

**AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA, ALIMENTAÇÃO E NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS USUÁRIOS DE DUAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA**Elen Lucia Bagatini Saud Ferro<sup>1</sup>, Amanda Santos Silva<sup>1</sup>, Marina Garcia Manochio-Pina<sup>1</sup>**RESUMO**

Introdução e objetivo: avaliar os dados antropométricos, nível de conhecimento sobre alimentação saudável e os hábitos alimentares de adultos usuários de duas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Franca/SP. Materiais e métodos: trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter transversal e que teve como público alvo, 224 usuários entre 18 e 60 anos, cadastrados em duas UBSF de Franca-SP, que em suas residências eram responsáveis pela aquisição de alimentos, do quais avaliou-se o nível de conhecimento sobre alimentação saudável, hábitos alimentares, IMC e circunferência de cintura. A coleta de dados foi realizada com o auxílio de alunas do curso de Nutrição, devidamente treinadas. Resultados: obteve-se elevados índices de excesso de peso (73,2%), principalmente obesidade entre o público feminino (42%), assim como a circunferência de cintura aumentada, cuja incidência também foi alta (85,7%) e predominante entre elas (86,8%), o que predispõe os pesquisados a maior risco para doenças cardiovasculares. Observou-se também um consumo elevado de processados/ultraprocessados, principalmente entre obesos (55,1%), que também apresentaram os maiores índices de baixo conhecimento sobre alimentação saudável (31,5%). Os indivíduos com conhecimento elevado foram os que mais consumiam produtos processados/ultraprocessados. Conclusão: Os elevados índices de excesso de peso e a falta de conhecimento sobre alimentação saudável verificados no presente estudo comprovam a necessidade do desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional, principalmente na atenção primária e mais especificamente nas Unidades de Saúde da Família, onde se desenvolvem ações direcionadas à Promoção da Saúde.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Promoção da Saúde.

1 - Programa de Pós-Graduação de Promoção de Saúde, Franca-SP, Brasil.

**ABSTRACT**

Anthropometric assessment, nutrition and level of knowledge of users of two Family Health units

Objectives: to evaluate the anthropometric data, level of knowledge about healthy eating and eating habits of adult users of two Basic Family Health Units (BFHU) in Franca-SP. Materials and Methods: this is a quantitative, cross-sectional research that had as its target audience 224 users aged between 18 and 60 years, registered in two BFHU in Franca-SP, who were responsible for food acquisition in their homes, from them the level of knowledge about healthy eating, eating habits, BMI and waist circumference were evaluated. Data collection was performed with the help of properly trained students from the Nutrition course. Results: there were high rates of overweight (73.2%), especially obesity among the female population (42%), as well as increased waist circumference, whose incidence was also high (85.7%) and predominant among females (86.8%), which predisposes those surveyed to greater risk for cardiovascular disease. It was also observed a high consumption of processed/ultra-processed products, especially among the obese (55.1%), who also had the highest rates of low knowledge (31.5%). Individuals with high knowledge were those who most consumed processed/ultra-processed products. Final considerations: The high rates of overweight and the lack of knowledge about healthy eating verified in this study prove the need to develop food and nutrition education actions, especially in primary health care and more specifically in the Family Health Units, where actions directed to Health Promotion are developed.

**Key words:** Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Promotion.

E-mail dos autores:

elensaud@yahoo.com.br

amandasantosnutri@outlook.com

marina.manochio@unifran.edu.br

## INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família surge como uma expansão do PSF e como uma forma de reorganizar a Atenção Básica no Brasil, seguindo os preceitos SUS, oferecendo um espaço privilegiado de intervenções para a promoção da saúde, prevenção e manejo de doenças, no campo clínico (Brasil, 2006).

Uma das características da Estratégia é o estabelecimento de uma equipe multidisciplinar composta por no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de família e comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde.

Há ainda a possibilidade da adição de cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal, ao quadro de profissionais (Brasil, 2018).

Os demais profissionais da área da saúde, no entanto, não são relacionados diretamente pela Política de Atenção Básica à Estratégia Saúde da Família, estes foram incorporados aos NASF, que servem de apoio às Equipes de Saúde da Família, além das equipes de atenção básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes Ribeirinhas e Fluviais etc.) e Academia da Saúde (Brasil, 2012a).

O nutricionista está entre os profissionais que podem ser incorporados aos NASF, porém sua atividade é restrita, devendo desenvolver prioritariamente, ações em âmbito familiar e comunitário, o que faz com que a atenção nutricional individualizada seja apoiada pelo nutricionista e efetivada de forma indireta através de planejamento, organização, elaboração de protocolos de atendimento e de encaminhamento, além da atuação na formação e educação continuada dos profissionais de saúde das equipes de Saúde da Família (Recine, 2015).

Dados coletados pela Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças crônicas por Inquérito Telefônico - Vigitel em 2020, demonstraram que 57,5% dos brasileiros adultos estão com excesso de peso e 21,5% apresentam obesidade. A pesquisa destaca também que 25,2% são hipertensos e 8,2% diabéticos. Esses dados comprovam a importância do cuidado com a alimentação e nutrição adequadas, pois a

obesidade e as DCNT estão estritamente relacionadas aos hábitos alimentares e de vida e para que sejam prevenidas, é preciso que sejam desenvolvidas ações de educação nutricional e a implementação de políticas públicas intersetoriais (Brasil, 2021e; Brasil, 2020a).

O cuidado nutricional desenvolvido na atenção primária, quando fortalecido e qualificado, pode ser uma maneira mais econômica, rápida e eficiente de promover a prevenção da obesidade e de outras DCNT associadas à má alimentação. Se esses casos tiverem que ser referenciados a um nível de assistência mais avançado, provavelmente os custos tanto para a saúde do indivíduo quanto financeiros serão maiores devido às complicações (Dietitians of Canada, 2001).

Projetos como o de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VER-SUS/BRASIL, que insere estudantes da área da saúde, incluindo o nutricionista, no SUS, para que estes possam interagir de forma interdisciplinar e conhecer a realidade do sistema, podem ajudar a complementar o atendimento dos usuários e aprimorar o aprendizado dos estagiários, preparando-os para atuarem no sistema de saúde brasileiro de forma mais efetiva (Brasil, 2021c).

No caso dos nutricionistas, uma das formas de atuação no SUS e mais especificamente nas UBSF, é por meio de ações de educação alimentar e nutricional, que auxiliam na promoção de hábitos alimentares e de vida mais saudáveis, constituindo uma estratégia fundamental dentro das políticas públicas em alimentação e nutrição (Boog, 2013).

