)	68,6 (60,8 – 76,4)	63,5 (55,4 – 71,6)	70,1 (62,3 – 77,8)	56,9 (48,6 – 65,3)
<b>Situação conjugal</b>	<i>p</i> = 0,310	<i>p</i> = 0,771	<i>p</i> = 0,467	<i>p</i> = 0,267	<i>p</i> = 0,316
Com companheiro(a)	81,1 (75,9 – 86,2)	67,8 (61,7 – 74,0)	63,9 (57,6 – 70,2)	65,6 (59,4 – 71,9)	53,3 (46,8 – 59,8)
Sem companheiro(a)	85,4 (79,1 – 91,7)	69,4 (61,2 – 77,5)	67,7 (59,5 – 76,0)	59,7 (51,0 – 68,4)	58,9 (50,1 – 67,6)
<b>Classe econômica</b>	<i>p</i> < 0,0001	<i>p</i> = 0,015 **	<i>p</i> = 0,758	<i>p</i> = 0,064	<i>p</i> = 0,101
B	80,0 (67,4 – 92,6)	60,0 (44,6 – 75,4)	60,0 (44,6 – 75,4)	47,5 (31,8 – 63,2)	52,5 (36,8 – 68,2)
C	75,0 (68,6 – 81,4)	64,4 (57,4 – 71,5)	66,1 (59,2 – 73,1)	67,2 (60,3 – 74,1)	50,6 (43,2 – 57,9)
D + E	93,9 (89,7 – 98,0)	76,3 (69,0 – 83,7)	65,7 (57,5 – 73,8)	63,4 (55,0 – 71,7)	62,6 (54,2 – 70,9)
<b>Escolaridade (anos)</b>	<i>p</i> = 0,001 **	<i>p</i> = 0,001 **	<i>p</i> = 0,151 **	<i>p</i> = 0,910	<i>p</i> = 0,015 **
0-4	88,1 (82,8 – 93,5)	77,1 (70,2 – 84,0)	68,8 (61,1 – 76,4)	63,9 (56,0 – 71,8)	62,5 (54,5 – 70,5)
5-8	85,1 (78,7 – 91,5)	66,1 (57,6 – 74,6)	65,3 (56,7 – 73,8)	64,5 (55,9 – 73,1)	52,9 (43,9 – 61,9)
≥ 9	69,8 (60,0 – 79,6)	57,0 (46,4 – 67,5)	59,3 (48,8 – 69,8)	61,6 (51,3 – 72,0)	46,5 (35,9 – 57,2)
<b>Hipertensão arterial</b>	<i>p</i> = 0,006	<i>p</i> = 0,470	<i>p</i> = 0,075	<i>p</i> = 0,593	<i>p</i> = 0,141
Não	77,5 (71,5 – 83,6)	67,0 (60,3 – 73,8)	69,2 (62,5 – 75,8)	62,2 (55,3 – 69,2)	52,1 (44,9 – 59,3)
Sim	88,8 (83,8 – 93,7)	70,6 (63,5 – 77,7)	60,0 (52,4 – 67,6)	65,0 (57,6 – 72,4)	60,0 (52,4 – 67,6)
<b>Diabetes mellitus</b>	<i>p</i> = 0,141	<i>p</i> = 0,357	<i>p</i> = 0,227	<i>p</i> = 0,449	<i>p</i> = 0,004
Não	81,5 (77,0 – 85,9)	67,5 (62,1 – 72,8)	66,8 (61,4 – 72,2)	62,4 (56,9 – 67,9)	52,4 (46,6 – 58,0)
Sim	90,0 (81,6 – 98,4)	74,0 (61,7 – 86,3)	58,0 (44,1 – 71,9)	68,0 (54,9 – 81,1)	74,0 (61,7 – 86,3)
<b>Orientação alimentar</b>	<i>p</i> = 0,705	<i>p</i> = 0,114	<i>p</i> = 0,035	<i>p</i> = 0,079	<i>p</i> = 0,184
Não	83,1 (78,4 – 87,8)	65,9 (59,9 – 71,8)	68,7 (62,9 – 74,5)	60,6 (54,5 – 66,7)	53,0 (46,8 – 59,2)
Sim	81,4 (73,8 – 89,0)	74,5 (66,0 – 83,0)	56,9 (47,2 – 66,6)	70,6 (61,7 – 79,5)	60,8 (51,2 – 70,3)

\* Consumo adequado: consumo ≤ 1 dia na semana; Prevalências e Intervalos de Confiança de 95%;

