UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FCF / FEA / FSP
Programa de Pós-Graduação Interunidades
Em Nutrição Humana Aplicada – PRONUT

**AVALIAÇÃO DAS NORMAS DE UM SISTEMA DE PONTOS PARA
CONTROLE DE COLESTEROL E GORDURA NO SANGUE**

PRISCILLA PRIMI HARDT

**Dissertação para obtenção
do grau de Mestre**

**Orientadora:
Profª. Assoc. Elizabeth A. F. S. Torres**

121 3534
11/10/04

**SÃO PAULO
2004**

18465

DEDALUS - Acervo - CQ

30100011687

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura: _____

Data: ____/____/2004

Hardt, Priscilla Primi

Avaliação das normas de um sistema de Pontos para Controle de Colesterol e Gordura no sangue – São Paulo/ Priscilla Primi Hardt – São Paulo, 2004

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências farmacêuticas da USP.

Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP. Faculdade de saúde Pública da USP. Programa de Pós –Graduação Interunidades em Nutrição Humana e Aplicada

104 P

+ anexo

1. guias alimentares 2. Avaliação 3. colesterol

2004

11

613.2.CDD

PRISCILLA PRIMI HARDT

**AVALIAÇÃO DAS NORMAS DE UM SISTEMA DE PONTOS
PARA CONTROLE DE COLESTEROL E GORDURA NO SANGUE**

Comissão Julgadora
Tese para obtenção do grau de Mestre

Profª Assoc Elizabeth AFS Torres
(Orientador/Presidente)

1º Examinador

2º Examinador

São Paulo, 11 de Jul. de 2005

BIBLIOTECA
Faculdade de Ciências Farmacêuticas
Universidade de São Paulo

Por ordem de entrada em minha vida

**DEDICO ESTE TRABALHO AOS MEUS PAIS
NELSON E ANA MARIA...**

....pelo exemplo de vida, amor incondicional, apoio, incentivo
e dedicação imensurável à suas filhas proporcionando sempre o
melhor para o nosso crescimento pessoal.

E AO MEU MARIDO FERNANDO...

.... pelo amor, carinho, compreensão, companheirismo, estímulo,
paciência e força em todos os momentos e por me dar
minhas maiores riquezas: **ISABELLA e MARIANA.**

AGRADECIMENTOS

À Profª Assoc. Elizabeth AFS Torres, que como minha orientadora me trouxe de volta a Nutrição me propiciando a realização do curso de mestrado, pela sua amizade, paciência e, sobretudo, pela postura nunca autoritária.

À Profª. Assoc. Sônia Tucunduva Philippi, pelas críticas construtivas e observações imprescindíveis para realização deste trabalho

À Profª Drª Edeli Simoni de Abreu, pelas sugestões valiosas e análises minuciosas, ajudando a melhorar e enriquecer este trabalho.

Ao Profº Fábio Tadeu Montesano, por esclarecer minhas dúvidas estatísticas.

Ao Dr. Raul dos Santos Filho, pela sua gentileza, disponibilidade e entusiasmo e por abrir as portas do Incor.

Às amigas Márcia Nacif, por sua disponibilidade, ajuda e esclarecimentos das minhas dúvidas e Paula Gasperazzo, pela colaboração na coleta de dados.

Às minhas queridas irmãs Juliana, por todo exemplo de dedicação ao estudo, apoio, estímulo, impecável correção e por ajudar a cuidar dos meus tesouros durante a redação deste trabalho e Ana Luiza, pela força e seu otimismo contagiante.

A todos os voluntários pela paciência em responder a tantos “porquês”, que me auxiliaram a concluir esta pesquisa.

Ao CNPq que financiou esta pesquisa e concessão de bolsa de estudos.

A Deus, a quem agradeço tudo o que tenho e sou.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO	Página
1.1 Associação entre dislipidemias e aterosclerose	1
1.2 Epidemiologia das doenças cardiovasculares no Brasil	2
1.3 Fatores de risco para doenças cardiovasculares	4
1.4 Binômio dieta – doença	6
1.5 Terapêuticas das dislipidemias	8
1.6 Índice de colesterol/Gordura saturada (CSI)	9
1.7 Guias Alimentares	11
1.8 Desenvolvimento de Guia Alimentar para controle de colesterol e gordura no sangue	16
1.9 Avaliação e validação de Guias alimentares	19
2 JUSTIFICATIVA	21
3 OBJETIVOS	
3.1 Objetivo geral	22
3.2 Objetivos específicos	22
4 METODOLOGIA	
4.1 Delineamento do estudo	23
4.1.1 População e local de estudo	23
4.2 Amostra	23
4.3 Critérios de seleção e exclusão	24
4.4 Coleta de dados	24
4.5 Variáveis de estudo	25

4.5.1	Sexo e idade	25
4.5.2	Escolaridade	25
4.6	Procedimentos metodológicos	26
4.6.1	Avaliação dos passos para uma alimentação saudável propostas pelo sistema de pontos para o controle de colesterol e gordura no sangue	26
4.6.2	Sugestões para o aperfeiçoamento dos passos para uma alimentação saudável propostas pelo sistema de pontos para o controle de colesterol e gordura no sangue	28
4.7	Análise estatística	29
4.8	Parte ética	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1	Características da população em estudo	31
5.2	Distribuição da amostra em quanto às respostas sobre as orientações, segundo sexo, idade e escolaridade.	32
5.2.1	Orientação 1: Consumir uma alimentação variada	32
5.2.2	Orientação 2: Basear a alimentação no consumo de alimentos derivados de grãos e raízes, hortaliças e frutas	36
5.2.3	Orientação 3: Evitar a obesidade, mantendo o peso corporal desejável.	40
5.2.4	Orientação 4: Praticar atividades físicas regularmente e com orientação.	45
5.2.5	Orientação 5: Selecionar uma dieta com baixa quantidade de gordura, colesterol e gordura saturada.	48

5.2.6 Orientação 6: Fracionar a dieta, fazendo três refeições e dois lanches entre elas, escolhendo alimentos saudáveis.	54
5.2.7 Orientação 7: Evitar o consumo de frituras.	62
5.2.8 Orientação 8: Consumir produtos de origem animal moderadamente.	65
5.2.9 Orientação 9: Preferir carnes magras e retirar gorduras visíveis.	70
5.2.10 Orientação 10: Consumir açúcar e doces com moderação.	74
5.2.11 Orientação 11: Reduzir o consumo de sal	77
5.2.12 Orientação 12: Limitar o consumo de álcool, se ingerir, faça-o com moderação.	81
5.2.13 Orientação 13: Não esquecer de consumir água, pois é essencial à saúde.	85
6 CONCLUSÃO	92
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

RESUMO

Hardt PP. Avaliação das normas de um sistema de pontos para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue; São Paulo 2004. [Dissertação de mestrado – FCF-FEA-FSP/USP].

Objetivo: O objetivo principal deste estudo é avaliar a compreensão da população em relação aos passos para uma alimentação saudável propostas pelo Sistema de Pontos para controle do colesterol e gordura no sangue, clareza do conteúdo e a forma que foram expressos; identificar a linguagem apropriada para a compreensão das mensagens e correção de eventuais problemas lingüísticos.

Metodologia: Foram estudados 30 voluntários de ambos os sexos, com 20 anos ou mais, usuários Do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Os participantes foram questionados quanto à compreensão, importância, credibilidade e cumprimento das mensagens contidas nos Passos para uma alimentação saudável propostos no Sistema de Pontos, através de um questionário de perguntas fechadas. Foram relatadas por meio de sugestões dos entrevistados quanto à modificação da linguagem utilizada, visando melhorar o entendimento das orientações. Analisou-se a associação das respostas em relação às variáveis sexo, idade e escolaridade dos entrevistados.

Resultados e Discussão: Verificou-se que a maioria das orientações é de fácil compreensão, grande credibilidade e importância, mas quanto ao cumprimento, duas dessas orientações não são seguidas por metade dos entrevistados.

Conclusão: Em algumas das mensagens contidas nos Passos para uma alimentação saudável propostas pelo Sistema de Pontos para controle do colesterol e gordura no sangue é necessária a substituição de conceitos científicos e/ou termos menos usuais pela linguagem coloquial, a fim de melhorar a clareza do conteúdo e sua a compreensão.

Descritores: *avaliação, índice colesterol/ gordura saturada, guias alimentares, sistema de pontos.*

ABSTRACT

Hardt PP. **Avaliação das normas de um sistema de pontos para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue.** [Evaluation of the norms of Points System for Control serum lipids and Cholesterol levels]. São Paulo 2004. [Dissertação de mestrado – FCF-FEA-FSP/USP].

Objective: The main objective of this study to evaluate the population's understanding of the "Passos para uma alimentação saudável" proposed by the "*Sistema de Pontos para controle do colesterol e gordura no sangue*", clarity of the content and the form that it had been expressed; to identify it to the appropriate language for the understanding of the messages and the correction of eventual linguistic problems.

Methodology: It had been studied 30 volunteers of both genders, 20 years-old or older, users of Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. The participants had been asked about the understanding, relevance, credibility and fulfilment of the messages contained in the "Passos para uma alimentação saudável" proposed in the "*Sistema de Pontos*", through a questionnaire of closed questions. Suggestions of the interviewed people had been told in relation to the modification of the used language to make it better. The answers were analyzed in relation to the variable gender, age and education of the interviewed people.

Results and Discussion: It was verified that the majority of the orientation is of easy understanding, great credibility and relevance, but in relation to the fulfilment, two of these orientations are not followed by half of the interviewed people.

Conclusion: In some of the messages contained in the "*Sistema de Pontos para controle do colesterol e gordura no sangue*" the less usual substitution of scientific concepts and/or terms for the colloquial language is necessary, in order to improve the clarity of the content and its understanding.

Key words: evaluation, cholesterol/saturated fat index, food guidelines, points system.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Página

Quadro 1 - Recomendação Dietética para o tratamento das Hiperlipidemias.	18
Quadro 2 - Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 1. São Paulo, 2004.	33
Quadro 3 - Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 1. São Paulo, 2004.	33
Quadro 4 - Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 2. São Paulo, 2004.	36
Quadro 5 - Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 2. São Paulo, 2004.	37
Quadro 6 - Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 3. São Paulo, 2004.	41
Quadro 7 - Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 4. São Paulo, 2004.	46
Quadro 8 - Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 5. São Paulo, 2004.	49
Quadro 9 - Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 6. São Paulo, 2004.	56
Quadro 10 - Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 8. São Paulo, 2004.	65
Quadro 11 - Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 11. São Paulo, 2004.	77

Quadro 12 - Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 12. São Paulo, 2004.	82
Tabela 1. Distribuição da amostra segundo sexo dos entrevistados. São Paulo, 2004.	31
Tabela 2. Distribuição da amostra segundo a escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	31
Tabela 3. Distribuição da amostra segundo a idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	32
Tabela 4. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 1. São Paulo, 2004.	32
Tabela 5. Distribuição da amostra quanto a substituição de palavra na Orientação 1. São Paulo, 2004.	33
Tabela 6. Distribuição da amostra quanto a concordância com a Orientação 1. São Paulo, 2004.	34
Tabela 7. Distribuição da amostra quanto a importância da Orientação 1. São Paulo, 2004.	34
Tabela 8. Distribuição da amostra quanto o cumprimento da Orientação 1. São Paulo, 2004.	35
Tabela 9. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 2. São Paulo, 2004.	36
Tabela 10. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 2. São Paulo, 2004.	37
Tabela 11. Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 2. São Paulo, 2004.	38

Tabela 12. Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 2. São Paulo, 2004.	38
Tabela 13. Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 2. São Paulo, 2004.	39
Tabela 14. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 3. São Paulo, 2004.	40
Tabela 15. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 3. São Paulo, 2004.	41
Tabela 16. Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 3. São Paulo, 2004.	41
Tabela 17. Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da orientação 3, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	42
Tabela 18. Distribuição da amostra quanto a importância da Orientação 3. São Paulo, 2004.	43
Tabela 19. Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 3. São Paulo, 2004.	43
Tabela 20. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 4. São Paulo, 2004.	45
Tabela 21. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 4. São Paulo, 2004.	45
Tabela 22. Distribuição da amostra quanto a concordância com a Orientação 4. São Paulo, 2004	46
Tabela 23. Distribuição da amostra quanto a importância da Orientação 4. São Paulo, 2004.	47

Tabela 24. Distribuição da amostra quanto o cumprimento da Orientação 4. São Paulo, 2004.	47
Tabela 25. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 5. São Paulo, 2004.	48
Tabela 26. Distribuição da amostra quanto à dúvida sobre a orientação 5, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	49
Tabela 27. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 5. São Paulo, 2004	50
Tabela 28. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na orientação 5 segundo, sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	51
Tabela 29. Distribuição da amostra quanto a concordância com a Orientação 5. São Paulo, 2004	51
Tabela 30. Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 5. São Paulo, 2004.	52
Tabela 31. Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da orientação 5, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	53
Tabela 32. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 6. São Paulo, 2004.	54
Tabela 33. Distribuição da amostra quanto à dúvida sobre a orientação 6, segundo, sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004	55

Tabela 34. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 6. São Paulo, 2004	56
Tabela 35. Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 6. São Paulo, 2004.	56
Tabela 36. Distribuição da amostra quanto a concordância com a orientação 6, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	57
Tabela 37. Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 6. São Paulo, 2004.	58
Tabela 38. Distribuição da amostra quanto a importância da orientação 6, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	59
Tabela 39. Distribuição dos indivíduos quanto ao cumprimento da Orientação 6. São Paulo, 2004.	60
Tabela 40. Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da orientação 6, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004	61
Tabela 41. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 7. São Paulo, 2004.	62
Tabela 42. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 7. São Paulo, 2004.	62
Tabela 43. Distribuição da amostra quanto a substituição de palavras na orientação 7, segundo, sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	63
Tabela 44. Distribuição dos indivíduos quanto o cumprimento da Orientação 7. São Paulo, 2004.	64

Tabela 45. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 8. São Paulo, 2004.	65
Tabela 46. Distribuição da amostra quanto a concordância com a Orientação 8. São Paulo, 2004.	66
Tabela 47. Distribuição da amostra quanto a concordância com a orientação 8, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	67
Tabela 48. Distribuição dos indivíduos segundo a importância da Orientação 8. São Paulo, 2004.	68
Tabela 49. Distribuição dos indivíduos segundo o cumprimento da Orientação 8. São Paulo, 2004.	68
Tabela 50. Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da orientação 8, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	69
Tabela 51. Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 9. São Paulo, 2004.	70
Tabela 52. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 9. São Paulo, 2004.	70
Tabela 53. Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 9. São Paulo, 2004.	71
Tabela 54. Distribuição da amostra em relação à concordância com a orientação 9, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	71

Tabela 55. Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 9. São Paulo, 2004.	72
Tabela 56. Distribuição da amostra quanto o cumprimento da Orientação 9. São Paulo, 2004.	73
Tabela 57. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 10. São Paulo, 2004.	74
Tabela 58. Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 10. São Paulo, 2004.	75
Tabela 59. Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 10. São Paulo, 2004.	76
Tabela 60. Distribuição dos indivíduos quanto o cumprimento da Orientação 10. São Paulo, 2004.	76
Tabela 61. Distribuição da amostra quanto a dúvida na Orientação 11. São Paulo, 2004.	77
Tabela 62. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 11. São Paulo, 2004.	78
Tabela 63. Distribuição da amostra quanto a substituição de palavras na orientação 11, segundo, sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	78
Tabela 64. Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 11. São Paulo, 2004.	79
Tabela 65. Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 11. São Paulo, 2004.	79

Tabela 66. Distribuição da amostra quanto o cumprimento da Orientação 11. São Paulo, 2004.	80
Tabela 67. Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 12. São Paulo, 2004.	81
Tabela 68. Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 12. São Paulo, 2004.	82
Tabela 69. Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 12. São Paulo, 2004.	82
Tabela 70. Distribuição da amostra quanto à importância da orientação 12, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.	83
Tabela 71. Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 12. São Paulo, 2004.	84
Tabela 72. Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 13. São Paulo, 2004.	85
Tabela 73. Distribuição da amostra quanto a Substituição de palavra na Orientação 13. São Paulo, 2004.	85
Tabela 74. Distribuição da amostra segundo o cumprimento da Orientação 13. São Paulo, 2004.	86

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SIGLA	DESCRIÇÃO
AHA	American Heart Association
CSI	Cholesterol/ saturated -fat index
DCV	Doença cardiovascular
ECNT	Enfermidade crônica não transmissível
FCF	Faculdade de Ciências Farmacêuticas
FEA	Faculdade de Economia e Administração
FSP	Faculdade de Saúde Pública
FR	Fator de risco
HDL	Lipoproteína de alta densidade
ICS	Índice de colesterol e gordura saturada
IMC	Índice de massa corpórea
INCAP	Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
NCEP	National Cholesterol Education Program
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SUS	Sistema Único de Saúde
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

LISTA DE ANEXOS

	Página
ANEXO I – Guia Alimentar para Controle do Colesterol e Gordura no Sangue	A1
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e esclarecido	A6
ANEXO III – Parecer do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, sobre o presente estudo.	A7
ANEXO IV – Questionário para coleta de dados	A8
ANEXO IV – Resultados dos estudos de associação entre as respostas e sexo, idade e escolaridade dos entrevistados	A22

1 INTRODUÇÃO

1.1 Associação entre Dislipidemias e Aterosclerose

As dislipidemias são definidas como distúrbios de transporte de lipídeos que resultam de anormalidades metabólicas na síntese ou degradação das lipoproteínas plasmáticas, que alteram as concentrações de seus diferentes componentes na circulação (NCEP 1994; LIMA 1999; NCEP 2001).

