

# Perfil de saúde, estado nutricional e nível de conhecimento em nutrição de usuárias do Programa Academia da Cidade - Aracaju, SE

Profile of health, nutritional status and knowledge of level in nutrition  
Academia da Cidade Program of users - Aracaju, SE

Jamille Oliveira Costa<sup>1</sup>  
Bruna Zavarize Reis<sup>1</sup>  
Dayanne da Costa<sup>1</sup>  
Diva Aliete Santos Vieira<sup>1</sup>  
Priscila Dryelle Sousa Teixeira<sup>1</sup>  
Oscar Falcão Raposo<sup>2</sup>  
Raquel Simões Mendes Netto<sup>1</sup>

1. Núcleo de Nutrição, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - Universidade Federal de Sergipe - São Cristóvão - SE - Brasil.

2. Departamento de Estatística e Ciências Atuariais - Universidade Federal de Sergipe - São Cristóvão - SE - Brasil.

## Resumo

Condições sócio-econômicas desfavoráveis, hábitos alimentares inadequados e sedentarismo representam fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade e das doenças crônicas não transmissíveis na população. Assim, o objetivo desse estudo foi avaliar o perfil de saúde, o estado nutricional e o nível de conhecimento nutricional de mulheres praticantes de atividade física do Programa Academia da Cidade, Aracaju, SE. Foram coletados dados sócio-econômicos, condições de saúde, nutrição e conhecimento nutricional. O questionário é composto por 12 questões divididas por assunto em 3 grupos de perguntas. As medidas antropométricas aferidas foram massa corporal, estatura, perímetro da cintura e quadril. Foram avaliadas 191 usuárias do programa com média de idade de 51,9 ( $\pm 9,02$ ) anos, estando 75,4% com excesso de peso de acordo com o índice de massa corporal e 57,7% com alto risco de desenvolvimento para doenças crônicas não transmissíveis, segundo a relação cintura-quadril. Foi observado que mulheres com maior gordura central ( $RCQ \geq 0,85$ cm) apresentaram maior prevalência de hipertensão e diabetes ( $p < 0,05$ ). Cerca de 64,8% da população apresentou conhecimento nutricional moderado com nota média de 7,0. Indivíduos com maior renda apresentaram notas significativamente maiores no conhecimento nutricional total e no grupo 2 de perguntas (alimentos fonte de fibras e gorduras). A população estudada apresentou alta prevalência de sobrepeso e obesidade, colocando em risco seu quadro de saúde. O moderado conhecimento em nutrição e a obtenção de notas inferiores entre aqueles com menor renda mostra a necessidade do desenvolvimento de ações de educação nutricional nesta população para promoção de hábitos alimentares saudáveis.

**Palavras-chave:** Conhecimento nutricional; Obesidade; DCNT; Estado nutricional.

## Abstract

Inadequate socioeconomic conditions, dietary habits and physical inactivity are risk factors for developing obesity and chronic diseases in population. Therefore, the aim of this study was to evaluate the health profile, nutritional status and nutritional knowledge level of women who practice physical activity from the Academia da Cidade Program, Aracaju, SE. Were collected socio-economics data, health and nutrition profiles, besides the application of a questionnaire of nutritional knowledge evaluation. The questionnaire consists of 12 questions divided by subject into three groups of questions. The anthropometric data measured were body weight, height, waist and hip circumference. Were evaluated 191 users of the program with a mean age of 51,9 years, being 45.1% overweight according to body mass index and 57.7% with high risk, according to waist-to-hip ratio risk for development of chronic diseases. Women with greater central fat ( $WHR \geq 0.85$  cm) showed a higher prevalence of hypertension and diabetes ( $p < 0.05$ ). About 64.8% of the population presented moderate nutritional knowledge with an average score of 7.0. Individuals with higher incomes had significantly higher scores of total nutrition knowledge and in group 2 (food source of fiber and fat) of questions. The studied population had high prevalence of overweight and abdominal obesity. The moderate knowledge in nutrition and getting lower scores among those with lower income shows the necessity of developing nutritional education activities in this population to promote healthy eating habits.