França e Carvalho (2017) destacam a necessidade de uma discussão política para o desenvolvimento dessas ações dentro da Atenção Primária à Saúde, sugerindo inclusive a descrição dessas atividades nos planos municipais de saúde e no planejamento das práticas educativas nas unidades, o que, de acordo com as autoras, possibilitaria o investimento e o apoio gerencial e logístico necessário para seu desenvolvimento, garantindo a realização contínua dessas atividades dentro dos serviços de saúde.

Os objetivos da pesquisa foram: avaliar os dados antropométricos, nível de conhecimento sobre alimentação saudável e os hábitos alimentares de adultos usuários de duas unidades básicas de saúde da família.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter transversal e que teve como público-alvo os usuários com idade entre 18 e 60 de ambos os sexos, cadastrados em duas UBSF de Franca-SP, que em suas residências eram responsáveis pela aquisição de alimentos.

Como se trata de uma população finita, o dimensionamento amostral foi efetuado por meio de calculadora on-line de tamanho de amostra para projetar pesquisas clínicas, cujas fórmulas utilizadas seguem a proposta de Rosner (1995), na qual o nível de significância é  $\alpha=0,05$  e o poder do teste é  $\beta=0,2$ .

Dessa forma, de um total de 5887 usuários cadastrados nas duas UBSF de Franca/SP, com idade entre 18 e 60 anos, foram avaliadas 224 pessoas.

Antes do início da pesquisa, o projeto foi aprovado pelo CEPE da Universidade de Franca, sob protocolo nº 98349218.0.0000.5495, parecer consubstanciado nº 5.322.548.

Além disso, os responsáveis assinaram uma declaração de autorização para que a pesquisa fosse realizada nos locais escolhidos, e os participantes da pesquisa também assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, elaborado com base nas normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizada uma análise do nível de conhecimento sobre alimentação saudável dos usuários que frequentam as unidades e, a avaliação antropométrica e dos hábitos alimentares deles. A avaliação antropométrica foi efetuada por meio de dados como peso e estatura, com os quais calculou-se o IMC (Índice de Massa Corpórea). Os participantes foram pesados, em pé, descalços, olhando para frente, com braços estendidos ao longo do corpo, posicionados no centro da balança científica, da marca Líder®, cuja calibração foi verificada a cada pesagem. Já a estatura foi aferida por meio de estadiômetro da marca Seca® e em local plano, com os participantes descalços, cabeça livre de adereços, olhando para frente.

Além disso, foi avaliada também a circunferência de cintura dos usuários, medida com fita métrica não distensível, no ponto médio entre o rebordo costal e a crista ilíaca, estando a pessoa em pé, ereta e com a região da cintura despida para que a fita não fosse colocada sobre a roupa ou cinto, conforme

preconizado pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000), para a qual há o risco aumentado para doenças cardiovasculares quando os homens apresentam circunferência de cintura maior que 94 cm e as mulheres maior que 80 cm.

Os dados obtidos através do IMC e da circunferência de cintura, foram classificados de acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995; 2000), utilizada pela Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Brasil, 2011).

Os hábitos e consumo alimentar foram obtidos por meio de um questionário de frequência alimentar (QFA) baseado no questionário elaborado por Egashira, Aquino e Philippi (2011), que categoriza os alimentos em saudáveis e não saudáveis.

No entanto, no presente estudo optou-se por categorizar os alimentos de acordo com o Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2014), ou seja, em in natura ou minimamente processados (suco natural, frutas e vegetais, leite e derivados) em substituição à saudáveis; e em processados e ultraprocessados ao invés de não saudáveis, para os demais alimentos (bolos, bolachas/biscoitos, doces e chocolates, sorvetes, refrigerantes, sucos artificiais, macarrão instantâneo, temperos prontos, enlatados, embutidos, bebidas alcoólicas, fast food). Posteriormente foram classificados de acordo com o nível de consumo, baseado na classificação descrita por Egashira, Aquino e Philippi (2011).

Já para a obtenção do nível de conhecimento sobre alimentação saudável, utilizou-se como base o questionário adaptado por Scagliusi e colaboradores, (2006), o qual é composto por 12 questões, das quais 10 são de múltipla-escolha e duas abertas.

Como o questionário apresenta duas questões (2 e 4) que poderiam ter mais de uma resposta correta, os pesquisados poderiam totalizar até 15 pontos. Cada resposta correta correspondeu a um ponto. Ao final, os pontos foram somados, perfazendo a pontuação total, para a qual foi utilizado o seguinte escore: entre zero e seis pontos correspondem abaixo conhecimento nutricional; entre sete e dez conhecimento moderado e acima de dez indicam elevado conhecimento nutricional.

As avaliações e questionários foram adaptados e aplicados pela pesquisadora e por algumas do curso de Nutrição da Universidade de Franca, devidamente treinadas para tal. Todos

os dados foram coletados nas próprias unidades, em dias agendados com os participantes da pesquisa.

Por se tratar de uma condição temporária, que pode interferir no resultado do trabalho e que necessita de acompanhamento especial e diferenciado, as gestantes foram excluídas da pesquisa. Os indivíduos que não preencheram todos os documentos também não foram incluídos.

Para a análise estatística descritiva das variáveis numéricas: peso, IMC e CC, foram calculados a média e o desvio padrão. Já para as variáveis categóricas utilizou-se o teste qui-quadrado.

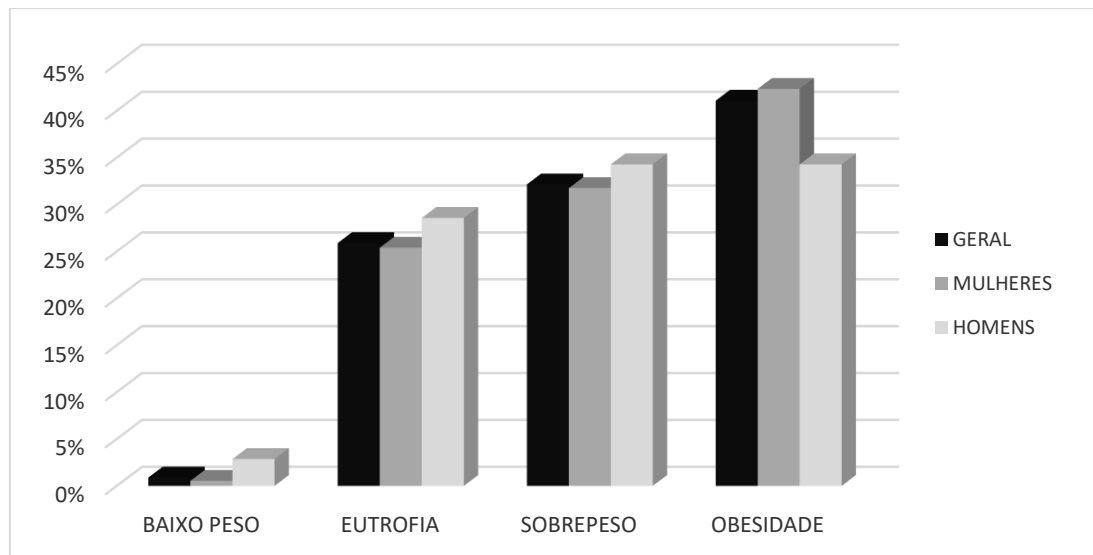
Para responder as hipóteses efetuou-se a comparação entre as variáveis numéricas (peso, estatura, CC e pontuação do conhecimento sobre alimentação saudável) empregando-se o teste t pareado. Para analisar se o nível de conhecimento influenciou no estado nutricional e a influência dos alimentos no estado nutricional, utilizou-se o teste qui-

quadrado. O nível de significância dos testes estatísticos foi pré-fixado em 5,0% ( $p \leq 0,05$ ).