Diversos estudos epidemiológicos, desde Framingham, estabeleceram relação direta entre os valores de colesterol total e de LDL colesterol e a morbidade e mortalidade por doença vascular aterosclerótica (KEYS 1970; KEYS 1984; CONNOR e col. 1986; ANDERSON e col. 1987; BARNÁ e BIRÓ 1989).

No mesmo estudo de Framingham, após 30 anos de início, constatou-se que as mortes globais aumentaram 5% e as mortes por doenças cardiovasculares 9% para cada elevação de 10 mg/dL do colesterol total. O que sugere que níveis baixos de colesterol em indivíduos acima de 50 anos melhoram a longevidade (ANDERSON e col. 1987).

KATO e col. (1973) observaram em seus estudos com grupos populacionais migrantes que, ao adquirirem outros hábitos alimentares com correspondente elevação do nível médio de colesterol total e do LDL colesterol, apresentaram, em

relação a grupos controles, significativo aumento na incidência de doença coronariana.

1.2 Epidemiologia das Doenças Cardiovasculares no Brasil

As doenças cardiovasculares estão entre as principais causas de óbito nos países desenvolvidos e em muitos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, onde determinam um terço de todas as mortes (LOTUFO e LOLIO 1995; LOTUFO 1998; LAURENTI e BUCHALLA 2001; WILLET e HU 2002).

Atualmente, como nos Estados Unidos e Europa, as enfermidades cardiovasculares são consideradas um problema de saúde pública, tendo em vista o seu papel no perfil de mortalidade e as alterações patológicas que acarretam, muita das vezes irreversíveis, com conseqüente incapacidade residual (CERVATTO e col. 1997).

As doenças do aparelho circulatório, além de contribuírem de modo destacado para a mortalidade, são causas freqüentes de morbidade, implicando 10,74 milhões de dias de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS), representando a principal causa dos gastos em assistência médica - 16,2 % do total (LOTUFO e LOLIO 1995).

A participação das doenças cardiovasculares na mortalidade do país vem crescendo desde meados do século XX. Em 1950, 14,2 % das mortes ocorridas

nas capitais dos estados brasileiros eram atribuídas às moléstias circulatórias; passaram a 21 % em 1960, 24,8 % em 1970 e 30 % em 1980 (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1993; LOTUFO e LOLIO 1995). Em 2001, as cardiopatias contribuíram com 32 % de todos os óbitos nas capitais dos estados brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2003; JUNIOR e col. 2003).

A comparação das taxas de mortalidade dos principais centros do Brasil com as de outros países já mostrou valores elevados de mortalidade geral e para todo o conjunto das doenças cardiovasculares (LOTUFO 1998).

No sexo masculino, as cidades brasileiras apresentaram valores elevados de óbitos para o conjunto de doenças do coração, destacando-se o Rio de Janeiro, Porto Alegre e Curitiba com taxas elevadas, superadas pela Hungria e próximas às da Finlândia e Polônia. São Paulo, Recife, Belém e Belo Horizonte situaram-se em uma posição intermediária e Salvador posicionou-se mais abaixo em valores próximos aos da Holanda e Canadá, porém distintos dos países imediatamente inferiores como Itália, Espanha e Portugal (LOTUFO 1998).

No sexo feminino, as taxas das cidades brasileiras foram as mais elevadas, posicionando o país juntamente com a Hungria como os de maior mortalidade entre as mulheres e as dos Estados Unidos em posição inferior (LOTUFO 1998).

Sendo assim, as doenças do coração devem constar nas prioridades de todas as esferas de governo e merecer a atenção de organismos não-

governamentais preocupados em diminuir a desigualdade, dentro de países, entre nações.

1.3 Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares

Os estudos epidemiológicos sobre aterosclerose, principalmente o de Framingham (ANDERSON e col. 1987) observaram que certas condições biológicas e hábitos pessoais estavam fortemente relacionados à probabilidade de desenvolver doenças cardiovasculares. Essas características pessoais receberam a designação genérica de *Fatores de Risco (FR)*, podendo ou não ser passíveis de intervenção (FISBERG e col. 2001).

A presença desses fatores em indivíduos não prediz o aparecimento de doenças cardiovasculares, porém indica uma predisposição ao seu desenvolvimento (ARAÚJO 2002). Os fatores de risco não ocorrem de maneira isolada, sendo comum a presença de duas ou mais condições. Segundo dados de Framingham, os riscos articulam-se de forma aditiva quando eles ocorrem concomitantemente (CASTELLI 1984).

São considerados passíveis de intervenção: hipertensão arterial, dislipidemias, obesidade, *diabetes mellitus*, dietas ricas em calorias, gorduras saturadas, colesterol e sal, tabagismo e sedentarismo (CERVATO e col. 1997; MONTEIRO 2000; FISBERG e col. 2001; SBC 2001). Os fatores que não são controláveis são idade, sexo, raça e hereditariedade (FISBERG e col. 2001).

MARTINEZ e col. (2003) em seu estudo sobre a determinação dos níveis de colesterol de 81.262 indivíduos em 13 cidades brasileiras, observou os principais fatores de risco acima citados, sendo que 40% tinham antecedentes familiares de doença arterial coronariana, 19% possuíam hipertensão arterial sistêmica, 16% eram tabagistas e 5% portavam *diabetes mellitus*.

De acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2001) o LDL colesterol é considerado fator causal e independente da aterosclerose e sobre o qual devemos agir para diminuir a morbimortalidade.

Existem muitas demonstrações da relação dieta - aterosclerose, concluindo que esta é positiva com a ingestão de gordura e colesterol e pelo excesso de calorias, induzindo a obesidade (BATISTA e FRANCESCHINI 2003).

O excesso de peso, definido pelo Índice de Massa Corpórea (IMC) $> 25 \text{ kg/m}^2$, o acúmulo de gordura na região abdominal, do tipo central ou androgênico e o aumento do percentual de gordura corporal estão associados a um maior risco de doença aterosclerótica (ARAÚJO 1997; MARTINS e col. 1989; DAVI e col. 2002; SBC 2002; ESPOSITO e col. 2003).

Estudos que objetivaram a comparação de diferentes populações, como o *Seven Countries Study* (KEYS 1970) relacionaram fatores de ingestão média dietética de 16 populações definidas em 7 países e incidente de doença cardíaca

nestes mesmos grupos. Houve uma forte correlação entre ingestão de gordura saturada com uma alto percentual de calorias e morte por doença coronariana.

1.4 Binômio Dieta – Doença

A estreita relação entre a dieta dos indivíduos e o desenvolvimento de enfermidades crônicas não transmissíveis (ECNT), principalmente doenças cardiovasculares (DCV) e câncer vem sendo demonstrada por diversos estudos epidemiológicos (FRAMINGHAN 1980; CONNOR 1989; CERVATO 1997; FORNÉS e col. 2000; WOO 2000; HU 2002).

A dieta ocidental, caracterizada pelos altos teores de gorduras, principalmente de origem animal, de açúcar e alimentos processados e baixos teores de carboidratos complexos e fibras, junto ao aumento da obesidade estão amplamente associados com a alta prevalência de ECNT e a diminuição de vida livre de doenças. As modificações na dieta descrita anteriormente ocorreram de forma lenta e gradual nos Estados Unidos e Europa, mas o ritmo de mudanças em países em desenvolvimento tem sido significativamente mais rápido, observando a progressão notável da obesidade (OLIVEIRA 1997, CERVATO 1997, MONTEIRO 2000).

No Brasil, observou-se uma mudança nos hábitos alimentares da população nas últimas décadas, ocorrendo a chamada *transição nutricional*, que pode ser definida como mudanças nos padrões nutricionais resultantes de modificações na

estrutura da dieta dos indivíduos e que se correlacionam com variações econômicas, sociais, demográficas e relacionadas à saúde (MONTEIRO 2000).

A relação entre dieta e doença coronariana foi estudada intensificadamente durante o último século. Em 1908, IGNATOVSKY produziu aterosclerose em coelhos através de dietas ricas em colesterol e gordura saturada. Nos anos 50, estudos de controle da dieta demonstraram que ácidos graxos saturados e colesterol, em menor grau, aumentaram a concentração de colesterol sérico em humanos (HU 2002).

Além disso, estudos epidemiológicos descobriram que o aumento de colesterol sérico prediz risco de doença coronariana em humanos. Estas descobertas levaram à clássica hipótese DIETA-CORAÇÃO, apresentada por GORDON (1988) e citada por WILLET (1998), que postula o papel principal da gordura saturada dietética e colesterol na causa da aterosclerose e doença coronariana (KATO 1973; KEYS 1980; MONTEIRO 2000).

A dieta habitual parece ser um elemento fundamental de análise de determinantes da susceptibilidade para aterosclerose e doenças isquêmicas do coração (CERVATO 1997; CONNOR e col. 1986; CONNOR e col. 1989; FORNÉS e col. 2000; BATISTA & FRANCESCHINI 2003; PANAGIOTAKOS 2004).

1.5 Terapêutica das Dislipidemias

A terapêutica deve ser iniciada com mudanças individualizadas no estilo de vida, que compreende hábitos alimentares saudáveis, busca e manutenção do peso ideal, exercício físico aeróbico regular, combate ao tabagismo e promoção do equilíbrio emocional. Não sendo atingidos os objetivos propostos, deve ser considerada a introdução de drogas isoladas ou associadas, dependendo das necessidades, com manutenção da dietoterapia (SANTOS 1999; SBC 2001; BATISTA E FRANCESCHINI 2003; SEISHIMA 2003).

Para o tratamento através da terapia nutricional, a Associação Americana do Coração (AHA) (2001) faz as seguintes orientações:

- Redução da ingestão de colesterol e de ácidos graxos: pois ambos elevam o LDL colesterol; portanto é importante diminuir a ingestão de alimentos de origem animal e de óleos de dendê e côco.

Porém, diversos estudos sobre a ingestão de ácidos graxos insaturados e polinsaturados (ômega 3, ômega 6 e ômega 9) reduzem o LDL colesterol sem a redução do HDL colesterol, além de, no caso do ômega 3, reduzir a trigliceridemia plasmática. Propõe-se a substituição isocalórica dos ácidos graxos saturados por ácidos graxos insaturados.

- Redução da ingestão dos ácidos graxos trans: produzidos durante a hidrogenação de óleos vegetais na produção de margarinas, e que elevam o LDL colesterol e reduzem o HDL colesterol;
- Aumento da ingestão de fibra dietética: as fibras solúveis ajudam na eliminação do colesterol;
- Ingestão de 3-4 g/dia de fitoesteróis promovendo a redução de 10-15% do LDL colesterol;

1.6 Índice de Colesterol/ Gordura Saturada (CSI)

O potencial de um alimento ou dieta em aumentar os níveis plasmáticos de colesterol total e LDL colesterol e promover aterosclerose é diretamente relacionado ao seu conteúdo de colesterol e gordura saturada (CONNOR e col. 1986; KRIS-ETHERTON e col. 1998).

A diminuição do colesterol e da gordura saturada da dieta contribui com uma redução média de 10% a 20% do colesterol plasmático (CONNOR e col. 1986; KRIS-ETHERTON e col. 1988).

Descrita a importância do colesterol e da gordura saturada dietética nos níveis plasmáticos de colesterol total e LDL colesterol, CONNOR e col. (1989)

desenvolveram uma fórmula para indicar as concentrações de colesterol e gordura saturada nos alimentos, denominado *Índice de Colesterol/ Gordura Saturada (CSI)*.

Tal índice é baseado em modificações de equações de regressão desenvolvidas desde KEYS (1965), para avaliar os efeitos de diferentes alimentos no colesterol sérico. Em 1979, ZILVERSMIT propôs a inclusão do índice de colesterol de alimentos na equação de regressão para demonstrar o efeito absoluto de porções individuais de alimentos nos níveis de colesterol plasmático dos indivíduos (CONNOR e col. 1986). Um baixo CSI indica um baixo conteúdo de gordura saturada e/ou colesterol e assim um potencial hipocolesterolêmico e de baixa aterogênicidade (CONNOR e col. 1989).

$$CSI = (1.01 \times g. \text{gordura saturada}) + (0.05 \text{ mg. colesterol})$$

O CSI é uma ferramenta importante para a avaliação e o planejamento de dietas baixas em lipídeos. Pode ser usado para comparar um alimento ou uma preparação com outras e ajudar a determinar facilmente qual escolha é a mais apropriada (menos aterogênica). CONNOR e col. (1989) desenvolveram uma tabela com cerca de 1.000 alimentos que indicam o CSI, o conteúdo de lipídeos e de energia, por porção de alimento. O colesterol, gordura saturada, gordura total e conteúdo de energia foram determinados pelo uso de dados disponíveis comercialmente e provenientes de empresas alimentícias. A tabela foi subdividida em 38 categorias (por exemplo: doces, queijos, cereais matinais, etc.), ordenadas

por ordem alfabética, agrupadas em duas sub - categorias (baixo e alto CSI) e listadas no estado mais comumente consumido.

1.7 Guias Alimentares

As normas/guias alimentares constituem um recurso para orientar a população a selecionar e consumir alimentos saudáveis, traduzindo os conhecimentos científicos sobre alimentação e nutrição adequada à vida cotidiana dos indivíduos em mensagens práticas e conceitos claros e de fácil compreensão, visando promover saúde e hábitos alimentares saudáveis, além de reduzir as chances de contrair determinadas doenças (MNHW 1988; SPILLER 1993; PHILIPPI e col. 1999; OLIVEIRA e col. 2002; PENA e MOLINA 1998).

No século XIX, ATWATER citado por PHILLIPI e col. (1999) foi o pioneiro na investigação nutricional e o primeiro a desenvolver vários dos componentes necessários para a elaboração de guias alimentares. Em 1894, ele publicou tabelas de composição de alimentos e padrões dietéticos para a população norte-americana, dando início às bases científicas para estabelecer relações entre a composição dos alimentos, consumo e saúde dos indivíduos. A partir daí, foram propostos vários guias para diversos grupos populacionais com diferentes formas de apresentação. O conteúdo deste também foi modificado devido às novas concepções sobre alimentos, como por exemplo, o consumo de gorduras e açúcares, que é variável, conforme a população à qual se destina o guia (WELSH e col. 1992).

WELSH e col. (1992) observaram que tem-se procurado uma forma gráfica de distribuição dos alimentos para uma melhor compreensão por parte da população, ou seja, fazer com que ocorra o consumo de vários alimentos e em quantidade suficiente para que juntos componham uma dieta adequada nutricionalmente.

PHILLIPI e col. (1999) afirmaram que para o desenvolvimento de guias alimentares deve haver um processo de pesquisa contendo: o diagnóstico da situação nutricional e dados epidemiológicos que fundamentem as dietas, os objetivos, as metas nutricionais e um banco de dados contendo a composição dos alimentos escolhidos e, segundo OLIVEIRA e col. (2002), na criação destas Normas/Guias devem ser considerados: o papel da alimentação/ nutrição sobre o desenvolvimento físico e mental, garantindo qualidade de vida ao homem, e a divulgação do conhecimento científico existente na área de alimentação/nutrição. A OPS/OMS e o INCAP recomendam ainda que seja considerada a informação sobre disponibilidade, custo, acesso ao consumo de alimentos e hábitos alimentares. E a isto incorporar elementos da antropologia social, que se permitam adaptar os guias alimentares à realidade social, cultural e econômica da população-alvo (PENA e MOLINA 1998).

De acordo com WELSH e col. (1992) estes guias devem:

- Promover e manter a saúde global do indivíduo com orientações para prevenção ou tratamento de qualquer doença;
- Ser baseados em pesquisas atualizadas;
- Ter uma visão global da dieta;
- Ser úteis ao público-alvo;
- Encontrar uma forma realista de suprir as necessidades nutricionais utilizando-se da dieta habitual de cada população;
- Ser práticos e os nutrientes e energia adaptados segundo a idade, sexo e atividade física;
- Ser dinâmicos, permitindo o máximo de flexibilidade para a escolha dos alimentos, a fim de suprir as necessidades nutricionais do indivíduo.

Os guias devem ser representados por grupos de alimentos e baseados na variedade de informações incluindo a relação existente entre os alimentos e a saúde dos indivíduos. Com um guia alimentar adequado à população, os objetivos propostos podem ser alcançados (SPILLER 1993).