Valor-p: Teste qui-quadrado de heterogeneidade; \*\* Teste de tendência linear

**APÊNDICE I**

<b>Estratégia Saúde da Família: qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário</b>		Revisão do questionário: ___ / ___ / _____	CQ: (S) (N)
<b>BLOCO A: Geral</b>			
01) Número do questionário: ESF ___ MICROÁREA ___ FAMÍLIA ___		a1 _____	
02) Endereço: _____		a2 _____	
03) Data da entrevista: ___ / ___ / _____		a3 ___ / ___ / _____	
04) Horário de início da entrevista ___ : ___		a4 ___ : ___	
05) Entrevistador: _____		a5 _____	
<b>Fala 1 – VOU COMEÇAR FAZENDO ALGUMAS PERGUNTAS GERAIS</b>			
06) <b>Qual é o seu nome completo?</b> _____		a6 _____	
07) <b>O(A) Sr.(a) tem telefone para contato?</b>			
Telefone 1: (___) _____ - _____		a7t1 _____ - _____	
Operadora: _____ Contato: _____		a7t1o ___	
Telefone 2: (___) _____ - _____		a7t2 _____ - _____	
Operadora: _____ Contato: _____		a7t2o ___	
Telefone 3: (___) _____ - _____		a7t3 _____ - _____	
Operadora: _____ Contato: _____		a7t3o ___	
08) <b>O(A) Sr.(a) tem e-mail para contato?</b> _____		a8 _____	
09) <b>Qual é sua data de nascimento?</b> ___ / ___ / _____		a9 ___ / ___ / _____	
<i>As questões 10 e 11 devem ser apenas observadas pelo entrevistador</i>			
10) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino		a10 ___	
11) Cor da pele: (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena		a11 ___	
12) <b>O(A) Sr.(a) trabalha ou já trabalhou? Considere trabalho remunerado.</b>		a12 ___	
(0) Não, nunca → Pule para a pergunta 14			
(1) <b>Trabalhou, mas está desempregado(a)</b> → Pule para a pergunta 14			
(2) <b>Trabalhou, mas está aposentado(a)</b> → Pule para a pergunta 14			
(3) <b>Sim, está trabalhando.</b>			
(9) IGN → Pule para a pergunta 14			
13) <b>Qual é a sua ocupação principal?</b> (Se mais de uma ocupação: considerar ocupação principal a de maior carga horária; a que exercer há mais tempo; se mesmo tempo, será considerada a de maior renda)		a13 ___	
14) <b>O(A) Sr.(a) sabe ler e escrever?</b>		a14 ___	
(0) Não → Pule para a pergunta 17			
(1) Sim			
(2) Só assina → Pule para a pergunta 17			
(9) IGN → Pule para a pergunta 17			
15) <b>Até que série o(a) Sr.(a) completou com aprovação?</b>		a15s ___	
___ série		a15g ___	
___ grau (Se o entrevistado referir grau = 1 ou 2, pule para a pergunta 17)		a16 ___	
16) <b>O(A) Sr.(a) completou a faculdade?</b>			
(0) Não (1) Sim (8) NSA			
17) <b>Qual a sua situação conjugal?</b>		a17 ___	
(1) <b>Mora com companheiro(a)</b> (2) <b>Mora sem companheiro(a)</b>			
18) <b>Como o(a) Sr.(a) considera sua saúde?</b>		a18 ___	
(1) <b>Excelente</b> (2) <b>Muito boa</b> (3) <b>Boa</b> (4) <b>Regular</b> (5) <b>Ruim</b>			
19) <b>Algum médico já lhe disse que o (a) Sr.(a) tem ou teve hipertensão (pressão alta)?</b>		a19 ___	
(0) Não (1) Sim (9) IGN			
20) <b>Algum médico já lhe disse que o (a) Sr.(a) tem ou teve diabetes (açúcar no sangue)?</b>		a20 ___	
(0) Não (1) Sim (9) IGN			
<b>BLOCO B: Satisfação do usuário</b>			
<b>Fala 2 - AGORA VAMOS CONVERSAR SOBRE O ÚLTIMO ATENDIMENTO DE SAÚDE QUE O(A) SR.(A) RECEBEU DO POSTO &lt;ESF&gt;. CONSIDERE COMO ATENDIMENTO QUALQUER SERVIÇO PRESTADO, COMO: VISITA DOMICILIAR, VACINAÇÃO, CURATIVO, CONSULTA, PARTICIPAÇÃO EM GRUPO, ENTRE OUTROS.</b>			
01) <b>Qual foi a última assistência de saúde que o(a) Sr.(a) recebeu do posto &lt;ESF&gt;</b>		b1 ___	
_____ Entregar o Cartão Resposta A e explicar como deve ser utilizado			
<b>Na última vez que recebeu assistência de saúde, como o(a) Sr.(a) avalia:</b>			
02) <b>As habilidades do profissional de saúde</b>		b2 ___	
(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe			
03) <b>A disponibilidade de equipamentos</b>		b3 ___	
(1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe			