**Keywords:** Nutritional knowledge; Obesity; CNCDs; Nutritional status.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

**Raquel Simões Mendes Netto**

Departamento de Nutrição  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Cidade Universitária Professor  
"José Aloísio de Campos"  
Universidade Federal de Sergipe  
Av. Marechal Rondon, s/n - Jardim Rosa Elze  
São Cristóvão - SE - Brasil  
49100-000  
e-mail: raquelufs@gmail.com

• Recebido: 12/10/2011  
• Re-submissão: 07/12/2011  
14/12/2011  
• Aceito: 15/12/2011

## INTRODUÇÃO

O Brasil, assim como outros países no mundo, tem passado pela transição nutricional caracterizada pela redução dos índices de desnutrição e aumento da prevalência de indivíduos com excesso de peso<sup>1</sup>. Considerada como epidemia mundial, a obesidade já atinge 29,3% da população brasileira<sup>1</sup>. Este grande problema de saúde pública em ascensão é consequência da má-alimentação e da inatividade física, resultadas dos processos de urbanização e industrialização sofridos neste século<sup>2</sup>

Sabe-se que o acúmulo de gordura visceral está relacionado com o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemias modificando assim as causas de mortalidade na população<sup>3,4</sup>. Desde 1960 no Brasil os índices de mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias sofrem uma queda acentuada enquanto que por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) aumentam incluindo as doenças cardiovasculares e a diabetes. Em 2005, as DCNT representaram 60% das causas de morte em todo mundo, sendo as doenças cardiovasculares (30%) as que mais contribuíram<sup>5</sup>. No Brasil, elas são responsáveis por 48,3% das mortes registradas em 2003<sup>6</sup>.

O desenvolvimento da obesidade, dentre os fatores alimentares, tem relação direta com a qualidade e quantidade dos alimentos ingeridos pelo indivíduo. Sendo assim, a alimentação está relacionada com a construção do perfil de saúde da população, principalmente, em relação à ocorrência de doenças crônicas na vida adulta<sup>7</sup>. O hábito alimentar do indivíduo depende dos fatores econômicos, sociais, nutricionais e culturais. Além destes, o conhecimento em nutrição obtido por meio de práticas de educação nutricional contribuem também para formação, podendo este promover práticas de alimentação saudáveis<sup>8</sup>.

Hábito alimentar saudável juntamente com a prática de atividade física tem obtido grandes resultados na diminuição dos índices de obesidade. Alguns governos municipais e estaduais têm incentivado, em algumas cidades do Brasil, programas de atividade física regular para diminuir esses índices. São exemplos o Programa Academia da Cidade (PAC) em Aracaju (SE), Recife (PE) e Belo Horizonte (MG).

Em Aracaju, o PAC é um programa público, vinculado à Secretaria de Saúde do município onde são desenvolvidas em praças públicas ações de avaliação, prescrição e orientação da prática de atividades físicas diretamente com a população. O objetivo do programa é incentivar principalmente idosos e adultos para a adoção de um estilo de vida mais ativo a partir de uma prática regular de atividade física<sup>9</sup>. Por isso, cada pessoa escolhe seu melhor horário dentro do intervalo de 5 a 8 horas da manhã.

Considerando a inexistência de dados de saúde e nutrição dos indivíduos deste programa em Aracaju-SE, o objetivo desse estudo foi avaliar o perfil de saúde, o estado nutricional e o nível de conhecimento nutricional de mulheres usuárias deste programa. Dados sobre saúde e estado nutricional são importantes para o planejamento de estratégias nutricionais no controle e prevenção de doenças crônicas.

## MÉTODOS

### Amostra

Trata-se de um estudo transversal, conduzido com usuárias adultas (18 a 59 anos e 11 meses) do programa Academia da Cidade (Aracaju/SE). O PAC oferece atividades físicas sufi-

cientes para que seus usuários se aproximem ou atinjam as recomendações mínimas da prática regular de atividade física sugerida para a manutenção de bons níveis de saúde<sup>9</sup>. O PAC oferece atividades físicas que são realizadas em três dias na semana em cada um dos 15 pólos. Cada aula tem a duração média de 60 minutos onde são propostas atividades de avaliação física, aferição de pressão arterial, orientação e prescrição de caminhadas, alongamentos, aulas de ginástica (aeróbica e localizada), dança, yoga além de atividades recreativas<sup>9</sup>.

Para cálculo do tamanho da amostra utilizou-se um banco de dados fornecido pela coordenação do PAC, no qual havia informações sobre o número de usuários que participavam regularmente das aulas semanais, referente aos meses de outubro, novembro e dezembro de 2007 (n=603). Como interessava para o estudo apenas indivíduos com idade entre 18 e 59 anos, foram eliminados do universo aqueles que se encontravam fora desta faixa etária, totalizando uma população de estudo de 388 indivíduos, distribuídos em 15 pólos do PAC.