A OPS/OMS e o INCAP propõem um modelo de elaboração de Guias Alimentares no qual alguns passos devem ser seguidos:

- Planejamento: É necessária a incorporação de idéias e pontos de vista de diversas instituições dos setores públicos (saúde, educação, agricultura, economia, etc.), acadêmico e privado (universidades, associações profissionais, câmara de comércio e indústria, etc.), e dos seus usuários visando facilitar sua implementação em diferentes instâncias;
- Caracterização do público-alvo: a partir de um diagnóstico da situação da saúde e nutrição do grupo a quem serão dirigidos os guias, realizados através de revisão de publicações existentes. Como resultado, obtém-se um documento descritivo que incluem os fatores de risco e os problemas associados à dieta do grupo-alvo;
- Definição dos objetivos: devem estar direcionados a prevenir e reduzir os riscos e problemas prioritários detectados na etapa anterior, assim como promover dietas e estilo de vidas saudáveis;
- Elaboração de normas técnicas: consiste em converter as metas nutricionais no tipo e na quantidade de alimentos que a população deve ingerir para alcançar as recomendações nutricionais;

- Provas de recomendações factíveis: prova de campo em pequena escala para conhecer a disposição (habilidades, motivação) da população-alvo para cumprir com as recomendações técnicas determinadas no passo anterior;
- Elaboração de Guias Alimentares: são as recomendações que a população-alvo receberá através de mensagens que podem ser complementadas por um ícone ou representação gráfica;
- Validação e prova dos Guias Alimentares: O guia deve ser validado com pessoas representativas da população-alvo, a fim de verificar se é compreendidos, relevantes, aceitáveis e persuasivos;
- Correção e ajuste dos Guias Alimentares: baseados nos resultados da validação, as mensagens e a representação gráfica são revistas e corrigidas a fim de se adaptarem à linguagem popular, sem distorção do conteúdo técnico;
- Implementação: após a sua elaboração, o próximo passo dos Guias Alimentares é a sua reprodução, disseminação e implementação em âmbito nacional, através dos setores público e privado e com uma estratégia de comunicação previamente definida;
- Avaliação: devem ser avaliadas periodicamente, tanto no processo de implementação como seu impacto no estilo de vida do público-alvo.

1.8 Desenvolvimento do Guia Alimentar para o Controle do Colesterol e Gordura no Sangue

A influência do colesterol e gordura saturada da dieta é tão importante, que foi desenvolvido por CONNOR e col. (1986) o índice de colesterol/gordura saturada (CSI), que pode ser utilizado para comparar valores de alimentos e preparações, além de auxiliar na avaliação do consumo diário dos indivíduos.

Baseado neste índice, TORRES (2000) desenvolveu uma tabela contendo o valor energético e de CSI de 187 alimentos e preparações normalmente consumidos pela população brasileira. A partir desses dados, ABREU (2003) elaborou o Sistema de Pontos para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue (ANEXO I).

Para o desenvolvimento deste instrumento, elaborou-se uma lista de alimentos para constituir um sistema de pontos. Estes alimentos foram baseados em uma lista de alimentos desenvolvida por FORNÉS e col. (1998), que faziam parte da dieta habitual de indivíduos de um município da região metropolitana de São Paulo.

Para contemplar todos os alimentos que eventualmente possam integrar a dieta dos indivíduos adicionou-se à lista, outros alimentos que são consumidos pela população com menor frequência.

O CSI foi calculado pela metodologia citada por CONNOR e col. (1986). Os valores de gordura saturada e de colesterol foram obtidos utilizando-se dados de experimentos bromatológicos desenvolvidos no laboratório de Bromatologia da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, apresentados por TORRES (2000). Os alimentos que não constaram dessa listagem foram calculados de forma indireta, por meio de tabelas de composição de alimentos: Tabela brasileira de composição de alimentos (LAJOLO e col. 2002), Tabela de composição de alimentos: suporte para decisão nutricional (PHILIPPI 2001) e *The composition of foods* (McCANCE e WINDDOWSON 1991).

O Sistema de Pontos possui material explicativo pelo qual o indivíduo recebe instruções detalhadas para determinar sua pontuação alvo de CSI. Optou-se por denominar o CSI de ICS (Índice de colesterol e gordura saturada), para evitar siglas em outro idioma e assim facilitar o entendimento pela população.

Por se tratar de uma dieta de pontos, para controle do colesterol sérico, na qual não há proibições de alimentos e a escolha é feita diretamente pelo indivíduo, de acordo com suas preferências e hábitos alimentares, considerou-se importante o estabelecimento de uma relação da escolha de alimentos com uma alimentação balanceada (MITCHELL 1996).

Para tanto, utilizou-se como representação gráfica o Guia Alimentar da Pirâmide, adaptado de WILLETT (2001). Foi apresentada em formato de coração,

abordando variedade, proporção e moderação, sem indicar quantidades e porções, que devem ser decididas por meio da pontuação dos alimentos.

Foram criadas mensagens claras e objetivas em relação à necessidade de se manter o peso ideal, o qual pode ser obtido em tabela simplificada e de fácil utilização, tomando-se como base o IMC - Índice de Massa Corporal normal (WHO 1998), além dos passos a serem seguidos para uma alimentação saudável.

A necessidade individual de gorduras e colesterol, para o cálculo do CSI, foi calculada utilizando-se as recomendações sugeridas pela American Health Association (AHA) (2001), para a fase 2 apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1. Recomendação Dietética para o tratamento das hiperlipidemias

NUTRIENTE	INGESTÃO RECOMENDADA
Gordura total	20-25% das calorias totais
Ácidos Graxos Saturados	< 7% das calorias totais
Ácidos Graxos Poliinsaturados	> 10% das calorias totais
Ácidos Graxos Monoinsaturados	De 10 a 15% das calorias totais
Carboidratos	50-60% das calorias totais
Proteínas	Aproximadamente 15% das calorias totais
Colesterol	< 200 mg/dia
Fibras	20-30 g/dia
Calorias	Para atingir ou manter o peso desejável

Fonte: American Heart Association, 2001

Desta maneira, foi elaborado o Sistema de Pontos para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue, que pode ser usado pelos indivíduos para prevenir e controlar o colesterol.

1.9 Avaliação e validação de Guias Alimentares

Todo instrumento de promoção da saúde deve ser validado para que se possa medir sua eficácia.

Validar um instrumento significa conferir valor ao mesmo, ou seja, confirmar se ele realmente tem o potencial a que se propõe. Os resultados de um estudo de validação podem ser usados como base para ajustes no instrumento ou para sua adoção (WILLETT 1998).

Validação é um processo que se aplica a uma amostra da população com o objetivo de se conhecer o grau de entendimento que o grupo compreende sobre o que lhe é apresentado e proposto (PENA E MOLINA 1998; OLIVEIRA e col. 2002; VILLAR 2001; ABREU 2003).

A eficácia dos Guias Alimentares para população como um instrumento de promoção de saúde necessita ser validada para que os conhecimentos científicos, atitudes e práticas possam ser transmitidos (OLIVEIRA e col. 2002). Os guias alimentares podem ser teoricamente corretos, mas se não são compreendidos,

recordados e aplicados pelo grupo ao qual são destinados, não cumprirão seu propósito (PENA E MOLINA 1998).

2 JUSTIFICATIVA

Estudos realizados por ABREU (2003) e NACIF (2003) demonstraram que o sistema de pontos proposto no Guia Alimentar para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue mostrou-se eficaz como instrumento de orientação alimentar para indivíduos hiperlipidêmicos, sendo uma ferramenta de rápida e simples aplicação e de fácil entendimento, com resultado superior em relação à dieta tradicional para dislipidemias.

No entanto, para que o instrumento seja avaliado como um todo, pretende-se verificar a compreensão da população em relação aos passos para uma alimentação saudável, propostos no Guia Alimentar para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a compreensão da população em relação aos passos para uma alimentação saudável propostos no “Guia Alimentar para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue”, considerando a clareza do conteúdo e a forma que foram expressos.

3.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características da população em estudo;
- Identificar a linguagem mais apropriada para a compreensão das mensagens;
- Corrigir e ajustar eventuais problemas lingüísticos.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

O delineamento da presente pesquisa corresponde a um estudo qualitativo com coletas de dados primários.

4.1.1 População e local de estudo

A população do estudo constituiu-se de 30 indivíduos voluntários, de 20 anos ou mais, ambos os sexos e freqüentadores do Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (INCOR/FM/USP), no município de São Paulo, durante o ano de 2004.

4.2 Amostra

A amostra constituiu-se de todos os voluntários usuários do INCOR que aceitaram participar da pesquisa entre os meses de abril e maio de 2004, às sextas-feiras das 13 às 17 horas. Foram convidados para fazer parte do estudo 50 indivíduos, dos quais, 20 desistiram de responder a pelo menos metade do questionário e três responderam até 50% do total de perguntas, sendo considerado parte da amostragem.

4.3 Critérios de seleção e exclusão

Foram convidados a participar do estudo todos os voluntários que não apresentaram algum quesito relativo aos critérios de exclusão.

Consideraram-se fatores de exclusão:

- Analfabetos – pela necessidade dos cartões com as Normas a serem lidas e entendidas.
- Pacientes portadores de problemas neurológicos, deficientes visuais e auditivos, pela impossibilidade de leitura dos cartões - com os passos para uma alimentação saudável proposta pelo sistema de pontos para o controle de colesterol e gordura no sangue - e de responder à entrevista.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre abril e maio de 2004, às sextas-feiras, das 13 às 17 horas, no ambulatório da instituição escolhida para o estudo.

4.5 Variáveis de Estudo

Para descrever as características da população e proceder ao levantamento de dados relativos à pesquisa, foram escolhidas as variáveis listadas abaixo, que poderão ser conferidas no instrumento utilizado para a coleta de dados:

Os aspectos demográficos e sociais serão analisados por meio das variáveis sexo, idade e escolaridade.

4.5.1 Sexo e idade

Os dados sobre sexo e idade dos participantes foram obtidos durante a entrevista. A idade foi calculada por meio da diferença entre a data de nascimento até a data da entrevista, em anos completos.

4.5.2 Escolaridade

O nível de escolaridade foi calculado em anos completos de estudo e posteriormente agrupados em:

- 1 - 4
- 5 – 8
- 9 –11
- 12 ou + anos

4.6 Procedimentos Metodológicos

Os indivíduos foram questionados pela nutricionista, autora deste estudo e por uma estudante do curso de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo previamente treinada, que registraram todas as respostas no questionário da pesquisa.

4.6.1 Avaliação dos passos para uma alimentação saudável proposta pelo sistema de pontos para o controle de colesterol e gordura no sangue

Para o desenvolvimento do presente estudo, seguiu-se a metodologia adaptada da pesquisa desenvolvida pelo Instituto Danone (OLIVEIRA e col. 2002). (Anexo IV)

Os participantes foram questionados quanto à compreensão dos passos para uma alimentação saudável proposta pelo sistema de pontos para o controle de colesterol e gordura no sangue.

Os entrevistados foram abordados ao acaso, no ambulatório da instituição, e questionados sobre a possibilidade de responder à pesquisa; se houvesse concordância, seria apresentado o primeiro cartão contendo o Passo número 1. *“Consumir uma alimentação variada”* e seguiria-se o rol de perguntas. O mesmo processo foi seguido com os 13 cartões. Para facilitar a leitura, foram confeccionados cartões em cartolina branca e com escritas em tinta preta

contendo os passos escritos com letras grandes (fonte nº 18), avaliados cada um por vez. A compreensão das mensagens foi realizada através de um questionário contendo perguntas fechadas e abertas.

As perguntas fechadas foram:

1. O(a) senhor(a) tem dúvida a respeito da orientação alimentar apresentada?
Sim ou Não;
2. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que a senhora acha que o(a) senhor(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação? Sim ou Não, se sim, qual?;
3. Quanto o(a) senhor(a) está de acordo com o que diz esta orientação?
Concorda totalmente, concorda parcialmente ou discorda;
4. O que as pessoas de maneira geral acharão desta orientação? Acreditarão totalmente, acreditarão parcialmente ou não acreditarão;
5. Qual a importância da orientação sobre alimentação apresentada para as pessoas? Muito importante, pouco importante ou não é importante.

6. Com relação à sua alimentação, qual a importância desta orientação sobre a alimentação apresentada? Sempre segue essa orientação, freqüentemente segue a orientação, quase nunca segue ou nunca segue a orientação.

4.6.2 Sugestões para o aperfeiçoamento dos passos para uma alimentação saudável proposta pelo sistema de pontos para o controle de colesterol e gordura no sangue

Os participantes da pesquisa foram questionados quanto a sugestão para o seu aperfeiçoamento através da pergunta aberta número 2 contida no questionário.

2. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocado para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação? Se SIM, qual?

4.7 Análise de dados

Os dados de interesse deste trabalho foram digitados em planilhas e armazenados no programa Microsoft EXCEL 1997 para Windows.

Os cálculos foram processados para se estabelecer os números e respectivas porcentagens dos dados que caracterizaram a população do estudo. Foram construídas tabelas de frequência para todas as respostas observadas que permitiram obter indicações dos resultados.

Cada uma das 13 orientações foi analisada para cada uma das seis perguntas do questionário de acordo com as três variáveis: sexo, idade e escolaridade dos entrevistados.

Na análise das perguntas foi realizado para cada variável o teste exato de Fisher ou sua extensão (AGRESTI 2002), adotando-se um nível de significância de 10% ($p < 0,10$). Através do valor de "p" (nível descritivo do teste de associação de Fisher) pôde-se verificar se a associação observada foi devido ao acaso (quando $p > 0,10$) ou uma grande probabilidade de não ser ao acaso (quando $p < 0,10$). Em outras palavras, aceita-se que existam diferenças entre as proporções apresentadas quando o valor de $p < 0,10$.

Todos estes procedimentos foram realizados com o "software" *R (GNU)*.

4.8 Parte Ética

De acordo com a resolução n.º 196 de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, há a necessidade de aprovação do Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP ou da entidade onde é realizada a pesquisa (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE 1996).

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Saúde Pública da USP, por meio do documento Of. COEP/191/03 (Anexo III). Desta forma, os indivíduos que participaram da pesquisa foram argüidos sobre a disponibilidade de participar da pesquisa, após terem sido informados do objetivo do estudo e de seus procedimentos, além do anonimato e da confidencialidade dos dados, bem como da possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento, sem apresentar motivos ou sofrer qualquer tipo de constrangimento. Também foi esclarecido que eles teriam plena liberdade de aceitar ou não, ficando cientes de que a negativa de adesão não lhes traria qualquer prejuízo.

Os indivíduos que aceitaram participar da pesquisa assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido conforme o ANEXO II.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da análise apresentados são os referentes às respostas obtidas de todas as treze orientações apresentadas aos entrevistados.

5.1 Características da população em estudo

Foram estudados 30 indivíduos. Destes, 8 (26,7%) eram do sexo masculino e 22 (73,3%), do feminino (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição da amostra segundo sexo dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Sexo	Freqüência	Porcentagem
Masculino	8	26,7
Feminino	22	73,3
Total	30	100

Em relação à escolaridade, 7 indivíduos (23,3%) tinham até 4 anos de estudo, os mesmos percentuais observados para até 8 anos e 12 ou mais anos de estudo, 9 indivíduos (30,1%) tinham até 11 anos de estudo, podendo ser definidos como um grupo bastante heterogêneo em relação a escolaridade (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição da amostra segundo escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Escolaridade	Freqüência	Porcentagem
1 - 4	7	23,3
5 - 8	7	23,3
9 - 11	9	30,1
12 ou mais	7	23,3
Total	30	100

A Idade média dos entrevistados foi 43,2 anos (DP= 12,66) e a idade mínima e máxima 20 e 78 anos, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição da amostra segundo a idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Idade	Frequência	Porcentagem
Até 45 anos	7	23,3
46 – 59 anos	18	60
60 anos ou +	9	16,7
Total	30	100

5.2 Distribuição da amostra quanto às respostas sobre as orientações, segundo sexo, idade e escolaridade.

5.2.1 Orientação 1: Consumir uma alimentação variada

Pôde ser constatado que 93,3% dos indivíduos referiram-se à terminologia utilizada de fácil compreensão (Tabela 4), pois apenas 6,7% da amostra não sabiam o que era uma alimentação variada, independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 4: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 1. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	2	6,7
Não	28	93,3
Total	30	100,0

As dúvidas relatadas por 6,7% dos indivíduos estão apresentadas a seguir (Quadro 2).

Quadro 2. Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 1. São Paulo, 2004.

Dúvida	Frequência
Não sabe o que é alimentação saudável	1
Carne de porco é saudável?	1
Total	2

Em relação à substituição de palavras na orientação, 86,7% dos indivíduos relataram que não havia necessidade de troca enquanto 13,3% disseram que alguma palavra deveria ser trocada (Tabela 5), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 5: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 1.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	4	13,3
Não	26	86,7
Total	30	100,0

As sugestões estão apresentadas a seguir (Quadro 3).