04) <b>A disponibilidade de medicamentos</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b4 __
05) <b>A resolução/solução do seu problema</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b5 __
06) <b>O tempo gasto com deslocamento</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b6 __
07) <b>O tempo de espera até ser atendido</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b7 __
08) <b>O respeito na maneira de recebê-lo e tratá-lo</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b8 __
09) <b>A maneira como a sua intimidade foi respeitada durante o exame físico</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b9 __
10) <b>A clareza nas explicações do profissional de saúde</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b10 __
11) <b>A disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b11 __
12) <b>A possibilidade de obter informações sobre outros tipos de tratamento ou exames</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b12 __
13) <b>A sua participação na tomada de decisões sobre o seu tratamento</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b13 __
14) <b>A possibilidade de falar em privacidade com o profissional de saúde</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b14 __
15) <b>A maneira como as suas informações foram mantidas em sigilo</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b15 __
16) <b>A liberdade em escolher o profissional de saúde</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b16 __
17) <b>A limpeza das instalações, incluindo os banheiros</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b17 __
18) <b>O espaço disponível das salas de espera e atendimento</b> (1) Excelente (2) Bom (3) Regular (4) Ruim (5) Péssimo (8) NSA (9) Não sabe	b18 __
<b>ATENÇÃO PARA OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO</b>	
a) <i>Se mulher: A Sra. está grávida?</i> (0) Não (1) Sim → <i>Pule para o Bloco D</i> (8) NSA	cea __
b) <i>Se mulher: A Sra. teve filho nos últimos 6 meses?</i> (0) Não (1) Sim → <i>Pule para o Bloco D</i> (8) NSA	ceb __
c) <i>O(a) entrevistado(a) está em alimentação por via enteral (sonda)?</i> (0) Não (1) Sim → <i>Pule para o Bloco D</i>	cec __
<b>BLOCO C: Alimentação</b>	
<b>Fala 3 - AGORA, IREMOS CONVERSAR SOBRE SUA ALIMENTAÇÃO. PENSE EM UM DIA NORMAL.</b>	
01) <b>Quantas refeições o(a) Sr.(a) costuma fazer ao longo do dia?</b> __ __ refeições	c1 __ __
02) <b>O(A) Sr.(a) costuma realizar o(a):</b>	
a) <b>Café da manhã?</b> (0) Não (1) Sim	c2a __
b) <b>Lanche da manhã?</b> (0) Não (1) Sim	c2b __
c) <b>Almoço?</b> (0) Não (1) Sim	c2c __
d) <b>Lanche da tarde?</b> (0) Não (1) Sim	c2d __
e) <b>Jantar?</b> (0) Não (1) Sim	c2e __
f) <b>Ceia?</b> (0) Não (1) Sim	c2f __
<b>Fala 4 - AGORA VOU LHE FAZER ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE A SUA ALIMENTAÇÃO NA ÚLTIMA SEMANA.</b>	
<b>ATENÇÃO PARA O CRITÉRIO DE EXCLUSÃO</b>	
d) <b>Desde &lt;dia da semana&gt; da semana passada até hoje o(a) Sr.(a) se alimentou como sempre?</b> (0) Não → motivo? _____ ( <i>Pule para o Bloco D</i> ) (1) Sim → <i>Pule para a próxima instrução</i>	ced __
<b>Fala 5 - PENSE DESDE &lt;dia da semana&gt; DA SEMANA PASSADA ATÉ HOJE</b>	
03) <b>Desde &lt;dia da semana&gt; da semana passada até hoje, em quantos dias o(a) Sr.(a) comeu/tomou &lt;alimentos&gt;?</b>	
a) <b>Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc.)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3a __
b) <b>Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc., menos batata e mandioca)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3b __
c) <b>Frutas frescas ou salada de frutas</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3c __
d) <b>Feijão</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3d __
e) <b>Leite ou iogurte</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3e __
f) <b>Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc.)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3f __
g) <b>Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, linguiça, etc.)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3g __
h) <b>Biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3h __
i) <b>Biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)</b>	0 1 2 3 4 5 6 7 9 c3i __