O tamanho da amostra foi estimado considerando uma prevalência de 40% para excesso de peso (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>), estimativa esta obtida a partir dos dados cadastrais desta população. Utilizando um erro aceitável de 2 pontos percentuais e um nível de 98% de confiança e acrescentando 15% para suprir possíveis perdas e recusas, calculou-se como necessário estudar 180 indivíduos.

Os pólos do PAC 13 de julho, Castelo Branco, Inácio Barbosa e Bugio foram excluídos na amostra, uma vez que apresentaram baixa frequência de indivíduos inscritos no programa (n < 6) na ocasião que a lista de alunos foi entregue pela coordenação. Diante disto, o n amostral necessário foi redistribuído nos outros pólos. O plano amostral até a escolha do indivíduo a ser entrevistado foi elaborado com base em técnicas de processos probabilísticos, utilizando-se amostra estratificada proporcional, em etapas. Inicialmente considerou-se cada pólo como estrato, a fim de garantir que, de forma irrestrita, representantes de toda a população do PAC fossem entrevistados. Para garantir a representatividade da população no estudo foram selecionados indivíduos inscritos em todos os pólos do PAC do município de Aracaju. Para tanto, após a divisão do n amostral por pólo, procedeu-se à distribuição proporcional do número de indivíduos a serem entrevistados. Para a seleção dos indivíduos que seriam entrevistados, foi realizado um sorteio a partir de uma listagem numerada. Foi definido que, prioritariamente, o sorteado seria o indivíduo a participar do estudo e, na ausência deste, participaria do estudo o próximo indivíduo da lista, adulto entre 18 e 59 anos e presente no momento da coleta. Foram excluídos da amostra gestantes e lactantes. Além disso, tendo em vista a baixa adesão de homens ao PAC estes também foram excluídos do estudo.

A amostra final do presente estudo foi de 191 mulheres havendo, no entanto, oscilação do número de avaliadas para algumas variáveis tendo em vista a omissão ou inconsistência das informações.

Para selecionar, avaliar e acompanhar os sujeitos que formaram a população de estudo, a equipe que conduziu este estudo seguiu todas as normas estabelecidas na Resolução 196/1996 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário/UFS. (C.A.A.E. 0097.0.107.000-08).

Em dias pré-estabelecidos, os avaliadores conduziram a aplicação do questionário geral (socio-econômico, hábitos de vida, atividade física) e a Escala de Conhecimento Nutricional. Em um segundo momento, foram aferidas as medidas antro-

ométricas de interesse: peso, estatura, perímetro da cintura e do quadril.

### Perfil sócio-econômico e de saúde

Foi aplicado a população, um questionário desenvolvido especificamente para este estudo que continha perguntas de identificação (sexo e faixa etária), dados socioeconômicos (escolaridade, profissão, renda familiar, e arranjo domiciliar) além de uma anamnese sobre saúde (presença de patologia ou sintomas, uso de medicação e suplementação, tabagismo e ingestão de bebida alcoólica), nutrição e atividades físicas laborais e do lazer.

### Nível de conhecimento nutricional

O conhecimento em nutrição foi avaliado a partir da aplicação da Escala de Conhecimento Nutricional desenvolvida por Harnack *et al.*<sup>10</sup> adaptada e validada no Brasil por Scagliusi *et al.*<sup>11</sup>. O questionário é composto por 12 questões onde cada resposta certa vale um ponto devendo estes serem somados para pontuação final que varia de 0 a 14, pois uma das questões apresenta três respostas corretas. A classificação de acordo com a pontuação é: pontuação total de zero a seis indicam baixo conhecimento nutricional; entre sete e dez indicam moderado conhecimento nutricional e acima de dez indica alto conhecimento nutricional.

Para análise estatística as 12 questões foram divididas em três grupos: o grupo 1 abrangeu as questões de 1 a 4 cujo assunto era o conhecimento da relação entre alimentação e o desenvolvimento de patologias, com pontuação variando de 0 a 6; no grupo 2 estavam as questões de 5 a 11 relacionadas ao conhecimento sobre fibras e gorduras, com pontuação variando de 0 a 7; e no grupo 3 estava a questão 12 que relatava o conhecimento da quantidade ideal da ingestão de frutas e verduras por dia, com pontuação variando de 0 a 1. Como cada grupo de perguntas apresentava pontuações diferentes, foi calculado o percentual de acerto de cada grupo de perguntas.