Quadro 3. Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 1. São Paulo, 2004.

Sugestões	Frequência
Complementar "com mais frequência".	2
Trocar a palavra variada por "mais colorida"	1
Trocar a palavra consumir	1
Total	4

Quanto à concordância com a orientação, 83,3% da amostra concordaram totalmente com a orientação da forma como foi apresentada (Tabela 6), reforçando sua fácil compreensão. Este dado foi independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 6: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 1. São Paulo, 2004.

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	25	83,3
Concorda parcialmente com essa orientação	4	13,3
Discorda dessa orientação	1	3,3
Total	30	100,0

Quando questionados sobre a importância da orientação, 96,7% dos indivíduos disseram ser muito importante (Tabela 7), reforçando a credibilidade da orientação 1, independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 7: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 1. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	27	90,0
Um pouco importante	3	10,0
Total	30	100,0

Em relação ao item “seguir a orientação” proposta, 40% dos indivíduos relataram que “sempre seguem” a orientação, 43,3% disseram “frequentemente seguir” a orientação e 16,7% disseram “nunca seguir” a orientação (Tabela 8), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 8: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 1. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	12	40,0
Freqüentemente segue	13	43,3
Quase nunca segue	5	16,7
Total	30	100,0

Os indivíduos que responderam que “freqüentemente ou quase nunca seguem a orientação” disseram não segui-la devido à falta de tempo (*“trabalho fora de casa”*), falta de recursos financeiros (*“pobre não tem uma alimentação certinha”, às vezes não tenho dinheiro pra comer direito*), hábitos alimentares (*“não consigo viver sem carne”, “adoro doces”*) e fatores pessoais (*“sou teimoso”*).

Tais resultados mostram que mesmo a mensagem sendo de fácil entendimento, de grande importância e credibilidade, a população nem sempre cumpre a orientação. Isso pode ser explicado por questões financeiras ou hábitos alimentares, sendo necessários mais estudos nessa área.

5.2.2 Orientação 2: Basear a alimentação no consumo de alimentos derivados de grãos e raízes, hortaliças e frutas.

Sobre a existência de dúvidas em relação a esta orientação, 27,6% dos indivíduos relataram apresentarem dúvidas em relação a esta orientação e 72,4% dos indivíduos disseram não apresentarem dúvidas (Tabela 9), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 9: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 2. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	8	27,6
Não	21	72,4
Total	29	100,0

Diante dos resultados acima, observou-se que mais de um quarto dos entrevistados não compreenderam totalmente a orientação 2, sendo que o desconhecimento do significado da palavra “**grãos**” foi o mais freqüente (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 2. São Paulo, 2004

Dúvida	Frequência
O que são grãos?	4
Posso tomar suco ao invés de comer frutas?	1
Macarrão é grão também?	1
Batata e mandioca podem ser fritas?	1
Está confuso	1
Total	8

Cerca de 30% deles sugeriram a substituição de palavras (Tabela 10), principalmente trocar a terminologia “**grãos e raízes**” por exemplos usuais: arroz, feijão, batata, mandioca, cenoura, lentilha, etc., apontando a necessidade de simplificar a linguagem da orientação, a fim de facilitar sua compreensão (Quadro 5).

Os resultados quanto à substituição de palavras foi independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 10: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 2. São Paulo, 2004.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	9	31,0
Não	20	69,0
Total	29	100,0

Quadro 5. Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras na orientação 2. São Paulo, 2004.

Sugestões	Frequência
Falaria quais os grão e raízes	7
Incluir a palavra “importante”	1
Trocar a palavra basear por consumir	1
Total	9

Quanto à concordância com a orientação, 86,7% dos indivíduos concordaram totalmente com a orientação, enquanto 13,3% concordaram parcialmente com a orientação (Tabela 11), independente das variáveis estudadas (Anexo VI).

Tabela 11: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 2. São Paulo, 2004.

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	26	86,7
Concorda parcialmente com essa orientação	4	13,3
Total	30	100,0

Quando questionados quanto à importância da orientação, 90% relataram ser muito importante e 10% disseram ser pouco importante a orientação para o controle do colesterol e gordura no sangue (Tabela 12), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 12: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 2. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	27	90,0
Um pouco importante	3	10,0
Total	30	100,0

Sobre o cumprimento da orientação pelos entrevistados, 46,7% dos indivíduos relataram sempre seguirem a orientação, 40% disseram freqüentemente seguirem a orientação e 13,3% disseram nunca seguirem essa orientação (Tabela 13), independente das variáveis estudadas (Anexo V). Nota-se aqui o mesmo fato em relação à orientação 1, onde existe dificuldade do cumprimento da orientação, mesmo quando ela é aceita e compreendida.

Tabela 13: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 2. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	14	46,7
Freqüentemente segue	12	40,0
Quase nunca segue	4	13,3
Total	30	100,0

Os indivíduos que responderam que “freqüentemente ou quase nunca seguem a orientação” disseram não segui-la devido a hábitos alimentares (*“não como frutas e verduras todos os dias”, “não gosto de verdura”, “exagero no macarrão e doces”*).

5.2.3 Orientação 3: Evitar a obesidade, mantendo o peso corporal desejável.

Avaliando a orientação 3, quando questionados sobre a existência de alguma dúvida na orientação, apenas 3,3% dos indivíduos relataram dúvidas, mas nota-se que não em relação à compreensão da orientação, mas em relação ao ideal de peso corpóreo (*“Qual o peso ideal?”*) (Tabela 14), independente das variáveis estudadas (Anexo V)

Como o estudo não utilizou a cartilha completa do Sistema de pontos para o controle do colesterol e gordura no sangue, que possui uma tabela de peso ideal de acordo com a altura (WHO, 1998), mas somente a mensagem em forma de cartões, pode-se dizer que essa dúvida seria facilmente esclarecida.

Tabela 14: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 3. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Freqüência	Porcentagem
Sim	1	3,3
Não	29	96,7
Total	30	100,0

Em relação à substituição de palavras na orientação, 10,3% dos indivíduos disseram que alguma palavra deveria ser trocada enquanto 89,7% relataram que não havia necessidade de troca (Tabela 15).

As respostas não tiveram relação entre o sexo, idade e escolaridade dos entrevistados (Anexo V)

Tabela 15: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 3. São Paulo, 2004.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	3	10,3
Não	26	89,7
Total	29	100,0

Uma das sugestões apresentadas foi a de substituir obesidade por “ficar gordo”, evidenciando a utilização da linguagem cotidiana como forma mais simples de expressão e conseqüente compreensão (Quadro 6).

Quadro 6. Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 6. São Paulo, 2004.

Sugestões	Frequência
Tocar a palavra obesidade por “ficar gordo”	2
Colocar “não abusar dos doces”	1
Total	3

Quanto à concordância com a orientação, 90% da amostra estudada concordaram totalmente com a orientação e 10% concordaram parcialmente, não havendo nenhum participante que discordou da orientação (Tabela 16).

Tabela 16: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 3. São Paulo, 2004.

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	27	90,0
Concorda parcialmente com essa orientação	3	10,0
Total	30	100,0

Tabela 17: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da orientação 3, segundo sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Concorda totalmente		Concorda parcialmente		Discorda		P
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,999
Masculino	7	87,5	1	12,5	0	0,0	
Feminino	20	90,9	2	9,1	0	0,0	
Idade							0,013
Até 45 anos	4	57,1	3	42,9	0	0,0	
46 a 59 anos	18	100,0	0	0,0	0	0,0	
60 anos ou +	5	100,0	0	0,0	0	0,0	
Escolaridade							0,999
1 – 4	7	100,0	0	0,0	0	0,0	
5 – 8	6	85,7	1	14,3	0	0,0	
9 – 11	8	88,9	1	11,1	0	0,0	
12 ou +	6	85,7	1	14,3	0	0,0	

p: nível descritivo

Observou-se que indivíduos com 46 anos ou mais concordaram mais com a orientação em relação aos com idade até 45 anos, $p = 0,013$ (Tabela 17, p: nível descritivo do teste de associação de Fisher). Tal relação pode ser devido ao fato de que pessoas com mais idade associarem a obesidade a dislipidemias, por já terem consultado um médico, enquanto indivíduos mais novos associem obesidade a estética e não a problemas de saúde.

Em relação à relevância (total ou parcial) da orientação, todos os indivíduos a acharam importante (Tabela 18), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 18: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 3. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	29	96,7
Um pouco importante	1	3,3
Total	30	100,0

Quando questionados sobre o cumprimento da orientação, um pouco mais de 50% dos indivíduos relataram que sempre seguem a orientação, percentual menor do que observado na mesma questão em relação às orientações 1 e 2 (Tabela 19), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 19: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 3. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	17	56,7
Freqüentemente segue	6	20,0
Quase nunca segue	3	10,0
Nunca segue	4	13,3
Total	30	100,0

Isso pode refletir a dificuldade dos indivíduos em manter o peso ideal, apontando a alta prevalência de obesidade como encontrada na população, na qual os dados divulgados pelo Ministério da Saúde revelaram que o Brasil apresenta 32% da população adulta com sobrepeso ou obesidade (IMC superior a 25Kg/m²).

Os indivíduos que responderam que “freqüentemente ou quase nunca seguem a orientação” disseram não segui-la devido a hábitos alimentares (“*abuso dos doces*”) e fatores pessoais (“*sou relaxado*” e “*sou descuidado*”).

5.2.4 Orientação 4: Praticar atividades físicas regularmente e com orientação.

A orientação 4 apresentou um alto grau de entendimento pela população, cerca de 93% não apresentaram dúvidas (Tabela 20), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 20: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 4. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	2	6,7
Não	28	93,3
Total	30	100,0

A dúvida relatada pelos indivíduos sobre a orientação 4 foi ***“praticar atividade física com a orientação de quem?”***.

Considerando a necessidade de troca de palavras, 4 indivíduos sugeriram complementar a orientação (Tabela 21), o que esclareceria a única dúvida relatada pelos entrevistados que não sabiam qual profissional orienta a prática de atividade física (Quadro 7), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 21: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 4. São Paulo, 2004.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	4	13,3
Não	26	86,7
Total	30	100,0

As sugestões para troca de palavras estão descritas a seguir (Quadro 7).

Quadro 7. Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 4. São Paulo, 2004.

Sugestões	Frequência
Falaria "com orientação médica"	2
Falaria "com um especialista"	1
Falaria "com um Prof. De Ed. Física"	1
Total	4

Em relação a quanto os indivíduos estavam de acordo com a orientação, a maioria dos entrevistados (93,3%) concordou totalmente (Tabela 22), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 22: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 4. São Paulo, 2004

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	28	93,3
Concorda parcialmente com essa orientação	2	6,7
Total	30	100,0

O alto grau de entendimento da orientação 4 foi confirmado pela pergunta seguinte, em relação à importância da orientação, na qual apenas 6,7% dos indivíduos disseram ser "um pouco importante" (Tabela 23), independente das três variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 23: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 4. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	28	93,3
Um pouco importante	2	6,7
Total	30	100,0

Embora a orientação tenha sido considerada muito importante por grande parte da população, metade dos indivíduos entrevistados disse quase nunca ou nunca seguir a orientação (Tabela 24), independente das variáveis estudadas (Anexo V) - fato que evidencia o grande número de pessoas sedentárias no país.

Os resultados confirmam o estudo realizado por MATSUDO e col. (2002), que encontraram uma porcentagem de 46% de indivíduos que não cumpriram as recomendações de atividade física, analisando 29 cidades no estado de São Paulo, apesar das distintas metodologias adotadas.

Tabela 24: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 4. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	13	43,3
Freqüentemente segue	2	6,7
Quase nunca segue	4	13,3
Nunca segue	11	36,7
Total	30	100,0

Os indivíduos que responderam que “freqüentemente ou quase nunca seguem a orientação”, disseram não segui-la devido a falta de tempo ou hábito

5.2.5 Orientação 5: Selecionar uma dieta com baixa quantidade de gordura, colesterol e gordura saturada.

Resultados relativos à orientação alimentar 5, quanto à dúvida dos entrevistados, 34,4% dos entrevistados afirmaram terem dúvidas quanto à orientação 5 (Tabela 25).

Tabela 25: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 5. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	10	34,5
Não	19	65,5
Total	29	100,0

Este dado mais significativo para indivíduos com menor tempo de estudo (85,7%) em relação àqueles com maior tempo de escolaridade; 14,3% para indivíduos que estudaram entre 5 e 8 anos, 22,2% para àqueles com tempo de estudo entre 9 a 11 anos e 16,7% para aqueles com 12 anos ou mais de escolaridade, $p=0,012$ (Tabela 26, p: nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 26: Distribuição da amostra quanto à dúvida sobre a orientação 5, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Sexo					0,675
Masculino	2	25,0	6	75,0	
Feminino	8	38,1	13	61,9	
Idade					0,476
Até 45 anos	1	16,7	5	83,3	
46 a 59 anos	8	44,4	10	55,6	
60 anos ou +	1	20,0	4	80,0	
Escolaridade					0,012
1 – 4	6	85,7	1	14,3	
5 – 8	1	14,3	6	85,7	
9 – 11	2	22,2	7	77,8	
12 ou +	1	16,7	5	83,3	

p: nível descritivo

Tal observação pode demonstrar que o baixo nível de compreensão da população de menor escolaridade é devido a utilização de expressões pouco usuais, reforçado pela alta porcentagem de dúvidas.

A dúvida de maior frequência relatada pelos entrevistados foi sobre o significado do termo “**gordura saturada**” (Quadro 8).

Quadro 8. Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 5. São Paulo, 2004

Dúvida	Frequência
O que é gordura saturada e/ou colesterol?	8
Como medir a quantidade de colesterol ?	2
Total	10

Com o objetivo de melhorar a orientação 41,1% dos entrevistado fariam algum tipo de mudança (Tabela 27), e a sugestão relatada por todos eles foi ***“Explicar o que é colesterol e gordura saturada”***.

Tabela 27: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 5. São Paulo, 2004

Alguma palavra deve ser trocada?	Freqüência	Porcentagem
Sim	12	41,4
Não	17	58,6
Total	29	100,0

Tal como observado na orientação 2, em que a amostra sugeriu trocar conceitos científicos e/ou pouco usuais, nesta orientação também observou-se a necessidade de substituição por termos coloquiais, a fim de que toda a população compreenda a orientação, sendo este dado mais significativo para indivíduos do sexo feminino se comparado aos do sexo masculino, $p=0,093$ (Tabela 28).

Tabela 28: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na orientação 5, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Sexo					0,093
Masculino	1	12,5	7	87,5	
Feminino	11	52,4	10	47,6	
Idade					0,206
Até 45 anos	1	16,7	5	83,3	
46 a 59 anos	10	55,6	8	44,4	
60 anos ou +	1	20,0	4	80,0	
Escolaridade					0,439
1 – 4	4	57,1	3	42,9	
5 – 8	1	14,3	6	85,7	
9 – 11	4	44,4	5	55,6	
12 ou +	3	50,0	3	50,0	

p: nível descritivo

Parece que as mulheres se mostraram mais solícitas à sugestões do que os homens, além de demonstraram mais preocupação na compreensão da orientação.

Quanto à concordância com a orientação, 96,6% concordaram totalmente com a orientação, enquanto 3,4% concordaram parcialmente com a orientação (Tabela 29), independente do sexo, idade e escolaridade dos entrevistados (Anexo V).

Tabela 29: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 5. São Paulo, 2004

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	28	96,6
Concorda parcialmente com essa orientação	1	3,4
Total	29	100,0

Quando questionados quanto à importância da orientação, todos os indivíduos disseram ser muito importante a orientação para o controle do colesterol e gordura no sangue.

Ao analisar a periodicidade dos entrevistados em seguirem a orientação, verificou-se que a porcentagem dos que “sempre e/ou freqüentemente seguem” foi de 75,8% em relação aos 24,1% que “nunca e/ou quase nunca a seguem” (Tabela 30).

Tabela 30: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 5. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Freqüência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	17	58,6
Freqüentemente segue	5	17,2
Quase nunca segue	6	20,7
Nunca segue	1	3,4
Total	29	100,0

A escolaridade influenciou significativamente nas respostas dos entrevistados, sendo que os indivíduos de menor escolaridade dizem cumprir mais a orientação em relação àqueles de maior escolaridade, $p = 0,010$, (Tabela 31, p : nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 31: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da orientação 5, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Sempre segue		Frequentemente		Quase nunca		Nunca		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Masculino	4	50,0	1	12,5	2	25,0	1	12,5	0,499
Feminino	13	61,9	4	19,0	4	19,0	0	0,0	
Idade									
Até 45 anos	3	50,0	2	33,3	1	16,7	0	0,0	0,910
46 a 59 anos	10	55,6	3	16,7	4	22,2	1	5,6	
60 anos ou +	4	80,0	0	0,0	1	20,0	0	0,0	
Escolaridade									
1 – 4	6	85,7	0	0,0	0	0,0	1	14,3	0,010
5 – 8	5	71,4	0	0,0	2	28,6	0	0,0	
9 – 11	2	22,2	5	55,6	2	22,2	0	0,0	
12 ou +	4	66,7	0	0,0	2	33,3	0	0,0	

Como a orientação apresentou alta porcentagem de dúvidas e esta também foi mais significativa para os entrevistados com menor grau de escolaridade, o cumprimento da orientação apresentou resultados antagônicos, mostrando que indivíduos com menor grau de escolaridade cumprem mais a orientação. Este fato pode ser explicado pelo constrangimento dos indivíduos que mesmo após o esclarecimento, não entenderam realmente a orientação e, a fim de evitar maiores explicações, disseram cumprir a orientação.