18) <b>O(A) Sr.(a) poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no posto &lt;ESF&gt;?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d18 __
<b>Fala 8 – AGORA, VOU PERGUNTAR SOBRE ALGUNS SERVIÇOS QUE O(A) SR.(A), SUA FAMÍLIA OU AS PESSOAS QUE UTILIZAM ESSE SERVIÇO PODEM NECESSITAR. PODE SER QUE O(A) SR.(A) NÃO TENHA PRECISADO OU RECEBIDO, APENAS QUEREMOS SABER SE O SERVIÇO É OFERECIDO OU NÃO PELO POSTO &lt;ESF&gt;.</b>	
19) <b>Está disponível no posto &lt;ESF&gt;:</b>	
a) <b>Aconselhamento para problemas de saúde mental?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d19a __
b) <b>Aconselhamento sobre como parar de fumar?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d19b __
c) <b>Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair, etc.)?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d19c __
20) <b>Em alguma consulta no posto &lt;ESF&gt;, já foi ou é conversado com o(a) Sr.(a) sobre:</b>	
a) <b>Alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d20a __
b) <b>Exercícios físicos apropriados para o(a) Sr.(a)?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d20b __
c) <b>Verificação e discussão sobre os medicamentos que foram prescritos?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d20c __
d) <b>Como prevenir quedas?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d20d __
21) <b>Sobre o relacionamento do seu “médico/enfermeiro” com sua família:</b>	
a) <b>O seu médico ou enfermeiro lhe pergunta sobre suas ideias e opiniões (sobre o que o(a) Sr.(a) pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para o(a) Sr.(a) ou para um membro da sua família?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d21a __
b) <b>O seu médico ou enfermeiro se reuniria com membros de sua família se o(a) Sr.(a) achasse necessário?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d21b __
c) <b>Alguém do posto &lt;ESF&gt; faz ou já fez pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão atendendo às necessidades das pessoas?</b> (4) Com certeza, sim (3) Provavelmente, sim (2) Provavelmente, não (1) Com certeza, não (9) Não sei / não lembro	d21c __
<b>BLOCO E: Classificação econômica</b>	
<b>Fala 9 - AGORA FAREI ALGUMAS PERGUNTAS SOBRE O SEU DOMICÍLIO.</b>	
01) <b>Sobre alguns itens que o(a) Sr.(a) tem em casa. Na sua casa o(a) Sr.(a) tem &lt;item&gt;? Se sim: Quantos?</b>	
a) <b>Banheiro</b>	0 1 2 3 4 ou + e1a __
b) <b>Computador (considerar o de mesa, laptop, notebook, netbook)</b>	0 1 2 3 4 ou + e1b __
c) <b>Máquina de lavar louça</b>	0 1 2 3 4 ou + e1c __
d) <b>Geladeira</b>	0 1 2 3 4 ou + e1d __
e) <b>Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)</b>	0 1 2 3 4 ou + e1e __
f) <b>Máquina de lavar roupa (não considerar tanquinho)</b>	0 1 2 3 4 ou + e1f __
g) <b>Aparelho de DVD (não considerar de automóvel)</b>	0 1 2 3 4 ou + e1g __
h) <b>Micro-ondas</b>	0 1 2 3 4 ou + e1h __
i) <b>Moto</b>	0 1 2 3 4 ou + e1i __
j) <b>Secadora de roupas</b>	0 1 2 3 4 ou + e1j __
k) <b>Automóvel</b>	0 1 2 3 4 ou + e1k __
l) <b>Na sua casa, trabalha empregado ou empregada mensalista?</b>	0 1 2 3 4 ou + e1l __
02) <b>A água utilizada neste domicílio é proveniente de:</b> (1) Rede geral de distribuição (CORSAN) (2) Poço ou nascente (3) Outro meio	e2 __
03) <b>Considerando o trecho da rua do seu domicílio, o(a) Sr.(a) diria que a rua é:</b> (1) Asfaltada/Pavimentada (2) Terra/Cascalho	e3 __
04) <b>Considerando que o chefe da família é a pessoa que contribui com a maior parte dos gastos da casa, quem o(a) Sr.(a) considera o chefe da sua família? _____ (Anotar a relação com o entrevistado)</b> (Se o próprio entrevistado referir ser o chefe da família, pule para a pergunta 08)	e4 __