### Avaliação antropométrica

A mensuração do peso e estatura foram realizadas seguindo as técnicas proposta por Lohman *et al.*<sup>12</sup> A massa corporal (kg) foi obtida uma única vez em balança plataforma eletrônica digital (LIDER) com precisão de 100g estando as mulheres descalças, com roupas leves e sem adereços. Para a medição da estatura, foi utilizado um estadiômetro (ALTURA EXATA), com marcações em milímetros. A medição foi feita com os indivíduos descalços e com a cabeça, as nádegas e os calcanhares encostados à base do estadiômetro.

Para avaliar a distribuição de gordura corporal foi calculado o índice relação cintura-quadril (RCQ) a partir do perímetro da cintura e do quadril. O perímetro da cintura foi mensurado com fita métrica flexível e inelástica com extensão de 2 m, dividida em cm e subdividida em mm, posicionada no ponto médio entre a crista ilíaca e a face externa da última costela na região abdominal. Quanto ao perímetro do quadril foi medido colocando-se a fita métrica ao redor da região glútea, na área de maior protuberância, sem comprimir a pele<sup>13</sup>. Os resultados da RCQ foram analisados de acordo com os seguintes pontos de corte<sup>13</sup>: RCQ <0,85cm foi classificado como sem risco e RCQ ≥0,85cm com alto risco.

A partir do peso (Kg) e altura coletados foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC= Peso/(Estatura)<sup>2</sup>) onde os indivíduos que apresentaram valor <18,5 Kg/m<sup>2</sup> foram considerados baixo peso, ≥18,5 e <25,0 Kg/m<sup>2</sup> eutróficos, ≥25,0 e

<30,0 Kg/m<sup>2</sup> sobrepeso e ≥30,0 Kg/m<sup>2</sup> obeso<sup>14</sup>.

### Análise estatística

Os dados foram tabulados no programa Access (2003) e depois exportados para SPSS *Statistics* 17.7 onde os mesmos foram analisados.

Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados socioeconômicos, saúde, estado nutricional e conhecimento nutricional e em seguida realizada a comparação das médias pelo teste ANOVA e teste de associação qui-quadrado para variáveis categóricas (classificação da RCQ e presença de doenças). O nível de significância considerado foi de 5%.

## RESULTADOS

As características sócio-demográficas da população estudada estão descritas na Tabela 1. A distribuição etária concentrou-se entre 45 e 59 anos (73%). Com relação à renda familiar, 67% da população referiram renda menor que 3 salários mínimos. Já para a escolaridade, a distribuição foi bastante homogênea entre as categorias estabelecidas, sendo maior o número de pessoas com o colegial completo/superior incompleto (28,3%).

Em relação ao estilo de vida 58,9% praticavam atividade física no PAC por mais de 12 meses, onde 75,4% iniciaram o programa buscando bem-estar, saúde e qualidade de vida. Quanto às patologias auto-referidas, a mais citada foi à hipertensão arterial estando presente em 42,9% da população estudada. Em relação à orientação nutricional, 77,5% das mulheres nunca receberam e quando receberam apenas 16,7% foi por nutricionistas. O número total de pessoas avaliadas em cada questão variou, pois algumas variáveis do questionário estavam incompletas, em decorrência da participante não saber ou não querer respondê-las.

Na tabela 2 é apresentado o perfil antropométrico da população estudada. O IMC médio apresentado pelo grupo foi de 26,9 Kg/m<sup>2</sup> sendo o sobrepeso a classificação do estado nutricional mais prevalente (41,5%), seguido da eutrofia (29,1%), obesidade (24,0%), e baixo peso (1,7%).

Os dados das doenças auto-referidas foram analisados de acordo com a classificação de RCQ e está descrito na Figura 1. A maior parte das mulheres que auto-relataram ter hipertensão arterial, diabetes tipo II e dislipidemia também apresentavam RCQ maior que 0,85, sendo significativo (p<0,05) apenas para as duas primeiras.

Com relação à escala de conhecimento em nutrição os dados foram apresentados em função da classificação da renda familiar em salários mínimos (< 3 SM e > 3 SM) descritos na Tabela 3. A média e o desvio padrão das notas do questionário foram apresentados em grupo de perguntas e no total.

O conhecimento geral, avaliado pela nota total obtida, apresentou uma média do grupo de 7,05(±1,46) (Tabela 3) sendo assim considerado moderado conhecimento em nutrição. Quando analisamos as notas em função da renda, as mulheres que apresentavam renda ≥3SM apresentaram maior média final (7,5 *versus* 6,82) do que as que apresentaram renda < 3SM (p<0,05).