5.2.6 Orientação 6: Fracionar a dieta, fazendo três refeições e dois lanches entre elas, escolhendo alimentos saudáveis.

Na população avaliada foi constatado que 65,5% não demonstraram dúvida a respeito desta orientação (Tabela 32).

Tabela 32: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 6. São Paulo, 2004

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	10	34,5
Não	19	65,5
Total	29	100,0

Os 34,5% dos indivíduos que tiveram dúvidas relataram não saber o significado da palavra “*fracionar*”.

Este dado foi mais significativo para os indivíduos com até 4 anos de estudo comparado com aqueles com 12 ou mais anos de estudo, $p=0,020$, (Tabela 33, p : nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 33: Distribuição da amostra quanto à dúvida sobre a orientação 6, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004

Características	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Sexo					0,675
Masculino	2	25,0	6	75,0	
Feminino	8	38,1	13	61,9	
Idade					0,476
Até 45 anos	1	16,7	5	83,3	
46 a 59 anos	8	44,4	10	55,6	
60 anos ou +	1	20,0	4	80,0	
Escolaridade					0,020
1 – 4	5	71,4	2	28,6	
5 – 8	0	0,0	7	100,0	
9 – 11	4	44,4	5	55,6	
12 ou +	1	16,7	5	83,3	

p: nível descritivo

Assim como observado na orientação 5, a utilização de termos pouco usuais como “*fracionar*”, pode causar mais dúvidas na população de menor grau de escolaridade e portanto dificultar sua compreensão.

Em relação à substituição de palavras na orientação, 51,7% dos indivíduos disseram que alguma palavra deveria ser trocada (Tabela 34) e a maioria deles sugeriu que o termo *fracionar* fosse trocado por *dividir* (Quadro 9), fato que poderia esclarecer à parte dos indivíduos que relataram dúvidas na compreensão da orientação, independente das três variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 34: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 6. São Paulo, 2004

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	15	51,7
Não	14	48,3
Total	29	100,0

Quadro 9. Distribuição de sugestões quanto à troca de palavras da orientação 6. São Paulo, 2004.

Sugestões	Frequência
Substituir fracionar por dividir	8
Acrescentaria "dois lanches de frutas"	4
Mudaria para comer mais vezes e menos alimentos	2
Acrescentaria "comer nas horas certas"	1
Total	15

Quanto à concordância com a orientação, 79,5% dos indivíduos concordaram totalmente com a orientação (Tabela 35).

Tabela 35: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 6. São Paulo, 2004.

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	23	79,3
Concorda parcialmente com essa orientação	5	17,2
Discorda dessa orientação	1	3,4
Total	29	100,0

Este dado foi mais significativo para os indivíduos do sexo feminino em relação aos indivíduos do sexo masculino, $p=0,089$, bem como para indivíduos com idade até 45 anos em relação àqueles com mais de 60 anos de idade, $p=0,095$ (Tabela 36, p: nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 36: Distribuição da amostra quanto à concordância com a orientação 6, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Concorda totalmente		Concorda parcialmente		Discorda		P
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,089
Masculino	7	87,5	0	0,0	1	12,5	
Feminino	16	76,2	5	23,8	0	0,0	
Idade							0,095
Até 45 anos	6	100,0	0	0,0	0	0,0	
46 a 59 anos	13	72,2	5	27,8	0	0,0	
60 anos ou +	4	80,0	0	0,0	1	20,0	
Escolaridade							0,535
1 – 4	6	85,7	1	14,3	0	0,0	
5 – 8	6	85,7	0	0,0	1	14,3	
9 – 11	6	66,7	3	33,3	0	0,0	
12 ou +	5	83,3	1	16,7	0	0,0	

p: nível descritivo

Tal relação pode refletir uma maior preocupação das mulheres, que muitas vezes são as responsáveis pela formação dos hábitos alimentares da família, em concordar com a orientação, além de se preocuparem mais com a saúde de seus familiares e possuírem maior acesso a informações quanto ao controle de colesterol e gordura no sangue.

Como o conceito de comer mais vezes durante o dia e em menor quantidade é ainda “recente”, pessoas com mais idade ainda têm o hábito de fazer

apenas três refeições, e portanto não concordarem com a orientação como os indivíduos de menor faixa etária.

Quanto ao grau de importância da orientação, 79,3% dos indivíduos disseram ser muito importante (Tabela 37).

Tabela 37: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 6. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	26	89,7
Um pouco importante	1	3,4
Não é importante	2	6,9
Total	29	100,0

Este dado foi mais significativo para os indivíduos do sexo feminino em relação ao masculino, $p=0,017$ (Tabela 38, p : nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 38: Distribuição da amostra quanto à importância da orientação 6, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Muito importante		Pouco importante		Não importante		é P
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	5	62,5	1	12,5	2	25,0	0,017
Feminino	21	100,0	0	0,0	0	0,0	
Idade							
Até 45 anos	6	100,0	0	0,0	0	0,0	0,120
46 a 59 anos	17	94,4	0	0,0	1	5,6	
60 anos ou +	3	60,0	1	20,0	1	20,0	
Escolaridade							
1 – 4	6	85,7	0	0,0	1	14,3	0,472
5 – 8	5	71,4	1	14,3	1	14,3	
9 – 11	9	100,0	0	0,0	0	0,0	
12 ou +	6	100,0	0	0,0	0	0,0	

p: nível descritivo

Como comentado anteriormente, essa relação pode ser explicada pela maior preocupação das mulheres em relação aos hábitos alimentares da família, além de possuírem maior curiosidade e interesse em informações relativas a saúde podendo refletir a importância da orientação para o controle do colesterol e gordura no sangue.

Sobre o cumprimento da orientação pelos entrevistados, 34,5% dos entrevistados disseram “sempre” seguirem a orientação (Tabela 39).

Observou-se uma alta porcentagem de não cumprimento da orientação; muitos dos entrevistados relataram “falta de tempo” e “falta de condições financeiras” para seguir a orientação.

Tabela 39: Distribuição dos indivíduos quanto ao cumprimento da Orientação 6. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	10	34,5
Frequentemente segue	6	20,7
Quase nunca segue	9	31,0
Nunca segue	4	13,8
Total	29	100,0

Este dado foi mais significativo para os indivíduos com menor grau de instrução em relação àqueles com mais tempo de estudo, $p=0,048$ (Tabela 40, p : nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 40: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da orientação 6, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Sempre segue		Frequen- temente		Quase nunca		Nunca		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Masculino	3	37,5	1	12,5	4	50,0	0	0,0	0,491
Feminino	7	33,3	5	23,8	5	23,8	4	19,0	
Idade									
Até 45 anos	2	33,3	3	50,0	0	0,0	1	16,7	0,295
46 a 59 anos	6	33,3	3	16,7	6	33,3	3	16,7	
60 anos ou +	2	40,0	0	0,0	3	60,0	0	0,0	
Escolaridade									
1 – 4	5	71,4	0	0,0	1	14,3	1	14,3	0,048
5 – 8	1	14,3	1	14,3	5	71,4	0	0,0	
9 – 11	1	11,1	3	33,3	3	33,3	2	22,2	
12 ou +	3	50,0	2	33,3	0	0,0	1	16,7	

Essa relação observada entre indivíduos de menor escolaridade que disseram “sempre seguir” a orientação, pode ser explicada pelos mesmos motivos relatados na orientação 5, onde o constrangimento da não compreensão da orientação pode ter influenciado na resposta quanto ao seu cumprimento.

5.2.7 Orientação 7: Evitar o consumo de frituras.

Os resultados relativos à orientação 7 mostraram que 96,4% dos indivíduos não tiveram dúvidas a respeito da orientação alimentar (Tabela 41), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

A única dúvida relatada (*“Não pode nem de vez em quando?”*) não dizia respeito ao entendimento da orientação, mas sim sobre a possibilidade de cumprimento eventual da orientação, revelando a facilidade de sua compreensão.

Tabela 41: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 7. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	1	3,6
Não	27	96,4
Total	28	100,0

Quando questionados sobre a substituição de palavras na orientação, 92,6% dos indivíduos relataram que não havia necessidade de troca (Tabela 42).

Tabela 42: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 7.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	2	7,4
Não	25	92,6
Total	27	100,0

Este dado foi mais significativo para os indivíduos do sexo masculino em relação aos do sexo feminino, $p=0,060$ (Tabela 43, p: nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 43: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavras na orientação 7, segundo, sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Sexo					0,060
Masculino	2	28,6	5	71,4	
Feminino	0	0,0	20	100,0	
Idade					0,569
Até 45 anos	1	20,0	4	80,0	
46 a 59 anos	1	5,6	17	94,4	
60 anos ou +	0	0,0	4	100,0	
Escolaridade					0,999
1 – 4	1	14,3	6	85,7	
5 – 8	0	0,0	6	100,0	
9 – 11	1	11,1	8	88,9	
12 ou +	0	0,0	5	100,0	

p: nível descritivo

A relação apresentada entre o sexo e a sugestão de troca de palavras pode ser explicada pelo fato de que as mulheres são geralmente as responsáveis pela elaboração das refeições e o termo “*fritura*” é muito usual e comum na culinária brasileira, enquanto os homens podem necessitar explicações *diretas* (“*Evitar coxinha, lingüiça, etc.*”) para melhor compreensão da orientação.

Quanto à aceitação da orientação, todos os indivíduos concordaram totalmente com a orientação, assim como com a importância da orientação para o controle de colesterol e gordura no sangue.

Tais observações demonstram que a população associa o termo “fritura” ao colesterol e, portanto, revela que esta orientação é a mais compreensível e aceita pela amostra estudada.

Apesar de a população aceitar e entender a orientação, um número significativo dos entrevistados (44,4%) disse não seguir sempre a orientação (Tabela 44), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 44: Distribuição dos indivíduos quanto ao cumprimento da Orientação 7. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Freqüência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	15	55,6
Freqüentemente segue	5	18,5
Quase nunca segue	5	18,5
Nunca segue	2	7,4
Total	27	100,0

Os indivíduos que disseram não seguirem sempre a orientação revelaram que não as seguem devido a hábitos alimentares (*“É difícil não comer coisas fritas”, “batata frita é tão gostosa”*).

5.2.8 Orientação 8: Consumir produtos de origem animal moderadamente.

Considerando a dúvida a respeito desta orientação, 79,3% dos entrevistados não tiveram dúvidas (Tabela 45), independente das variáveis estudadas (Anexo V). As dúvidas mais freqüentes foram a respeito dos termos “produto” e “moderadamente” (Quadro 10), observando-se, mais uma vez, a necessidade de trocar termos pouco usuais por palavras do dia-a-dia da população.

Tabela 45: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 8. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Freqüência	Porcentagem
Sim	6	20,7
Não	23	79,3
Total	29	100,0

Quadro 10. Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 8. São Paulo, 2004.

Dúvida	Freqüência
O que é produto?	2
O que é moderadamente?	3
Produto é a gordura da carne vermelha?	1
Total	6

Em relação à substituição de palavras na orientação, 25% dos indivíduos disseram que a orientação deveria ser substituída por “*Coma menos carne vermelha*”, independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Podemos notar que a população associa produtos de origem animal somente às carnes, não mencionando ovos, leite, manteiga, queijo, creme de leite, embutidos (presunto, salsicha) e outros normalmente consumidos.

Quanto à concordância com a orientação, 78,6% dos indivíduos concordaram totalmente com a orientação e 21,4% concordaram parcialmente (Tabela 46).

Tabela 46: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 8. São Paulo, 2004.

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	22	78,6
Concorda parcialmente com essa orientação	6	21,4
Total	28	100,0

Houve associação entre a idade do entrevistado e a concordância da orientação, indivíduos com $p=0,073$ (Tabela 47, p: nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 47: Distribuição da amostra quanto à concordância com a orientação 8, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Concorda totalmente		Concorda parcialmente		Discorda		P
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,999
Masculino	6	85,7	1	14,3	0	0,0	
Feminino	16	76,2	5	23,8	0	0,0	
Idade							0,073
Até 45 anos	3	50,0	3	50,0	0	0,0	
46 a 59 anos	16	88,9	2	11,1	0	0,0	
60 anos ou +	3	75,0	1	25,0	0	0,0	
Escolaridade							0,408
1 – 4	7	100,0	0	0,0	0	0,0	
5 – 8	4	66,7	2	33,3	0	0,0	
9 – 11	6	66,7	3	33,3	0	0,0	
12 ou +	5	83,3	1	16,7	0	0,0	

p: nível descritivo

Assim como observado na orientação 3, os indivíduos de mais idade, talvez por terem mais chance de apresentarem problemas de saúde e possivelmente já recebido algum tipo de orientação a respeito da relação entre o consumo de carne e o aumento de colesterol e gordura no sangue, concordem mais com a orientação do que indivíduos de menor faixa etária.

Quando questionados quanto à importância da orientação, 78,6% dos indivíduos disseram ser muito importante, 17,9% dos indivíduos disseram ser pouco importante e 3,6% dos indivíduos não acharam a orientação importante (Tabela 48), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 48: Distribuição dos indivíduos quanto à importância da Orientação 8. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	22	78,6
Um pouco importante	5	17,9
Não é importante	1	3,6
Total	28	100,0

Sobre o cumprimento da orientação pelos entrevistados 57,1% dos indivíduos relataram sempre seguirem a orientação, 21,4% disseram freqüentemente seguir a orientação, 17,9% disseram quase nunca seguir esta orientação e 3,6% disseram nunca seguir (Tabela 49).

Tabela 49: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 8. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	16	57,1
Freqüentemente segue	6	21,4
Quase nunca segue	5	17,9
Nunca segue	1	3,6
Total	28	100,0

Os indivíduos que disseram não seguir sempre a orientação revelaram que não as seguem devido a hábitos alimentares (*"não consigo viver sem churrasco", "a gente tem que comer carne"*).

Este dado foi mais significativo para indivíduos com menor grau de escolaridade em relação aos que tinham maior tempo de estudo, $p=0,086$ (Tabela 50, p : nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 50: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da orientação 8, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Sempre segue		Frequen- temente		Quase nunca		Nunca		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexo									
Masculino	4	57,1	1	14,3	2	28,6	0	0,0	0,770
Feminino	12	57,1	5	23,8	3	14,3	1	4,8	
Idade									
Até 45 anos	2	33,3	3	50,0	1	16,7	0	0,0	0,495
46 a 59 anos	11	61,1	2	11,1	4	22,2	1	5,6	
60 anos ou +	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	
Escolaridade									
1 – 4	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0,086
5 – 8	2	33,3	2	33,3	1	16,7	1	16,7	
9 – 11	5	55,6	3	33,3	1	11,1	0	0,0	
12 ou +	2	33,3	1	16,7	3	50,0	0	0,0	

Como comentado em outras orientações, o constrangimento pela não compreensão da pode ter refletido na resposta em relação ao cumprimento da orientação, já que esta apresentou dúvidas quanto ao seu entendimento.

5.2.9 Orientação 9: Preferir carnes magras e retirar gorduras visíveis.

A Tabela 51 mostra que 93,1% dos entrevistados não tiveram dúvidas sobre a forma de como a orientação 9 foi redigida, independente das três variáveis estudadas (Anexo V). As dúvidas relatadas pelos indivíduos foram ***“Visível é a gordura das beiradas?”*** e ***“Fígado é carne magra?”***.

Tabela 51: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 9. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	2	6,9
Não	27	93,1
Total	29	100,0

Em relação à substituição de palavras na orientação, apenas 6,9% dos indivíduos disseram que alguma palavra deveria ser trocada a fim de facilitar o entendimento da orientação (Tabela 52), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

A sugestão foi incluir a palavra ***“sempre”*** na orientação, com o intuito de ressaltar a importância da mensagem para o controle de colesterol e gordura no sangue.

Tabela 52: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 9. São Paulo, 2004.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	2	6,9
Não	27	93,1
Total	29	100,0

Quanto à concordância com a orientação, 93,1% dos indivíduos concordaram totalmente (Tabela 53).

Tabela 53: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 9. São Paulo, 2004.