## RESULTADOS

Dentre os 224 participantes, cuja faixa etária variou de 18 a 60 anos, com média de 42,8 anos ( $\pm 11,7$ ), a maioria (84,4%,  $n = 189$ ) era do sexo feminino. O peso médio verificado foi de 76,2 kg ( $\pm 18,03$ ). Com relação IMC geral, cuja média foi de 29,4 kg/m<sup>2</sup> ( $\pm 6,48$ ), verificou-se um elevado número de pessoas com excesso de peso (associação do sobrepeso e da obesidade), o que correspondeu a 73,2% ( $n=164$ ).

A Figura 1 apresenta os demais resultados, inclusive com os percentuais relacionados ao sexo, cujos valores femininos para excesso de peso (74,1%,  $n=140$ ) foi superior em relação às demais classificações quando comparados aos valores masculinos (68,6%,  $n = 24$ ), principalmente no que se refere à classificação obesidade, considerada mais grave.



**Figura 1 - IMC geral e de acordo com o sexo, 2021, Brasil.**

Verificou-se que o percentual de eutróficos (25,9%,  $n = 58$ ) foi consideravelmente menor que o de indivíduos acima do peso (73,2%,  $n=164$ ), tanto quando comparados aos obesos quanto aqueles com sobrepeso, no entanto, não foi verificada significância estatística entre as classificações do IMC ( $p=0,457$ )

Foi analisada também a circunferência de cintura, cuja medida média verificada foi de 97,5 cm ( $\pm 15,2$ ). Observou-se que dos 224

participantes, 85,7% ( $n=192$ ) apresentaram risco aumentado de desenvolver doenças cardiovasculares, resultado estatisticamente significativo ( $p < 0,001$ ), havendo predominância maior entre as mulheres 86,8% ( $n=164$ ) que entre os homens 80% ( $n=28$ ).

A respeito do conhecimento sobre alimentação saudável, 27,7% ( $n=62$ ) dos pesquisados apresentaram baixo conhecimento; 46,8% ( $n=105$ ) tinham conhecimento moderado e 25,4% ( $n=57$ )

demonstraram ter um conhecimento elevado sobre o assunto, havendo significância estatística entre os níveis de conhecimento ( $p=0,015$ )

Para a análise do nível de conhecimento e padrão alimentar dos pesquisados, optou-se por excluir os indivíduos com baixo peso devido ao fato dessa classificação ser composta por apenas dois indivíduos. Os alimentos analisados foram categorizados em in natura/ minimamente processados e em processados/ultraprocessados e a análise dos questionários de frequência alimentar demonstrou que os alimentos processados e ultraprocessados consumidos pelo maior percentual de eutróficos (70,7%,  $n=41$ ) foram os doces e chocolates, no entanto, a frequência de consumo não foi muito elevada, já que a maioria (48,3%,  $n=28$ ) consumia os produtos de uma a duas vezes por semana apenas, conforme se observa no Quadro 1.

Com relação à frequência de consumo, destacam-se os temperos prontos, utilizados, por mais de 4 vezes na semana, por 25,9% ( $n=15$ ) dos participantes em eutrofia, seguidos pelos embutidos, consumidos na mesma frequência por 20,7%, ( $n= 12$ ).

Entre os indivíduos com sobrepeso, observou-se que os alimentos mais consumidos foram os embutidos (81,9%,  $n= 59$ ), no entanto, com relação à frequência, destacaram-se os refrigerantes, ou seja, estes eram ingeridos mais de quatro vezes por semana por 33,3% ( $n=24$ ) dos pesquisados. No caso dos obesos, os embutidos também foram os alimentos mais consumidos (83,7%,  $n=77$ ), inclusive com relação à frequência, já que 27,2% ( $n =25$ ) dos indivíduos os consumiam mais de quatro vezes por semana.

As bebidas alcoólicas chamam a atenção, pois correspondem ao grupo de menor ingestão entre eutróficos, já que 82,8% ( $n=48$ ) deles relataram não as ingerir. Entre os grupos com sobrepeso e obesidade, o consumo de tais bebidas foi elevado já que 47,2% ( $n=34$ ) e 41,3% ( $n=38$ ) respectivamente, afirmaram consumir algum tipo de bebida alcoólica de uma a duas vezes por semana.

Já com relação aos alimentos in natura e minimamente processados, os que mais se destacaram positivamente entre eutróficos foram frutas e vegetais, consumidos por 96,6% ( $n=56$ ), seguidos pelo grupo leite e derivados, ingerido por 89,7% ( $n=52$ ) dos pesquisados, além de figurar como o grupo de alimentos in natura e minimamente processados mais frequente na ingesta de indivíduos em eutrofia, já que 77,6% ( $n=45$ ) deles tinham um consumo excelente de leite e derivados.

Entre as pessoas com sobrepeso e obesidade, os resultados foram semelhantes, já que os grupos mais consumidos foram os mesmos dos eutróficos, ou seja, frutas e vegetais figuraram entre os mais consumidos, seguidos por leite e derivados e por suco de frutas. Com relação à frequência, os resultados também foram parecidos, porém entre as pessoas com sobrepeso, o consumo "bom/excelente" de leite e derivados foi o mesmo que de frutas e vegetais (72,2%,  $n=52$ ).

Levando-se em consideração a média de consumo geral, os eutróficos tiveram o melhor padrão de consumo, pois apresentaram os menores índices de ingestão de processados/ultraprocessados (45,8%,  $n=26,6$ ) e os maiores de in natura/minimamente processados (83,4%,  $n=48,3$ ). Já entre os obesos, os resultados foram os piores.

Quadro 1 - Relação do consumo de alimentos com o IMC, 2021, Brasil.