Quando estas notas foram analisadas por grupo de perguntas também se pode observar que as mulheres de maior renda apresentaram maiores notas no grupo 2 de perguntas (p<0,05). Com relação ao grupo 2 de perguntas verificou-se que este grupo foi o que apresentou maior percentual de acerto, ou seja, a população apresentou maior conhecimento acerca da identificação dos alimentos fontes de fibras e gorduras.

Tabela 1

**Características sócio-demográficas, de estilo de vida de mulheres praticantes de atividade física, Aracaju-SE, 2009.**

Variáveis	n	%
<b>Idade (n=189)</b>		
18 a 24	4	2,1
25 a 34	9	4,8
35 a 44	38	20,1
45 a 54	72	38,1
55 a 59	66	34,9
<b>Renda familiar (n=188)</b>		
Até 3 Salários Mínimos	128	67,0
3 a 5 Salários Mínimos	53	28,2
6 e 10 Salários Mínimos	6	3,2
> 10 Salários Mínimos	3	1,6
<b>Escolaridade (n=191)</b>		
Analfabeto/primário incompleto	29	15,2
Primário completo/Ensino Fundamental incompleto	51	26,7
Ensino Fundamental completo/Ensino médio incompleto	44	23,0
Ensino médio /superior incompleto	54	28,3
Superior completo	13	6,8
<b>Tempo de participação no Programa Academia da Cidade (n=190)</b>		
≤ 6 meses	39	20,5
7 a 11 meses	39	20,5
>12 meses	112	59,0
<b>Motivo de participação (n=187)</b>		
Indicação médica	33	17,6
Bem-estar/Saúde/Qualidade de vida	141	75,4
Condicionamento físico	3	1,6
Estética	2	1,1
Outros	8	4,3
<b>Patologias auto-relatadas (n=149)</b>		
Hipertensão arterial	82	55,0
Dislipidemia	52	34,9
Diabetes Melitus	15	10,1
<b>Orientação Nutricional (n=190)</b>		
Sim	42	22,1
Não	148	77,9
<b>Quem Orientou (n=42)</b>		
Médico	16	38,1
Nutricionista	7	16,7
Por conta própria	16	38,1
Outros	3	7,1

## DISCUSSÃO

O presente estudo teve como limitação o número amostral em relação a algumas variáveis que ficaram abaixo do calculado para o tamanho da amostra decorrente de informações incompletas e ou desistência no momento das avaliações. Porém, os resultados encontrados foram semelhantes a outros estudos<sup>4,15,16</sup>, destacando a associação estatisticamente significativa entre o nível de conhecimento nutricional e a renda e entre o estado nutricional e o desenvolvimento de DCNT's.

O PAC, em Aracaju, tem criado oportunidade de atividade física no lazer para outros estratos populacionais que habitualmente não têm muitas oportunidades na prática de

atividade física no lazer, como mulheres de meia-idade com características de média à baixa renda. Ao analisar as variáveis socioeconômicas da população do PAC em Aracaju verifica-se que esta é composta por mulheres com idade entre 35 a 59 anos (51,9 ±9,02), de renda familiar menor que três salários mínimos tendo a maioria grau de escolaridade até o ginásial completo. Além disso, a maior parte pratica atividade física a mais de 12 meses, cujo motivo principal de adesão foi à procura pelo bem-estar, saúde e qualidade de vida (Tabela 1). Essas características se assemelham com as do PAC em Recife<sup>17</sup> onde a idade média dos participantes foi de 50 anos apresentando a maioria mais de 13 meses de atividade física (60,12%) cujo principal motivo de adesão foi à preocupação



Tabela 2

Média e desvio padrão da amostra em relação à idade, massa corporal, estatura, IMC, PC, PQ, RCQ das mulheres praticantes de atividade física, Aracaju, 2009.

Variáveis	Média±DP
Idade (anos)	51,9±9,02
Peso Corporal (kg)	64,4±12,40
Estatura (m)	1,54±0,06
IMC (kg/m <sup>2</sup> )	26,96±4,74
PC (cm)	86,9±10,38
PQ (cm)	100,8±9,44
RCQ	0,86±0,06

IMC: Índice de Massa Corporal. PC: Perímetro da cintura. PQ: Perímetro do quadril. RCQ: Relação cintura-quadril

com a saúde (65,7%).

A maioria das mulheres do estudo apresentou algum tipo de doença, as mais freqüentemente auto-relatadas, foram à hipertensão arterial (42,9%) e as dislipidemias (27,3%), (Tabela 1). Geralmente indivíduos adultos que procuram programas de atividade física regular são justamente aqueles que apresentam problemas com o excesso de peso e/ou com a saúde devido aos benefícios desta na prevenção e/ou tratamento deste quadro<sup>18</sup> não sendo diferente no presente estudo. Porém, a preocupação quanto aos benefícios da alimentação não se repete, visto que poucas buscaram orientação nutricional especializada (16,7%).