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	27	93,1
Concorda parcialmente com essa orientação	2	6,9
Total	29	100,0

Este dado foi mais significativo para indivíduos do sexo masculino em relação aos do sexo feminino, $p=0,069$ (Tabela 54, p: nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 54: Distribuição da amostra quanto à concordância com a orientação 9, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Concorda totalmente		Concorda parcialmente		Discorda		P
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							0,069
Masculino	6	75,0	2	25,0	0	0,0	
Feminino	21	100,0	0	0,0	0	0,0	
Idade							0,144
Até 45 anos	5	83,3	1	16,7	0	0,0	
46 a 59 anos	18	100,0	0	0,0	0	0,0	
60 anos ou +	4	80,0	1	20,0	0	0,0	
Escolaridade							0,999
1 – 4	7	100,0	0	0,0	0	0,0	
5 – 8	6	85,7	1	14,3	0	0,0	
9 – 11	8	88,9	1	11,1	0	0,0	
12 ou +	6	100,0	0	0,0	0	0,0	

p: nível descritivo

Pelos mesmos motivos relatados anteriormente em que as mulheres têm mais acesso a informação sobre a importância da alimentação na saúde da família, além de serem as responsáveis pela elaboração das refeições, estes fatores podem ter contribuído para a melhor compreensão e a concordância com a orientação.

Quando questionados quanto à importância da orientação, 96,6% dos indivíduos disseram ser muito importante e apenas 3,4% acharam a orientação pouco importante (Tabela 55), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 55: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 9. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	28	96,6
Não é importante	1	3,4
Total	29	100,0

Sobre o cumprimento da orientação pelos entrevistados, 69% dos indivíduos relataram sempre seguir a orientação, 20,7% disseram freqüentemente seguir a orientação e 10,3% relataram nunca ou quase nunca seguir a orientação (Tabela 56), independente das variáveis estudadas (Anexo V). Aqueles que disseram não seguir sempre a orientação revelaram que não as seguem devido a hábitos alimentares (*“came sem gordura fica sem gosto”*).

Tabela 56: Distribuição dos indivíduos quanto ao cumprimento da Orientação 9. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	20	69,0
Freqüentemente segue	6	20,7
Quase nunca segue	2	6,9
Nunca segue	1	3,4
Total	29	100,0

5.2.10 Orientação 10: Consumir açúcar e doces com moderação.

Sobre a existência de dúvidas em relação a esta orientação, todos os indivíduos disseram não apresentarem dúvidas.

Em relação à substituição de palavras na orientação, 96,6% dos indivíduos relataram que não havia necessidade de troca (Tabela 57), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 57: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 10. São Paulo, 2004.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	1	3,4
Não	28	96,6
Total	29	100,0

A sugestão foi substituir a orientação por ***“Consumir pouco açúcar e doces”***. Observando-se que, da mesma maneira que ocorreu em relação às orientações 2 (basear a alimentação no consumo de alimentos derivados de grãos e raízes, hortaliças e frutas), 3 (evitar a obesidade, mantendo o peso desejável), 5 (selecionar uma dieta com baixa quantidade de gordura, colesterol e gordura saturada), 6 (fracionar a dieta, fazendo três refeições e dois lanches entre elas, escolhendo alimentos saudáveis) e 8 (consumir produtos de origem animal moderadamente), os indivíduos sugeriram a troca de vocábulos cultos por termos

mais coloquiais e fáceis de serem compreendidos - fator que pode também aumentar a credibilidade, a importância e o cumprimento da orientação.

Quanto à concordância com a orientação, nenhum entrevistado discordou da orientação, sendo que a grande maioria deles (93,1%) concordou totalmente (Tabela 58), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 58: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 10. São Paulo, 2004.

Concordância com a orientação	Freqüência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	27	93,1
Concorda parcialmente com essa orientação	2	6,9
Total	29	100,0

Quando questionados quanto à importância da orientação, 89,7% dos indivíduos disseram ser muito importante, 6,9% disseram ser um pouco importante e apenas 3,4% acharam que a orientação não é importante (Tabela 59), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tais dados demonstraram que a orientação apresentou visível credibilidade, apesar de o mesmo não ter ocorrido em relação à sua importância. Esta questão pode ser explicada pelo fato de que as pessoas associam o consumo de açúcar ao *diabetes* e não ao controle de colesterol.

Tabela 59: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 10. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	26	89,7
Um pouco importante	2	6,9
Não é importante	1	3,4
Total	29	100,0

Sobre o cumprimento da orientação pelos entrevistados, 65,5% dos indivíduos relataram sempre seguir a orientação, 13,8% disseram freqüentemente seguir a orientação e 20,7 % disseram nunca ou quase nunca seguir essa orientação (Tabela 60), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Assim como observado em grande parte das orientações, a maioria da população estudada achou importante, acreditou e concordou com as mensagens propostas, embora o mesmo não tenha ocorrido quando questionada sobre o cumprimento da orientação, o que revelou que nem sempre o que é compreendido e aceito é seguido, talvez em razão de hábitos alimentares incorretos (*“adoro doces”, “abuso de chocolate”*).

Tabela 60: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 10. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	19	65,5
Freqüentemente segue	4	13,8
Quase nunca segue	4	13,8
Nunca segue	2	6,9
Total	29	100,0

5.2.11 Orientação 11: Reduzir o consumo de sal

Sobre a existência de dúvidas em relação a esta orientação, 6,9% dos indivíduos relataram apresentar dúvidas (Tabela 61), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Porém, tal como ocorrido na orientação 3 (Evitar o consumo de frituras), as dúvidas não eram sobre a sua compreensão, e sim sobre a quantidade e/ou periodicidade da orientação (Quadro 11).

Tabela 61: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 11. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	2	6,9
Não	27	93,1
Total	29	100,0

Quadro 11. Distribuição das dúvidas apresentadas quanto à orientação 11. São Paulo, 2004.

Dúvida	Frequência
É só uma pitadinha?	1
Qual a quantidade ideal?	1
Total	2

Em relação à substituição de palavras na orientação, 10,7% dos indivíduos disseram que alguma palavra deveria ser trocada (Tabela 62).

A sugestão relatada foi substituir o *reduzir* por *diminuir*.

Tabela 62: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 11. São Paulo, 2004.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	3	10,7
Não	25	89,3
Total	28	100,0

Este dado foi mais significativo para indivíduos com escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo $p=0,093$, (Tabela 63, p: nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 63: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavras na orientação 11, segundo, sexo, escolaridade e idade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Sim		Não		P
	N	%	N	%	
Sexo					0,536
Masculino	0	0,0	8	100,0	
Feminino	3	15,0	17	85,0	
Idade					0,754
Até 45 anos	0	0,0	6	100,0	
46 a 59 anos	3	17,6	14	82,4	
60 anos ou +	0	0,0	5	100,0	
Escolaridade					0,093
1 – 4	0	0,0	7	100,0	
5 – 8	0	0,0	7	100,0	
9 – 11	3	33,3	6	66,7	
12 ou +	0	0,0	5	100,0	

p: nível descritivo

A associação observada entre o tempo de estudo e a sugestão de troca de palavras pode ser explicada pelo nível cultural da população. Esses indivíduos cursaram o ensino médio e apesar de compreenderem a orientação, sugeriram a utilização de palavras mais "comuns" do vocabulário.

Quanto à concordância, 93,1% dos indivíduos concordaram totalmente e 6,9% parcialmente (Tabela 64), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 64: Distribuição da amostra quanto à concordância com a Orientação 11. São Paulo, 2004.

Concordância com a orientação	Frequência	Porcentagem
Concorda totalmente com essa orientação	27	93,1
Concorda parcialmente com essa orientação	2	6,9
Total	29	100,0

Quando questionados quanto à importância da orientação, apenas 6,9% dos entrevistados acharam a orientação pouco importante (Tabela 65), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 65: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 11. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	27	93,1
Um pouco importante	2	6,9
Total	29	100,0

Sobre o cumprimento da orientação pelos entrevistados, 82,8% dos indivíduos relataram sempre ou freqüentemente seguir a orientação e 6,9% disseram quase nunca seguir esta orientação (Tabela 66), independente das variáveis estudadas (Anexo V)

O alto percentual de cumprimento observado foi relatado pelos entrevistados devido à presença de hipertensão do mesmo ou de algum familiar, fator comum em pessoas com a média de idade dos entrevistados.

Tabela 66: Distribuição dos indivíduos quanto ao cumprimento da Orientação 11. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	23	79,3
Freqüentemente segue	4	13,8
Quase nunca segue	2	6,9
Total	29	100,0

5.2.12 Orientação 12: Limitar o consumo de álcool, se ingerir, faça-o com moderação.

Sobre a existência de dúvidas em relação a esta orientação, 10,7% dos indivíduos relataram apresentar dúvidas (Tabela 67), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

A dúvida relatada pelos indivíduos foi em relação à quantidade a ser ingerida (*"quanto posso tomar?"*) e não ao entendimento da orientação, fato comentado em outros casos citados.

Tabela 67: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 12. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	3	10,7
Não	25	89,3
Total	28	100,0

Quando questionados sobre a substituição de palavras na orientação, 20,7% dos indivíduos disseram que alguma palavra deveria ser trocada (Tabela 68), independente das variáveis estudadas (Anexo V). A maioria das sugestões relatou o fato da intolerância à bebida alcoólica, expressada por termos como *"parar de beber"* e *"nunca beber"* (Quadro 12).

Tabela 68: Distribuição da amostra quanto à substituição de palavra na Orientação 12. São Paulo, 2004.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	8	20,7
Não	23	79,3
Total	29	100,0

Quadro 12. Distribuição das sugestões quanto à troca de palavras da orientação 12. São Paulo, 2004.

Dúvida	Frequência
Trocaria limitar por deixar, parar, nunca beber	4
Trocaria com moderação por pouco ou menos	2
Total	6

Quanto à concordância com a orientação, todos os indivíduos concordaram totalmente com a orientação.

Quando questionados quanto à importância da orientação, 82,8% indivíduos disseram ser muito importante e 17,2% acharam a orientação pouco importante (Tabela 69)

Tabela 69: Distribuição da amostra quanto à importância da Orientação 12. São Paulo, 2004.

Importância da orientação	Frequência	Porcentagem
Muito importante	24	82,8
Um pouco importante	5	17,2
Total	29	100,0

Estes dados foram mais significativos para indivíduos com menor escolaridade, $p=0,025$ (Tabela 70, p : nível descritivo do teste de associação de Fisher).

Tabela 70: Distribuição da amostra quanto à importância da orientação 12, segundo sexo, idade e escolaridade dos entrevistados. São Paulo, 2004.

Características	Muito importante		Pouco importante		Não importante		é p
	N	%	N	%	N	%	
Sexo							
Masculino	7	87,5	1	12,5	0	0,0	0,999
Feminino	17	81,0	4	19,0	0	0,0	
Idade							
Até 45 anos	4	66,7	2	33,3	0	0,0	0,511
46 a 59 anos	15	83,3	3	16,7	0	0,0	
60 anos ou +	5	100,0	0	0,0	0	0,0	
Escolaridade							
1 – 4	7	100,0	0	0,0	0	0,0	0,025
5 – 8	5	71,4	2	28,6	0	0,0	
9 – 11	9	100,0	0	0,0	0	0,0	
12 ou +	3	50,0	3	50,0	0	0,0	

p : nível descritivo

A relação observada entre a importância e a escolaridade do entrevistado onde aqueles com maior tempo de escolaridade acreditam que a orientação é pouco importante quanto aqueles com menor tempo de escolaridade pode ser explicado pela associação entre a orientação e o controle do colesterol e gordura no sangue. Os indivíduos de menor escolaridade podem não ter relacionado o consumo de bebida alcoólica ao controle de dislipidemias mas sim ao alcoolismo, e por isso a importância da orientação. Já os indivíduos com mais tempo de estudo, podem ter achado que essa relação não era importante.

Sobre o cumprimento da orientação pelos entrevistados, 96,6% dos indivíduos relataram sempre seguir a orientação, enquanto 3,4% disseram quase nunca seguir esta orientação (Tabela 71), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 71: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 12. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Frequência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	28	96,6
Quase nunca segue	1	3,4
Total	29	100,0

5.2.13 Orientação 13: Não esquecer de consumir água, pois é essencial à saúde.

Sobre a existência de dúvidas em relação a esta orientação, 6,9% dos indivíduos relataram apresentar dúvidas sobre a orientação e 93,1% disseram não apresentar dúvidas (Tabela 72), independente das variáveis estudadas (Anexo V). As dúvidas relatadas foram “Qual a quantidade de água ideal a ser consumida?” e “Suco também conta?”.

Tabela 72: Distribuição da amostra quanto à dúvida na Orientação 13. São Paulo, 2004.

Dúvida sobre a orientação	Frequência	Porcentagem
Sim	2	6,9
Não	27	93,1
Total	29	100,0

Em relação à substituição de palavras na orientação, apenas 3,4% dos indivíduos disseram que alguma palavra deveria ser trocada (Tabela 73), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 73: Distribuição da amostra quanto a substituição de palavra na Orientação 13. São Paulo, 2004.

Alguma palavra deve ser trocada?	Frequência	Porcentagem
Sim	1	3,4
Não	28	96,6
Total	29	100,0

Quanto à concordância, todos os indivíduos concordaram totalmente com a orientação. Quando questionados quanto à importância, todos os indivíduos disseram ser muito importante a orientação.

Sobre o cumprimento da orientação pelos entrevistados, 72,4% dos indivíduos relataram sempre seguir a orientação, 13,8% disseram freqüentemente seguir a orientação e 13,8% disseram quase nunca seguir (Tabela 74), independente das variáveis estudadas (Anexo V).

Tabela 74: Distribuição da amostra quanto ao cumprimento da Orientação 13. São Paulo, 2004.

Segue a orientação?	Freqüência	Porcentagem
Sempre segue essa orientação	21	72,4
Freqüentemente segue	4	13,8
Quase nunca segue	4	13,8
Total	29	100,0

Os indivíduos que disseram não seguir sempre a orientação revelaram que não as seguem devido à falta de hábito de beber água, embora tenham reconhecido sua importância.

Na análise conjunta dos resultados de todas as orientações, observou-se que a maioria das treze normas alimentares propostas teve um percentual satisfatório em relação às dúvidas quanto à orientação, pois aproximadamente 90% dos entrevistados, relataram não ter qualquer dificuldade no entendimento.

No entanto, algumas normas precisam ser reescritas visando melhorar seu entendimento, pois apresentaram um percentual significativo de dúvidas pelos entrevistados. Essas normas foram: as orientações “2 – Basear a alimentação no consumo de alimentos derivados de grãos e raízes, frutas e hortaliças” (27,6%), “5 – Selecionar uma dieta com baixa quantidade de gordura, colesterol e gordura saturada” (34,5%), “6 - Fracionar a dieta, fazendo três refeições e dois lanches entre elas” (34,5%) e “8 - Consumir produtos de origem animal moderadamente” (20,7%).

Assim, quando esclarecidas as dúvidas quanto à compreensão das orientações, uma porcentagem dos entrevistados sugeriu algum tipo de alteração na forma e/ou estrutura da mensagem; 27,2 % dos entrevistados sugeriram mudanças na orientação 2; 41% sugeriram alguma alteração na orientação 5; 51,7% alterariam a orientação 6; e 25% mudariam a orientação 8. Apesar da orientação “12 – Limitar o consumo de álcool e se ingerir, faça-o com moderação” não apresentar um alto percentual de dúvidas, cerca de 20% dos entrevistados fariam algum tipo de alteração na mensagem.

Avaliando as informações fornecidas para todas as orientações, verificou-se que a amostra estudada concordou na essência da mensagem entre 80 e 90%.

Da mesma forma, a avaliação da importância das mensagens propostas pelas treze orientações como “muito importante” foi entre 80 e 100%, reforçando a credibilidade das orientações.

Com referência à população que relatou “sempre ou freqüentemente seguir as orientações” está em torno de 73 e 96%, com exceção da orientação “4 – Praticar atividades físicas regularmente e com orientação” (49%) e da orientação “6- Fracionar a dieta, fazendo três refeições e dois lanches entre elas, escolhendo alimentos saudáveis” (51%), que possivelmente têm a interferência de hábitos alimentares e/ou estilo de vida.

Na literatura são escassos os estudos que avaliaram a compreensão da população em relação às mensagens para uma alimentação saudável. Destaca-se entre eles o de OLIVEIRA e col. (2002) realizada pelo Instituto Danone.

Neste estudo, os autores elaboraram Normas e Guias para a População Brasileira, como instrumento de promoção de Nutrição/Saúde, e constituem um recurso para a população a adotar hábitos alimentares saudáveis. Para verificar a compreensão das nove normas elaboradas resultantes de um prévio estudo qualitativo, foi desenvolvido um questionário composto de perguntas abertas e fechadas, as quais serviram de base para o presente estudo. A amostra foi

composta de 720 mães entre 20 e 60 anos idade pertencentes às classes sociais A, B, C e D de cinco cidades brasileiras (Manaus, Belo Horizonte, Goiânia, Natal e Florianópolis). Cada uma das nove normas foram analisadas para cada uma das seis perguntas fechadas do questionário de acordo com as seis variáveis: classe social da família, idade dos filhos da entrevistada, grau de escolaridade da entrevistada, relação da entrevistada com o chefe da casa, idade da entrevistada, e a cidade onde a entrevistada residia.