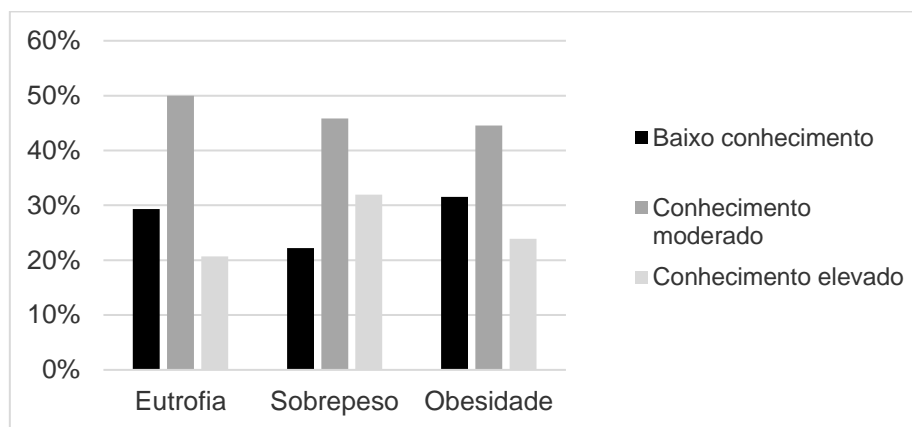
Alimentos	Eutrofia n=58 (25,9%)									
	Não consome Péssimo		1 a 2 xs Ruim		3 a 4 xs Regular		Mais de 4 xs Bom/Excelente		Consumo total	
In natura/ minimamente processados	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suco in natura	21	36,2	11	19,0	11	19,0	15	25,9	37	63,8
Frutas e vegetais	2	3,4	4	6,9	11	19,0	41	70,7	56	96,6
Leite e derivados	6	10,3	5	8,6	2	3,4	45	77,6	52	89,7
Média	9,7	16,6	6,7	11,5	8,0	13,8	33,7	58,1	48,3	83,4
Processados/ ultraprocessados	Não consome Ótimo		1 a 2 xs Bom		3 a 4 xs Regular		Mais de 4 xs Ruim/Péssimo		Consumo total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suco artificial	39	67,2	9	15,5	6	10,3	4	6,9	19	32,8
Refrigerante	28	48,3	10	17,2	9	15,5	11	19,0	30	51,7
Biscoito recheado	38	65,5	11	19,0	4	6,9	5	8,6	20	34,5
Doces e chocolates	17	29,3	28	48,3	7	12,1	6	10,3	41	70,7
Sorvete	31	53,4	22	37,9	4	6,9	1	1,7	27	46,6
Bolo industrializado	41	70,7	8	13,8	7	12,1	2	3,4	17	29,3
Macarrão Instantâneo	35	60,3	15	25,9	3	5,2	5	8,6	23	39,7
Temperos prontos	35	60,3	5	8,6	3	5,2	15	25,9	23	39,7
Enlatados	26	44,8	13	22,4	8	13,8	11	19,0	32	55,2
Embutidos	19	32,8	12	20,7	15	25,9	12	20,7	39	67,2
Bebidas alcoólicas	48	82,8	8	13,8	1	1,7	1	1,7	10	17,2
Fast food	20	34,5	28	48,3	7	12,1	3	5,2	38	65,5
Média	31,4	54,2	14,1	24,3	6,2	10,6	6,3	10,9	26,6	45,8
Alimentos	Sobrepeso n=72 (32,1%)									
	Não consome Péssimo		1 a 2 xs Ruim		3 a 4 xs Regular		Mais de 4 xs Bom/Excelente		Consumo total	
In natura/ minimamente processados	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suco in natura	26	36,2	21	29,2	7	9,7	18	25,0	46	63,9
Frutas e vegetais	1	1,4	3	4,2	16	22,2	52	72,2	71	98,6
Leite e derivados	9	12,5	6	8,3	5	6,9	52	72,2	63	87,5
Média	12,0	16,7	10,0	13,9	9,3	12,9	40,7	56,5	60,0	83,3
Processados/ ultraprocessados	Não consome Ótimo		1 a 2 xs Bom		3 a 4 xs Regular		Mais de 4 xs Ruim/Péssimo		Consumo total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suco artificial	43	59,7	10	13,9	8	11,1	11	15,3	29	40,3
Refrigerante	29	40,3	13	18,1	6	8,3	24	33,3	43	59,7
Biscoito recheado	52	72,2	11	15,3	9	12,5	0	0,0	20	27,8
Doces e chocolates	22	30,6	30	41,7	9	12,5	11	15,3	50	69,4

Sorvete	42	58,3	18	25,0	9	12,5	3	4,2	30	41,7
Bolo industrializado	48	66,7	12	16,7	9	12,5	3	4,2	24	33,3
Macarrão instantâneo	49	68,1	10	13,9	10	13,9	3	4,2	23	31,9
Temperos prontos	27	37,5	17	23,6	6	8,3	22	30,6	45	62,5
Enlatados	25	34,7	20	27,8	19	26,4	8	11,1	47	65,3
Embutidos	13	18,1	22	30,6	18	25,0	19	26,4	59	81,9
Bebidas alcoólicas	38	52,8	17	23,6	11	15,3	6	8,3	34	47,2
Fast food	25	34,7	28	38,9	15	20,8	4	5,6	47	65,3
Média	34,4	47,8	17,3	24,1	10,8	14,9	9,5	13,2	37,6	52,2
<b>Alimentos</b>	<b>Obesidade n=92 (41,1%)</b>									
<b>In natura/ minimamente processados</b>	<b>Não consome Péssimo</b>		<b>1 a 2 xs Ruim</b>		<b>3 a 4 xs Regular</b>		<b>Mais de 4 xs Bom/Excelente</b>		<b>Consumo total</b>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suco in natura	52	56,5	13	14,1	12	13,0	15	16,3	40	43,5
Frutas e vegetais	2	2,2	9	9,8	25	27,2	56	60,9	90	97,8
Leite e derivados	13	14,1	8	8,7	10	10,9	61	66,3	79	85,9
Média	22,3	24,3	10,0	10,9	15,7	17,0	44,0	47,8	69,7	75,7
<b>Processados/ ultraprocessados</b>	<b>Não consome Ótimo</b>		<b>1 a 2 xs Bom</b>		<b>3 a 4 xs Regular</b>		<b>Mais de 4 xs Ruim/Péssimo</b>		<b>Consumo total</b>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Suco artificial	44	47,8	15	16,3	12	13,0	21	22,8	48	52,2
Refrigerante	38	41,3	26	28,3	8	8,7	20	21,7	54	58,7
Biscoito recheado	56	60,9	20	21,7	12	13,0	4	4,3	36	39,1
Doces e chocolates	17	18,5	40	43,5	17	18,5	18	19,6	75	81,5
Sorvete	42	45,7	34	37,0	11	12,0	5	5,4	50	54,3
Bolo industrializado	64	69,6	19	20,7	7	7,6	2	2,2	28	30,4
Macarrão instantâneo	60	65,2	19	20,7	7	7,6	6	6,5	32	34,8
Temperos prontos	46	50,0	16	17,4	6	6,5	24	26,1	46	50,0
Enlatados	32	34,8	31	33,7	10	10,9	19	20,7	60	65,2
Embutidos	15	16,3	38	41,3	14	15,2	25	27,2	77	83,7
Bebidas alcoólicas	54	58,7	23	25,0	8	8,7	7	7,6	38	41,3
Fast food	28	30,4	40	43,5	18	19,6	6	6,5	64	69,6
Média	41,3	44,9	26,8	29,1	10,8	11,8	13,1	14,2	50,7	55,1

Ao comparar o nível de conhecimento com o IMC, observou-se que nas três classificações (eutrofia, sobrepeso e obesidade), a maioria dos usuários pesquisados apresentou conhecimento moderado, conforme demonstra a Figura 2, não havendo significância estatística ( $p=0,437$ ).