Sabe-se que a procura de assistência nutricional pela população brasileira é pequena. No estudo realizado em uma Unidade de Saúde em Salvador<sup>16</sup>, cujo objetivo era avaliar a resultado da atuação de uma equipe interdisciplinar no controle da hipertensão arterial durante 12 meses, o número médio de consultas ao nutricionista foi de 1,72±3,13.

As mulheres com maior deposição de gordura na região abdominal apresentaram também maior freqüência de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes, sendo semelhante ao encontrado na literatura<sup>17</sup>. A participação da obesidade no desenvolvimento da hipertensão arterial ocorre devido à hiperinsulinemia resultante da resistência insulínica. A hiperinsulinemia ativa o sistema nervoso simpático e a reabsorção tubular de sódio, o que contribui para aumentar a re-

sistência vascular periférica e a pressão arterial<sup>19</sup>. Além disso, a gordura visceral promove ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona e alterações no eixo hipotálamo-hipofise-adrenal o que resulta no aumento da pressão arterial<sup>20</sup>.

Quanto ao desenvolvimento do diabetes melitus tipo II, a obesidade está relacionada à hiperinsulinemia e resistência a insulina. Isso ocorre porque as células de gordura visceral possuem taxas mais altas de lipólise que as células de gordura subcutânea, resultando numa maior produção de ácidos graxos livres que estão associados a uma maior resistência à insulina. Além disso, a gordura visceral é uma fonte importante de adipocitocinas IL-6, TNF- $\alpha$  e adiponectina, todas relacionadas à resistência à insulina<sup>21</sup>.

Ao analisar o nível de conhecimento nutricional as mulheres de maior renda apresentaram um maior conhecimento geral e específico para o grupo 2 de pergunta e uma tendência significativa para o grupo 1 (Tabela 3). Alguns fatores sócio-culturais ao qual os indivíduos com maior poder aquisitivo estão expostos podem influenciar diretamente no maior conhecimento em nutrição como o maior acesso a informações sobre saúde e nutrição decorrente da maior freqüência aos serviços de saúde<sup>22</sup> e pelo maior acesso destes assuntos na mídia escrita ou falada<sup>7,23</sup> são fatores importantes na formação do conhecimento nutricional.

O maior conhecimento específico para o grupo 2 de perguntas entre os indivíduos de maior renda também pode ser

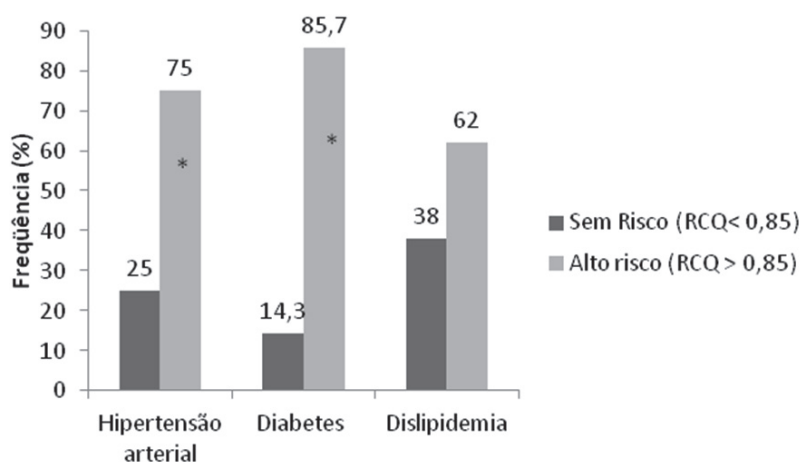


Figura 1

Prevalência de morbidades referidas segundo a relação cintura/quadril (RCQ) de mulheres praticantes de atividade física, Aracaju-SE, 2009.

	TODOS (n=172)	< 3 SM (n=114)	= 3 SM (n=58)
<b>Conhecimentos</b>	<b>Média±DP</b>	<b>Média±DP</b>	<b>Média±DP</b>
<b>Geral</b>	7,05±1,46	6,82±1,43	7,50±1,41*
<b>Específico</b>			
<b>Grupo 1 (1 a 4)</b>	1,85±0,76	1,78±0,75	2,00±0,77
% acerto	30,8	29,7	33,3
<b>Grupo 2 (5 a 11)</b>	4,65±1,15	4,50±1,17	4,95±1,05*
% acerto	66,4	64,3	70,7
<b>Grupo 3 (12)</b>	0,54±0,50	0,54±0,50	0,55±0,50
% acerto	54,0	54,0	55,5

SM: salário mínimo. Grupo 1: Conhecimento da alimentação no desenvolvimento de patologias. Grupo 2: Conhecimento de alimentos fontes de gordura e fibras. Grupo 3: Conhecimento da quantidade ideal da ingestão de frutas e verduras por dia.