Foi realizado o teste de Qui-quadrado de *Pearson* a fim de verificar a associação entre as variáveis e a resposta das perguntas fechadas. E as perguntas abertas foram avaliadas pela distribuição de frequência.

As Normas avaliadas foram:

- Faça, pelo menos, as três básicas cada dia e coma alimentos variados;
- Beba leite todos os dias;
- Tome água várias vezes ao dia;
- Coma verduras, legumes e frutas todos os dias;
- Coma menos açúcar e sal;
- Coma alimentos essenciais como arroz e feijão;
- Inclua pequena quantidade de carne vermelha ou branca em uma das refeições;
- Use óleo em pequenas quantidades e diminua o consumo de gordura;
- Inclua pães, macarrão, batata, milho e farinha na sua alimentação.

Os resultados mostraram-se semelhantes aos do presente estudo, onde a compreensão das mensagens foi em torno de 90% , um percentual das entrevistadas faria algum tipo de modificação na forma ou estrutura da mensagem a fim de facilitar sua compreensão, por exemplo: trocar a palavra *incluir* por *comer*, *fazer três refeições diárias* por *fazer as três refeições básicas*. Nota-se principalmente a troca de termos menos usuais por palavra do dia a dia da população.

Quanto à concordância, cumprimento da orientação e importância, algumas mensagens esbarraram em preconceitos e hábitos, assim como observado no presente estudo.

ARCHER e col. (2003), em seu estudo de coorte examinaram a associação entre as mudanças na dieta e o grau de instrução de homens e mulheres negras e brancas. Foram aplicados dois questionários com 700 itens: um no momento inicial e outro sete anos depois e concluíram que as maiores mudanças na dieta ocorreram em indivíduos com mais de 12 anos de estudo, principalmente na diminuição da ingestão de gordura saturada e colesterol. Portanto, as campanhas nacionais de saúde pública terão maior impacto entre aqueles com maior grau de instrução.

Para que se faça uma análise mais completa dos resultados obtidos nesse estudo é necessário a realização de mais pesquisas nessa área a fim de avaliar a compreensão da população em relação às mensagens para uma alimentação saudável.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, pôde-se perceber que a maioria das mensagens contidas nos “Passos para uma Alimentação Saudável do Guia Alimentar para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue” é de fácil compreensão, sendo consideradas importantes para sua finalidade, e apresentaram grande credibilidade na população estudada, mesmo para indivíduos com menor escolaridade. Apesar disso, considera-se necessária a modificação da linguagem de alguns termos contidos nas orientações do Guia, já que a utilização de conceitos científicos e/ou termos pouco usuais dificultou a compreensão das mensagens, não cumprindo seu propósito.

Sugere-se que sejam considerados:

- Orientação 2 – substituição da terminologia **“grãos e raízes”** por exemplos usuais como arroz, feijão, batata, mandioca, cenoura, lentilha, etc.;
- Orientação 4 – complementação da frase: “praticar atividade física regularmente e com **orientação...**”, com o termo “profissional”, aludindo a médicos e/ou educadores físicos;

- Orientação 5 – explicação detalhada e coloquial das palavras “colesterol” e “gordura saturada”;
- Orientação 6 – troca do verbo “fracionar” por “dividir”;
- Orientação 8 – substituição da palavra “moderadamente” por “menos”;
“produto de origem animal” por “ovos e derivados de carne e leite”;
- Orientação 10 – troca da expressão “com moderação” por “pouco”;
- Orientação 11 – substituição de “reduzir” por “diminuir”;
- Orientação 12 – troca de “com moderação” por “pouco”;

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Segundo as normas propostas pelo Comitê Internacional de Revistas Biomédicas, conhecido como Grupo de Vancouver, seguem as referências do material consultado nesse trabalho:

Abreu ES. **Elaboração e avaliação da eficácia do sistema de pontos de um instrumento de orientação alimentar como ferramenta para intervenções dietéticas em indivíduos hiperlipidêmicos**. São Paulo; 2003 [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública das USP].

Agresti A. **Categorical data analysis**. 2nd edition. New York: Wiley Interscience; 2002.

American Health Association, 2000 [on line]. Disponível em URL < available from www.americanheartassociation.com.> [2 agosto 2003].

Anderson KM, Castelli WP, Levy D. Cholesterol and mortality 30 year follow up from Framingham Study. **JAMA** 1987; 257: 2176-2180.

Araújo EAC. **Diferenciais dos fatores de risco cardiovascular nas populações migrantes e não migrantes de Minas Gerais**. São Paulo; 2002. [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública].

Araújo LMB. Dislipidemias e obesidade. In: Martinez, TLR. **Condutas Clínicas nas Dislipidemias**. Belo Horizonte: Ed. Saúde; 1997.p.261-7

Archer SL, Hilner JE, Dyer AR, Greenlund KJ, Colangelo LA, Kiefe CI, Liu K, Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA). Association of education with dietary intake among young adults in the bi-ethnic Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA) cohort. **Public Health Nutr** 2003; 6 (7):689-95.

Batista MCR & Franceschini SCC. Impacto da atenção nutricional na redução dos níveis de colesterol sérico de pacientes atendidos em serviços públicos de saúde. **Arq Bras Cardiol** 2003; 80 (2): 162-6.

Barna M & Biró G. Atherosclerosis: dietary considerations. **World Review Nutrition Dietetic** 1989; 59: 126-155.

Bowman SA, Lino M, Gerrior AS, Basiotis PP. **The healthy eating index: 1994-96**, USDA, Center for Nutrition Policy and Promotion, CNPP-5.

Castelli WP. Epidemiology of coronary heart disease: The Framingham study. **Am J Med** 1984;27:4-12.

Cervato AM, Mazzilli RN, Martins IS, Marucci MF. Dieta habitual a fatores de risco para doenças cardiovasculares. **Rev. Saúde Pública** 1997; 31 (3): 227-35.

Connor SL, Gustafson JR, Artaud- Wild SM, Favell DP, Classick-Kohn CJ, Hatcher LF, Connor WE. The Cholesterol/saturated-fat index: an indication of hipercolesterolemic and atherogenic potential of food. **Lancet** 1986; (May): 1229-32.

Connor SL, Gustafson JR, Artaud- Wild SM, Classick- Kohn CJ, Connor WE. The cholesterol-saturated fat index of coronary prevention: Background, use, and a comprehensive table of food. **J Am Diet Assoc** 1989; 89:807-816.

Conselho Nacional de saúde. **Regulamentação de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução nº 196/96. Brasília (DF); 1996

Davi G, Guagnano MT, Ciabattini G, Basili S, Falco A, Marinopiccoli M, Nutini M, Sensi S, Patrono C. Platelet Activation in Obese Women. **JAMA** 2002; 288 (16): 2008- 2014.

Esposito K, Pontillo A, Di Palo C, Giugliano G, Masella M, Marfella R, Giugliano D. Effect of weight loss and lifestyle changes on vascular inflammatory markers in obese women: a randomized trial. **JAMA** 2003; 289 (14):1799-804.

Fisberg RM, Stella RH, Morimoto JM, Paquali LS, Phillipi ST, Latorre MRDO. Perfil Lipídico de Estudantes de Nutrição e sua Associação com Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol** 2001; 72 (2): 137-42

Fornés NS, Martins IS, Hernan M, Velásquez- Meléndez , Ascherio A. Frequência de consumo alimentar e níveis séricos de lipoproteínas na população de Cotia, SP, Brazil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34(4): 380-7

Gordon T. The diet- heart idea: outline of a history. **Am J Epidemiol** 1988; 127:220-225.

Hu FB & Willet WC. Optimal diets for prevention of coronary diseases. **JAMA** 2002; 288(20): 2569- 2578.

Junior JBS, Gomes FBC, Cezário AC, Moura L. Doenças e Agravos não Transmissíveis. In: Rouquayrol MZ, Filho NA. **Epidemiologia e Saúde**. MEDSI; 2003. p.289-312.

Keys A. Coronary heart disease in seven countries. **Circulation** 1970; 41 (suppl 1): 162:183

Keys A. Seven Countries: **A Multivariate analysis of death and coronary heart disease**. Cambrige, Mass: Harvard University Press, 1980.

Kato H, Tillotson J, Nichaman MZ, Rhoads GG, Hamilton HB. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California. **Am J Epidemiol** 1973; 97 (6): 372-385

Lajolo FM, coordenador, Menezes EW, Penteado MVC, Filisetti TMCC, Marquez UML. Tabela Brasileira de composição de alimentos. [on line]. Disponível em <http://www.usp.br/fcf/tabela> [2002 jun 20].

Laurenti R, Buchalla CM. Os mitos a respeito das doenças cardiovasculares. **Arq Bras Cardiol** 2001; 76(2):99-104.

Lima JC. As dislipidemias e suas avaliações laboratoriais. **Rev Bras Hipertens** 1999;6 (2): 133-137.

Lotufo PA. Mortalidade por doenças do coração no Brasil. Comparação com outros países. **Arq Bras Cardiol** 1998; 70 (5):321-325.

Lotufo PA, Lolio CA. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardiovasculares: o caso do estado de São Paulo. In: Monteiro CA. **Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A evolução do País e suas Doenças**. São Paulo: HUCITEC NUPENS/USP; 1995. p.279-287.

Marggerts BM, Nelson M. **Design concepts in nutritional epidemiology** . Oxford: Oxford University Press; 1991.

Martinez TLR, Santos RD, Armaganijan D, Torres KP, Lourtes-Vale A, Magalhães ME, Lima JC. et al. Campanha nacional de alerta sobre o colesterol elevado. Determinação de nível de colesterol de 81.262 brasileiros. **Arq Bras Cardiol** 2003; 80 (6): 631-4.

Martins IS, Gomes AD, Pasini U. Níveis Lipidêmicos e alguns fatores de risco de doenças cardiovasculares em população no município de São Paulo, SP (Brasil). **Rev Saúde Pública** 1989; 23 (1):23-38

Matsudo V, Matsudo S, Andrade D, Araujo T, Andrade E, Oliveira LC, Braggion G. Nível de atividade física da população do estado de São Paulo: análise de acordo com o gênero, idade, nível sócio-econômico, distribuição geográfica e de conhecimento. **Rev. Bras. Ciên. Mov** 2002; 10 (4):41-50.

McCance RA, Winddonson EM. **The composition of foods**. 5th ed. Portland: Book News, 1991.

McCullough ML, Feskanich D, Stampfer MJ, Rosner BA, Hu FB, Hunter DJ, Variyam JN, Colditz GA, Willet WC. Adherence to the Dietary guidelines for Americans and risk of major chronic disease in women. **Am J Clin Nutr** 2000; 72: 1214-1222.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. **Doenças cardiovasculares no Brasil – Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1993.

Ministério da Saúde. **Estatísticas de Mortalidade**. [on line] Disponível em URL < www.saude.gov.br > [20 fevereiro 2003].

Mitchell DT, Korslund MK, Brewer BK, Novanscone MA. Development and validation of the Cholesterol-Saturated Fat Index (CSI) Scorecard: a dietary self-monitoring tool. **J Am Diet Assoc** 1996; 96 (2) 132-6.

Molina V, Pena M. Guias de Alimentacion en América latina. In: Anais do I Workshop do Instituto Danone. **Alimentação equilibrada para a população brasileira**. Florianópolis/SC 1998. p.31-45.

Monteiro CA, Mondini L. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta alimentar nas áreas metropolitanas do Brasil (1966-1988). **Rev Saúde Pública** 1994; 28 (6):433-39.

Nacif MAL. **Guia Alimentar para controle de colesterol e gordura no sangue – Concordância do sistema de pontos**. São Paulo; 2003 [Dissertação de Mestrado – FCF/FEA/FSP da USP – Programa de Pós Graduação Interunidades em Nutrição Humana e Aplicada - PRONUT]

[NECP] National Cholesterol Education Program. Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel II). **Circulation** 1994; 89(3):1330-445.

[NECP] National Cholesterol Education Program. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III). **JAMA** 2001; 285(19):2486-97

Oliveira JED, Moreira EAM, Portella O, Berezovsky MW. **Normas e guias alimentares para a população brasileira – Delineamentos metodológicos e critérios técnicos**. Instituto Danone, São Paulo, 2002.

Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chryschoou C, Skoumas J, Stefanadis C. Status and management of blood lipids in Greek adults and their relation to socio-demographic, lifestyle and dietary factors: the ATTICA Study. Blood lipids distribution in Greece. **Atherosclerosis** 2004;173(2):353-61.

Pena M e Monina V. **Guías Alimentarias y promoción de la salud en América Latina**. Organización Panamericana de La Salud – Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP), 1998.

Pennington JAT. Use the Core Foods Model to Estimate Mineral Intakes - Part 1. Selection of U. S. Core Foods. **J Food Comp Anal** 2001;14: 295-300.

Philippi ST, Laterzza AR, Cruz ATR, Ribeiro LC. Pirâmide alimentar: Guia para escolha de alimentos. **Rev Nutr PUCCAMP** 1999; 1(12): 65-80.

Santos JE. Terapêutica das hiperlipidemias: como e por quê? **Rev Bras Hipertens** 1999;6 (2): 158-162.

Seishima M. Guideline for hyperlipidemia. **Rinsho Byor** 2003; 51(6):576-80.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2º Consenso Brasileiro sobre Dislipidemia – Avaliação – Detecção – Tratamento. **Arq Bras Cardiol** 1996; 67:101-29.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes Brasileiras de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol** 2001;77 (suplemento III): 1-48.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Diretrizes para Cardiologistas sobre Excesso de Peso e Doença Cardiovascular dos Departamentos de Aterosclerose, Cardiologia Clínica e FUNCOR da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** 2002; 78 (Suplemento I): 3-14.

Stamler J. Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Finding in 356,222 primary screenees of the Multiples Risk Factor Trial (MRFIT). **JAMA** 1986; 256:2823.

Torres EAFS. **Teor de lipídeos em alimentos e sua importância na nutrição.** São Paulo; 2000 [Tese de Livre Docência – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Nutrição. **Guia Alimentar para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue – Ajude seu coração a viver Mais e Melhor.** São Paulo, 2002.

Villar BS. **Desenvolvimento e validação de um questionário semi-quantitativo de frequência alimentar para adolescentes.** São Paulo; 2001 [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública das USP].

Welsh S, Davis C, Shaw A. A brief history of food guides in the United States. **Nutrition Today**, 1992;6 (27) 6-11.

[WHO] World Health Organization. Obesity – preventing a managing the global epidemic. **Report.** Geneva; 1998 (Report of a WHO Consultation on Obesity).

World Health Organization. Diet Nutrition and the prevention of chronic disease. **Report.** Geneva; 2002.

Willett WC. Eat, drink and be healthy. **The Harvard Medical School Guide to Healthy Eating.** New York; 2001.

Willet WC. **Nutritional Epidemiology**. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 1998.

Woo J. Relationships among diet, physical activity and other lifestyle factors and debilitating diseases in the elderly. **Eur J Clin Nutr**; 2000; 54 (Suppl 3):143-7.

Zilversmit DB. Cholesterol index in foods. **J Am Diet Assoc** 1979; 74:562-65.

Sistema de Pontos para Controle de Colesterol e Gordura no Sangue

*Ajude o seu Coração
a viver Mais e Melhor*

SISTEMA DE PONTOS PARA CONTROLE DE COLESTEROL E GORDURA NO SANGUE

*Edeli Simioni de Abreu
Márcia A. L. Nacif
Elizabeth A. F. S. Torres*

**São Paulo
2002**

Apresentação

A alimentação saudável tem papel fundamental na prevenção de doenças e na redução e manutenção dos níveis de colesterol no sangue. Sabe-se que uma dieta com elevados índices de colesterol e gordura saturada agrava esses riscos. Assim, fica fácil deduzir que o consumo de alimentos com reduzido teor de gordura saturada e pobres em colesterol é importante na redução dos níveis de colesterol sanguíneos.

O que fica difícil medir é o potencial de aumentar o colesterol que cada alimento possui. Para facilitar esse entendimento foi desenvolvido um Índice de colesterol/gordura saturada - ICS, que pode ser utilizado para comparar diferentes alimentos e preparações, por meio de pontuações.

Controlar o peso é outro fator que diminui os riscos para o aumento de colesterol e, conseqüentemente, previne o aparecimento de doenças do coração, diabetes, hipertensão arterial, entre outras. Porém, isso não é tarefa fácil, mas com um pouco de boa vontade, é possível atingir o objetivo, sem fazer grandes sacrifícios. O que é necessário é aprender a escolher os alimentos certos.

Para começar, devemos banir a idéia de "fazer regime", que está associada a fazer sacrifício durante um tempo e depois abandonar, voltando, muitas vezes, à estaca zero. O correto é adotar um plano dietético, ou seja, uma forma de se alimentar hoje, nos próximos dias e sempre.