Nota-se ainda, que os indivíduos com sobrepeso apresentaram as melhores classificações, ou seja, maiores índices de conhecimento elevado e menores de baixo conhecimento. Já os eutróficos apresentaram nível de conhecimento elevado menor que os

indivíduos com excesso de peso (sobrepeso e obesidade).



**Figura 2** - Relação do IMC e nível de conhecimento, 2021, Brasil.

Nota-se no Quadro 2, que apresenta os índices de consumo, que o grupo com baixo conhecimento se destaca pela maior ingestão de alimentos in natura e minimamente processados (83,3%, n=52) quando comparado aos grupos de conhecimento moderado e elevado, este grupo aliás, ocupou a última posição no consumo médio desse tipo de alimento (78,4%, n=45).

Ressalta-se que os indivíduos com conhecimento elevado também figuraram como os que, na média, mais consumiam produtos processados e ultraprocessados (54,7%, n=31), destacando-se: embutidos, doces e chocolates e enlatados.

Entre o grupo com conhecimento moderado, destacaram-se positivamente as frutas e vegetais, no entanto o consumo de

embutidos, doces e chocolates e fast-foods também foram elevados nesse grupo. Na média, esse grupo foi o que menos ingeria processados e ultraprocessados.

No grupo de baixo conhecimento, o padrão de consumo seguiu as mesmas características do grupo de conhecimento moderado, ou seja, as frutas e vegetais seguidos por leite e derivados, foram os alimentos in natura e minimamente processados mais consumidos.

Entre os processados e ultraprocessados, destacaram-se embutidos, doces e chocolates e fast-food. Não foi verificada significância estatística na relação entre nenhum dos alimentos consumidos e o nível de conhecimento dos pesquisados.



**Quadro 2** - Relação do nível de conhecimento sobre alimentos saudáveis e consumo alimentar, 2021, Brasil.

Alimentos	Baixo n= 62 27,9%		Moderado n= 103 46,4%		Elevado n= 57 25,7%	
	n	%	n	%	n	%
In natura/minimamente processados						
Suco natural	37	59,7	55	53,4	31	54,4
Frutas e vegetais	61	98,4	101	98,1	55	96,5
Leite e derivados	57	91,9	89	86,4	48	84,2
Processados/ Ultra processados						
Suco artificial	31	50,0	42	40,8	21	36,8
Refrigerante	30	48,4	59	57,3	38	66,7
Biscoito recheado	17	27,4	33	32,0	25	43,9
Doces e chocolates	49	79,0	74	71,8	43	75,4
Sorvete	32	51,6	44	42,7	30	52,6
Bolo industrializado	17	27,4	30	29,1	20	35,1
Macarrão instantâneo	26	41,9	32	31,1	20	35,1
Temperos prontos	29	46,8	54	52,4	31	54,4
Enlatados	34	54,8	63	61,2	42	73,7
Embutidos	49	79,0	79	76,7	48	84,2
Bebidas alcoólicas	28	45,2	34	33,0	18	31,6
Fast food	40	64,5	70	68,0	38	66,7

## DISCUSSÃO

No presente estudo, notou-se maior frequência do público feminino, com relação a isso, Schraiber e colaboradores, (2010) afirmam que, mesmo precisando, os homens retardam a procura pelos serviços de saúde e que as mulheres dão mais atenção à sua saúde, não procurando atendimento apenas quando precisam e fazendo exames preventivos e de rotina frequentemente. Já eles são desatentos, impacientes, intolerantes, não gostam de esperar o atendimento e acabam muitas vezes por desistir da consulta.

Para Torres, Caldeira e Souza (2020) o fato de o número de homens ser menor nas unidades se deve à forma como estes enxergam as doenças, ou seja, como um sinal de fraqueza perante a sociedade, já que a necessidade de ajuda e o adoecer podem ser

vistos como uma diminuição da sua masculinidade.

Lindemann, Oliveira e Mendoza-Sassi, (2016) afirmam que as mulheres são mais preocupadas com a saúde e com alimentação, muitas vezes por relacionarem esses assuntos a questões estéticas e que os homens apresentam menor conhecimento e preocupação com questões ligadas, não só à alimentação saudável, mas à saúde como um todo. Sendo assim, se torna mais fácil desenvolver atividades de educação nutricional e em saúde com mulheres devido a adesão e a frequência mais elevada nas UBS.

Além da maior frequência nas UBS, o fato de que o maior número de participantes da pesquisa correspondia a mulheres, pode ser explicado pela cultura brasileira, que ainda coloca a mulher como a responsável pela decisão de compras e alimentação da família e guardiã do conhecimento sobre alimentação e

saúde (Gunn e Charoux, 2017; Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura, 2019). Como um dos critérios de inclusão da pesquisa era que o participante fosse o responsável pela aquisição e preparo das refeições no domicílio, obteve-se um público feminino bastante superior ao masculino.

Com relação ao IMC, observou-se uma predominância de excesso de peso, tanto para sobrepeso quanto para obesidade, assim como no estudo de Silva e colaboradores, (2016) e Vasconcelos e colaboradores, (2012) que obtiveram 69,8% e 57,9% respectivamente, de indivíduos acima do peso.

Entre as mulheres pesquisadas, esse índice foi maior que entre os homens, resultados que corroboram com os achados de Teichmann e colaboradores, (2006), que também verificaram maior risco de obesidade na mesma população.

O IMC médio identificado (29,4kg/m<sup>2</sup>) está acima dos limites preconizados pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1995), que determina como ideal os valores de IMC maior ou igual a 18,5 Kg/m<sup>2</sup> e menor que 25 Kg/m<sup>2</sup>, indicando um número elevado de pessoas acima do peso e que correm maior risco de desenvolverem DCNT, fato reforçado pelos valores obtidos para circunferência de cintura, principalmente entre o público feminino.