06) Até que série o <chefe da família> completou com aprovação? __ série __ grau (Se referir grau = 1 ou 2, pule para a pergunta 08)	Não sabe = 9 / Só assina = 0	e6s __ e6g __
07) O <chefe da família> completou a faculdade? (0) Não (1) Sim (8) NSA		e7 __
08) O(A) Sr.(a) recebe bolsa família? (0) Não (1) Sim (9) IGN		e8 __
<b>BLOCO F: Circunferência da cintura</b>		
<b>ATENÇÃO PARA OS CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO - Não medir a circunferência da cintura nos seguintes casos:</b>		
1) Gestante 2) Filho últimos 6 meses 3) Sonda 4) Impossibilitado(a) de ficar ereto(a) 5) Cintura inacessível		
<b>Fala 10 - POR FAVOR, EU NECESSITO MEDIR A CIRCUNFERÊNCIA DA SUA CINTURA.</b>		
01) Medida 1 __ __ __, __		f1 __ __ __, __
02) Medida 2 __ __ __, __		f2 __ __ __, __
03) Medida 3 __ __ __, __ → (Realizar apenas se a diferença entre a medida 1 e 2 for maior que 1cm)		f3 __ __ __, __
04) Hora do final da entrevista __ __ : __ __		f4 __ __ : __ __

*Agradeça ao entrevistado pela disponibilidade e participação na pesquisa.*

## **APÊNDICE II**

## DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL\*



**1** Faça pelo menos 3 refeições e 2 lanches por dia. Inicie por um café da manhã saudável. Não pule as refeições.

**2** Consuma até 6 porções ao dia de cereais (milho, trigo, pães, e massas), tubérculos (batatas), e raízes (aipim) nas refeições. Opte por grãos integrais e alimentos naturais.

**3** Aumente e varie os tipos de frutas, verduras e legumes. Consuma 6 porções ao dia.

**4** Coma arroz e feijão, no mínimo, 5 vezes por semana. Este prato brasileiro é uma combinação completa de proteína e outros nutrientes.

**5** Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carne, aves, peixes ou ovos. Prefira esses alimentos sem gordura.

**6** Reduza o consumo de alimentos gordurosos (frituras, no máximo, 1 vez por semana), óleos vegetais, azeite, manteiga (no máximo 1 porção por dia).

**7** Evite o consumo de refrigerantes, sucos artificiais, bebidas alcoólicas, doces e guloseimas.

**8** Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa.

**9** Mantenha-se hidratado. Beba, pelo menos, 2 litros de água por dia.

**10** Torne sua vida mais saudável! Pratique atividade física pelo menos 30 minutos por dia e mantenha seu peso adequado.

\* Baseado nas recomendações do Ministério da Saúde Guia Alimentar para a População Brasileira.

Acesse: [www.saude.gov.br/nutricao](http://www.saude.gov.br/nutricao)

**A necessidade energética é diferente para cada pessoa.  
A orientação individualizada do NUTRICIONISTA  
é essencial para a sua saúde.**

**APÊNDICE III**



**Universidade Federal do Pampa  
Campus Itaqui – Curso de Nutrição  
Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva em Nutrição**



### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), na pesquisa **Estratégia Saúde da Família (ESF): qualidade do serviço e perfil nutricional do usuário**. Trata-se de um projeto de pesquisa que tem por objetivo conhecer aspectos importantes sobre a população de Itaqui/RS, como acesso e utilização dos serviços e dados nutricionais dos usuários da ESF, e se justifica pela falta de estudos que avaliem esses temas no município.

Ressaltamos que a concordância ou não em participar da pesquisa em nada irá alterar seu atendimento no seu local de consulta. Por meio deste documento e a qualquer tempo, o(a) senhor(a) poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar, pessoalmente com o entrevistador ou por telefone com as pesquisadoras responsáveis, podendo ligar a cobrar para os números (55) 9646-0696 (Prof<sup>a</sup>. Lana Almeida) ou (55) 9642-7717 (Prof<sup>a</sup>. Roberta Zanini). Também poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de penalidade ou prejuízo.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra será arquivada pelas pesquisadoras responsáveis.