Para auxiliar na promoção de um melhor estado nutricional e no estabelecimento de hábitos alimentares adequados, foi desenvolvido o presente **Sistema de Pontos**, de fácil compreensão e manejo, que pode ser calculado pelo próprio indivíduo que aprenderá a elaborar sua dieta através de pontuações de ICS, além de uma representação gráfica da alimentação saudável.

Representação Gráfica da Alimentação Saudável

Uma ferramenta para controle e prevenção de colesterol elevado e gordura no sangue.

ESCOLHA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Passos para uma Alimentação Saudável

1 - CONSUMIR UMA ALIMENTAÇÃO VARIADA

2 - BASEAR A ALIMENTAÇÃO NO CONSUMO DE ALIMENTOS DERIVADOS DE GRÃOS E RAÍZES, LEGUMES, VERDURAS E FRUTAS

3 - EVITAR A OBESIDADE, MANTENDO O PESO CORPORAL DESEJÁVEL

4 - PRATICAR ATIVIDADES FÍSICAS REGULARMENTE E COM ORIENTAÇÃO

5 - SELECIONAR UMA DIETA COM BAIXA QUANTIDADE DE GORDURA, COLESTEROL E GORDURA SATURADA

6 - FRACIONAR A DIETA, FAZENDO TRÊS REFEIÇÕES E DOIS LANCHES ENTRE ELAS, ESCOLHENDO ALIMENTOS SAUDÁVEIS

7 - EVITAR O CONSUMO DE FRITURAS

8 - CONSUMIR PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL MODERADAMENTE

9 - PREFERIR AS CARNES MAGRAS E RETIRAR GORDURAS VISÍVEIS

10 - CONSUMIR AÇÚCAR E DOCES COM MODERAÇÃO

11 - REDUZIR O CONSUMO DE SAL

12 - LIMITAR O CONSUMO DE ÁLCOOL, SE INGERIR, FAÇA-O COM MODERAÇÃO

13 - NÃO ESQUECER DE CONSUMIR ÁGUA, POIS É ESSENCIAL À SAÚDE

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO

(Obrigatório para Pesquisa Científica em Seres Humanos – Resolução n.º 196 10/10/1996
CSN)

Pesquisa: AVALIAÇÃO DAS NORMAS DE UM SISTEMA DE PONTOS PARA CONTROLE DE COLESTEROL E GORDURA NO SANGUE

Objetivo: Avaliar a compreensão da população em relação aos passos para uma alimentação saudável propostas pelo sistema de pontos para o controle de colesterol e gordura no sangue, considerando a clareza do conteúdo e a forma que foram expressos.

A pesquisa a ser desenvolvida será realizada pelo Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública – de autoria e responsabilidade da nutricionista Priscilla Primi Hardt CRN3-6587, sob a orientação da Profª. Assoc. Elizabeth AFS Torres.

Fui esclarecido sobre os procedimentos a serem realizados, e me submeterei à pesquisa respondendo às perguntas que compõe o estudo. Estou ciente que esta pesquisa é importante para o desenvolvimento de um instrumento para orientação de alimentação adequadas à prevenção e controle do colesterol e gordura no sangue.

Fui esclarecido pela pesquisadora que:

- ✓ todas as dúvidas acerca da pesquisa serão respondidas, a participação é voluntária e a desistência não acarretará algum tipo de prejuízo;
- ✓ A pesquisadora se compromete a não identificar o indivíduo e a manter o caráter confidencial das informações relacionadas a sua privacidade.

Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido pela pesquisadora, eu _____, consinto em participar desta pesquisa.

São Paulo, de de 200

assinatura da pesquisadora

assinatura do participante

Maiores informações: Priscilla Primi Hardt e Profª. Elizabeth AFS Torres – Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Av. Dr. Arnaldo, 715 ou pelos telefones: (11) 3066.7701, (11) 3066.3637

ANEXO III

Universidade de São Paulo

Faculdade de Saúde Pública

COMITÊ DE ÉTICA - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil

Telefones: (55-11) 3066- 7779 - fone/fax (55-11) 3064 - 7314 - e-mail: mdgracas@usp.br

Of.COEP/191/03

14 de novembro de 2003

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo-COEP, analisou e aprovou "ad referendum", em 13.11.2003, de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, o Protocolo de Pesquisa n.º 1048, intitulado: "VALIDAÇÃO DAS NORMAS DE UM SISTEMA DE PONTOS PARA CONTROLE DE COLESTEROL E GORDURA NO SANGUE", apresentado pela pesquisadora Priscila Primi Hardt.

Atenciosamente,

Paulo Antonio de Carvalho Fortes
Professor Associado

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP-COEP

Assinatura manuscrita de Paulo Antonio de Carvalho Fortes, feita com uma caneta escura, sobrepondo-se parcialmente ao nome impresso.

ANEXO IV

QUESTIONÁRIO PARA ESTUDO VALIDAÇÃO DAS NORMAS/ GUIAS ALIMENTARES PROPOSTOS NOS PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Questionário n.º: ____	
Nome: _____	
Endereço: _____	
Bairro: _____	
Cidade: _____	Tel.: _____
Entrevistador: _____	Data: ____/____/____
Sexo: _____	
Idade do Entrevistado: ____ anos	
Escolaridade:	
• 1 – 4 ()	
• 5 – 8 ()	
• 9 – 11 ()	
• 12 ou + anos ()	

Bom dia/ Boa Tarde!. Eu sou da Universidade de São Paulo e nós estamos fazendo uma pesquisa aqui no Incor e gostaria de fazer algumas perguntas.

A. O(A) senhor(a) concorda em colaborar conosco nesta pesquisa?

() Sim ⇒ CONTINUE

() Não ⇒ AGRADEÇA E ENCERRE

B. Até qual série o(a) senhor(a) estudou ?

Não estudou ()

1 – 4 ()

5 – 8 ()

9 – 11 ()

12 ou + anos ()

Se a entrevista se enquadrou em um dos grupos pesquisados ⇒ CONTINUE

Se não, agradeça e encerre.

C. Qual sua idade? ____ Anos

Introdução: A pesquisa que estamos realizando é para conhecermos a opinião das pessoas sobre algumas orientações sobre alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Não existem respostas certas ou erradas, é a sua opinião que queremos conhecer.

ORIENTAÇÃO 1: CONSUMIR UMA ALIMENTAÇÃO VARIADA

1. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 2

1A. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

2. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?
3. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

4. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que
- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 5
 - Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
 - Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

5. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.7
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

6A. Por que o(a) Sr.(a) acha que essa orientação _____ ? (RESPOSTA DADA NA P.5)

6. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.8
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

7.A Por que ? (RESPOSTA DADA NA P.6)

7. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 2: BASEAR A ALIMENTAÇÃO NO CONSUMO DE DERIVADOS DE GRÃOS E RAÍZES, LEGUMES, VERDURAS E FRUTAS

8. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 9

9. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

10. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

11. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

12. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 13
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

13. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.14
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

14. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.15
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 3: EVITAR A OBESIDADE, MANTENDO O PESO CORPÓRAL DESEJÁVEL

Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 15

15. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

16. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

17. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

18. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 5
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

19. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.20
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

20. Pensando agora na sua saúde, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.21
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 4: PRATICAR ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE E COM ORIENTAÇÃO

21. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 22

22. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

23. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

24. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

25. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 26
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

26. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.27
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

27. Pensando agora na sua saúde, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.28
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

28. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 5: SELECIONAR UMA DIETA COM BAIXA QUANTIDADE DE GORDURA, COLESTEROL E GORDURA SATURADA

29. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 30

30. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

31. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

32. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

33. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 34
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

34. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.35
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

35. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.36
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

36. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 6: FRACIONAR A DIETA, FAZENDO TRÊS REFEIÇÕES E DOIS LANCHES ENTRE ELAS, ESCOLHENDO ALIMENTOS SAUDÁVEIS

37. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 38

38. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

39. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

40. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

41. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 42
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

42. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.43
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

43. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.44
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

44. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 7: EVITAR O CONSUMO DE FRITURAS

45. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 46

46. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

47. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

48. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

49. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 50
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

50. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.51
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

51. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.52
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

52. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 8: CONSUMIR PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL MODERADAMENTE

53. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 54

54. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

55. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

56. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

57. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 58
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

58. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.59
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

59. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.60
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

60. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 9: PREFERIR CARNES MAGRAS E RETIRAR GORDURAS VISÍVEIS

61. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 62

62. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

63. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

64. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

65. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 66
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

66. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.67
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

67. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.68
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

68. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 10: CONSUMIR AÇÚCAR E DOCES COM MODERAÇÃO

69. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 70

70. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

71. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

72. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

73. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 74
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

74. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.75
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

75. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.76
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

76. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 11: REDUZIR O CONSUMO DE SAL

77. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 78

78. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

79. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

80. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

81. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 82
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

82. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.83
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

83. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.84
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

84. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 12: LIMITAR O CONSUMO DE ÁLCOOL, SE INGERIR, FAÇA-O COM MODERAÇÃO

85. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 86

86. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

87. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

88. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

89. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 90
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

90. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.91
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

91. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.92
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

92. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ORIENTAÇÃO 13: NÃO ESQUECER DE CONSUMIR ÁGUA, POIS É ESSENCIAL PARA A SAÚDE

93. Nesse cartão, o (a) senhor(a) pode ter uma orientação para uma alimentação saudável para controle de colesterol e gordura no sangue. Eu gostaria de saber se o (a) Sr. (a) tem alguma dúvida quanto ao que diz essa orientação.

SIM () ⇒ CONTINUE
NÃO () ⇒ PERGUNTA 94

94. Qual a dúvida que a Sr(a) tem com relação a esta orientação? (REGISTRAR EXATAMENTE O QUE FOI DITO PELA ENTREVISTADA E NÃO DAR QUALQUER TIPO DE EXPLICAÇÃO)

95. Se o(a) Sr.(a) fosse contar a orientação contida nesse cartão à um(a) amigo(a) seu(a), que não conhecesse essa orientação, como o Sr.(a) contaria? O que mais diria?

96. Existe alguma palavra ou termo nesta orientação que o(a) Sr.(a) acha que deveria ser trocada, para que as pessoas entendam melhor o que diz essa orientação?

SIM () ⇒ Qual ?
NÃO ()

97. Pensando agora no quanto o(a) Sr.(a) está de acordo com o que diz essa orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO), o(a) Sr.(a) diria que

- Concorda totalmente com essa orientação () – Ir para pergunta 98
- Concorda parcialmente com essa orientação, ou () – CONTINUE
- Discorda dessa orientação () – CONTINUE

Porque ?

98. Pensando na alimentação das pessoas que têm colesterol ou gordura no sangue, o(a) Sr.(a) diria que esta orientação (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- É muito importante, () – Ir para P.99
- É só um pouco importante ou () – CONTINUE
- Não é importante () – CONTINUE

Por que ?

99. Pensando agora na sua alimentação, o(a) Sr.(a) diria que (APRESENTAR ORIENTAÇÃO)

- Sempre segue essa orientação, () – IR PARA P.100
- Frequentemente segue o que diz essa orientação () – CONTINUE
- Quase nunca segue essa orientação, ou () – CONTINUE
- Nunca segue o que diz essa orientação () – CONTINUE

Por que ?

100. Que sugestão o(a) Sr.(a) daria para melhorar esta orientação? Tanto em relação ao que a orientação diz, como em relação a maneira como foi escrita

ANEXO V

Tabela 1: Resultados do estudo de associação entre sexo e as respostas observadas.

		Nível descritivo			Nível descritivo
Orientação 1	Dúvida	0,999	Orientação 8	Dúvida	0,647
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,999		palavra	0,639
	Concordância	0,999		Concordância	0,999
	Importância	0,999		Importância	0,999
	Cumprimento	0,186		Cumprimento	0,770
Orientação 2	Dúvida	0,999	Orientação 9	Dúvida	0,999
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,999		palavra	0,483
	Concordância	0,284		Concordância	0,069
	Importância	0,545		Importância	0,276
	Cumprimento	0,999		Cumprimento	0,543
Orientação 3	Dúvida	0,999	Orientação 10	Dúvida	-
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,999		palavra	0,999
	Concordância	0,999		Concordância	0,483
	Importância	0,267		Importância	0,330
	Cumprimento	0,567		Cumprimento	0,895
Orientação 4	Dúvida	0,999	Orientação 11	Dúvida	0,483
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,999		palavra	0,536
	Concordância	0,999		Concordância	0,999
	Importância	0,999		Importância	0,999
	Cumprimento	0,212		Cumprimento	0,583
Orientação 5	Dúvida	0,675	Orientação 12	Dúvida	0,999
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,093		palavra	0,647
	Concordância	0,999		Concordância	-
	Importância	-		Importância	0,999
	Cumprimento	0,499		Cumprimento	0,999
Orientação 6	Dúvida	0,675	Orientação 13	Dúvida	0,483
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,427		palavra	0,999
	Concordância	0,089		Concordância	-
	Importância	0,017		Importância	-
	Cumprimento	0,491		Cumprimento	0,572
Orientação 7	Dúvida	0,999			
	Substituir				
	palavra	0,060			
	Concordância	-			
	Importância	-			
	Cumprimento	0,683			

Tabela 2: Resultados do estudo de associação entre escolaridade e as respostas observadas.

		Nível descritivo			Nível descritivo
Orientação 1	Dúvida	0,572	Orientação 8	Dúvida	0,595
	Substituir palavra	0,886		Substituir palavra	0,785
	Concordância	0,785		Concordância	0,408
	Importância	0,700		Importância	0,924
	Cumprimento	0,163		Cumprimento	0,086
Orientação 2	Dúvida	0,186	Orientação 9	Dúvida	0,999
	Substituir palavra	0,753		Substituir palavra	0,146
	Concordância	0,886		Concordância	0,999
	Importância	0,594		Importância	0,691
	Cumprimento	0,568		Cumprimento	0,456
Orientação 3	Dúvida	0,700	Orientação 10	Dúvida	-
	Substituir palavra	0,593		Substituir palavra	0,999
	Concordância	0,999		Concordância	0,999
	Importância	0,999		Importância	0,749
	Cumprimento	0,101		Cumprimento	0,856
Orientação 4	Dúvida	0,151	Orientação 11	Dúvida	0,450
	Substituir palavra	0,206		Substituir palavra	0,093
	Concordância	0,236		Concordância	0,239
	Importância	0,999		Importância	0,692
	Cumprimento	0,597		Cumprimento	0,402
Orientação 5	Dúvida	0,012	Orientação 12	Dúvida	0,999
	Substituir palavra	0,439		Substituir palavra	0,435
	Concordância	0,999		Concordância	-
	Importância	-		Importância	0,025
	Cumprimento	0,010		Cumprimento	0,209
Orientação 6	Dúvida	0,020	Orientação 13	Dúvida	0,999
	Substituir palavra	0,454		Substituir palavra	0,209
	Concordância	0,535		Concordância	-
	Importância	0,472		Importância	-
	Cumprimento	0,048		Cumprimento	0,731
Orientação 7	Dúvida	0,679			
	Substituir palavra	0,999			
	Concordância	-			
	Importância	-			
	Cumprimento	0,288			

Tabela 3: Resultados do estudo de associação entre a idade do respondedor e as respostas observadas.

		Nível descritivo			Nível descritivo
Orientação 1	Dúvida	0,655	Orientação 8	Dúvida	0,999
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,999		palavra	0,567
	Concordância	0,396		Concordância	0,073
	Importância	0,999		Importância	0,213
	Cumprimento	0,117		Cumprimento	0,495
Orientação 2	Dúvida	0,614	Orientação 9	Dúvida	0,629
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,110		palavra	0,999
	Concordância	0,443		Concordância	0,144
	Importância	0,741		Importância	0,999
	Cumprimento	0,465		Cumprimento	0,893
Orientação 3	Dúvida	0,999	Orientação 10	Dúvida	-
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,752		palavra	0,999
	Concordância	0,013		Concordância	0,378
	Importância	0,999		Importância	0,389
	Cumprimento	0,725		Cumprimento	0,383
Orientação 4	Dúvida	0,655	Orientação 11	Dúvida	0,999
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,999		palavra	0,754
	Concordância	0,999		Concordância	0,999
	Importância	0,655		Importância	0,999
	Cumprimento	0,336		Cumprimento	0,791
Orientação 5	Dúvida	0,476	Orientação 12	Dúvida	0,754
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,206		palavra	0,372
	Concordância	0,999		Concordância	-
	Importância	-		Importância	0,511
	Cumprimento	0,910		Cumprimento	0,999
Orientação 6	Dúvida	0,476	Orientação 13	Dúvida	0,378
	Substituir			Substituir	
	palavra	0,876		palavra	0,999
	Concordância	0,095		Concordância	-
	Importância	0,120		Importância	-
	Cumprimento	0,295		Cumprimento	0,999
Orientação 7	Dúvida	0,999			
	Substituir				
	palavra	0,569			
	Concordância	-			
	Importância	-			
	Cumprimento	0,913			