Rezende (2006) relata que indivíduos com a circunferência abdominal aumentada têm mais chances de desenvolver doenças cardiovasculares envolvidas na síndrome metabólica, ampliando o risco de morbimortalidade, se não forem devidamente tratadas, o que pode ser agravado ainda mais com a presença do excesso de peso.

Sedentarismo, sobrepeso/obesidade, má alimentação, distribuição central da gordura corporal e consumo excessivo de bebidas alcoólicas são passíveis de intervenção, demonstrando a importância do acompanhamento clínico-nutricional na redução dos riscos de doenças cardiovasculares e melhora da qualidade de vida da população. A orientação adequada e o conhecimento sobre hábitos saudáveis podem contribuir para a melhora da qualidade de vida (Rezende, 2006).

Por meio do questionário aplicado, observou-se que o nível de conhecimento dos usuários pesquisados foi em sua maioria moderado.

No entanto, 27,7% apresentaram baixo conhecimento, o que poderia levar a uma má alimentação, pois em estudo realizado com usuários de Unidades Básicas de Saúde de Pelotas-RS, Lindemann, Oliveira e Mendoza-Sassi (2016) detectaram que 31,3% de seus pesquisados não tinham uma alimentação saudável devido à falta de conhecimento ocasionada, de acordo com os próprios pesquisados, pela dificuldade no acesso à informação sobre nutrição.

Veiga e Ornellas (2011) destacam que, muitas vezes, o conhecimento sobre alimentação e nutrição vem de fontes não confiáveis ou são transmitidos por familiares (conhecimento não-científico), o que nem sempre é o mais correto. Os autores enfatizam também que a forma física de uma pessoa não revela conhecimento sobre uma dieta saudável, e que promover estratégias nutricionais é muito importante para que se possa associar o conhecimento adquirido aos hábitos alimentares diários. No presente estudo, no entanto, o maior percentual de participantes que apresentaram baixo conhecimento nutricional diz respeito aos obesos, grupo este que, aliás, foi o que apresentou a maior média geral de consumo de processados/ultraprocessados e a menor de in natura/minimamente processados, o que indica que a falta de conhecimento sobre o que comer pode levar à má alimentação e ao ganho de peso excessivo.

De acordo com Santos (2020), a associação de baixo poder aquisitivo, oferta massiva de produtos industrializados com baixo custo e a falta de conhecimento sobre alimentação saudável pode levar a hábitos alimentares inadequados, que tem como consequência diversos agravos à saúde como a obesidade, por exemplo.

Barbosa e colaboradores, (2016) afirmam que o comportamento alimentar é fortemente influenciado pela associação do conhecimento sobre o que se deve comer e da conscientização a respeito da importância de uma alimentação saudável.

Porém, o fato de ter o conhecimento não implica na mudança imediata dos hábitos alimentares, o que faz dele apenas mais uma ferramenta para essa mudança.

Wardle, Parmenter e Waller (2000) relatam que, o maior conhecimento nutricional, pode levar a um aumento do consumo de alimentos mais saudáveis como frutas e vegetais, porém saber o que comer não é

determinante para a mudança de hábitos alimentares, já que pode haver a permanência de outros considerados menos saudáveis associados.

No caso deste estudo, o nível de conhecimento não foi relevante para um padrão alimentar mais saudável pois os indivíduos com nível de conhecimento elevado tiveram um consumo de alimentos in natura/minimamente processados em geral, inferior aos grupos de menor conhecimento e de alimentos processados/ultraprocessados maior.

No entanto, destaca-se que a oferta de informação fidedigna, constante e reforçada pode ser o primeiro passo para a aquisição de hábitos mais saudáveis.

Albuquerque e colaboradores, (2013) afirmam que o conhecimento adquirido por meio de informações sobre comportamento de saúde é essencial pois pode auxiliar na sustentação e no desenvolvimento de novas atitudes, mas ressaltam que o grande desafio das intervenções nutricionais é transformar o conhecimento científico em mudanças reais e práticas no comportamento alimentar, pois trata-se de um tema complexo e sujeito à influências multifatoriais, o que faz com que seja necessário mudar a forma de convívio com o alimento.

Quanto a isso, Teixeira e colaboradores, (2013) afirmam que uma intervenção nutricional efetuada e de forma mais intensiva pode oferecer resultados mais eficazes para a mudança de hábitos alimentares e possível repercussão na perda de peso corporal.

Cabe ressaltar que não foram analisados os tipos de fontes de informação aos quais os pesquisados recorriam.

Além disso, como o questionário utilizado para avaliá-los era composto em sua maioria por questões de múltipla-escolha, deve-se considerar a possibilidade de respostas selecionadas a esmo.

Quando se faz a análise mais detalhada sobre os tipos de alimentos ingeridos pelos pesquisados, nota-se que as frutas e vegetais foram os alimentos mais consumidos nos três níveis de conhecimento, tanto entre alimentos in natura/minimamente processados quanto entre processados/ultraprocessados. Isso talvez seja devido ao fato de que o consumo de frutas e vegetais já esteja associado a uma alimentação saudável. Ressalta-se que ao responder o QFA o pesquisado tem que contar com sua memória e

capacidade de efetuar estimativas de consumo, o que pode influenciar em suas respostas.

Ações que visem a inclusão da promoção e incentivo do consumo de frutas e vegetais na alimentação diária da população estão na agenda política e técnica do Ministério da Saúde desde o início dos anos 2000, sendo legitimado também pelo Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional.

A OMS também recomenda que a promoção do consumo de frutas e hortaliças seja prioritária nas políticas nutricionais, alimentares e agrícolas dos países. Esses fatos têm reforçado a importância do consumo desses alimentos.

Porém, é importante também que se ressalte o que não se deve ingerir com tanta frequência, pois os hábitos alimentares da população brasileira vêm sofrendo modificações devido à correria do cotidiano, as facilidades, variedades e praticidades que as indústrias alimentícias oferecem nos seus produtos industrializados, (alimentos processados e ultraprocessados), aproximam mais as famílias das prateleiras dos supermercados do que das hortas comunitárias, feiras livres, etc (Barbosa e colaboradores, 2016; França e colaboradores, 2014).

Isso é demonstrado na relação dos produtos mais consumidos pelos participantes da pesquisa que apresentaram sobrepeso e obesidade, pois os alimentos consumidos com maior frequência (mais de quatro vezes na semana) entre esses grupos foram: embutidos, temperos prontos e as bebidas adoçadas como refrigerantes e sucos artificiais, o que indica uma dieta com alta densidade calórica, rica em gordura saturada, sódio e em açúcares simples.

Rosa e colaboradores, (2011), também obtiveram resultados semelhantes, pois observaram um consumo elevado de alimentos açucarados entre seus pesquisados.