\*  $p < 0,05$  entre < 3 SM e  $\geq 3$  SM.

\*\*Aplicação do teste ANOVA para comparação entre os grupos.

decorrente da grande abordagem que a temática sobre alimentos fontes de gordura e fibras tem recebido na literatura científica e popular. É recorrente na literatura a consideração que a gordura alimentar é principal fator de risco para desenvolvimento da obesidade e das doenças cardiovasculares<sup>3</sup>, como também os alimentos e preparações que devem ser evitados na rotina alimentar<sup>24</sup>. Talvez este seja um dos principais temas abordados também na imprensa escrita e falada<sup>25</sup>. Por outro lado, os alimentos fontes de fibra são reconhecidos como protetores da saúde.

Muitas intervenções centradas na educação nutricional assumem que existe uma deficiência no conhecimento em nutrição na população em geral. Entretanto, algumas pesquisas têm demonstrado que as pessoas são conscientes do que devem consumir, particularmente em evitar o consumo de gordura na dieta<sup>26</sup>.

Sabe-se que o conhecimento não reflete necessariamente em mudança de comportamento. Foi observado nos EUA que indivíduos de alta renda apresentam hábitos alimentares não-saudáveis, ou seja, com elevado consumo de alimentos industrializados, com elevado teor de sal, açúcar, gordura e *fast food*, o que contribuem para o desenvolvimento de DCNT<sup>27,28</sup>.

Monteiro Bravo, Ubeda Martin e Garcia González<sup>29</sup> ao estudar estudantes da área de saúde verificaram que quem tinha alto conhecimento nutricional não estava necessariamente relacionado a modificações dos hábitos alimentares. Fazer com que o conhecimento nutricional e as recomendações dietéticas passem a ser mudanças efetivas no comportamento alimentar dos indivíduos é um grande desafio para os educadores nutricionais<sup>30</sup>.

## CONCLUSÃO

Com o presente estudo foi possível identificar que as usuárias do PAC apresentam alta prevalência de sobrepeso e obesidade, colocando em risco o quadro de saúde da população quanto as DCNT's já instaladas em parte dessa população. Quanto ao nível de conhecimento nutricional foi observado que o grupo de maior renda era mais provido deste, porém ainda numa classificação moderada.

Como a atividade física aliada a hábitos alimentares saudáveis contribuem na manutenção de peso saudável e prevenção de DCNT's, vê-se a importância da inserção do profissional nutricionista nos programas de atividade física regular, com o objetivo de promover melhor do conhecimento nutricional e incentivar a população a incorporá-lo no dia a dia reduzindo, assim a incidência dessas patologias ou auxiliando no tratamento das mesmas.

## Contribuição dos autores

Jamille Oliveira Costa participou da concepção e discussão do estudo e também na coleta e tabulação dos dados, além de ser responsável pela escrita do manuscrito. Bruna Zavarize Reis, Dayanne da Costa, Diva Aliete Santos Vieira e Priscila Dryelle Sousa Teixeira realizaram a coleta e tabulação dos dados além de participaram da concepção e discussão do estudo. Oscar Falcão Raposo realizou as análises estatísticas e participou da concepção e discussão do estudo; Prof<sup>a</sup>. Dra. Raquel Simões Mendes Netto sugeriu e supervisionou a coleta, tabulação de dados e a escrita do estudo além de corrigir e revisar a versão final do manuscrito.

## Agradecimentos

À coordenação do Programa Academia da Cidade, Aracaju, SE, pelo apoio na coleta de dados da pesquisa.

## Apoio Financeiro

À Fundação de Apoio à Pesquisa e à Inovação Tecnológica (FAPITEC).

## REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Coordenação de trabalho e rendimentos. Pesquisa de orçamentos familiares 2008-2009/ IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
2. Colugnati FAB, Kamimura, MA, Baxmam AC, Garófalo A. Conjuntura Nacional no Processo de Transição Nutricional. In: Taddei JAAC. Jornadas científicas do NISAN: núcleo interdepartamental de segurança alimentar e nutricional 2006/2007. Barueri, SP: Manole, 2008
3. World Health Organization. In: *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. World Health Organization Geneva; 2003.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF et al. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. Rev Saúde Pública 2009;43(2):74-82.