Para participar da pesquisa, será necessário que o(a) senhor(a) responda a um questionário composto por questões que abordam aspectos gerais (como identificação, contatos, data de nascimento e escolaridade), satisfação com o serviço de saúde, alimentação (refeições realizadas por dia e consumo de alguns alimentos), qualidade do serviço de saúde e poder de compra das famílias. Nenhuma entrevista será gravada. Por fim, será necessário que o(a) senhor(a) se disponibilize para que seja feita a medida da circunferência da sua cintura, que permitirá a avaliação de possível risco para doenças cardiovasculares. Essa medida será realizada utilizando fita métrica padrão, na linha da cintura, em contato direto com a pele. A coleta de dados será realizada individualmente para evitar constrangimento, na sua própria residência, e terá duração de cerca de 30 (trinta) minutos.

O(A) Sr.(a) poderá não se sentir à vontade para responder algumas perguntas e/ou desconforto durante as medidas; porém, tais procedimentos terão curta duração, uma vez que a equipe é treinada para tal. Ao participar desta pesquisa, o(a) senhor(a) terá como benefícios: recebimento de orientações impressas sobre alimentação saudável ao final da entrevista, e, após a análise dos dados, informações individualizadas sobre o diagnóstico nutricional. Além disso, o estudo contribuirá para que melhorias possam ser recomendadas nas unidades básicas de saúde e na promoção de hábitos alimentares saudáveis entre os moradores de Itaqui/RS.

Para participar deste estudo, o(a) senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. As pesquisadoras garantem que seu nome e identidade serão mantidos em sigilo e que nenhum dado sobre sua pessoa ou família será divulgado. Os dados da pesquisa serão armazenados pelas pesquisadoras responsáveis e os resultados poderão ser divulgados em relatórios e publicações científicas.

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do participante da pesquisa), fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e sobre os métodos que serão utilizados. Estou ciente de que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e/ou retirar meu consentimento, se assim eu desejar. Também fui esclarecido(a) sobre a garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Itaqui, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2015.

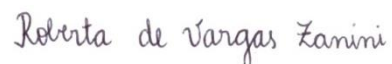
\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

*Impressão digital*

Pesquisadoras responsáveis:



**Dr<sup>a</sup> Lana Carneiro Almeida**  
lanaalmeida@unipampa.edu.br



**Dr<sup>a</sup> Roberta de Vargas Zanini**  
robertazanini@unipampa.edu.br

*Se o(a) senhor(a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UNIPAMPA – Campus Uruguaiana – BR 472, Km 592, Prédio Administrativo – Sala 23, CEP: 97500-970, Uruguaiana/RS. Telefone: (55) 3911-0202 ou ligações a cobrar para (55) 8454-1112. E-mail: cep@unipampa.edu.br.*

Rua Luiz Joaquim de Sá Britto, s/n - Bairro: Promorar – Itaqui/RS - CEP: 97650-000

Fone: (55) 9907-0663 - (55) 3433-1669

**ANEXO I**

## INSTRUÇÕES PARA AUTORES

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP. Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração.

### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTE SEÇÕES:

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

1.2 - Revisão: Revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações;

1.3 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras;

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

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

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

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

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

1.9 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras);

1.10 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).



## **2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS**

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

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé e anexos não serão aceitos.

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

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

## **3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS**

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

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

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

## **4. FONTES DE FINANCIAMENTO**

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

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

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

## **5. CONFLITO DE INTERESSES**

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

## **6. COLABORADORES**

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

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

## **7. AGRADECIMENTOS**

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

## **8. REFERÊNCIAS**

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1 ). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos).

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

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

## **9. NOMENCLATURA**

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

## **10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki

(1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

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

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

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

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

## **11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE**

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

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

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

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

## **12. ENVIO DO ARTIGO**

12.1 - A submissão online é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

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

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de

interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

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

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

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.100 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

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

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

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

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

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

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

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

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

12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite e também com os custos adicionais para publicação de figuras em cores.

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

12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

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

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

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

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

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

12.24 - As figuras devem ser numeradas (números arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto.

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

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

12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em “Finalizar Submissão”.

12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-

mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br)

### **13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO**

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

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

### **14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO**

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

### **15. PROVA DE PRELO**

15.1 - Após a aprovação do artigo, a prova de prelo será enviada para o autor de correspondência por e-mail. Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>

15.2 - A prova de prelo revisada e as declarações devidamente assinadas deverão ser encaminhadas para a secretaria editorial de CSP por e-mail ([cadernos@ensp.fiocruz.br](mailto:cadernos@ensp.fiocruz.br)) ou por fax +55(21)2598-2514 dentro do prazo de 72 horas após seu recebimento pelo autor de correspondência. Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.