Houve baixo consumo de bebidas alcoólicas entre eutróficos. No entanto, entre participantes acima do peso, os valores foram maiores, apesar de a maior frequência ter se concentrado em uma a duas vezes na semana.

O alcoolismo é definido pelo Ministério da Saúde como "a dependência do indivíduo ao álcool" e considerado doença pela Organização Mundial da Saúde, pois o uso constante e progressivo do álcool pode comprometer o bom funcionamento do organismo (Brasil, 2004).

No caso do indivíduo obeso, a bebida alcoólica pode ser mais um agravante, o que é confirmado por Cibeira e colaboradores, (2013) que verificou associação entre a ingestão de bebidas alcoólicas e o excesso de peso, assim como Souza e Souza (2019) que obtiveram tendência de aumento da prevalência de excesso de peso conforme o consumo diário de álcool aumentava.

Além do excesso de peso, o consumo de bebidas alcoólicas pode causar uma série de agravos à saúde como câncer, doenças cardiovasculares, hepáticas e mentais, além de aumentar a incidência de acidentes e violência. Sua diminuição deve constituir uma prioridade para a saúde pública e a conscientização a respeito dos problemas relacionados à alimentação, incluindo a ingestão de bebidas alcoólicas pode auxiliar na redução desse tipo de bebida (Malta e Silva Junior, 2013; Silva e Tucci, 2015).

De acordo com Gonçalves e colaboradores, (2009), a educação em saúde é um processo que visa oferecer autonomia ao indivíduo, para que este possa lidar com problemas da vida cotidiana e engloba a Educação Nutricional que, como instrumento de Promoção da Saúde, busca construir bons hábitos alimentares. Para França e Carvalho (2017), a EAN é um dos recursos aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família, a qual tem o intuito de ampliar o campo de intervenções e a aproximação do trabalho educativo com a comunidade.

A educação em saúde, com ênfase na alimentação, se faz, portanto, como instrumento de interferência para adoção de hábitos alimentares mais saudáveis e redução de peso, evitando e/ou reduzindo, fatores de riscos para as DCNT.

Sabe-se que a alimentação tem grande influência no controle ou prevenção dessas doenças, o que enfatiza a necessidade de um profissional preparado e qualificado, para educar e trazer informações constantes e sistemáticas na área da Educação Alimentar e Nutricional para as comunidades atendidas nas Unidades de Estratégia de Saúde da Família, uma vez que as mesmas são bombardeadas por informações equivocadas, veiculadas principalmente pela mídia e redes sociais, o que só vem agravar ainda mais seu estado nutricional.

As UBS oferecem um excelente espaço para ações de Alimentação e Nutrição na Atenção Básica, no entanto, essas ações, só

serão possíveis com a incorporação do Nutricionista nas equipes multiprofissionais nas Unidades de Saúde da Família (Mendonça e colaboradores, 2012; Pimentel e colaboradores, 2014).

## CONCLUSÃO

Os elevados índices de excesso de peso e a falta de conhecimento sobre alimentação saudável verificados no presente estudo comprovam a necessidade do desenvolvimento de ações de educação alimentar e nutricional, principalmente na atenção primária e mais especificamente nas Unidades de Saúde da Família, onde se desenvolvem ações direcionadas à Promoção da Saúde.

Cabe ressaltar que o volume de informações, muitas das quais equivocadas, que chegam até a população, podem na verdade confundir ainda mais, cabendo ao nutricionista como tradutor da ciência da Nutrição, elucidar e desmistificar tudo aquilo que pode gerar confusão ou erro nos hábitos alimentares e que irão refletir na saúde dos indivíduos.

A presença de profissionais nutricionistas nas unidades básicas de saúde, especialmente nas Unidades de Saúde da Família, poderia fazer com que o trabalho de elucidação e acompanhamento nutricional se tornasse mais efetivo, amenizando assim a chance de desenvolvimento de DCNT.

A realização de estudos que analisem a efetividade das ações de educação alimentar e nutricional em unidades básicas de saúde são de suma importância, a fim de incentivar a presença de mais nutricionistas nessas unidades.

## AGRADECIMENTOS

As autoras agradecem a CAPES pelo auxílio a esta pesquisa número 001.

## REFERÊNCIAS

- 1-Albuquerque, L. S.; Carneiro, P. C. P. D. M.; Oliveira, M. R.; Verde, S. M. M. L. Influence of nutrition education in the knowledge of the diet-disease relation of mastectomized women. *Nutrire* Vol. 38. Num. 2. 2013. p. 97-114.
- 2-Barbosa, L. B.; Vasconcelos, S. M. L.; Correia, L. O.S.; Ferreira, R. C. Estudos de

avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. *Ciênc. saúde colet.* Vol. 21. Num. 2. 2016. p. 449-462.

3-Boog, M. C. F. Educação em Nutrição: integrando experiências. Campinas. Komed. 2013. 268 p.

4-Brasil. Ministério da Saúde e Confederação Nacional dos Transportes. Biblioteca Virtual em Saúde. Alcoolismo. 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/dicas-em-saude/412-alcoolismo>. Acesso em: 01/08/2019.

5-Brasil. Ministério da Saúde. Estratégia Saúde da Família. Implantação da Estratégia. Brasília: Ministério da Saúde. 2018. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/implantacao-da-estrategia>. Acesso em: 25/06/2019.

6-Brasil, Ministério da Saúde. Metade dos brasileiros está acima do peso e 20% dos adultos estão obesos. Brasília: Ministério da Saúde. 2020a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/mais-da-metade-dos-brasileiros-esta-acima-do-peso>. Acesso em: 26/10/2021.

7-Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 2012a. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>. Acesso em: 25/06/2019.

8-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira, 2ª edição. 1. reimpr. Brasília. Ministério da Saúde. 2014. 156 p.

9-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília. Ministério da Saúde. 2011. 76 p.

10-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Portaria nº 648/GM, de 28 de

março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília-DF, 28 mar. 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em: 20/06/2018.

11-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES Departamento de Gestão da Educação na Saúde - Deges Comissão de Representação do Movimento Estudantil da Área da Saúde. Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde-VER-SUS/BRASIL. 2021. Brasília: Ministério da Saúde, 2021c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/folderversus.pdf>. Acesso em: 29/10/2021.

12-Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças não Transmissíveis. *Vigil Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020*. Brasília. Ministério da Saúde. 2021e.

13-Cibeira, G. H.; Muller, C.; Lazzaretti, R.; Nader, G. A.; Caleffi, M. Consumo de bebida alcoólica, fatores socioeconômicos e excesso de peso: um estudo transversal no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 18. Num. 12. 2013. p. 3577-3584.