5. World Health Organization. In: *Preventing Chronic Diseases a vital investments*. 1ª. ed. Geneva: World Health Organization; 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para população brasileira: promovendo a alimentação saudável. In: Ministério da Saúde, Brasília, 2006.
7. Monteiro CA, Mondini L, Costa RL. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil (1988-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(3):251-258.
8. Triches RM, Giugliani ERJ. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. *Rev Saúde Pública* 2005;39(4):541-547.
9. Mendonça BCA, Toscano JJ, Oliveira ACC. Do diagnóstico à ação: experiências em promoção da atividade física programa academia da cidade Aracaju: promovendo saúde por meio da atividade física. *Rev Bras Ativ Fis Saúde* 2009;14(3):211-216.
10. Harnack L, Block G, Subar A, Lane S, Brand R. Association of cancer-prevention-related nutrition knowledge, beliefs and attitudes to cancer prevention dietary behavior. *J Am Diet Assoc* 1997;97(9):957-965.
11. Scagliusi FB, Polacow VO, Cordás TA *et al* Tradução, adaptação e avaliação psicométrica da Escala de Conhecimento Nutricional do National Health Interview Survey Cancer Epidemiology. *Rev Nutr* 2006;19(4):425-436.
12. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign, Human Kinetics, 1988.
13. World Health Organization. In: *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO expert committee. Geneva, 1995
14. World Health Organization. In: *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation on obesity. Geneva; 1998.
15. Parmenter K, Waller J, Wardle J. Demographic variation in nutrition knowledge in England. *Health Educ Res* 2000; 15(2):163-174.
16. Didier MT, Guimarães AC. Otimização de Recursos no Cuidado Primário da Hipertensão Arterial. *Arq Bras Cardiol* 2007;88(2): 218-224.
17. Hallal PC, Tenório MCM, Tassitano RM *et al*. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saúde Pública Rio de Janeiro*, 2010; 26(1):70-78.
18. Gonçalves MP, Alchieri JC Motivação à prática de atividades físicas: um estudo com praticantes não-atletas. *Psico-USF*, 2010; 15(1): 125-134.
19. Misra A. Insulin resistance syndrome: Current perspective and its relevance in Indians. *Indian Heart J* 1998; 50(5): 385-95, 1998.
20. Irigoyen MC, Lacchini S, De Angelis K, Michelini LC. Fisiopatologia da hipertensão: o que avançamos? *Rev Soc Cardiol* 2003; 13(1): 20-36.
21. Sinaiko A. Obesity, insulin resistance and the metabolic syndrome. *J Pediatr* 2007; 83(1): 3-5.
22. Dias Da Costa JS, Reis MC, Filho CVS, Linhares RS, Piccinini F. Prevalência de consultas médicas e fatores associados, Pelotas (RS), 1999-2000. *Rev Saúde Pública* 2008;42(6):1074-84.
23. Marquis M, Dubeau C, Thibault I. Canadians' level of confidence in their sources of nutrition information. *Can J Diet Pract Res* 2005; 66(3): 170-5.
24. American Heart Association. AHA Scientific Statement. Dietary guidelines. Revision 2000. A statement for health care professionals from the nutrition committee of the American Heart Association. *Circulation* 2000;102: 2284-99.
25. Santos LAS. Os programas de emagrecimento na Internet: um estudo exploratório. *Physis* 2007; 7(2): 353-372.
26. Marinho MCS, Hamann EM, Lima ACFS. Práticas e mudanças no comportamento alimentar na população de Brasília, Distrito Federal, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2007; 7(3):251-261.
27. Beydoun MA, Powell LM, Wang Y. Reduced away-from-home food expenditure and better nutrition knowledge and belief can improve quality of dietary intake among US adults. *Public Health Nutr* 2009;12(3): 369-81.
28. Bezerra IN, Sichieri R. Características e gastos com alimentação fora do domicílio no Brasil. *Rev Saúde Pública* 2010; 44(2): 221-229.
29. Montero Bravo A, Ubeda Martín N, García González A. Evaluation of dietary habits of a population of university students in relation with their nutritional knowledge. *Nutr Hosp* 2006; 21(4):466-473.
30. Ma J, Betts NM, Horacek T, Georgiou C, White A. Assessing stages of change for fruit and vegetable intake in young adults: a combination of traditional staging algorithms and food-frequency questionnaires. *Health Educ Res* 2003; 18(2):224-236.