14-Dietitians of Canada. The role of the registered dietitian in primary health care: a national perspective. Canada, May, 2001. Disponível em: <http://www.dietitians.ca/Downloadable-Content/Public/phc-position-paper.aspx>. Acesso em: 18/08/2020.

15-Egashira, E.M.; Aquino, R.C.; Phillipi, S.T. Técnicas e métodos para a avaliação do consumo alimentar. In: Tirapegui, J.; Ribeiro, S. M. L. *Avaliação Nutricional: teoria e prática*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2011. p.

- 16-França, C. J.; Carvalho, V. C. H. S. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. Vol. 41. Num. 114. 2017. p. 932-948.
- 17-França, F. C.; Mendes, A. C.R.; Andrade, I.; Ribeiro, G.; Pinheiro, I. Mudanças dos hábitos alimentares provocados pela industrialização e o impacto sobre a saúde do brasileiro. In: *Seminário Alimentação e Cultura na Bahia*, 1., 2014, Feira de Santana. Anais [...]. Feira de Santana. 2014.
- 18-Gonçalves, V. S. S.; Barros, M. S.; Dias, C. A.; Miranda, A. S. Estratégia de intervenção na prática de educação nutricional de professores da educação infantil. *Rev. Simbio-Logias*. Vol. 2. Num. 1. 2009.
- 19-Gunn, L.; Charoux, A. Instituto de Defesa do Consumidor (IDEC). Consumo responsável e saudável de alimentos: desafio para as mulheres. 2017. Disponível em: <https://idec.org.br/em-acao/artigo/consumo-responsavel-e-saudavel-de-alimentos-desafio-para-as-mulheres>. Acesso em: 29/06/2021
- 20-Lindemann, I.L.; Oliveira, R.R; Mendoza-Sassi, R.A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciênc. Saúde colet*. Vol. 21. Num. 2. 2016.
- 21-Malta, D. C.; Silva Junior, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Vol. 22. Num. 1. 2013. p. 151-164.
- 22-Mendonça, M. A.; Souza, R. C.; Torres, S. A. M.; Monteiro, R. C. B.; Costa, G. D. A importância da atuação do nutricionista no SUS e PSF. In: *Simpósio de Produção Acadêmica - SIMPAC*, 4. 2012. Viçosa. Anais [...]. Viçosa. 2012.
- 23-Organização das Nações Unidas para Alimentação e Agricultura. FAO no Brasil. O papel da mulher na segurança alimentar. 2019. Disponível em: <https://www.fao.org/brasil/noticias/detail-events/pt/c/1238916/>; Acesso em: 23/10/2021
- 24-Pimentel, V. R. M.; Sousa, M. F.; Hamann, E. M.; Mendonça, A. V. M. Alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família em cinco municípios brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*. Vol. 19. Num. 1. 2014. p. 49-58.
- 25-Recine, E.; Carvalho, M.F.; Leão, M. [Organização Conselho Federal de Nutricionistas]. *O papel do nutricionista na atenção primária à saúde*. 3ª edição. Brasília. 2015.
- 26-Rezende, F. A. C.; e colaboradores. Índice de massa corporal e circunferência abdominal: associação com fatores de risco cardiovascular. *Arq. Bras. Cardiol*. Vol. 87. Num. 6. 2006. p. 666-671.
- 27-Rosa, M. I.; Silva, F. M. L.; Girolidi, S. B.; Antunes, G. N.; Wendland, E. M. Prevalência e fatores associados à obesidade em mulheres usuárias de serviço de pronto-atendimento do Sistema Único de Saúde no sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 16. Num. 5. 2011. p. 2559-2566.
- 28-Rosner, B. *Fundamentals of Biostatistics*. 4th ed. Duxbury Press. 1995. 221p.
- 29-Santos, P. M. P. R. Projeto de intervenção no enfrentamento do sobrepeso e obesidade em crianças atendidas pela Equipe Verde do Centro de Saúde Palmeiras, Belo Horizonte, Minas Gerais. TCC Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2020.
- 30-Scagliusi, F.B.; e colaboradores. Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da Escala de Conhecimento Nutricional do National Health Interview Survey Cancer Epidemiology. *Rev. Nutr*. Vol. 19. Num. 4. 2006.
- 31-Schraiber, L. B.; e colaboradores. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*. Vol. 26. Num. 5. 2010.
- 32-Silva, E.A.; Lima, E.; Silva, R.; Conceição, R.P.; Zinhani, D.Q.; Salgueiro, M.M.H.A.O. Excesso de peso em usuários de unidades básicas de saúde. *ABCS Health Sciences*. Vol. 41. Num. 1. 2016. p. 10-14.

33-Silva, E. C.; Tucci, A. M. Intervenção Breve para Redução do Consumo de Alcool e suas Consequências em Estudantes Universitários Brasileiros. *Psicol. Reflex. Crit.* Vol. 28. Num. 4. 2015. p. 728-736.

34-Souza e Souza, L. P. Consumo de bebidas alcoólicas e excesso de peso em adultos da linha de base da coorte de Universidades Mineiras (CUME), Brasil. 2019. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2019.

35-Teichmann, L.; Olinto, M. T. A.; Costa, J. S. D.; Ziegler, D. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. *Rev Bras Epidemiol.* Vol. 9. Num. 3. 2006. p. 360-373.

36-Teixeira, P. D. S.; Reis, B. Z.; Vieira, D. A.S.; Costa, D.; Costa, J. O.; Raposo, O. F. F.; Wartha, E. R.S. A.; Netto, R. S. M. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. *Ciênc. saúde coletiva.* Vol. 18. Num. 2. 2013. p. 347-356.

37-Torres, A. S. L.; Caldeira, E. C.; Sousa, I. F. Obstáculos encontrados pelas UBS para inserir o homem na Estratégia Saúde da Família: uma revisão de literatura. TCC. Curso de enfermagem. Centro Universitário São Lucas. Porto Velho. 2016.

38-Vasconcelos, H.C.A. Avaliação do excesso de peso entre adultos da estratégia saúde da família. *Rev. enferm. UERJ.* Vol. 20. Num. 1. 2012. p. 573-578.

39-Veiga, L. S.; Ornellas, F. H. Avaliação do conhecimento nutricional de indivíduos eutróficos, sobrepesos e obesos e sua associação com o estado nutricional. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento.* São Paulo. Vol. 25. Num. 5. 2011. p. 40-47.

40-Wardle, J.; Parmenter, K.; Waller, J. Nutrition knowledge and food intake. *Appetite.* Vol. 34. Num. 3. 2000. p. 269-275.

41-WHO. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic.

Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO. 2000.

42-WHO. World Health Organization. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva, Switzerland: WHO. 1995. (WHO Technical Report Series, n. 854).

Recebido para publicação em 27/03/2023  
Aceito em 01/08/2023